

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 2. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 3. การสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 4. ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล
- โดยมีรายละเอียดดังนี้

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: [AMI]) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือผู้ป่วยอาจเสียชีวิต (Cortes, Villar, Devereaux, & Dicenso, 2009)

พยาธิกำเนิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เกิดจากภาวะหลอดเลือดตีบแข็งที่เรียกว่า Atherosclerosis ซึ่งเริ่มก่อตัวตั้งแต่วัยเด็กและค่อยๆ พอกตัวบริเวณผนังภายใน เส้นเลือดทั่วร่างกาย จนทำให้หลอดเลือดตีตัน และแสดงอาการของการขาดเลือดมาเลี้ยงในที่สุด (American Heart Association, 2007) เมื่อหลอดเลือดหัวใจเกิดการตีตันภายในหลอดเลือดแดงที่เป็นทางนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลักษณะของการตีตันเทียบได้กับสนิมในท่อประปาที่ค่อย ๆ จับที่ผนังด้านในของท่อและเพิ่มมากขึ้น ทำให้รูภายในท่อมิขนาดเล็กลงทีละน้อยจนกระทั่งตัน ทำให้เลือดไหลผ่านได้น้อยลง จนถึงภาวะที่ไม่สามารถไหลผ่านได้ (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) กล้ามเนื้อหัวใจที่หลอดเลือดนั้นไปเลี้ยงก็จะค่อย ๆ ขาดเลือดและแสดงอาการของการขาดเลือดที่พบบ่อยคืออาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยเมื่อออกกำลังกายแต่ถ้าหลอดเลือดที่ตีบแคบถูกอุดตันด้วยลิ่มเลือดจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลันมี

การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งถ้าเกิดบริเวณกว้าง ๆ ก็จะทำให้หัวใจวายอย่างกะทันหันได้ (องค์การ
 เรื่องรัตนอัมพร, 2550) และพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 ของการเสียชีวิตจะเกิดภายในชั่วโมงแรก
 โดยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากหัวใจเต้นผิดจังหวะและส่วนใหญ่เป็น Ventricular Fibrillation
 (Miller, 1998)

สาเหตุ อาการและการรักษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งตัว
 หรือมีไขมันไปเกาะที่ผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง ปริมาณเลือดแดงผ่าน
 ได้น้อย เป็นผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและหากหลอดเลือดแดงตีบแคบลงจนอุดตัน
 จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (องค์การ เรื่องรัตนอัมพร, 2550) การออกกำลังอย่าง
 หักโหม การมีความเครียดทางอารมณ์หรือมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงจะทำให้คราบไขมันแตก
 แล้วไปอุดตันการไหลเวียนของหลอดเลือด (American Heart Association, 2007) นอกจากนี้การอยู่
 ในที่อากาศเย็นจัด และช่วงเวลาของวันก็อาจทำให้คราบไขมันแตกได้โดย มักพบอาการของหลอด
 เลือดเลี้ยงหัวใจตีบเมื่ออยู่ในที่มีอากาศเย็นและในตอนเช้านี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2551)

อาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงซึ่งมักอธิบาย
 ลักษณะว่าเจ็บแน่น เจ็บคล้ายกับถูกบีบรัด เจ็บเหมือนมีอะไรมาทับที่อก และอาจเจ็บร้าวไปบริเวณ
 อื่น เช่น คอ แขนซ้าย หลังและกราม ไม่ทุเลาด้วยการอมยาใต้ลิ้นหรือการพัก ผู้ป่วยมักมีอาการช็อก
 เหงื่อออก ผิวน้ำซีดเย็น มักมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย อัตราการเต้นของหัวใจมักเร็ว
 (Tachycardia) หรือช้า (Bradycardia) กว่าปกติ (รพีพล ภูษธร, 2551)

การรักษา

หลักสำคัญของการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีดังนี้ (นพรัตน์ ธนะชัยจันทร์, 2546)

1. ให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนได้เพียงพอกับที่เซลล์ต้องการ
2. บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก
3. ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยายามป้องกันและรักษากล้ามเนื้อส่วนที่ดีไว้ให้มากที่สุด

4. ป้องกันและรักษาอาการแทรกซ้อนจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
5. ลดอัตราการตายของผู้ป่วย

วิธีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในปัจจุบันมี 3 วิธีคือ (องค์การ เรื่องรัตนอัมพร, 2550)

1. การรักษาด้วยยา (Medication Therapy) แนวทางการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตลอดความหนาของผนังหัวใจ (Transmural Myocardial Infarction หรือ STEMI) และมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเฉพาะด้านใน หรือไม่ตลอดความหนาของผนังหัวใจ (Subendocardial Infarction หรือ Non-transmural Myocardial Infarction หรือ NSTEMI) มีความเหมือนกันแต่ต่างกันว่า Acute STEMI จะเน้นความเร็วในการวินิจฉัยเพื่อเปิดทางให้เลือดไหลเวียนได้เร็วที่สุดในตำแหน่งที่หลอดเลือดมีการอุดตัน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำเป็นต้องได้รับยาตลอดชีวิตเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย ลดความรุนแรงและป้องกันการลุกลามของโรค (อุไรศรีแก้ว, 2543) โดยที่ยาจะช่วยแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการใช้ออกซิเจนกับปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สำคัญมีดังนี้คือ ยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ สเตรปโตไคเนส (Streptokinase) ยาป้องกันการหลอดเลือดอุดตัน ได้แก่ เฮปาริน (Heparin) แอสไพริน ยาขยายหลอดเลือด ได้แก่ ไนโตรกลีเซอรีน (Nitroglycerine) ไอโซดิล (Isordil) ยาลดความดันโลหิต ได้แก่ กลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor [ACE-I]) กลุ่มขับปัสสาวะ ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ ได้แก่ กลุ่มปิดกั้นเบต้า กลุ่มปิดกั้นช่องทางแคลเซียม ยาลดไขมันในเลือด ได้แก่ กลุ่มสแตติน (นพรัตน์ รัชชานันท์, 2546)

2. การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นการเปิดทางให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากให้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนแล้วใส่ขดลวดค้ำยันไว้ไม่ให้หลอดเลือดเกิดการตีบซ้ำเป็นอีกวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตัน (Coronary Artery By Pass Grafting Surgery [CABG]) การรักษาด้วยวิธีนี้จะใช้เมื่อรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนไม่ได้ผล หรือมีการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดโคโรนารีในขณะสวนหัวใจและทำการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนไม่ได้

การรักษาจะส่งเสริมให้มีการไหลเวียนเลือดดีขึ้น แต่ในปัจจุบันผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นทุกรายจะต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (American Heart Association, 2007) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจและสัญญาณชีพต่าง ๆ ผู้ป่วยจะถูกจำกัดกิจกรรมโดยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมได้บนเตียงเท่านั้น เพื่อลดการทำงานและความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cortes et al., 2009) ซึ่งทั้งหมดนี้ถ้าอาการเจ็บหน้าอกยังไม่ได้รับการรักษาที่ย่อมทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องได้รับการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดภายในหอผู้ป่วยวิกฤต

อย่างน้อย 24 ชั่วโมงแรกจนผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ (องค์การ เรื่องรัตนอัมพร, 2550) ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงต้องมีการศึกษาเพื่อให้เข้าใจและสามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดได้อย่างทันเหตุการณ์

ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. ด้านร่างกาย

1.1 อาการเจ็บหน้าอก ถือว่าเป็นผลกระทบที่สำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่เกิดอาการจะเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ รู้สึกถูกคุกคาม และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มมากขึ้นทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากยิ่งขึ้น (Moser, 2007) ส่งผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น และเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายขยายมากขึ้นจึงส่งผลให้เกิดการทำงานล้มเหลวของหัวใจผู้ป่วยจึงอาจเสียชีวิตหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายเช่น ช็อคจากหัวใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Miller, 1998) จึงเป็นสิ่งสำคัญของการรักษาอาการเจ็บหน้าอกให้บรรเทาลงโดยเร็วที่สุด

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายลดลง ความอ่อนเพลีย ไม่สุขสบายร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก หายใจเหนื่อยที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ร่วมกับต้องมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cortes et al., 2009) เช่น การต้องถูกจำกัดกิจกรรมเกี่ยวกับการขยับถ่าย จนที่เคยสามารถไปขยับถ่ายในห้องน้ำได้เองก็จะต้องปรับเปลี่ยนมาปฏิบัติบนเตียงเพื่อลดการใช้พลังงาน เป็นต้น

1.3 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ทำให้มีการพักผ่อนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำขึ้นมาใหม่และมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติมากขึ้น (White, 2001) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงแผนการนอนหลับจะทำให้เกิดความหงุดหงิดเกิดความเครียด ขาดความกระตือรือร้น เห็นภาพหลอนและมีอาการปวดศีรษะ (สุกิดา โกเมนไท, 2546)

1.4 รูปแบบการขยับถ่ายเปลี่ยนแปลง ในภาวะวิกฤติผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก ร่างกายขาดการเคลื่อนไหวทำให้การทำงานของลำไส้ลดลง หรือการได้รับยามีอร์ฟิน ทำให้การ

จับถ้ายาลำบาก ต้องมีการแบ่งถ่าย แรงเบ่งในช่องท้องส่งผลให้เกิดแรงดันในช่องอกเพิ่มมากขึ้นอาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง หัวใจเต้นผิดปกติหวัะ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

1.5 สถิติปัญหาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง จากภาวะของโรคทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะสมองขาดออกซิเจนจะทำให้ผู้ป่วยสับสน มีการตอบโต้ช้า ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังกระทบต่อการเรียนรู้ทำให้ทักษะในการพูดให้เหตุผลหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไม่มีประสิทธิภาพ (Gustad et al., 2008; Pillion, 1991)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

2.1 ความวิตกกังวล ในภาวะวิกฤติหรือในระยะแรกของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวความตายเป็นผลกระทบทางจิตใจที่สามารถพบได้บ่อย (De Jong et al., 2004; Johnson & Morse, 1990) จากการศึกษาของ O'Brien et al. (2001) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 101 รายแล้ววัดความวิตกกังวลระยะหลัง 48 ชั่วโมงของการพักในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงประมาณร้อยละ 45 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Crowe et.al. (1996) ที่ศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 785 รายในประเทศแคนาดาพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงร้อยละ 69 โดยผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากที่สุดขณะพักในหอผู้ป่วยวิกฤต และจะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางเมื่ออยู่ที่หอผู้ป่วย และค่อยๆลดลงอย่างรวดเร็วอีก 2-3 วันต่อมา และจะขึ้นอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ ระดับความวิตกกังวลจะขึ้นสูงสุดเมื่อ 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาและลดลง ภายในวันที่ 5 และ 6 และมักไม่ค่อยพบในวันที่ 7 และจะพบว่าเกิดความวิตกกังวลอีกครั้งเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและคงอยู่จนถึง 6 สัปดาห์หลังเกิดอาการและค่อยๆลดลงภายใน 1 ปี

จากการศึกษาของ An et al. (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 486 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าความวิตกกังวลจะสูงที่สุดใน 12 ชั่วโมงแรกของการเข้าพักรักษา และลดลงเมื่อผ่าน 48 ชั่วโมงไปแล้ว และจะมีความวิตกกังวลขึ้นสูงอีกครั้งเมื่อ 60-72 ชั่วโมงซึ่งเป็นระยะของการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปยังหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Gustad et al. (2008) ที่ศึกษาการใช้แบบวัดความวิตกกังวลแบบรูปภาพใบหน้าในการวัดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 259 รายในระยะการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าระดับความวิตกกังวลแตกต่างจากก่อนย้ายอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ป่วยอาจ

