

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model)
3. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3 ภาวะซึมเศร้า

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังคงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอันดับต้น ๆ และเป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรกของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เช่น ในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA], 2001 cited in Diane, 2004) และในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน โรคนี้มักจะพบได้มากขึ้นตามอายุ ส่วนมากจะมีอาการเริ่มแรกเมื่อมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มักไม่พบในผู้ชายที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี หรือผู้หญิงอายุต่ำกว่า 40 ปีที่มีมีโรคประจำตัวอยู่ก่อน พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คนที่อยู่ติดกันคนที่มีอาชีพทำงานนั่งโต๊ะและคนในเมืองมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าคนยากจน คนที่มีอาชีพใช้แรงงานและชาวชนบท (Thaiheartweb, 2005)

ความหมาย

แซนดรา และซู (Sandra & Sue, 1992) กล่าวว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลมาจากการขาดเลือดอย่างรุนแรงและยาวนาน ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อหัวใจ

บาร์บารา (Barbara, 1993) กล่าวว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ กลุ่มอาการที่เกิดจากความไม่สมดุลของความต้องการออกซิเจนและปริมาณออกซิเจนที่สนับสนุน

ฮาร์ทพอยท์ (Heart Point, 2004) ให้ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่า หมายถึง การตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเป็นผลมาจากการขาดออกซิเจนและสารอาหาร

The Internet Pathology Laboratory, (2004) ได้ให้ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่า เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการ ทำให้เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและตายในที่สุด

กล่าวโดยสรุป โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นผลมาจากการขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากการสำรวจอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2510 - 2546 พบว่าโรคหัวใจมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 16.5 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2510 เป็น 27.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2546 (อัญชลี สิริพิทยาคุณกิจ, 2546) และจากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้ใน โรงพยาบาลของประเทศไทยปี 2545 (ไม่รวมกรุงเทพมหานครฯ) มีผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 77,323 คนคิดเป็นอัตรา 140.9 ต่อประชากรแสนคน โดยเพิ่มขึ้นจากปี 2542 ซึ่งเพียง 45,488 คนคิดเป็นอัตรา 81.9 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและแผนฯ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุของการเกิดโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ การตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมันและการเกิดการทำลายของผนังหลอดเลือดชั้นใน รวมทั้งมีไฟบรินและเกร็ดเลือดรวมตัวกันทำให้ผนังหลอดเลือดมีการหนาตัวและหลอดเลือดแดงตีบตันลง (สรณบุญไชยพิทยกุล, 2542)

กล้ามเนื้อหัวใจเป็นกล้ามเนื้อที่ต้องการพลังงานสูง เมื่อเปรียบเทียบกับอวัยวะหรือกล้ามเนื้ออื่น ๆ ทั่วไป เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจขึ้น จนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้หรือมีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยจะเริ่มขาดและเปลี่ยนเป็นสีเทาคล้ำ ต่อจากนั้นจะเริ่มมีแผลเป็นเกิดขึ้น ส่วนเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายจะถูกขจัดออกเหลือเพียงเยื่อพังผืด มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ตายแข็งเป็นก้อน เมื่อหัวใจบีบตัว กล้ามเนื้อส่วนที่ตายจะถูกบีบออกไปแต่ละครั้งของการบีบตัวลดลง และทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง การนำออกซิเจนไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะลดลงตามมา

การประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามเกณฑ์ของ WHO (Gillum, 1984) จะต้องประกอบไปด้วย 9 ลักษณะดังนี้

1. การซักประวัติอย่างละเอียด รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อาการเจ็บหน้าอก อาจมีเจ็บร้าวไปส่วนอื่น ๆ ส่วนมากจะเจ็บร้าวไม่สูงเกินกรามบนและต่ำสุดไม่เกินระดับสะดือ อาจมีอาการหลายอย่างร่วมด้วย เช่น อ่อนเพลีย เหงื่อออก มึนงง กระวนกระวาย อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน สะอึก (ปราณี ฐิติไพเราะ, 2543, หน้า 53 - 55)

2. การตรวจร่างกาย มักพบผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก หายใจเหนื่อย อาจพบอาการของภาวะหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวหรือภาวะช็อคในกรณีที่มึกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 25 ขึ้นไป อาจพบอาการของหัวใจซีกซ้ายล้มเหลว น้ำท่วมปอด หายใจเหนื่อย เจ็บว ไอ เสมหะปนเลือด ถ้าพบว่ามีอัตราการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 ขึ้นไป จะมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับภาวะช็อคจากหัวใจ ได้แก่ เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นลม ความดันโลหิตต่ำมาอย่างรวดเร็ว ชีพจรเบา ปัสสาวะออกน้อย (ปราณี ฐิไพเราะ, 2543, หน้า 53 - 55)

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาจปกติหรือมีความผิดปกติเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าคลื่น T หักกลับ หากอยู่ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะพบระยะระหว่าง ST ยกสูง (ST Elevation) และถ้าหากมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบคลื่น Q กว้างมากกว่า 0.04 วินาที (1 ช่องเล็ก) และลึกอย่างน้อย 1/4 ของคลื่น R ในลีด (Lead) เดียวกัน (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2542; ปราณี ฐิไพเราะ, 2543, หน้า 53 - 55)

4. การตรวจหาระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac Enzyme) ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีเอนไซม์ในซีรัมสูงช่วยในการวินิจฉัยได้ กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดออกซิเจนอยู่นานเกิน 1 ชั่วโมง กล้ามเนื้อหัวใจเริ่มทยอยตายเป็นบริเวณกว้างออกไปเรื่อยๆ และสลายตัว ทำให้มีโมเลกุลใหญ่จากหัวใจออกมาในกระแสเลือด (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2542) ซึ่งเอนไซม์เหล่านั้นคือ

4.1 Creatine phosphokinase - MB (CPK - MB หรือ CPK) เป็นเอนไซม์เฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจ จะสูงขึ้นก่อนเอนไซม์ชนิดอื่น เริ่มสูงหลังเกิดอาการ 4 - 8 ชั่วโมง ขึ้นสูงสุดใน 12 - 20 ชั่วโมง แล้วกลับเป็นปกติใน 2 - 3 วัน ค่าปกติ < 16 U/L

4.2 Creatine phosphokinase (CPK) เป็นเอนไซม์ที่พบทั้งในสมอง (CPK - BB) กล้ามเนื้อหัวใจ (CPK - MB) และกล้ามเนื้อ (CPK - MM) จะสูงขึ้นก่อนเอนไซม์ชนิดอื่น เริ่มสูงหลังเกิดอาการ 4 - 8 ชั่วโมง และขึ้นสูงสุดใน 12 - 24 ชั่วโมง แล้วกลับเป็นปกติใน 3 - 4 วัน ค่าปกติ < 100 U/L

4.3 Lactic Dehydrogenase (LDH) เป็นเอนไซม์ที่พบในเนื้อเยื่อเกือบทั้งหมด ถ้ามีระดับสูงเพียงอย่างเดียวไม่สามารถเป็นข้อบ่งชี้ได้ LDH มีทั้งหมด 5 ชนิดคือ LDH₁ จะพบได้ในหัวใจ ไต เม็ดเลือดแดง ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะตรวจพบ Isoenzyme LDH₁ ร่วมด้วย LDH₂ พบได้ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ เกือบทั้งหมด ยกเว้นกล้ามเนื้อลาย LDH₃, LDH₄ และ LDH₅ พบได้ในกล้ามเนื้อลาย LDH₃ ยังพบได้ในปอดและกล้ามเนื้อเรียบ LDH₅ ส่วนใหญ่จะพบได้ที่ตับ (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, 2539) จะเริ่มสูงช้ากว่าเอนไซม์ชนิดอื่น จะเริ่มสูงขึ้นหลังเกิดอาการ 12 - 48 ชั่วโมง ขึ้นสูงสุดใน 72 - 114 ชั่วโมง แล้วกลับเป็นปกติใน 8 - 14 วัน ค่าปกติ < 290 U/L

4.4 Serum Glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT) เป็นเอนไซม์ที่พบในเนื้อเยื่อเกือบทั้งหมดและอาการบางอย่างก็สามารถกระตุ้นให้ระดับของ SGOT สูงขึ้นได้ เช่น ภาวะช็อค ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ดังนั้นในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับของ SGOT สูงเพียงอย่างเดียวจึงไม่สามารถเป็นข้อบ่งชี้ได้ (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, 2539) ระดับ SGOT เริ่มสูงขึ้นหลังเกิดอาการ 8 - 12 ชั่วโมง ขึ้นสูงสุดใน 18 - 36 ชั่วโมง กลับเป็นปกติใน 3 - 4 วัน ค่าปกติ 0 - 40 U/L

4.5 Cardiac troponin (CTn) เป็นโปรตีนที่พบในกล้ามเนื้อลายและหัวใจ มี 3 ชนิดคือ โทรโปนิน ที ไอ และ ซี (Troponin T, Troponin I, Troponin C) โทรโปนิน ที (Cardiac Troponin T: CTnT) และโทรโปนิน ไอ (Cardiac Troponin I: CTnI) เป็นโปรตีนเฉพาะในกล้ามเนื้อหัวใจที่แตกต่างจากกล้ามเนื้อลาย ดังนั้นจึงใช้ โทรโปนิน ที (CTnT) ค่าปกติอยู่ที่ ≤ 0.2 Ng/ml. และโทรโปนิน ไอ (CTnI) ค่าปกติอยู่ที่ ≤ 1.5 Ng/ml. (สุราทิพย์ พิชญ์ไพบุลย์, 2542) เป็นตัวบ่งชี้ตัวใหม่ ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบหรือถูกทำลาย (Jaffe, 2000)

5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) เป็นการตรวจโดยใส่ระวางคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย มุ่งเน้นการตรวจหาภาวะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรืออาจใช้ตรวจหาการเต้นผิดจังหวะที่เกิดร่วมกับการออกกำลังกาย (ระพีพล ภูษธร ณ อยุธยา, 2547)

6. การตรวจคลื่นกัมมันตรังสีหัวใจที่ขาดเลือดโดยใช้รังสีไอโซโทป (Radioisotope image) เป็นการตรวจผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว โดยให้ผู้ป่วยวิ่งบนสายพานหรือถีบจักรยานตามโปรแกรมที่กำหนด และเมื่อมีอาการจะฉีดสารกัมมันตภาพรังสีเข้าทางหลอดเลือดดำแล้วจึงถ่ายภาพ จะพบว่าบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือขาดเลือดจะมีสารกัมมันตภาพรังสีจับอยู่ (Cold Spot) หากใช้สารเทคนิคเนียม (Technetium) จะเห็นภาพที่สารจับบริเวณเนื้อตายอย่างเฉียบพลัน (Hot Spot) ซึ่งจะแสดงได้ประมาณ 2 ชั่วโมงหลังการอุดตัน (ระพีพล ภูษธร ณ อยุธยา, 2547)

7. การตรวจสวนหัวใจโดยการฉีดสารทึบแสง (Coronary Angiography) เป็นการตรวจเพื่อการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่ามีหลอดเลือดตีบหรือตันที่เส้น ตำแหน่งใด และเพื่อวางแผนการรักษาว่าควรทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหรือทำการผ่าตัดแก้ไข (ฉันทนันท์ ประศาสน์สารกิจ, 2542)

8. การตรวจทางรังสี (Chest X - Ray) อาจพบหัวใจโตในรายที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (เสาวมาศ เกื่อน, 2540)

9. การตรวจการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น เม็ดเลือดขาวสูงขึ้นและน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นเพียงการรักษาเพื่อบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถแก้ไขสาเหตุได้ทั้งหมด ซึ่งการรักษาในปัจจุบันมี 3 ลักษณะได้แก่

1. การรักษาทางยา ยาที่ใช้ในปัจจุบันคือ (สมบัติ ไชยวัฒน์, 2539; Alexander, 2000)

1.1 ยากลุ่มไนเตรต (Nitrates) ทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดหดรัดตัว ทำให้หลอดเลือดคลายตัว ลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ลง เป็นการลดปริมาณความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

1.2 ยาปิดกั้นเบต้า (β - Adrenergic Blocking Drugs) มีฤทธิ์ปิดกั้นเบต้ารีเซพเตอร์ (β Receptor) ทำให้การกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจและการบีบตัวของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.3 ยาด้านแคลเซียม (Calcium Channel Blockers) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการออกซิเจน โดยลดความดันโลหิตและลดการบีบรัดตัว และช่วยเพิ่มการนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีฤทธิ์ด้านการเข้าสู่เซลล์ของแคลเซียมไอออน ทำให้กล้ามเนื้อทั้งหัวใจกล้ามเนื้อเรียบและกล้ามเนื้อลายคลายตัว

1.4 ยาด้านการแข็งตัวของเลือด (Antithrombotic, Thrombolytic, Anticoagulant Drugs) ลดเกิดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเป็นผลทำให้หลอดเลือดอุดตันอย่างเฉียบพลัน เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน

1.5 ยาอื่น ๆ เช่น ยาระงับอาการปวดและยาระงับความวิตกกังวล ผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดจะทำให้ระบบประสาทซิมพาติกเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น โดยปกติแพทย์มักจะรักษาผู้ป่วยโดยการให้ยาก่อนเสมอควบคู่กับการแนะนำให้ปฏิบัติตัวต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน แต่หากอาการยังไม่ทุเลาหรือมีการดำเนินโรคไปในทางที่แย่ลง แพทย์ก็อาจแนะนำให้รักษาด้วยเครื่องมือพิเศษหรือใช้วิธีการผ่าตัด

2. การสวนหัวใจขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบ คือ การสอดใส่สายสวนหัวใจเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจ อาจใส่ทางหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบหรือบริเวณข้อพับแขน การสวนหัวใจขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมี 4 วิธี ได้แก่ (กิตติพันธ์ วิสูตรารมย์, 2547)

2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีบริเวณที่ตีบโดยใช้บอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty - PTCA)

2.2 การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีบริเวณที่ตีบโดยใช้ขลุ่ยส่วน (Coronary Atherectomy)

2.3 การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบโดยใช้โครงตาข่ายชนิดถาวรฝังในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Intracoronary Stent)

2.4 การขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีบริเวณที่ตีบโดยใช้เลเซอร์ (Eximer Laser Coronary Angioplasty)

2.5 การสวนหัวใจแล้วยิงเลเซอร์ที่กล้ามเนื้อหัวใจเพื่อทำให้เกิดรูเล็ก ๆ ทั่วไปจนเกิดเป็นหลอดเลือดเทียมใหม่ (Percutaneous Myocardial Revascularization: PMR)

3. การผ่าตัด

การผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด เป็นการรักษาเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี รวมทั้งการทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ การผ่าตัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อการรักษาทางอายุรกรรมไม่ได้ผลหรือเมื่อเกิดอาการหัวใจล้มเหลว จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ปี 2000 (American Heart Association [AHA], 2003) พบว่า มีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดมากถึง 167,000 ราย สำหรับประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 18 แห่งที่รักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัดหัวใจ ในปี 2545 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหัวใจทั้งสิ้น 5,742 ราย (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2545)

3.1 การใช้เลเซอร์สร้างรูกล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดหลอดเลือดใหม่ (Transmyocardial Revascularization: TMR)

3.2 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงเพื่อให้หลอดเลือดเดินทางอ้อมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนปลาย (Coronary Artery Bypass Graft - CABG) (ระพีพล บุญชร ณ อยุธยา, 2547)

ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยจะทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือทำอะไรก็ตาม ถือว่าเป็นการรักษาเพียงครั้งเดียวเท่านั้น เพราะอีกครั้งหนึ่งที่ถือเป็นส่วนสำคัญที่ไม่แพ้กันก็คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่จะเป็นตัวกำหนดว่า จะทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยลงได้หรือไม่ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมอาหารประเภทไขมัน การหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การควบคุมน้ำหนัก และการลดความเครียด (ชวนพิศ ทานอง, 2541) เพราะการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ถือเป็นเรื่อง que ผู้ป่วยต้องทำอย่างเคร่งครัดและต้องทำไปตลอดชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพการทำงานของหัวใจให้มีประสิทธิภาพสูงสุด อยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ (ระพีพล บุญชร ณ อยุธยา, 2547)

ผลกระทบที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากพยาธิสภาพและแนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก ว่าต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการปรับตัวที่เกิดจากการรับรู้ภาวะอาการที่เกิดขึ้น เพื่อไม่ให้อาการกำเริบ มีผลกระทบทั้งต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังส่งผล

กระทบต่อครอบครัวและสังคมจะเกี่ยวกับการเปลี่ยนบทบาทและการเป็นภาระให้กับครอบครัว (พิมพ์พร ลิละวัฒนากุล, 2546; วิรัชรอง นาทองคำ, 2543) จากอาการทางคลินิกที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Dunderdale, 2005) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้านเศรษฐกิจ เพราะต้องเสียเงินใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การงาน จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถูกจำกัดด้วยอาการทางกาย ปัญหาทางสุขภาพจิต และผลกระทบจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมและขาดการสนับสนุนทางสังคม เป็นเหตุให้แยกตัวจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและสังคม (Dunderdale, 2005) จากกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย กล่าวถึงสิ่งเร้ามีผลต่อสิ่งนำออก ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสิ่งเร้าตรงที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ แตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งผลกระทบจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ มีดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ทั้งการสร้างและการนำไฟฟ้า และการสูบฉีดโลหิต (Electrical and Mechanical Complication) ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) จึงจำเป็นต้องมีการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง (EKG Monitor) ใน 24 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac Failure) ภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากการบีบตัวไม่มีประสิทธิภาพในส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic Shock) การฉีกขาดของกล้ามเนื้อแปปิลลารี (Papillary Muscle Rupture) ผนังกันห้องหัวใจทะลุ (Rupture Interventricular Septum) ภาวะหัวใจทะลุ (Cardiac Rupture) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) พบได้ 2 ลักษณะ คือ การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก (Early Acute Pericarditis) เป็นการอักเสบเฉพาะที่ของเยื่อหุ้มหัวใจบริเวณที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะหลัง (Post – Infarction Pericarditis) พบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดมี อาการปวดบวมตามข้อ ร่วมกับการเจ็บหน้าอก การเกิดลิ่มเลือด (Embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอด และในระบบไหลเวียน การโป่งพองของผนังหัวใจห้องล่าง (Ventricular Aneurysm) เกิดจากการหดตัวไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อส่วนที่ตายกับส่วนที่ยังคือยู่ (สรณบุญไชยพิทยกุล, 2542; ปราณีย์ ทุไพบระ, 2543, หน้า 53 - 55)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

นอกจากผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นแล้ว โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจอีกด้วย กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง น่ากลัวและรักษาหายยาก (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) ผู้ป่วยมี

ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ครอบครัวมากขึ้น มีความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ ความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง รวมทั้งการสูญเสียทรัพย์สินเงินทองในการรักษาพยาบาล และนำไปสู่ปัญหาหลายอย่างในชีวิตตามมา ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถพบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ ภาวะซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่มีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Frasure – Smith, 1995) จากการศึกษาของ อรุณี นาคะพงศ์ (2539) พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จอห์น เอ. สเปนเซอร์ (Spectus, 2000) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีข้อจำกัดของภาวะการทำหน้าที่ในด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านสังคม

ในด้านของสังคมนั้น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง โดยความจำกัดในการเคลื่อนไหว สูญเสียสภาพลักษณะหรืออัตมโนทัศน์ของตน และฐานะการเงินลดลง จะลดบทบาทตัวเองในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองในครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมอย่างเหมาะสมได้ ข้อจำกัดทางร่างกายหรือจากอัตมโนทัศน์ถูกรบกวนมีความผิดปกติด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไป สังคมจะไม่ยอมรับและเกิดการแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540; Dunderdale, 2005) อีกทั้งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัว มีการจำกัดการรับประทานอาหาร เลิกดื่มสุรา เลิกสูบบุหรี่ รวมถึงมีอาการเหนื่อยง่าย ดังนั้นการเข้าร่วมสังคมของผู้ป่วยจึงลดลง (ชวนพิศ ทานอง, 2541) หากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($p < .01$) (อรนุช อัมภมมงคล, 2539) ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีด้วย

กล่าวโดยสรุป จากผลกระทบในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องมีขีดจำกัดต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตหลายอย่างส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ลดลง กล่าวคือ การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการและอาการแสดงทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ตามปกติส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทต่าง ๆ ลดลง ผู้ป่วยที่มีบทบาทต้องรับผิดชอบต่อตนเองครอบครัว และสังคมโดยรวม รวมถึงผู้ป่วยต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่ครอบครัวการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model)

รอยได้รับแรงบันดาลใจในการสร้างทฤษฎีจากการเห็นการตอบสนองต่อการปรับตัวของเด็กป่วยทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ จึงได้พัฒนาทฤษฎีการปรับตัวของรอย โดยมีแนวคิดมาจากปรัชญาด้านมนุษยนิยม (Humanism) คือ ประสบการณ์ของมนุษย์ก่อให้เกิดความรู้และคุณค่า และหลักธรรมชาติมนุษย์ (Veritativity) จะกล่าวถึงเป้าหมายในชีวิตที่สร้างสรรค์และกระทำในสิ่งที่ดีงาม มีคุณค่า และมีความหมายต่อชีวิต นอกจากนี้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ยังมีแนวคิดมาจากทฤษฎีระบบ (General System Theory) ของ Bertalanffy มาอธิบายบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัว ซึ่งประกอบด้วยหน่วยย่อยต่าง ๆ มีลักษณะเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และทฤษฎีระดับการปรับตัว (Adaptation – Level Theory) ของ Harry Helson (Roy, 1999) ซึ่งอธิบายว่าสิ่งเร้ามีผลต่อการปรับตัวของบุคคล เกล็ดสับแบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ประเภท คือ สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) และสิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli)

มโนทัศน์ในทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1999)

1. ระบบ (System) ชุดของหน่วยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดเป็นองค์รวม มีส่วนประกอบ คือ สิ่งนำเข้า สิ่งนำออก หรือผลลัพธ์ กระบวนการควบคุม กระบวนการป้อนกลับ
2. การปรับตัว (Adaptation) เป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น โดยความคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มคน จาการใช้การตระหนักรู้ และการเลือกที่จะสร้างสรรค์การผสมผสานกันของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม
3. บุคคลเป็นระบบการปรับตัว (Human Adaptive System) เช่นเดียวกับการปรับตัวของระบบ ระบบของบุคคลอธิบายได้ว่าเป็นส่วนประกอบเล็ก ๆ มารวมกัน มีจุดมุ่งหมายคือ ความเป็นเอกภาพ ระบบของบุคคลอาจหมายถึง บุคคลเพียงคนเดียว (Individuals) ครอบครัว (Family) กลุ่มคน (Group) องค์กร (Organization) ชุมชน (Community) และสังคม (Societies) ที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่
4. ระดับการปรับตัวของบุคคล (Adaptation Level) ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวก หรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความสามารถของบุคคลในการตอบสนองในทางบวกนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด และผลกระทบของสิ่งเร้าที่มีอยู่ในขณะนั้น ระดับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ มีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน และเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ กล่าวคือ บุคคลสามารถเพิ่มระดับการปรับตัวได้โดยแสวงหาการเรียนรู้จากประสบการณ์ เพื่อให้มีความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์นั้น ๆ ได้ โดยระดับการปรับตัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