แสดงกลวิธีในการเผชิญปัญหาและตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นออกมาในรูปแบบการปฏิเสธ (Denial) เช่น ปฏิเสธว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจ หรือแสดงความไม่มั่นใจในผลการตรวจเลือดหรือผลการตรวจพิเศษต่าง ๆ จากการศึกษาของ Stern, Pascale, and McLoone (1976 อ้างถึงในพิมพร ลิละวัฒนากุล, 2546) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธร้อยละ 25 ซึ่งกลวิธีในการเผชิญปัญหาในรูปแบบการปฏิเสธนี้เป็นกลวิธีในการป้องกันทางจิต ที่จะช่วยลดการรับรู้ต่อสิ่งที่มาคุกคามต่อตัวของบุคคล (Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998) มักจะเกิดขึ้นหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน (Johnson & Morse, 1990; Oka et al., 1995) เชื่อว่าการที่ผู้ป่วยใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบการปฏิเสธจะก่อให้เกิดอันตรายเพราะผู้ป่วยอาจปฏิเสธการรักษาทั้งหมดดังนั้นการให้กิจกรรมการดูแลที่ดีที่สุดคือการลดความวิตกกังวลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธ (Hudak, Gallo, & Morton, 1998)

2.2 ความซึมเศร้า (Depression) เป็นอาการที่แสดงออกมาให้เห็นในรูปของการร้องไห้ ความสิ้นหวัง ไร้กำลังใจ ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มีความท้อแท้เสียใจ มีความกดดันภายในจิตใจ สมาธิสั้นลง Montgomery (1990 cited in Crowe et al., 1996) จากการศึกษาของ Crowe et al. (1996) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5-7 วัน จะมีความซึมเศร้าร้อยละ 9 และระยะเวลาของการเกิดภาวะซึมเศร้ามักพบหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว (Dyson, 1998)

2.3 โกรธ เป็นกลวิธีในการแก้ไขปัญหาคือความสูญเสีย และความไม่เข้าใจในเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Gustad et al., 2008)

2.4 ความมีคุณค่าในตนเองและอัตตมโนทัศน์ลดลง จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่เคยดำรงอยู่มาเป็นบทบาทผู้ป่วย ทำให้อาจเกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุม มีการแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาในรูปของการปฏิเสธความเจ็บป่วยเพื่อต่อต้านหรือหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เกิดขึ้นและลงความมีคุณค่าในตนเองไว้ (Johnson & Morse, 1990)

3. ด้านสังคม

บทบาทและสัมพันธภาพ จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและอาชีพการงานของผู้ป่วย อาจต้องถูกออกจากงานหรือลดบทบาทหน้าที่ในอาชีพการงานลง การต้องละเว้นจากหน้าที่ที่เคยปฏิบัติอยู่ในครอบครัว (Stern et al., 1976 อ้างถึงในพิมพร ลิละวัฒนากุล, 2546) อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคมหลังเกิดภาวะวิกฤต จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่แยกตัวออกจากสังคมจะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจดีกว่า

ผู้ที่แยกตัว (อุไร ศรีแก้ว, 2543)

จากผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดต่อผู้ป่วยมีทั้งผลกระทบทางด้านร่างกายซึ่งเป็นผลกระทบที่สามารถมองเห็นและวัดได้อย่างชัดเจนทำให้ทีมสุขภาพสามารถเฝ้าระวังได้อย่างรวดเร็วและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องต่อเหตุการณ์ ในขณะที่การเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ประเมินได้ไม่ชัดเจนเหมือนด้านร่างกายแต่เป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม โดยเฉพาะพยาบาลที่มีการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความวิตกกังวลเป็นผลกระทบทางจิตใจที่พบได้บ่อย (Doering et al., 2009) และมีความสำคัญเพราะอาจนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคหรือส่งเสริมให้อาการทางพยาธิสรีรวิทยาดำเนินมากขึ้นได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลเพื่อจะได้มีความเข้าใจอย่างถ่องแท้และช่วยแก้ไขให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นได้

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (McKinley, Parbury, chehelabi & Lovas, 2004) การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่กล่าวมาข้างต้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลเสียแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต มีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำและฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติช้าลง ดังนั้นการเข้าใจถึงภาวะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือและบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

ความหมายของความวิตกกังวล

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ โดย McKinley et al. (2004) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดจากความกดดัน ความกลัว ความหวาดหวั่น หรือความไม่สบายใจหงุดหงิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลไม่สามารถบอกได้แน่ชัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะเป็นปฏิกิริยาที่เป็นสัญญาณเตือนว่าเกิดความผิดปกติ และมีสิ่งคุกคามขึ้นกับบุคคล มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่สามารถรับรู้ได้ (โหมนภา กิตติศัพท์, 2536) เช่นเดียวกับ Spielberg and Diaz-Guerrero (1976) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึก

ถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคลซึ่ง จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น โดย ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยสิ่งคุกคามอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายของความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปีดเบอร์เกอร์ว่าความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด ตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวล ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลไม่สามารถบอกได้แน่ชัดและจะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยสิ่งที่คุกคามอาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า

ชนิดของความวิตกกังวล

Spielberger and Diaz-Guerrero (1976) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด คือ ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety [A-Trait]) และ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety [A-State])

1. ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-Anxiety, [A-Trait]) คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และจะปรากฏออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และจะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงค่อนข้างสูงจะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายได้เร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State-Anxiety, [A-State]) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้นและแสดงพฤติกรรมได้ตอบที่จะสามารถสังเกตได้ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลแบบแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีความสัมพันธ์กันในลักษณะที่บุคคลที่มีความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง เมื่อได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะทำให้เกิดอันตราย ระดับความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่จะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลขณะเผชิญให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญบ่อย ๆ ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตามอาจจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลแบบแฝงในระดับที่สูงขึ้น