4.1 กระบวนการพื้นฐานของชีวิต (Integrated Life Process) เป็นโครงสร้างและการทำหน้าที่ของกระบวนการชีวิต ซึ่งทำงานแบบองค์รวม เพื่อให้บรรลุความต้องการของมนุษย์ (Meet Human Needs) ระดับการปรับตัวนี้จะเป็นองค์ประกอบของสิ่งเร้าสำหรับบุคคล

4.2 กระบวนการปรับตัวชดเชย (Compensatory Process) เป็นระดับการปรับตัวซึ่งกระบวนการคิดรู้และกระบวนการควบคุมถูกระงับ โดยการทำงานเพิ่มขึ้นจากการทำงานของกระบวนการพื้นฐานชีวิต

4.3 กระบวนการชีวิตอยู่ในอันตราย (Compromised Process) เป็นระดับการปรับตัวซึ่งเป็นผลจากกระบวนการบูรณาการของชีวิต และกระบวนการปรับตัวชดเชยทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

5. กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping Process) หมายถึง วิธีทางการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลง การมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว อาจเป็นในลักษณะที่เกิดขึ้นเอง (Innate) และเกิดจากการเรียนรู้ (Acquired) เป็นการตอบสนองของกระบวนการต่อสิ่งแวดล้อม หรือกระบวนการ มีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมก็ได้

5.1 กระบวนการควบคุม (Regulator Subsystem) เป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้สีกว่า ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านสรีระ เพื่อการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ กระบวนการนี้จะทำงานผ่านระบบประสาท สารเคมี และต่อมไร้ท่อ สิ่งเร้าจากทั้งภายใน และภายนอกบุคคล จะส่งเข้าผ่านระบบประสาท และมีผลต่อสมดุลน้ำ อิเล็กโทรลิตซ์ และ กรดด่าง รวมทั้งระบบฮอร์โมนก่อให้เกิดการตอบสนองอัตโนมัติในเวลาเดียวกัน ผลกระทบของ สิ่งเร้าบางส่วนจะผ่านไปยังศูนย์การรับรู้ (Perception) และมีผลกระทบต่อกระบวนการคิดรู้ต่อไป

5.2 กระบวนการคิดรู้ (Cognator Subsystem) เป็นการตอบสนองต่อการคิดรู้และอารมณ์ (Cognitive – Emotive Channels) ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม สิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านกลไก 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการรับรู้ (Perceptual and Information Processing) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Judgment) และอารมณ์ (Emotion) โดยที่กระบวนการรับรู้จะเลือกและจดจำสิ่งที่น่าสนใจ การเรียนรู้จะทำให้เกิดการเรียนแบบและหยั่งรู้ การตัดสินใจจะช่วยให้มีการตัดสินใจ และแก้ปัญหา ส่วนอารมณ์จะเป็นกลไกการป้องกันร่างกายของบุคคลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยในการประเมินความรู้สึก และความผูกพันของบุคคลการทำงานของทั้งกระบวนการควบคุม และกระบวนการคิดรู้ จะทำงานสัมพันธ์และควบคู่กันเสมอไป ไม่ว่าการปรับตัวในเรื่องดังกล่าว จะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการทำงานของระบบเป็นองค์รวม

6. ชนิดของการปรับตัว (The Adaptive Modes) แบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

6.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic/ Physiological Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งจะครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่องต่อไปนี้

6.1.1 ความต้องการพื้นฐาน 5 ประการ (Five Basic Need)

6.1.1.1 ออกซิเจนและการไหลเวียนของโลหิต (Oxygenation) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ประกอบด้วยกระบวนการพื้นฐานของชีวิต 3 กระบวนการ ได้แก่ การระบายอากาศ (Ventilation) การแลกเปลี่ยนก๊าซ (Exchange of Gas) และการขนส่งก๊าซ (Transport of Gas)

6.1.1.2 ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ความต้องการด้านโภชนาการ ประกอบด้วยกระบวนการบูรณาการของชีวิตที่ต่อเนื่องกัน 2 กระบวนการ ได้แก่ การย่อยอาหาร (Digestion) ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การกิน และการเคลื่อนไหวของอาหาร การดูดซึมสารอาหารและการขับถ่าย ผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการย่อย และการเผาผลาญอาหาร (Metabolism) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้พลังงาน เสริมสร้างการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

6.1.1.3 การขับถ่าย (Elimination) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการปรับตัวเมื่อร่างกายได้รับสารอาหาร เพื่อการรอดชีวิตและคงสมดุลของร่างกายที่เกิดจากกระบวนการย่อยและเผาผลาญอาหาร การขับถ่ายประกอบด้วยกระบวนการพื้นฐานของชีวิต 2 ประการ ได้แก่ การขับถ่ายของระบบทางเดินอาหาร (Intestinal Elimination) และกระบวนการขับถ่ายของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Elimination)

6.1.1.4 การออกกำลังกายและการพักผ่อน (Activity and Rest) การมีกิจกรรมจะก่อให้เกิดความเครียดด้านร่างกายที่จะช่วยให้เกิดการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ส่วนการพักผ่อนจะทำให้มีการรักษา ซ่อมแซม จึงเป็นความต้องการของร่างกายที่จะปรับสมดุลของร่างกายที่จะปรับสมดุลของกระบวนการพื้นฐานของชีวิตระหว่างการเคลื่อนไหว (Mobility) และการนอนหลับ (Sleep)

6.1.1.5 การป้องกัน/ ปกป้องร่างกาย (Protection) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายที่จำเป็นต่อการปรับตัว ประกอบด้วยกระบวนการบูรณาการของชีวิต 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการป้องกันอย่างไม่เฉพาะเจาะจง (Non Specific Defense Process) ประกอบด้วยการทำงานของผิวหนัง การทำงานของเซลล์และสารเคมี สำหรับกระบวนการป้องกันแบบเฉพาะเจาะจง (Specific Defense Process) จะเป็นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

6.1.2 กระบวนการความรู้สึกซับซ้อน 4 ประการ (Four Complex Processes-Senses)

6.1.2.1 การรับความรู้สึก/ การควบคุมอุณหภูมิ (Senses) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนประกอบด้วย การมองเห็น (Vision) การได้ยิน (Hearing) ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งประกอบด้วย การรับสัมผัสและแรงกด (Touch and Pressure) การทรงตัว (Position Senses or Kinesthesia) ความร้อนและความเย็น (Hot & Cold) และความเจ็บปวด (Pain)

6.1.2.2 น้ำและอิเล็กโตรไลต์ (Fluid, Electrolyte and Acid-Base Balance) เป็นกระบวนการคงสมดุลของร่างกาย (Homeostasis) เป็นการทำงานร่วมกันของระบบหายใจ ระบบไหลเวียน ระบบทางเดินอาหาร ไต ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ แต่ระบบที่สำคัญที่จะเป็นการทำงานของไต ซึ่งมีหน้าที่ในการกรอง (Filtration) การดูดกลับ (Reabsorption) และการหลั่ง (Secretion) ซึ่งทำให้เกิดการขับของเสียประเภทในโตรเจน รวมทั้งการคงสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์และการคงสมดุลกรดต่างในเลือด

6.1.2.3 การทำหน้าที่ของระบบประสาท (Neurologic Function) ระบบประสาทมีหน้าที่สำคัญในการทำงานของกระบวนการควบคุม (Regulation Coping Mechanism) ของบุคคลเพื่อควบคุมและการประสานงานของการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรู้สติและความคิดรู้ อารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ การทำงานของระบบประสาทจะประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ การคิดรู้ (Cognition) และการรู้สติ (Consciousness)

6.1.2.4 การทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine Function) เป็นการทำงานผ่านฮอร์โมนและระบบประสาท เพื่อให้เกิดประสานงานและการทำงานและการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การทำงานของต่อมไร้ท่อจะมีบทบาทในการตอบสนองต่อภาวะเครียด และมีความจำเป็นต่อการทำงานของกระบวนการควบคุมของร่างกาย

ส่วนในเรื่องกลุ่มเป็นการปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสถานภาพกลุ่ม ซึ่งจะครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่องต่อไปนี้

6.1.3 แหล่งสนับสนุน (Operating Resources)

6.1.3.1 การมีส่วนร่วม (Participants) การมีส่วนร่วมทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

6.1.3.2 สิ่งสนับสนุนด้านกายภาพ (Physical Facilities) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรวมกลุ่ม เช่น สถานที่ สิ่งปลูกสร้าง เป็นต้น

6.1.3.3 งบประมาณ (Fiscal Resources) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของการดำเนินการ กลุ่ม เพื่อช่วยให้การดำเนินการกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

6.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self - Concept)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อ เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีเกี่ยวกับตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเอง และเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง เป็นการตอบสนองด้านจิตใจ จะก่อให้เกิดสมดุลและความมั่นคงทางจิตใจ และวิญญานของบุคคลทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หากเกิดปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์จะก่อให้เกิดอุปสรรคและขัดขวางความสามารถในการดำเนินชีวิตด้านต่าง ๆ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ประกอบด้วย 2 ด้านดังนี้

6.2.1 ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนกายภาพ (Physical Self) เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวกับการยอมรับรูปร่างทางกายภาพของตน เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองด้านรูปลักษณ์ความสามารถของร่างกาย โดยมีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ

6.2.1.1 ความรู้สึกต่อร่างกาย (Body Sensation) เป็นความสามารถที่จะรู้สึกและมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกถึงร่างกายของตนเอง เช่น ฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันรู้สึกเหนื่อยแทบขาดใจ ฉันรู้สึกสดชื่น

6.2.1.2 ภาพลักษณ์ (Body Image) เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาลักษณะภายนอก เช่น ฉันรู้สึกว่าเป็นคนสวย ฉันรู้สึกรูปร่างแย่มาก

6.2.2 ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self) เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง ปณิธานที่บุคคลยึดถือ ซึ่งประกอบเป็นบุคลิกภาพของบุคคลแบ่งได้ ดังนี้

6.2.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคง (Self – Consistency) เป็นความเชื่อความรู้สึก ที่เกี่ยวกับความมั่นคงภายในบุคคล เป็นการจัดระบบความคิดของตนซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดการกับตนเองและหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมาคุกคามความมั่นคงภายในบุคคล

6.2.2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานความคาดหวัง (Self – Ideal) เป็นการรับรู้ตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความนึกคิด และความคาดหวังว่าตนเองเป็นอะไร หรือทำอะไร ตลอดจนความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองด้วย หากบุคคลไม่สามารถบรรลุตามที่นึกคิดหรือคาดหวัง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ หรือเกิดภาวะไร้อำนาจ

6.2.2.3 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรม จรรยาและจิตวิญญาณ (Moral-Ethical-Spiritual Self) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับศีลธรรม จรรยา กฎเกณฑ์ต่าง ๆ รวมทั้งค่านิยมทางสังคม ศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณี จะเปรียบเสมือนสิ่งที่คอยบอกให้บุคคลรู้สึกถึงความดี – เลว เกี่ยวกับตนเอง สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้ละเมิด

กฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยาที่เรียนรู้และสะสมไว้ จะเกิดความรู้สึกผิด (Guilt) มีบาป ตีเดียตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ และมีความตึงเครียดในจิตใจเกิดขึ้น

6.2.2.4 อัตมโนทัศน์ด้านความมีคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem) บุคคลที่มีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ทั้ง 3 ด้านข้างต้นจะมีการรับรู้คุณค่าของตนเองที่ดี บุคคลที่รู้สึกสูญเสีย หรือเกิดความรู้สึกผิด หรือสูญเสียอำนาจ มักส่งผลให้บุคคลนั้นรับรู้คุณค่าต่อตนเองต่ำด้วย (low Self - Esteem)

6.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function) เพื่อให้เกิดความมั่นคงในด้านสังคม เป็นการกระทำตามหน้าที่ที่สังคมคาดหวังสำหรับบทบาทของบุคคลนั้น การกระทำนี้ขึ้นอยู่กับปฏิริยาสัมพันธ์ของบุคคลกับผู้อื่นในสถานการณ์ที่กำหนดไว้ โดยรอยได้ระบุแบบต่าง ๆ ของการกระทำตามบทบาทไว้ (Roy & Andrew, 1999) ดังนี้

6.3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) เป็นบทบาทในทางเพศและอายุที่ติดมากับบุคคล

6.3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในสังคม และการประกอบอาชีพ เช่น บทบาทในครอบครัวในฐานะภรรยาหรือสามี บทบาทการเป็นพนักงานบริษัท เป็นต้น

6.3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) เป็นบทบาทชั่วคราวในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น บทบาทผู้ป่วย หรือสมาชิกชมรมพยาบาล เป็นต้น

ถ้าไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองได้ ก็เกิดปัญหาการปรับตัวดังนี้

6.3.3.1 การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Role Transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึก และเจตคติที่ดีต่อบทบาทนั้นแต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เช่น สตรีมีบุตรคนแรกมีความลำบากใจในการเลี้ยงดูบุตรเนื่องจากไม่มีความรู้เพียงพอ

6.3.3.2 การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกแท้จริง (Role Distance) การที่บุคคลแสดงออกได้อย่างเหมาะสมทั้งพฤติกรรม การแสดงออก และแสดงถึงการมีเจตคติที่ดี แต่การแสดงออกนั้นขัดกับความรู้สึกที่แท้จริงของตน เช่น ผู้ป่วยแสดงสีหน้าสดชื่น เพื่อปกปิดความวิตกกังวลหรือกลัว เป็นต้น

6.3.3.3 ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) การที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทหลาย ๆ บทบาทได้สมบูรณ์ ในขณะเดียวกันจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ

6.3.3.4 ความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) เป็นความล้มเหลวในการแสดงบทบาทเป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถดำรงบทบาทนั้นได้

6.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัย (Interdependence) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่การตอบสนองทางอารมณ์ที่เพียงพอ (Affectional Adequacy) ความรัก (The Giving and Receiving of Love) การยอมรับนับถือ (Respect) และการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดี (Effective Relations and Communication) เพื่อที่จะบรรลุความสัมพันธ์ที่มั่นคงของบุคคล การพึ่งพาอาศัยระหว่างกันมีลักษณะเป็นความสมดุลระหว่างการเป็นตัวของตัวเองและการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมการพึ่งพาผู้อื่นจะครอบคลุมพฤติกรรมดังต่อไปนี้ การขอความช่วยเหลือ แสวงหาความปลอดภัย (Shelter) การเรียนรู้และพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างกัน (Learning and Maturing in Relationships) การแสวงหาความพึงพอใจจากการทำงานและการดำรงชีวิต (Roy, 1999)

7. พฤติกรรม (Behavior)

7.1 การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Adaptive Responses) เป็นการส่งเสริมบูรณาการของระบบบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายการปรับตัว ได้แก่ การรอดชีวิต (Survival) การเจริญเติบโต (Growth) การสืบทอดเผ่าพันธุ์และการสร้างสรรค์ (Reproductive) รวมทั้งการเป็นตัวของตัวเอง (Mastery) นอกจากนี้รอยยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่าเป็นการพัฒนาความรู้ใหม่ในระดับที่สูงขึ้นเพื่อใช้จัดการกับตนเอง

7.2 การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Responses) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการไม่ผสมผสาน ทำให้บุคคลไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการปรับตัวทั้ง 4 อย่างข้างต้นได้

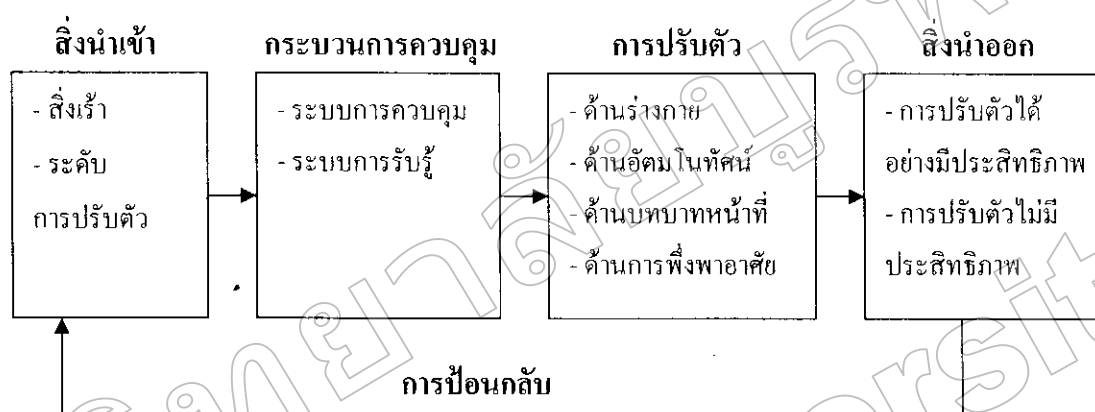
8. สิ่งเร้า (Stimuli) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล หรือภายในตัวบุคคล และอาจจะเป็นสิ่งเร้าทางด้านกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคม หรือหลาย ๆ อย่างรวมกัน รอยแบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด คือ

8.1 สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามากระทบระบบโดยตรง ทำให้บุคคลต้องมีการตอบสนองโดยทันที เช่น บุคคลจะหันหนีจากเสียงดังทันที ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ความเจ็บปวด เป็นสิ่งเร้าตรงของบุคคลเป็นต้น บุคคลจะตื่นตัวในการเผชิญกับสิ่งเร้าตรงและจะต้องใช้พลังงานในร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น

8.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดร่วมกับสิ่งเร้าตรง และมีผลกระทบต่อระบบบุคคลเช่นกัน เช่น ในผู้ป่วยผ่าตัดความเจ็บปวดเป็นสิ่งเร้าตรง แต่ผลกระทบของบุคคลจะเพิ่มขึ้นจากสิ่งเร้าร่วม คือความไม่แน่นอนเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่แตกต่างกันเป็นต้น

8.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) หมายถึง สิ่งแวดล้อมภายในหรือภายนอกบุคคลแต่มีอิทธิพลต่อระบบบุคคลที่ยังไม่ชัดเจน ในสถานการณ์ บุคคลอาจไม่ตระหนักถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ สิ่งเหล่านี้คือ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์เดิม หรือการดำเนินชีวิต เป็นต้น

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกล่าวถึงบุคคลเป็นระบบการปรับตัว (Human as an Adaptive System) แบบองค์รวมและเป็นระบบเปิด ซึ่งประกอบไปด้วย สิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการควบคุม (Control Process) การปรับตัว (Adaptation) สิ่งนำออก (Output) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback Process) โดยมีแนวคิดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการปรับตัว ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy, 1999)

พฤติกรรมเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นตัวป้อนกลับ (Feedback Process) และกลายเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบการปรับตัวต่อไป เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ว่าต้องปรับตัวอย่างไรต่อไป ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าตรง คือ ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ยังมีสิ่งเร้าร่วมได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวเกิดขึ้นซึ่งผลจากการปรับตัวคือ ภาวะการทำหน้าที่

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต และส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย (พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547) ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งภาวะการทำหน้าที่นั้นได้มีผู้ให้ความหมายและจำแนกชนิดของภาวะการทำหน้าที่ไว้หลากหลายประการดังนี้

ความหมายและการจำแนกชนิดของภาวะหน้าที่

มีผู้ให้ความหมายภาวะการทำหน้าที่ไว้หลากหลายพอสรุปได้ดังนี้

โลวโทว และบรอดี้ (Lawtow & Brody, 1969) ได้ให้ความหมายของคำว่า ภาวะการณ์ทำ

หน้าที่ ว่าหมายถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย (Basic Activities of Daily Living) เช่นการอาบน้ำ การแต่งตัว เข้าห้องน้ำ เคลื่อนย้าย การจับถ้าย การรับประทานอาหารเป็นต้น และการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การจ่ายตลาด และการเดินทางเป็นต้น

สจ๊อต และบรูค (Stewart & Brook, 1983) ได้ให้ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ว่า เป็นการปฏิบัติกิจวัตรที่มีความหลากหลายที่เป็นปกติในผู้ที่มีสุขภาพร่างกายดีประกอบด้วย 5 กลุ่มของกิจกรรม คือ

1. กิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว และการเข้าห้องน้ำเป็นต้น
2. การเคลื่อนไหว เช่น การเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้าน การเคลื่อนไหวนอกบ้านหรือชุมชนเป็นต้น
3. กิจกรรมทางกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การใช้ไม้ค้ำยัน การยก การโค้งเป็นต้น
4. การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท (แบบฉบับของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับอายุและบทบาททางสังคม) เช่น กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมโรงเรียนหรือกิจกรรมภายในบ้านเป็นต้น
5. กิจกรรมในเวลาว่าง เช่น งานอดิเรก การรวมกลุ่ม การเล่นกีฬาเป็นต้น

รีเบนสเตน (Rebenstein, 1988) ได้ให้ความหมายของคำว่า ภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำของบุคคลที่รวมทั้งการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคมในชีวิตประจำวัน

เมบูม – ดี จอห์น และสมิท (Meyboom – De Jony & Smith, 1992) ให้ความหมายว่า หมายถึงระดับความสามารถในการปฏิบัติอย่างที่เป็นอยู่ทั้งในความหมายของการดูแลตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่และบทบาท ซึ่งคล้ายกับความหมายของ บาร์ชีวิก, มัช และสวีนิ (Barsevick, Much, & Sweeney, 2000)

ไลดี้ (Leidy, 1994) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ว่าหมายถึง ความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่บุคคลทำในชีวิตประจำวันเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐาน คงอยู่ในบทบาทปกติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก ซึ่ง ไลดี้ (Leidy, 1994) กล่าวว่าภาวะการทำหน้าที่เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 4 มิติคือ ความสามารถ (Capacity) การปฏิบัติ (Performance) พลังงานสำรอง (Reserve) และการนำศักยภาพออกมาใช้ (Capacity Utilization) และได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) คือ ศักยภาพสูงสุดของบุคคลในการที่จะทำกิจกรรมตามปกติของชีวิต เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อปฏิบัติบทบาท

ปกติ (ที่เคยทำเป็นประจำ) ให้สำเร็จ และเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก และความสามารถในการทำหน้าที่ ยังหมายถึง ศักยภาพในทุกมิติ รวมทั้งกาย การรู้คิด จิตสังคม จิตวิญญาณ และปัจจัยส่วนบุคคล แต่ในด้านการออกกำลังกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) จะหมายถึง ความสามารถสูงสุดของร่างกายในการเผาผลาญพลังงานในร่างกายโดยการออกกำลังกายสูงสุด