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤต คุณค่าและเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย และจากอาการของโรคก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ซึ่งภาวะเหล่านี้ก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลขณะเผชิญกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการที่เกิดขึ้นมาจากหัวใจซึ่งเป็นศูนย์กลางของชีวิต มีหน้าที่สำคัญอย่างยิ่งต่ออวัยวะทุกส่วนในร่างกาย ย่อมมีผลกระทบต่อความรู้สึกต่อจิตใจมากกว่าอวัยวะอื่น ๆ (พิมพ์รติละวัฒนากุล, 2546) Oka et al. (1995) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลา 3 ระยะ คือ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก และในระยะที่ต้องออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่าเกิดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักประมาณร้อยละ 70-87 Miller (1998) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วง 5 วันและ 7 วัน หลังเกิดอาการจำนวน 100 ราย พบว่าร้อยละ 35 ของกลุ่มตัวอย่างมีความซึมเศร้าและความวิตกกังวลเกิดขึ้น และความวิตกกังวลเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการตายและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล Crowe et al. (1996) ได้ศึกษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลที่เด่นชัดในขณะที่อยู่โรงพยาบาล คือ ร้อยละ 69 ในขณะที่อาการซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 9 นอกจากนี้ O'Brien et al. (2001) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูงสุดประมาณร้อยละ 45 และการศึกษาของ DeJong et al. (2004) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความแตกต่างกันของเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรมจาก 4 ทวีปคือ อเมริกา ยุโรป เอเชีย และออสเตรเลีย โดยศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาตัวแทนจากทวีปอเมริกา ญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ตัวแทนจากทวีปเอเชีย ออสเตรเลียตัวแทนจากทวีปออสเตรเลียและอังกฤษตัวแทนจากทวีปยุโรปโดยผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดความวิตกกังวลขึ้นในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่และพบว่าเกิดความวิตกกังวลทุกประเทศที่เป็นตัวแทน โดยมากที่สุดคือเกาหลีใต้พบมากถึง 53% รองลงมาคือ สหรัฐอเมริกา 50% ออสเตรเลีย 46% ญี่ปุ่น 43 %และน้อยที่สุดคืออังกฤษ 35%

สำหรับช่วงเวลาของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ระยะเวลาที่จะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเกิดขึ้นในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา (O'Brien et al., 2001) และคงอยู่จนเริ่มลดลงในวันที่ 5 ถึง 6 (Crowe et al., 1996; Pillion, 1991) และไม่พบในวันที่ 7 หลังเข้ารับการรักษา ระยะที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดคือ 24-48 ชั่วโมงแรก (Dyson, 1998) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ An et al. (2004) ที่พบว่าระยะที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดคือ 12 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และพบว่าหลัง

60-72 ชั่วโมงจะเกิดความวิตกกังวลสูงขึ้นอีกครั้งซึ่งวิเคราะห์ว่าเป็นช่วงที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตไปหอผู้ป่วยอายุรกรรม

สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตนั้นมีมากมายพอสรุปได้ดังนี้คือ

1. การเจ็บป่วยและการรักษา Webb & Rigglin (1994) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่า เกิดจากภาวะของโรคที่ทำให้บุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ความกลัวและกังวลต่อการเสียชีวิต ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และการได้รับประสบการณ์ความเจ็บปวดที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลในการเข้ารับการรักษา กังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิตที่ทันสมัยต่าง ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัวซึ่งผู้ป่วยไม่เคยพบเห็นมาก่อน (Chan, Chan, & Chang, 2004) และบางครั้งการมีเครื่องมือที่ทันสมัยมากเกินไปก็ทำให้พยาบาลไม่ได้ใกล้ชิดหรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากนัก (Coyle, 2001) นอกจากนี้ Oka, Burke, & Froelicher (1995) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความกลัวการเสียชีวิตหรือความพิการ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค การต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและการรักษาต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย จากปัญหาดังกล่าวจะส่งผลกระทบให้การรับรู้ของผู้ป่วยลดลง (Grace, Abbey, & Shnek, 2002 อ้างถึงในพิมพ์ ลิขสิทธิ์ 2546)

2. การไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ จากการศึกษาของ Scott & Thomson (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นและต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเป็นอย่างมาก รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วยก็มีความต้องการทราบข้อมูลข่าวสารด้วยเช่นเดียวกัน และยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย กฎระเบียบและเวลาเยี่ยมของโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ต้องการทราบคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่าง ๆ การดูแลรักษาตลอดจนการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์ของโรค และพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่พร้อมกับต้องการได้รับข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางในการรักษา ต้องการข้อมูลและข่าวสารที่ตรงกับความเป็นจริง ต้องการคำอธิบายที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่เข้าใจในข้อมูลเหล่านั้น Chan et al. (2004) กล่าวว่า การพูดคุยกันระหว่างแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโดยที่ไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล

ข่าวสารที่ไม่เพียงพอและอาจแปลความหมายหรือเข้าใจผิดส่งผลให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

3. ค่าใช้จ่าย เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนบทบาทจากผู้ที่เคยแข็งแรงมาเป็นผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถหารายได้และทำงานได้เหมือนเดิม จึงเกิดความกังวลเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวและค่ารักษาพยาบาลในการเข้ารับการรักษา (McKinley et al., 2004)