2. การปฏิบัติหน้าที่ (Functional Performance) หมายถึง กิจกรรมทางกาย จิต สังคม อาชีพ และจิตวิญญาณซึ่งบุคคลจะทำจริงในชีวิตประจำวันในชีวิตปกติของเขาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (เป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องการและอยากจะทำ) ไม่รวมถึงการรับรู้และอารมณ์

กิจกรรมทางกายเป็นกิจกรรมที่มีแรงจูงใจมาจากความต้องการทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย กิจกรรมประจำวัน (ADL = Activities of Daily Living) และกิจกรรมประจำวันระดับปานกลาง (IADL = Intermediate Activities) กิจกรรมจะรวมถึงสุขภาพจิตและการเจริญเติบโตของบุคคล เช่น งานอดิเรกหรือช่วงเวลาที่ชอบ (ฟังเพลง อ่านหนังสือ ทำสวนและความสามารถในการแก้ปัญหา) ซึ่งจะรวมถึงกิจกรรมทางจิตด้วย กิจกรรมทางสังคม จะรวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและครอบครัว เช่น งานเลี้ยง การพบปะสังสรรค์ การเยี่ยมเพื่อน การโทรศัพท์ และการทำงานเป็นต้น กิจกรรมทางจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเลื่อมใสศรัทธา การทำสมาธิและการประกอบพิธีการทางศาสนาและการบวงสรวง

3. พลังงานสำรองของหน้าที่ (Functional Reserve) คือ ความแตกต่างระหว่างความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Capacity) และการปฏิบัติ (Functional Performance) โดยทั่วไปคนเราจะไม่ทำศักยภาพที่เขาทำอย่างเต็มที่ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การจัดการเรื่องการเงิน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นต้น โดยแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลผู้สูงอายุจะมีพลังงานสำรองน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

4. การนำศักยภาพหน้าที่ออกมาใช้ (Functional Capacity utilization) คือ ศักยภาพหน้าที่ หรือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional potential) จะถูกใช้ในระดับต่าง ๆ ของการกระทำ (ในระดับของการกระทำที่เขาเลือกแล้ว)

แฟรงค์ – สตอมเบอก (Frank – Stromborg, 1997) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึง ความสามารถในการแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน จากแนวคิดของ แฟรงค์ – สตอมเบอก กล่าวว่า หน้าที่ (Function) เป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยมิติ 2 มิติ คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) และ ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) มีความหมายเหมือนกันหรือใช้แทนกันได้ คือหมายถึง

ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติบทบาทและเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่สนใจและได้ให้คำอธิบายไว้ดังนี้คือ

ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) คือความสามารถจริงหรือศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปกติของชีวิตให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จะรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL = Basic Activities of Daily Living) เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การรับประทานอาหารเป็นต้น หรือรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (IADL = Instrumental Activities of Daily Living) เช่น การทำงานบ้านและการเตรียมอาหาร การจ่ายตลาด การเคลื่อนย้ายเป็นต้นและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (BADL = Basic Activities Daily Living)

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) คือ ความสามารถจริงในแต่ละบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมและการงาน เพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน เน้นถึง BADL, IADL และ AADL (Advance Activities of Daily Living เช่น การงาน การเดินทาง งานอดิเรก หรือการมีส่วนร่วมในสังคมและกลุ่มศาสนา) เป็นต้น

เบนโนไลต์ (Benolied, 1997) ได้ให้ความหมายของ ภาวะการทำหน้าที่ ว่าหมายถึงความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อที่จะปฏิบัติกิจวัตรหรือบทบาทในภาวะปกติที่ผู้ใหญ่อายุสามารถทำได้ด้วยตนเอง (ส่งเสริมให้เขาทำได้ดีขึ้น)

อรนุช ประดับทอง (2545) ให้ความหมายของภาวะการทำหน้าที่ไว้ว่า เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การนอนหลับ ความสามารถในการรับประทานอาหารและการทำงานตามการรับรู้ของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญดา คงศักดิ์ตระกูล (2547) แต่จะกล่าวรวมทั้งกิจกรรมในการดูแลตนเอง กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมในครอบครัว อาชีพการงาน และกิจกรรมทางสังคม

รอยได้อธิบายในส่วนของบทบาทหน้าที่ (Role Functional Mode) ว่าเป็นการตอบสนองความต้องการและคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม โดยภาวะการทำหน้าที่เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทในระดับต่าง ๆ คือ

บทบาทปฐมภูมิ (Primary Roles) เป็นบทบาทหลักที่กำหนดพฤติกรรมส่วนใหญ่ของคนในระหว่างการเจริญเติบโตของชีวิตโดยอยู่บนพื้นฐานของเพศ อายุและระยะพัฒนาการ เช่น การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ เป็นต้น

บทบาททุติยภูมิ (Second Roles) เป็นบทบาทที่บุคคลคาดว่าจะทำภารกิจให้เสร็จสมบูรณ์ มีความสัมพันธ์กับบทบาทปฐมภูมิ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตและพฤติกรรมในสังคม แต่ละบุคคลจะมีหลายบทบาท โดยมีความเกี่ยวข้องกับระยะพัฒนาการ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ด้านคือ

1. การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและกิจกรรมในครอบครัวได้ เช่น การทำความสะอาด การทำอาหาร การล้างจาน การจ่ายตลาด การดูแลผู้สมรสและเด็ก
2. การที่บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติอาชีพการงานได้ เช่น ปริมาณงานที่บรรลุผลสำเร็จ ปริมาณงานที่รับผิดชอบและจำนวนชั่วโมงการทำงาน

บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Roles) เป็นบทบาทที่บุคคลสามารถเลือกกระทำได้โดยอิสระ และเป็นบทบาทชั่วคราว มักเกี่ยวกับความสำเร็จในงานที่บุคคลกระทำในช่วงระยะพัฒนาของช่วงชีวิตปัจจุบัน กล่าวคือ การที่บุคคลสามารถมีกิจกรรมทางสังคมและชุมชนได้ เช่น การมีส่วนร่วมในชุมชนและกลุ่มศาสนา การคบค้าสมาคมกับเพื่อนและบุคคลอื่น และการใช้เวลาว่างเป็นต้น

หากไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ได้ก็จะเกิดปัญหาการปรับตัวซึ่งมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. การที่ไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาทนั้น แต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เช่น สตรีที่มีบุตรคนแรก มีความลำบากใจในการเลี้ยงดูบุตร เนื่องจากไม่มีความรู้เพียงพอเป็นต้น
2. การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่จริง หมายถึง การที่บุคคลแสดงออกได้อย่างเหมาะสมทั้งพฤติกรรม การแสดงออกและแสดงถึงเจตคติที่ดี แต่การแสดงออกนั้นขัดกับความรู้สึกที่แท้จริงของตน
3. ความขัดแย้งในบทบาท การที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทหลาย ๆ บทบาทได้สมบูรณ์ในขณะเดียวกันจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจิตใจ

ความขัดแย้งในบทบาท การที่บุคคลไม่สามารถดำรงบทบาทนั้นได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมาย ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของบุคคล ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านหรือครอบครัว การประกอบอาชีพ และกิจกรรมทางสังคม ภาวะการทำหน้าที่ดังกล่าวตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของโรยนั้น จัดเป็นสิ่งนำออกอย่างหนึ่งที่เป็นผลมาจากกระบวนการปรับตัว หากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถที่จะจัดการกับสิ่งนำเข้าต่าง ๆ ที่เข้ามาได้จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพหรือภาวะการทำ

หน้าที่ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ตามมา ซึ่งขึ้นกับสิ่งเร้าหรือสิ่งนำต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ

การประเมินภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การประเมินภาวะการทำหน้าที่สามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. แบบประเมิน Enforced Social Dependency Scale (ESD) สร้างโดย Benoliel and Young ในปี ค.ศ. 1980 ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยดูจาก การปฏิบัติตามปกติ ความสามารถทางสังคม ระดับความรู้สึกตัว คะแนนรวม 10 – 51 คะแนน โดยคะแนนรวมมากจะแสดงถึงความบกพร่องทางหน้าที่สูงสุด โดย Benoliel et al. (1980) นำไปทดสอบความตรงและความเที่ยงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเที่ยงภายในสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 9 และ McCork et al. (1989) Moimpour, McCorkle and Saunder (1988) and Naylor (1990) อ้างถึงใน พิษณุดา คงศักดิ์ตระกูล, 2547) ได้ค่าความตรงภายในโดยใช้วิธีวัดซ้ำ (Test - Retest) และความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .77
2. แบบประเมิน The Inventory of Functional Status – Cancer (IFS - CA) สร้างโดย Tulman, Fawcett & McEvoy ในปี ค.ศ. 1991 เป็นแบบประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rate Scale) 4 ระดับมีทั้งหมด 39 ข้อ โดยเป็นด้านกิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านอาชีพการงาน ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและในครอบครัว การทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน โดยคะแนนรวมมากหมายถึง ภาวะการทำหน้าที่อยู่ในระดับที่ดีมาก เครื่องมือดังกล่าวได้ถูกนำไปทดสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นการตัดสินจากผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการบำบัดจำนวน 16 ราย ด้านความสอดคล้องเท่ากับ ร้อยละ 98.5 ความเที่ยงภายในได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ .67 - .74
3. แบบประเมิน The Karnofsky Performance Scale (KPS) สร้างโดย Karnofsky, Abelmann, Crave and Barchenal ในปี ค.ศ. 1948 (Abernethy, 2005) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับมีคะแนนตั้งแต่ 0 – 100 เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในผู้ป่วยมะเร็งแต่เป็นการวัดเฉพาะทางกายเพียงอย่างเดียวแต่เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการวัดภาวะการทำหน้าที่ โดยวัดการปฏิบัติทางกายและระดับความต้องการความช่วยเหลือ ถ้าคะแนนสูง 90 – 100% แสดงว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่มีข้อจำกัด ถ้าคะแนนต่ำแสดงว่ามีข้อจำกัดเป็นอย่างมากในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในการดูแลตนเอง ความเที่ยงมีค่าแปรผัน การตรวจสอบความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้วิธี Inter – Rater ได้เท่ากับ 95% และในปี ค.ศ. 1984 Mor et al. ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านพักผู้ป่วยได้ค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha เท่ากับ .97 ได้ค่าความตรงตามโครงสร้างเท่ากับ .49

3. แบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status Questionnaire: FSQ) สร้างและพัฒนาโดย เอเลน เจ็ท (Jette, 1987) จำนวน 34 ข้อแบบเลือกตอบประกอบด้วย การประเมินทางด้านร่างกาย 9 ข้อ แบ่งเป็นกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3 ข้อและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับปานกลาง (IADL = Intermediate Activities of Daily Living) 6 ข้อ ด้านจิตใจ 5 ข้อ และบทบาททางสังคม 8 ข้อ แบ่งเป็นลักษณะกิจกรรม 3 ข้อและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 5 ข้อ ผู้ป่วยสามารถกรอกแบบสอบถามได้เอง ใช้ได้กับทุกโรคและมีความเหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่

4. แบบประเมิน Medical Outcomes Study Short - Form 36 (MOS - SF 36) ใช้ประเมินภาวะอาการ ภาวะการทำหน้าที่ และการรับรู้สุขภาพทั่วไป จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้านได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ทางสังคม ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางกาย ข้อจำกัดที่เกิดจากปัญหาทางอารมณ์ สุขภาพจิต พลังงาน ความเจ็บปวดและการรับรู้สุขภาพทั่วไป มีค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .85

6. แบบประเมิน The Sickness Impact Profile 68 (SIP 68) ของ ดี เบริน (Wessels, 1998) ซึ่งพัฒนามาจาก The Sickness Impact Profile 136 (SIP 136) ของ เบอกเนอร์ (Bergner, 1976) ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1975 ใช้ประเมินภาวะสุขภาพโดยประเมินจากกิจกรรมประจำวันและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงจากปัญหาสุขภาพ มีจำนวน 68 ข้อแบ่งเป็น 6 ด้าน ประเมินด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย (Somatic Autonomy) การควบคุมการเคลื่อนไหว (Mobility Control) จังหวะการเคลื่อนไหว (Mobility Range) พฤติกรรมทางสังคม (Social Behavior) ความมั่นคงทางอารมณ์ (Emotion Stability) และจิตใจและการสื่อสาร (Psychological Autonomy and Communication) ได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้ค่าความเที่ยงครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .95

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามภาวะการทำหน้าที่ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของรอย ซึ่งครอบคลุมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านหรือครอบครัว การประกอบอาชีพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม จำนวน 25 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ระดับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สิ่งเร้าหรือปัจจัยเกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีหลายปัจจัยทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่โดยตรงและส่งผลกระทบต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่เร้าร่วม (Contextual Stimuli) ที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) กับภาวะการทำหน้าที่ตามทฤษฎีการปรับตัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของโรคยังขึ้นกับพยาธิสรีระของโรคที่เป็นอยู่อีกด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และระดับศึกษา

อายุ จากการศึกษานี้ของ Jordhoy (2001) พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมีภาวะการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยเนื่องจากภาวะที่มีมากกว่า นอกจากนี้ อายุก็เป็นสาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เนื่องมาจากร่างกายจะมีความเสื่อมของหลอดเลือดเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น (จุฑามาศ จันทร, 2542) และในทางกลับกันบุคคลที่มีอายุน้อยกว่ามีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีกว่าผู้สูงอายุ โดยสรีระที่มีความเสื่อมของร่างกายน้อยกว่า

เพศ จากการศึกษานี้ของ Jordhoy (2001) พบว่าเพศชายมีภาวะการทำหน้าที่ดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีสรีระที่แข็งแรงกว่าผู้หญิงทำให้มีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีกว่าจากการรายงานใน Epilepsy News (2006) กล่าวถึง การศึกษาภาวะซึมเศร้าภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะผิดปกติและเพิ่มความเสี่ยงของอัตราการตายของกล้ามเนื้อหัวใจให้มากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 27.7 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า และเป็นผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย คือ ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิงร้อยละ 53.3 เป็นผู้ชายร้อยละ 15.6 ($p < .01$) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ในระดับต่ำด้วย ทั้งนี้เนื่องจากอาการและการดำเนินไปของภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยมีอยู่

รายได้ จากการศึกษานี้ของ Sarna (1994) พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะการทำหน้าที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากรายได้เป็นสิ่งที่ช่วยในการสร้างโอกาสที่จะเลือกรับบริการการรักษาและจัดหาสิ่งที่จะมาช่วยสนับสนุนการปรับตัวต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (ชวนพิศ ทานอง, 2541)

ระดับการศึกษา ในบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับฟังและทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางต่าง ๆ ที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ สามารถนำไปปฏิบัติได้ อีกทั้งบุคคลที่มีการศึกษาสูงมีความสามารถในการแสวงหาความรู้และแหล่งประโยชน์ได้ดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี

ระดับความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่เร้าตรง (Focal Stimuli) ที่มีผลทำให้ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับ การแบ่งระดับความรุนแรงของ

โรคตาม New York Heart Association (NYHA) จะแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย (Aashish, 2004) เช่น Class I ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยไม่มีอาการแสดงของโรค Class II ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อปฏิบัติกิจกรรม แต่เมื่อพักอาการจะทุเลา ทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย Class III ผู้ป่วยจะแสดงอาการเมื่อบริโภคกิจกรรมตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมมาก และ Class IV ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เป็นต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคจะทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อย ระดับความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกำลังเผชิญอยู่ และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการปรับตัวหรือเป็นสิ่งนำออก ในที่นี้คือภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณฯ ประดับทอง (2542) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 1 ใน 3 มีอาการทางจิตเวช โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เมื่อภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ รู้สึกสูญเสียคุณภาพชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เขาวรัตน์ ชันชวิชัย, 2544) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยในด้านการสนับสนุนทางจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีผลกระทบต่อภาวะอาการ (Symptom Status) และภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตามลำดับ (Wilson & Cleary, n.d. cited in Ropka, 2002) ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย กล่าวไว้ว่า สิ่งเร้าร่วมมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล (Roy, 1999) ภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งเร้าร่วมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ด้วย

ความหมาย

สเวบสัน (Swebson, 2001) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นระดับลักษณะอารมณ์เศร้า ขาดความสุข หรือขาดความสนใจในชีวิตประจำวัน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) กล่าวว่า อาการซึมเศร้า (Depressive Symptom) เป็นผลรวมของความรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากสาเหตุในสิ่งแวดล้อมหรือเกิดร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางจิต โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกสนุกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้เป็นต้น ซึ่งเป็นติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง และมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน

สเปญ อุ่นอนงค์ (2549) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่แจ่มใส ไม่อยากสนใจสิ่งต่าง ๆ แม้กระทั่งสิ่งที่ตนเคยสนใจ เวลาทำอะไรดี ๆ เกิดขึ้นก็ไม่รู้สึกเป็นสุข เบื่ออาหาร กินได้น้อย ผอมลง หดหู่เรื้อรัง คิดแต่เรื่องร้าย ๆ บางคนรู้สึกเบื่อชีวิตมากจนคิดอยากตาย บางคนพยายามฆ่าตัวตาย ในคนที่มีอาการซึมเศร้ามาก ๆ บางรายอาจหิวแล้ว ได้ยินเสียงคนที่ตายไปแล้วมาชวนไปอยู่ด้วย บางรายเกิดความหลงผิดคิดว่าตัวเองตายไปแล้วหรือคิดว่าตนเองทำบาปทำกรรมไว้มาก ต้องฆ่าตัวตายชดใช้กรรม ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางร่างกายเด่นกว่าอาการทางอารมณ์ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง คลื่นไส้ อ่อนเพลีย วิงเวียน ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ผู้ที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการต่าง ๆ เกือบตลอดเวลาแทบทุกวันและเป็นอยู่เป็นสัปดาห์ ไม่ใช่เพียงชั่วคราว

ศิริรัตน์ วิจิตระกุลถาวร (2545) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่เกิดจากกระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความเบี่ยงเบนในด้านการคิดและการรับรู้ อารมณ์ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม โดยมีอาการเศร้าเสียใจ ท้อแท้ หดหู่ รู้สึกไร้ค่า เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่สนใจทำกิจกรรม มีความคิดแต่ในด้านลบ มีพฤติกรรมถอยหนี และลงโทษตัวเอง

เยาวรัตน์ ชันธวิชัย (2544) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกหม่นหมอง หดหู่ เศร้าสร้อยไม่มีความสุข ท้อถอย เบื่อหน่าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนในสามด้านคือ มองเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง มีความเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหวต่าง ๆ

ดวงใจ กสวนติกุล (2542) ให้ความหมายว่า ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และหมดอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลิน หรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่ออาชีพการงานหรือการเรียน

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะความรู้สึกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และไม่มีอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่เร้าร่วม (Conteacual Stimuli) มีอิทธิพลต่อการปรับตัว การทำกิจวัตรประจำวันและการคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า

ในปัจจุบันยังคงเป็นที่ถกเถียงกันถึงสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามสามารถแบ่งสาเหตุการซึมเศร้าออกเป็น 3 ประเภท (Block, 2006)

1. โรคซึมเศร้าที่เกิดจากความผิดปกติทางกาย (Organic Depression) เกิดจากความผิดปกติเสียหายของโครงสร้างสมอง ซึ่งอาจมีสาเหตุจาก โรคเส้นเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Arteriosclerosis) โรคเนื้องอกในสมองซึ่งเกิดภายหลังอุบัติเหตุทางสมอง หรือโรคทางสมองที่มีอาการซึมเศร้าร่วมกับภาวะจิตเภทและลมชัก นอกจากนี้ความผิดปกติทางกายอื่น ๆ ก็อาจทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ เช่น โรคตับอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นต้น

2. โรคซึมเศร้าที่เกิดจากพื้นฐานภายใน (Endogenic Depression) เป็นภาวะทางด้านการพันธุกรรม อาการซึมเศร้ามีลักษณะเฉพาะตัวคือ เกิดอาการเป็นพัก ๆ ในช่วงระยะเวลาที่แน่นอนระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็จะตามด้วยระยะปลอดอาการซึ่งจะกลับเป็นปกติสมบูรณ์ โดยไม่พบความแปรปรวนด้านบุคลิกภาพใด ๆ ให้เห็น ในบางครั้งอาจมีอาการตั้งแต่เด็กโดยเฉพาะเพศหญิงจะพบได้บ่อยกว่าและอายุน้อยกว่า อาการมักกำเริบในช่วงอายุ 30 – 40 ปี และในช่วงเปลี่ยนวัย โดยทั่วไปเพศชายมักปรากฏอาการเมื่ออายุระหว่าง 50 – 60 ปี ช่วงระยะที่มีอาการครั้งหนึ่ง ๆ อาจยาวนานได้แตกต่างกันไป เป็นชั่วโมง เป็นวัน เป็นปีหรือหลาย ๆ ปี อย่างไรก็ตามโดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 5 – 12 เดือน

3. โรคซึมเศร้าเพราะสาเหตุด้านจิตใจ (Psychogenic Depression) เป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด โดยผู้ที่เป็นโรคนี้ต้องประสบกับสภาวะการรุนแรงบางอย่างในชีวิตที่ตนเองไม่สามารถยืนหยัดรับมือทางด้านอารมณ์ได้ โรคซึมเศร้าชนิดนี้รวมถึงภาวะต่าง ๆ ต่อไปนี้ด้วย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) แบ่งสาเหตุของภาวะซึมเศร้าไว้แตกต่างจากที่ได้กล่าวข้างต้น ดังนี้

1. สาเหตุทางพันธุกรรม พันธุกรรมมีบทบาทสำคัญมากในภาวะซึมเศร้าที่พบสลับกับอาการ Mania (Bipolar Disorder) ใน Unipolar Depression แม้จะพบบทบาทน้อยกว่าใน Bipolar แต่หลักฐานการศึกษาบทบาทของพันธุกรรม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นครั้งแรกในวัยรุ่นหรือเด็ก การศึกษาเด็กที่มีพ่อแม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเด็กทั่วไป ในทำนองเดียวกันการศึกษานักเรียนของเด็กที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าญาติของเด็กทั่วไป

2. สาเหตุทางจิตสังคม ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมหลายอย่างเป็นสาเหตุให้เกิดโรคซึมเศร้า การที่เด็กมีปัญหาทุกข์ใจเลี้ยงดูไม่ดี หรือที่ครอบครัวที่มีปัญหาทำให้มีความเสี่ยงที่เกิดโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นกะทันหัน การสูญเสียพ่อแม่ ถูกทอดทิ้ง หย่าร้าง

3. กลไกทางจิต มีหลายทฤษฎีที่พยายามที่จะอธิบายสาเหตุของภาวะซึมเศร้า Seligman กล่าวถึงการเรียนรู้ว่าไม่มีอะไรจะช่วยให้ (Learned Helplessness) ซึ่งอธิบายว่าการที่เราพยายาม