4. การถูกแยกจากครอบครัว หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสถานที่ที่แยกผู้ป่วยออกไปจากสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย จากเดิมที่เคยอยู่บ้านมาอยู่โรงพยาบาล และมีการจำกัดเวลาเยี่ยมของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคล (วิลโลว์สัน ชัยนนดี, 2549) เนื่องจากเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกันเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือที่ช่วยให้บุคคลฟื้นฝ่าอุปสรรค (Broadbent et al., 2008) การเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกที่ถูกแยกจากครอบครัว ญาติ และเพื่อน (De Jong et al., 2004) นอกจากนี้ หอผู้ป่วยวิกฤตเป็นหน่วยงานที่ปิดไม่มีหน้าต่างเปิดออกให้เห็นบรรยากาศภายนอก ผู้ป่วยจะมองเห็นแต่สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยเท่านั้นส่งผลให้เกิดความกังวลได้ (Gustad et al., 2008)

5. การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง Mohta , Sethi, Tyagi & Mohta (2003) ศึกษาในผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันพบว่าผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ต้องมีผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดทั้งการเช็ดตัว การรับประทานอาหาร บางครั้งไม่มีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือตัดสินใจว่าเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ ภาวะที่เจ็บป่วยดังกล่าวผู้ป่วยไม่สามารถปฏิเสธหรือต่อรองกับเจ้าหน้าที่ที่มึนสุขภาพได้ จึงรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ใด ๆ ได้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิดได้

6. การสูญเสียพลังอำนาจ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ (Frazier et al., 2003) เป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการดำเนินของโรค ผู้ป่วยจะรู้สึกสูญเสียการควบคุมการทำงานของร่างกายตามปกติ การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ตลอดจนการกำหนดเวลาเข้าเยี่ยมและเวลาในการทำกิจกรรม ต้องอยู่ในการกำหนดของพยาบาล ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวล ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ ความโกรธ รู้สึกเป็นศัตรู ถดถอยและซึมเศร้า ไม่ยอมร่วมมือในการรักษา (Thelan et al., 1998)

7. สาเหตุอื่น ๆ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ที่ไม่รู้จักคุ้นเคย การรบกวนการนอนหลับและเสียงรบกวนจากภายในหอผู้ป่วย (Baker, Garvin, Kenusly & Polivka, 1993; Coyle, 2001) โดยความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วยแต่ละคนจะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นให้มีความรุนแรง และมีระยะเวลาการเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญบ่อย ๆ ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตามอาจจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลแบบแฝงในระดับที่สูงขึ้น

ระดับความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลทั้งในด้านความรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกแบ่งได้เป็น 4 ระดับ (Peplau, 1968 cited in Varcacolis, 1998 อ้างถึงในถนนศรี คูอาริยะกุล, 2538) คือ

1. ความวิตกกังวลในระดับน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลตื่นตัวพยายามที่จะค้นหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาให้มีความมีประสิทธิภาพ อาการทางด้านร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย คือ รู้สึกไม่ค่อยสุขสบาย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หรือมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความตึงเครียดเล็กน้อย เช่น กัดเล็บ ใช้นิ้วมือเคาะโต๊ะ เป็นต้น
2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น จะทำให้การรับรู้ลดลงและความสามารถในการสังเกตรายละเอียดลดลง สามารถที่จะเห็นและเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ได้ลดลง การเรียนรู้และการแก้ไขปัญหายังสามารถทำได้แต่ไม่เต็มประสิทธิภาพสูงสุด อาการทางด้านร่างกายที่ปรากฏออกมาเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลระดับปานกลางคือ มีความตึงเครียด มีชีพจรและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น เหงื่อออก ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะ
3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ลดลงมาก ไม่สามารถจะจดจำรายละเอียดได้ ไม่สามารถเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้ มีอาการมึนงงและสับสน จะมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับอย่างรุนแรง มีอาการใจเต้น ในบางคนอาจมีอาการหายใจเร็ว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเป็นไปโดยอัตโนมัติเพื่อบรรเทาความวิตกกังวล
4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic Anxiety) บุคคลจะรับรู้ต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ บิดเบือนจากความเป็นจริง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีอาการสับสน เอะอะโวยวาย กรีดร้องหรือแยกตัว มีการเห็นภาพหลอน มีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นลดลง

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองขึ้นต้นต่อสิ่งที่มาคุกคาม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่สามารถวัดได้โดยตรง ดังนั้นการประเมินความวิตกกังวลจึงสามารถทำได้หลายวิธี เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวล มีดังนี้

1. The State Trait Anxiety Inventory Form Y (STAI Form Y) ของ Spielberger et al. (1976) เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกกังวลขณะเผชิญต่อการเจ็บป่วย 20 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นลักษณะกังวลแฝงอีก 20 ข้อ โดยคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับคือ 1 = ไม่มีเลย 2 = มีบ้าง 3 = มีค่อนข้างมาก 4 = มีมากที่สุด เป็นเครื่องมือที่นิยมใช้กันมากในการวัดความวิตกกังวล มีความน่าเชื่อถือมาก (Galvan & Martinez, 2009) แต่อาจไม่เหมาะสมในการใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดของเวลาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้มากที่สุด เช่นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต (Davey, Barrette & Butow, 2006)

2. Linear Analogue Scale (LAS) หรือ Visual Analogue Scale (VAS) เป็นมาตรวัดความวิตกกังวลด้วยสายตา ประกอบด้วยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตรปลายปิดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึก ไม่มีความวิตกกังวล และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือจนถึงปลายปิดทางขวามือ จะตรงกับความรู้สึก มีความวิตกกังวลมาก (Gaberson, 1991) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือ ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่ต้องใช้แบบประเมินที่ไม่ยุ่งยาก รบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด เช่นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นต้น และได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 243 รายแล้วจากการศึกษาของ DeJong et al. (2006) และมีการเปรียบเทียบกับการใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์แล้วพบที่มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

3. The Graphic Anxiety Scale (GAS) เป็นการวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยถามถึงอัตราความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ในขณะนั้น บนมาตรวัดซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกสงบ มีความวิตกกังวลเล็กน้อย มีความวิตกกังวลปานกลาง มีความวิตกกังวลมาก และมีความวิตกกังวลมากที่สุด และมีการให้ค่าคะแนนในแต่ละจุด (Shuldham, Cunningham, Hiscock, & Luscombe, 1995)

4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) พัฒนาขึ้นโดย (Zigmond & Snaith, 1983 cited in Shuldham et al., 1995) เป็นข้อคำถามและมีคำตอบเป็นมาตรวัด Likert Scale ใช้ในผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปและไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

5. Single Item Anxiety Likert Scale มีด้วยกัน 2 ลักษณะคือ เป็นรูปภาพซึ่งมักเรียกว่า Faces Anxiety Scale ประกอบด้วยรูปภาพใบหน้าคนที่แสดงออกทางอารมณ์ 5 ลักษณะที่แสดงถึง

ไม่มีความวิตกกังวลเลย กังวลเล็กน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก และกังวลมากที่สุด (McKinley et al., 2004) และอีกลักษณะหนึ่งประกอบด้วยคำถามเพียง 1 ข้อ ที่วัดความวิตกกังวลในขณะนั้นและคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด (Davey et al., 2006) ซึ่งจากการศึกษาของ McKinley et al. (2004) ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและระบบไหลเวียนแล้วพบว่ามีความสะดวกและประสิทธิผลดีในการวัดความวิตกกังวล ประหยัดเวลาและใช้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน

จากการทบทวนการประเมินความวิตกกังวลนั้นสามารถเลือกใช้ได้หลากหลายวิธีตามที่กล่าวไปแล้วข้างต้น แต่สิ่งที่ควรต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมากคือความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เพราะบางวิธีอาจเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหนึ่งแต่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างหนึ่งก็เป็นที่ขึ้นอยู่กับผู้ใช้และผู้ที่ถูกใช้ซึ่งควรพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบทของผู้ถูกประเมินเป็นสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ Visual Analogue Scale (VAS) ของ DeJong et al. (2006) เนื่องจากประหยัดเวลา สะดวก ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำเป็นต้องให้พักผ่อนมาก การรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุดจึงเป็นการเหมาะสม และประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ต้องประเมินความวิตกกังวลหลายครั้ง

ผลของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุก ๆ รายจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบภูมิคุ้มกันซึ่งจะมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ ความวิตกกังวลจะมีผลกระทบต่อนระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแคทีโคลามีน ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น การเต้นที่ผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตและความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดการทำลายกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Gustad et al., 2008; Webb & Riggins, 1994) นอกจากนี้ความวิตกกังวลจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้อีก ซึ่งเป็นผลมาจากการเกิดคราบไขมันในหลอดเลือดหัวใจหรือมีความผิดปกติของเยื่อผนังชั้นในของหลอดเลือดทำให้มี thrombin มาเกาะ ซึ่งมีการศึกษาว่าเป็นผลมาจากการเกิดความวิตกกังวล (O'Brien et al., 2001) และยังเกิดการหดเกร็ง และมีการรวมตัวของเกล็ดเลือด (Platelet Aggregation) ในหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น โดยพบว่าร้อยละ 22 ของอุบัติการณ์การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเกิดขึ้นระหว่างที่มีความตึงเครียดทางด้านอารมณ์ โดยไม่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Guzzetta, 1995) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความวิตกกังวลโดยเฉพาะในวันแรก หรือสัปดาห์แรกหลังเกิดอาการพบว่ามียอดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และมีโอกาสกลับเป็นโรคซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล รวมทั้งความสามารถในการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติจะช้าลง (Miller, 1998)

นอกจากนี้ความวิตกกังวลแบบแฝงของผู้ป่วยซึ่งจะปรากฏออกมาเป็นลักษณะบุคลิกภาพจะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลขณะเผชิญที่เกิดขึ้นให้มีความรุนแรง และมีระยะเวลาการเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยความวิตกกังวลแบบแฝงจะร่วมส่งผลกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ทำให้มีระดับแคทิโคลามีนในเลือดสูง ทำให้กล้ามเนื้อเรียบมีการหดตัว ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น พบการทำงานที่ผิดปกติของเกร็ดเลือด ก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายขึ้น และเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการปริแตกของคราบไขมัน ทำให้ปรากฏอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Beck & Rush, 1986; Cohen, 1991)

จากการศึกษาของ Shives (1994) กล่าวถึงผลของความวิตกกังวลต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิดจะทำให้มีการแสดงออกในรูปแบบของการใช้การถอยหนีออกจากเหตุการณ์ การปฏิเสธ กระสับกระส่าย ร้องไห้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เกิดความโกรธ เกิดความซึมเศร้าเฉื่อยชา มีสมาธิสั้น หลงลืมง่าย การเรียนรู้และการตัดสินใจไม่ดี (Gustad et al., 2008) ในด้านพฤติกรรมและสังคม จะมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนไป เช่น อาจมีระดับเสียงเปลี่ยน มีการพูดเร็วขึ้น (Harkness & Dincher, 1996) มีการสูญเสียลักษณะบุคคล การเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพลดลง (Pittman & Fowler, 1998) เป็นต้น

จากผลของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค การดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้นรวมทั้งอาจทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาและปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้องซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลนั้นมีด้วยกันหลายอย่างดังนี้

1. อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์จากการศึกษาของ Chan (2007) พบว่าอายุไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนของการเกิดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยช่วงอายุที่มีความวิตกกังวลมากที่สุดคือ 50-60 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Moser (2007) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 912 รายจากกลุ่มวัฒนธรรมตะวันตก และวัฒนธรรมตะวันออกพบว่าอายุไม่สามารถทำนายระดับความวิตกกังวลได้ ซึ่งทั้งหมดนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Doering et al. (2009) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 2,325 ราย ในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่าอายุมีผลต่อการ

เกิดความวิตกกังวล โดยผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 56 ปีจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 56 ปีและเช่นเดียวกับการศึกษาของ Bjerkeset, Nordahl, Mykletun, Holmen & Dahl (2004) ที่ศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 23,693 รายพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปีจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

2. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเพศหญิงและเพศชาย ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนแต่ละชนิดแตกต่างกัน ทำให้ลักษณะของอารมณ์และการควบคุมความสามารถในการควบคุมอารมณ์หรือการเผชิญต่อความวิตกกังวลแตกต่างกัน (สุรศักดิ์ พุฒินิช, 2545) โดยเพศหญิงมักมีอารมณ์ฉุนเฉียว เกรี้ยว หงุดหงิด หรือวิตกกังวลได้ง่าย นอกจากนี้พฤติกรรมการเล่นดูและความคาดหวังทางสังคม ที่คาดหวังว่าเพศชายต้องมีลักษณะเข้มแข็ง อดทน และเป็นผู้นำจึงทำให้เพศชายมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเพศหญิง การศึกษาส่วนใหญ่จึงพบว่าเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (An et al., 2004; Bjerkeset et al., 2004; Chan, 2007; Crowe et al., 1996; Dejong et al., 2004; Doering et al., 2009; Moser, 2007)

3. การศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มพูนและการแก้ปัญหาของบุคคล (Lasarus & Lanmer, 1984) ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการใช้สติปัญญา และการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม (ถนอมศรี อูอาริยะกุล, 2538) แต่จากการศึกษาของ Bjerkeset et al. (2004) กลับพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาเกรด 9 ขึ้นไปมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษต่ำกว่าเกรด 9 ซึ่งขัดแย้งกับรายงานการศึกษาบางงานที่พบว่าการศึกษาที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล (An et al., 2004; O'Brien et al., 2001)

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจะมีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่าเนื่องจากมีแหล่งประโยชน์ที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถนำมาใช้ได้เต็มที่ (สุรศักดิ์ พุฒินิช, 2545) จึงมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Doering et al. (2009) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีรายได้ต่ำกว่า 15 ดอลลาร์สหรัฐต่อวันจะมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีรายได้สูง

5. สถานภาพสมรส ลักษณะความแตกต่างทางสถานภาพสมรสเช่น โสด คู่ หม้ายอาจมีผลต่อความวิตกกังวล โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดอาจมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่เนื่องจากมีปัจจัยของครอบครัว มีบุคคลที่ห่วงใยมากกว่า (สุรศักดิ์ พุฒินิช, 2545) แต่การศึกษาปัจจัยสถานภาพสมรสในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจที่มีผลต่อความวิตกกังวลพบว่าไม่แตกต่างกัน (Bjerkeset et al., 2004; Doering et al., 2009)

6. ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่น ภาวะหัวใจทำงานล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะน้ำท่วมปอดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้มีการศึกษาว่าปัจจัยที่สามารถทำนายระดับความวิตกกังวลได้ปัจจัยหนึ่งคือ ภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Moser, 2007)

7. โรคร่วม ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยส่วนใหญ่จะมีโรคร่วมด้วยเสมอ ซึ่งโรคเหล่านี้จะมีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดของร่างกายทำให้ประสิทธิภาพในการไหลเวียนเลือดลดลงจึงมักส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาโรคร่วมเหล่านี้ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ Doering et al. (2009) พบว่าปัจจัยของโรคร่วมมีผลต่อความวิตกกังวลและโรคร่วมที่ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลสูงคือโรคเบาหวาน

กล่าวโดยสรุปปัจจัยที่มีผลกระทบอย่างชัดเจนของการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ โรคร่วม ภาวะแทรกซ้อน การศึกษา ส่วนอายุในอดีตพบว่าไม่มีผลต่อความวิตกกังวลแต่การศึกษาในปัจจุบันพบว่ามีผลแตกต่าง ขณะที่สถานภาพสมรสไม่พบว่ามีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ หากบุคคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าใจปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้วย่อมสามารถวางแผนการบำบัดทางการพยาบาลได้ครอบคลุมถึงปัจจัยที่มีผลกระทบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญที่จะมีผลต่อความวิตกกังวลคือ เพศ และอายุเนื่องจากเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวล

การบรรเทาความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลในระดับสูงจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอันมาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการพยากรณ์โรค การฟื้นคืนสภาพ การกลับเป็นซ้ำของโรค และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Doering et al., 2009) การบรรเทาความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาก็อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความวิตกกังวลได้ วิธีการบรรเทาความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ดังนี้

1. วิธีการบรรเทาความวิตกกังวลโดยการให้ยา ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวลประกอบด้วยยา 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มยาเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) และยาที่ไม่อยู่ในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Nonbenzodiazepines) (Robinson, 1996 อ้างถึงในพิมพ์พร ลิธะวัฒนากุล, 2546)
2. วิธีการบรรเทาความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

2.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ได้แก่ การสร้างจินตภาพ (Visual Imagery) การฝึกสมาธิ การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation Exercise) เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น (พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล, 2546) ซึ่งมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายดังตัวอย่างเช่น อภิญญา วงศ์พิริยะ โยธา (2535) ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย ได้รับการฝึกการผ่อนคลายครั้งละ 15 นาที วันละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจำนวน 15 รายเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.2 การเปลี่ยนสถานที่หรือสถานการณ์หรือใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ (Change of Place or Scenery) เป็นการเปลี่ยนสถานที่ไปจากแหล่งหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เช่น การเดินเล่น การเลี้ยงสัตว์ การใช้สื่ออารมณ์ขัน หรือการทำงานอดิเรก เป็นต้น (พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล, 2546) เช่นการศึกษาของ Gaberson (1991) ศึกษาผลของการใช้สื่ออารมณ์ขันต่อระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยที่กำลังจะได้รับการผ่าตัดโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน คือ กลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม ในกลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการฟังเทปตลกซ้ำกันทางหูฟังนาน 20 นาที กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการฟังเพลงโลฟที่มีวลีทางหูฟังนาน 20 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติผลการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม แต่ไม่พบความแตกต่างของความวิตกกังวลในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม

2.3 การนวด หรือการสัมผัส สามารถช่วยบรรเทาความตึงเครียดและความวิตกกังวล โดยช่วยให้ร่างกายหลั่งเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งเป็นสารแห่งความสุขทำให้เกิดการผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล ส่วนการนวดจะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย (พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล, 2546) Cutshall et al. (2010) ศึกษาผลของการนวดต่อความปวด ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 58 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและความปวดลดลงในกลุ่มที่ได้รับการนวดมากกว่ากลุ่มควบคุม

2.4 การใช้ดนตรีบำบัด คุณสมบัติหนึ่งของดนตรีที่มีคุณค่าและมีอิทธิพลต่อผู้รับฟังดนตรีคือ คุณสมบัติในการผ่อนคลายซึ่งสามารถนำมาลดระดับความวิตกกังวลได้ทั้งในบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่กำลังประสบปัญหาโดยลักษณะของดนตรีที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในการบำบัดคือ ดนตรีประเภทผ่อนคลาย (Relaxing Music) ซึ่งเป็นเพลงที่ก่อให้เกิดความสงบ (Calm) ผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล องค์ประกอบของดนตรีที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายจะมีระดับเสียง (Pitch) ที่ต่ำ จังหวะ (Tempo) อยู่ในช่วง 70-80 ครั้งต่อนาที ลักษณะเพลงไม่มีน้ำเสียงรูปแบบเดียว (Monotone) เพื่อไม่ให้เกิดความน่าเบื่อจากทำนองเพลงที่เหมือนกัน การขัดจังหวะความต่อเนื่อง

ของเพลงควรมีให้น้อยที่สุด (Coughlan, 1994) Davis & Cunningham (1987) ได้ทำการศึกษาถึงผลของดนตรีผ่อนคลายต่อปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 24 ราย พบว่าเมื่อให้ผู้ป่วยรับฟังเพลงจะมีอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยนแปลงเพียง 1-2 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญและไม่พบการเกิดจังหวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bolwerk (1990, อ้างถึงในพิมพ์ร ลีละวัฒนากุล, 2546) ที่ศึกษาผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าหลังจากฟังดนตรีครบ 3 วันวันละ 20 นาทีกลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พิมพ์ร ลีละวัฒนากุล ได้ศึกษาถึงผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยศึกษาขณะผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยให้ฟังดนตรีวันละ 2 ครั้งครั้งละ 20 นาที เป็นเวลา 3 วัน พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ฟังดนตรีและยังพบอีกว่าระดับความวิตกกังวลจะลดลงในวันแรกมากที่สุด แต่การฟังดนตรีในการลดความวิตกกังวลมีข้อจำกัดคือจะมีประสิทธิผลเพียงแค่ช่วงที่รับฟังดนตรี จนสิ้นสุดการฟังดนตรี 1 ชั่วโมง เท่านั้น (White, 1999)

2.5 การใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน เป็นการผสมผสานกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ ตั้งแต่ 1 วิธีขึ้นไป เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และคลายความวิตกกังวลโดยหวังให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (สุรศักดิ์ พุฒินิชย์, 2545) ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 10 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ สินีนาฏ ทิพย์มุสิก (2549) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกระชับกับการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง 15 รายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกระชับ กลุ่มที่ 2 ได้รับการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์ และกลุ่มที่ 3 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 และ 2 มีความวิตกกังวลหลังการทดลองลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างกันในทั้งสองกลุ่ม

จากการศึกษาวิธีบรรเทาความวิตกกังวล วิธีที่พยาบาลสามารถเลือกใช้โดยอิสระของวิชาชีพน่าจะเป็นการบรรเทาความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยาซึ่งมีหลากหลายวิธี ซึ่งในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยสนใจในการใช้การดูแลแบบหลายวิธีร่วมกัน การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น

การฟังดนตรี การใช้สื่ออารมณ์ขัน การให้คำปรึกษารวมถึงให้ข้อมูลความรู้ การสัมผัส การเจริญสมาธิมาใช้ในการลดความวิตกกังวลซึ่งมีผู้ศึกษามาแล้วว่าสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ การบูรณาการวิธีต่าง ๆ เหล่านี้เข้าด้วยกันโดยประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีพยาบาลที่สามารถเชื่อมโยงเข้าได้เพื่อประสิทธิภาพของการลดความวิตกกังวลให้มากที่สุด และจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดที่สามารถจะเชื่อมโยงวิธีต่าง ๆ ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากความกลัวในอาการของโรคที่รุนแรงเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ป่วยแบบกะทันหัน อีกทั้งการเปลี่ยนมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสิ่งของและบริการซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยก้าวข้ามความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เข้ามาคุกคามทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และแนวคิดที่สามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้ก็คือแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดและความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ (Hegyvary, 2004) และได้มีผู้เสนอแนวคิดและความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายรูปแบบซึ่งมีส่วนที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันดังนี้คือ

Schefer et al, (1981) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือ การประคับประคอง และการสนับสนุนในด้านต่างๆของบุคคลจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อน และบุคลากรในทีมสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจในการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล จากการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในด้านต่าง ๆ

การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามิบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่อง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976)

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียวหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง

House (1981) กล่าวถึง ความหมายการสนับสนุนทางสังคมคือ การรับรู้ของบุคคลว่า ได้รับการช่วยเหลือทั้งด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย การยกย่อง การได้รับ ข้อมูลข่าวสารตลอดจนให้การตอบสนองความต้องการ

จึงพอสรุปได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงความช่วยเหลือ การประคับประคองและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ จากแหล่งประโยชน์ คือ ครอบครัว เพื่อน ญาติ และทีมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เลือกใช้แนวคิดของเซฟเฟอร