หลีกเลี่ยงสิ่งรอบตัวที่ไม่ดีหลายครั้งแต่ไม่สำเร็จ อาจทำให้ขาดแรงจูงใจ เฉยชาและซึมเศร้า Beck กล่าวถึงทฤษฎีทางความคิดที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าว่า คนที่มีความคิดในทางลบเกี่ยวกับตัวเอง โลก และอนาคต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า

4. กลไกทางชีวภาพ การสังเกตยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการค้นพบยาที่รักษาโรคซึมเศร้า นำไปสู่สมมติฐานของสารสื่อประสาท Monoamines ที่ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากสารดังกล่าวลดลง หลายการศึกษาพบความผิดปกติของฮอร์โมนที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า

สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเกิดจาก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ รู้สึกสูญเสียคุณภาพชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เขาวรัตน์ ชันชวิชัย, 2544) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เมื่อต้องเผชิญกับความรูสึกนี้เป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเกิดจาก ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ รู้สึกสูญเสียคุณภาพชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เขาวรัตน์ ชันชวิชัย, 2544) รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เมื่อต้องเผชิญกับความรูสึกนี้เป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ผลข้างเคียงของยารักษาโรคหัวใจ เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

1. Digitalis และยา Cardiac Glycosides ทุกชนิดทำให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการต่อไปนี้มาก่อน ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงนอน และปวดประสาทของใบหน้า ต่อจากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการเพื่อซึ่ง ได้แก่ สับสน การรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเสีย ประสาทหลอน ความคิดหลงผิดแบบหวาดระแวงและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง อาการดังกล่าวมักพบในผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับมีสาเหตุอย่างอื่น เช่น ร่างกายขาดน้ำ อาเจียน และถ่ายปัสสาวะมาก

2. Antiarrhythmic Drugs ผลข้างเคียงทางจิตเวชของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ทำให้สับสนเพื่อโดยผู้ป่วยเริ่มมีอาการหูอื้อ ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน การมองเห็นภาพเลือนลาง หวาดกลัว ตื่นเต้น อาจอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ผื่นร้ายและมีอารมณ์เศร้า

อาการและอาการแสดง

ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพที่เห็นได้ชัด คือ กลายเป็นคนโศกเศร้า ขุนเฉียว หงุดหงิดง่าย หวาดกลัว พวกเขาจะรู้สึกหมดหวัง สับสนและเป็นเหมือนคนไม่มีจิตใจ ไม่มีชีวิตชีวา (Block, 2006) อาจแบ่งอาการในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1. อาการทางกาย (Vegetative) เช่นรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด อ่อนเปลี้ยเพลียแรง ปากแห้ง ท้องผูก หมดอารมณ์ทางเพศ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย เป็นต้นแต่ในวัยรุ่นอาจมีอาการรับประทานมาก นอนมาก ซึ่งเป็นอาการไม่ตามรูปแบบ

2. พฤติกรรมคำพูด (Psychomotor) ผู้ป่วยอายุน้อยมักมีอาการเชื่องซึม เชื่องช้า (Retardation) เหม่อลอย คิดช้า พูดช้า เคลื่อนไหวช้า พูดเสียงเบาและแยกตัวไม่ยากพบหน้าหรือพูดคุยกับใคร ผู้ป่วยสูงอายุมักมีอาการหลงลืมง่าย หรือซึมเศร้าแบบกระวนกระวายกระสับกระส่าย (Agitated Depressions) มีอาการนั่งไม่ติดต้องเดินไปเดินมารู้สึกทรมานใจอย่างมาก

3. ความคิดกังวล (Cognitive) คิดเรื่องร้าย ๆ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด ขาดสมาธิ และขาดความมั่นใจ วิดกกังวลไปต่าง ๆ นานา ตัดสินใจไม่ได้ บางคนมีอาการตกใจง่าย ใจสั่น แ่นหน้าออกหรือย้ำคิดย้ำทำ ในรายที่เป็นรุนแรงจะรู้สึกผิด โทษหรือดูถูกตนเอง รู้สึกท้อแท้ รู้สึกตนเองไร้ค่า หมดหวังหนทางตัน คิดฆ่าตัวตาย

ชนิดของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าคือโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้านั่นเอง โรคซึมเศร้ามีหลายชนิด (สเปญ อุ๋นอังก์, 2549) ได้แก่

1. โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major Depressive Disorder) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงและเปลี่ยนไปจากเดิมชัดเจนและมีโอกาสฆ่าตัวตายได้ถ้าเป็นมา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเองและญาติมักรู้ว่ามีความผิดปกติ ในบางรายที่พอมีความรู้ก็มารับการรักษาได้ค่อนข้างเร็ว
2. โรคซึมเศร้าชนิดไม่ร้ายแรงแต่เรื้อรัง (Dysthymia) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบที่ไม่รุนแรงนัก แต่เป็นนานเป็นปี ๆ ซึ่งจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวไปมาก
3. โรคซึมเศร้าสลับกับอารมณ์ดีผิดปกติ (Bipolar Disorder) บางครั้งผู้ป่วยจะมีภาวะซึมเศร้าเหมือนในโรคซึมเศร้าทั่ว ๆ ไป แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจมีภาวะที่ตรงข้ามกับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยจะรู้สึกมีความสุขมาก พุดมาก หัวเราะเก่ง ใจดี ใช้จ่ายเปลือง บางรายก้าวร้าวเที่ยวไปก้าวก่ายคนอื่น บางรายออกอาการทางเพศมาก บางรายมีอาการหลงเชื่อผิดด้วย

การรักษา

การรักษาภาวะซึมเศร้าปัจจุบันมีหลายวิธี ซึ่งการเลือกใช้นั้นขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย และการพิจารณาของแพทย์ผู้รักษา วิธีการรักษาได้แก่

การใช้ยาทางจิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงกรดอะมิโนที่เกี่ยวข้อง ออกฤทธิ์กระตุ้นความคิดริเริ่มดี ๆ ให้เกิดขึ้น ทำให้อารมณ์สงบ ช่วยต่อสู้กับความกลัวและความเชื่องซึม

การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า สามารถช่วยรักษาภาวะซึมเศร้าได้ โดยใช้ไฟฟ้าขนาด 80 โวลท์ผ่านเข้าไปในสมอง

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า เป็นผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ด้วย ผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ มีความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Arrhythmias) เกร็ดเลือด (Platelets) จับกลุ่มง่าย มีอาการทางกายรุนแรง โดยเฉพาะอาการปวด ผู้ป่วยขาดการออกกำลังกายและมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ขาดแรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของ คลูส ลอซัน (Lauzon, 2003) พบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 35 มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยในระหว่างการนอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิกับโรงพยาบาลชุมชน และพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยนั้นจะเกิดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยจะทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีภาวะการทำหน้าที่ลดลง ภายหลัง 1 ปีพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอัตราการตายสูงกว่า (ร้อยละ 28) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 8) นอกจากนี้จอห์น แบคแมน (Bachman, 2004) ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจวายเลือดคั่ง พบได้ร้อยละ 8 ในผู้ป่วยที่มี NYHA Class I และเพิ่มเป็นร้อยละ 40 ใน NYHA Class IV ภาวะซึมเศร้าลดภาวะการทำหน้าที่ลงและเพิ่มการกลับเข้าอนโรงพยาบาลซ้ำ และเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงผลการรักษาภาวะซึมเศร้าไม่ว่าจะเป็นการบำบัดหรือการให้ยาต้านภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลกระทบต่อการพยากรณ์โรคหัวใจที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาของ กัส (Guck, 2001) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเคยมีประสบการณ์อาการซึมเศร้าถึงร้อยละ 65 และพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้เพิ่มมากขึ้น บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ก่อนจะมีอัตราเสี่ยงต่อการตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและมีโรคหลอดเลือดหัวใจ จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยแต่มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษา จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีเพียงร้อยละ 25 หรือน้อยกว่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัย และมีจำนวนเพียงครึ่งหนึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยจะยอมรับการรักษา ซึ่งอาจมีปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) บางอาการเช่น อาการอ่อนล้าและอาการนอนไม่หลับเป็นต้น เป็นอาการที่พบได้ทั้งในภาวะซึมเศร้าและโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) แพทย์และผู้ป่วยอาจมีความเข้าใจที่ผิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาปกติของโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) ผู้ป่วยอาจเข้าใจผิด

เกี่ยวกับการรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า 4) แพทย์อาจจะเข้าใจผิดเกี่ยวกับการถามอาการของภาวะซึมเศร้า และ 5) แพทย์อาจมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการให้ยาต้านอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในด้านผลข้างเคียงของยา

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการทางจิตเวชโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ซึ่งแพทย์จะประสบกับปัญหาในการวินิจฉัยโรครวมทั้งการรักษา เนื่องจากอาการซึมเศร้าอาจถูกปิดบังหรือคล้ายอาการของโรคทางกาย เช่น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เชื่องซึม และนอนไม่หลับเป็นต้น รวมทั้งอาการซึมเศร้าอาจทำให้อาการของโรคหัวใจเป็นรุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผลของโรคชนิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมที่ทำอยู่เป็นประจำ อีกทั้งต้องดำเนินชีวิตไปในแนวทางที่ขาดความสุขและไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีดังปรารถนาได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องเข้าใจถึงปัจจัยของภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย เพศหญิง เคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ประวัติครอบครัว ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่อยู่คนเดียวและไม่มีงานทำ ทั้งหมดเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ต้องพิจารณาร่วมกับอาการและอาการแสดงอื่น ๆ ในการวินิจฉัยอาการซึมเศร้า โดยผู้ป่วยจะมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ได้แก่ (สมภพ เรืองตระกูล, 2544; Guck, 2001)

1. อารมณ์ไม่แจ่มใส ไม่เบิกบาน ใจคอหดหู่หรืออารมณ์เศร้า
2. มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือหมดไป
3. เบื่ออาหารและน้ำหนักลด หรือรับประทานจุและน้ำหนักเพิ่ม
4. นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากผิดปกติ
5. ความคิดและการเคลื่อนไหวเชื่องช้าหรือพลุ่งพล่านกระวนกระวาย
6. อ่อนเพลียและไม่มีแรง
7. รู้สึกไร้ค่าหรือมีความคิดตำหนิตัวเองมากผิดปกติ
8. สมาธิเสียหรือมีความลังเลที่จะตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ
9. มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย คิดพยายามฆ่าตัวตาย

นอกจากแพทย์จะเป็นผู้ประเมินจากอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังกล่าวแล้ว ยังมีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือการประเมินภาวะซึมเศร้าจากการสังเกต และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการประเมินด้วยตนเอง ซึ่งการประเมินโดยการสังเกตได้แก่ Cronholm – Ottosson Scale, Hamilton Rating Scale for Depression (HRS -- D), Raskin Depression Scale, Beath -- Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery – Asberg

Depression Rating Scale (MNDRS) ส่วนแบบประเมินโดยวิธีประเมินด้วยตนเองได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self - Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfield Self - Assessment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED - S), Thai Mental Health Indicators (TMHI - 66) และ Geriatric Depression Scale (GDS) โดยมีลักษณะดังนี้

Beck Depression Inventory (BDI) ของเบ็ค (Beck, 1967) สร้างบนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรม - ปัญญานิยม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านภาวะอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกายและการทำกิจกรรม โดยการนำมาใช้ในตอนแรกจะมีผู้สัมภาษณ์แล้วให้ผู้ป่วยตอบ หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้รอกคำตอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาความผิดพลาดในการรายงานจากตัวผู้ป่วย ต่อมาจึงให้ผู้ป่วยตอบเอง

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED - S) (Weissman et al., 1977) สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) และ Gardner เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในการสำรวจหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยค้นหาโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้านคือ ความเชื่อที่เกิดจากการคิดรู้อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออกและอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ถามในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตหรือเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

Zung Self - Rating Depression Scale (Ebersole & Hess, 1981) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ มีค่าความเชื่อมั่น .73 แต่มีข้อจำกัดคือไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุเพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงอายุหรือวัดลักษณะทางคลินิกของโรคนั้น ๆ ไป และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

Hamilton Rating Scale for Depression (HRS - D) (Edwards, Lambert & Morgan, 1984 อ้างถึงใน มาโนซ์ หล่อตระกูล และคณะ, 2539) สร้างโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1950 และมีการปรับปรุงต่อมา จนในปี ค.ศ. 1967 จัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำถามเน้นการประเมินในด้านผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าอาการแบบจิตสรีระ ความวิตกกังวล

ความหงุดหงิดกระวนกระวายและการยังรู้ ข้อจำกัดคือผู้ประเมินต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการสังเกตและการตัดสินใจการซึมเศร้าได้ ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย และไม่สามารถวัดการรับรู้ที่เกิดจากภาวะอารมณ์ กระบวนการคิดและภาวะจิตวิญญาณในผู้สูงอายุได้

Thai Mental Health Indicators (TMHI – 66) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2545) สร้างและปรับปรุงโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ สภาพจิต 16 ข้อ สมรรถภาพของจิตใจ 19 ข้อ คุณภาพของจิตใจ 13 ข้อ และปัจจัยสนับสนุน 18 ข้อ มีการศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต

Geriatric Depression Scale (GDS) (นิพนธ์ พงษ์วินทร์ และคณะ, 2537) สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ. 1983 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เน้นการประเมินภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ ความคาดหวังด้านลบ การเคลื่อนไหวร่างกาย การรู้จัก และการแยกตัว ต่อมาปี ค.ศ. 1986 ได้ทำการปรับปรุงข้อคำถามเหลือเพียง 15 ข้อ ได้รับความนิยมนำไปใช้โดยมีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ และนำไปใช้ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทย อรวรรณ สันทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .94 ต่อมากลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดย นิพนธ์ พงษ์วินทร์ และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและใช้ชื่อว่า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ซึ่งคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดของ Zung (Guck, 2001) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ การประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกายและด้านจิตใจ มีความครอบคลุมอาการของภาวะซึมเศร้าทั้ง 9 อาการ มีค่าความเชื่อมั่น .73 จากการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งได้ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.89 (Dugan, 1998) และได้มีการนำไปใช้ในกว่า 30 ประเทศยังไม่มีปัญหาเรื่องการใช้แบบประเมินข้ามวัฒนธรรมและมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยครั้งนี้อีกด้วย

จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้า มีส่วนสำคัญต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ รู้สึกสูญเสียคุณภาพชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เขาวรัตน์ ชันธิวิชัย, 2544) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีอารมณ์ที่ไม่แจ่มใส รู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า จากอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ทั้งสิ้น เนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจวัตรประจำวันที่เป็นอยู่ อีกทั้งอาการ

ซึมเศร้าทำให้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นรุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (สมภพ เรืองตระกูล, 2544) ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ การสังเกตอาการแล้วยังต้องคำนึงถึงปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งเร้าร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีขึ้น จากการศึกษาของ ไฮเยน (Haiyan, 1997) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยรับการช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตัวเองได้จำกัด ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนี้อาจได้มาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น ซึ่งอัฟฮอลด์ (Uphold, 1991) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่พฤติกรรมอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ความหมาย

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300 - 301) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ เอาใจใส่ ยกย่องและมองเห็นคุณค่า นอกจากนี้รู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) โดยเชฟเฟอร์ และคณะได้สรุปแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งประทับประจักษ์จิตใจของบุคคลในสังคมเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต สมจิต หนูเจริญกุล (1988, หน้า 13) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งทางร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

อุบล นิวัฒน์ชัย (2527) ได้อ้างแนวคิดของ คาสเซล และกอร์ (Cassel & Gore, 1977) ซึ่งได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยอมรับ ยกย่อง นับถือ ความเห็นใจและความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมนั้น

เพนเดอร์ (Pender, 2000) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมคือการที่บุคคลรู้สึกถึงความ เป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคมนั่นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brandt & Weinert, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการมีปฏิสัมพันธ์และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา พี่ น้องและบุตร ทำให้สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งแวดล้อม (Contextual Stimuli) ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวในทางบวกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแล้วจะทำให้มีพฤติกรรมปรับตัวที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีตามมา

การแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300 - 301) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การได้รับความรักและการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งมักได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน
2. การได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงความผูกพันใกล้ชิด การได้รับการยืนยัน ทำให้บุคคลได้รับความรักหรือได้รับการดูแลเอาใจใส่
2. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติตน
3. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ (Tangible Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของและการบริการ

นอร์เบค (Norbeck, 1981, pp. 246 - 269) กล่าวถึงสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไว้ดังนี้

1. บุคคลต้องการรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต
2. การรักษาสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม จะต้องมีการรับและการให้ในระบบเครือข่ายของสังคม
3. การสนับสนุนทางสังคม จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่มั่นคงต่อจากความใกล้ชิดกัน หรืออยู่ในระบบขั้นตอนของเครือข่าย
4. สัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคมเป็นพื้นฐานของบุคคลที่มีอยู่โดยธรรมชาติ
5. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลต้องการ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์
6. ชนิดและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสถานการณ์

อิสเรล และบราวน์ (ม.ป.ป. อ้างถึงใน จริยา คมพยัคฆ์, 2531, หน้า 1000) และเฮาส์ (House, n.d. cited in Tilden 1985, p. 201) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่างคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึงการเห็นพ้องรับรองและให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อนำไปใช้การประเมินตนเอง และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม
3. ความสนับสนุนทางด้านข้อมูล ข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental Support) หมายถึงการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

ไวส์ (Weiss, n.d. cited in Brandt & Weinert, 1987) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิดดังนี้

1. ด้านความรักใคร่ผูกพันและความใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) หมายถึง เป็น

สัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคนรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย

2. ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration) หมายถึง เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน หากขาดความสัมพันธ์นี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษาและเป็นผลทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ ขาดกำลังใจและสิ้นหวัง

3. ด้านการมีโอกาสนเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความผูกพันกับบุคคลอื่นที่ด้อยกว่า ซึ่งบุคคลมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโตหรือความสุขสบาย ทำให้รู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้

4. ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) หมายถึง เป็นการได้รับการยอมรับ เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีความสามารถและเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ

5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (Assistance) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านการเงินและการช่วยเหลือทางด้านวัตถุสิ่งของเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและเผชิญความเครียด

สมจิต หนูเจริญกุล (1988, หน้า 13) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

3 ชนิด

1. การให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความรักหรือความเอาใจใส่

2. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ

อุบล นิวิธชัย (2527) กล่าวว่าในการจำแนกกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ที่มีความผูกพันกันธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภทคือ บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูกหลาน กับอีกประเภทหนึ่งคือ ครอบครัวใกล้ชิด (Kintth) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน ผู้รู้จักคุ้นเคย

2. องค์กรและสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized Support) ได้แก่กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่นสมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้ช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและการฟื้นฟู

เพนเดอร์ (Pender, 2000) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (Nature Support System) ได้แก่แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้อง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (Peer Support) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถชักจูงผู้ป่วยได้ง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ต่าง ๆ

3. ระบบการสนับสนุนทางด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious Organizations or Demination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีกรพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized Directed by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Health Group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต

ฟิลลิป (Phillips, 1991) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ การสนับสนุนทางสังคมในระดับเล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคล การสนับสนุนทางสังคมในระดับ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน

จากชนิดของแรงการสนับสนุนทางสังคมที่หลายท่านได้กล่าวถึง จะเห็นได้ว่าครอบคลุมด้านการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์ การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม และการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกที่สำคัญที่สามารถช่วยป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจากผลร้ายหรือความรุนแรงของความเครียด และทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมทั้งช่วยป้องกันความผิดปกติที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัวนั้นจะช่วยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติกิจกรรมและช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคและลดความเครียดได้ (Balady et al., 1994 อ้างถึงใน กันหา ปารสมุทร และคณะ, 2547) แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดในด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ คือ กลุ่มครอบครัว (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง ($R = 13.2 = -.184, p < .05$) (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) ซึ่งมีผลต่อภาวะการทำหน้าที่ด้วย

การประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม

เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติทำให้เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีความหลากหลาย วัดได้หลายมิติแล้วแต่มุมมองหรือแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป การเลือกเครื่องมือใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจึงควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเหมาะสม หรือความสอดคล้องของตัวแปรที่ศึกษา มีผู้สร้างแบบประเมินไว้เช่น

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire Part II: SSQ Part II) ซึ่งสร้างโดยเชฟเฟอร์ คอยน์ และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1982 อ้างถึงใน จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) ใช้แนวคิดในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านสิ่งของ รวมถึงการช่วยเหลือหรือให้บริการ
2. แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: PrQ Part 2) สร้างโดย แบรินด์ และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981) โดยสร้างตามแนวคิดของ ไวส์ (Weiss, 1974 cited in Brand & Weinert, 1981) ต่อมาแบบวัดนี้ได้รับการปรับปรุง

และพัฒนาแบบวัดนี้เป็น PrQ-82 และ PrQ-85 ตามลำดับ (Weinert, 1987) แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคม ตามชนิดการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แบบวัดชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดยที่ไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดชุดนี้กับแบบวัดอารมณ์ซึมเศร้า และแบบวัดความวิตกกังวลได้ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ $-.33$ และ $-.39$ ($p < .001$) ตามลำดับ ซึ่งทิศทางและความมั่นคงของความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนทางสังคมและเป็นไปตามทฤษฎี ต่อมาไวเนอร์ทและทิลเดน (Weinert & Tilden, 1990) ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (PRQ-85 Part 2) กับแบบวัดข้อบ่งชี้ต้นทุนและค่าตอบแทน (Cost and Reciprocity Index: CRI) พบว่าแบบวัดทั้งสองมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสนับสนุนความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดชุดนี้ และไวเนอร์ท (Weinert, 1987) ได้หาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .89

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนด และ ไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981) ส่วนที่ 2 (PRQ-85) แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) นำไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .90 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมชุดนี้สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) นำมาดัดแปลงเพื่อนำมาใช้กับผู้ดูแลโดยวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ 5 ด้านคือ 1) ความรักใคร่ผูกพัน 2) ความมีคุณค่าในตนเอง 3) การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น 4) การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ แล้วนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 104 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .91

นอกจากนี้เยียน (Yan, 1997) ได้แปลและดัดแปลงแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนด และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981) ส่วนที่ 2 (PRQ-85) จากลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับเป็น 5 ระดับ นำไปศึกษาในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .82 และแบบวัดชุดนี้เยียน (Yan, 2000) ได้ดัดแปลงเพื่อนำมาใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 10 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .92

ในการศึกษานี้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามแนวคิดของไวส์ เนื่องจากครอบคลุมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกใน

ครอบครัว และเพื่อนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยจะได้รับผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ มีความไม่สุขกายสบายใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง จากผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วย ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัว และสังคมเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของไวรัส วัตถุประสงค์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือประคับประคองจากสมาชิกในสังคมซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้ช่วยเหลือผู้อื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของเยียน (Yan, 2000) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ แบรินด์ และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความก้าวหน้าไปมากเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลควรมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางให้กับพยาบาลในการส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป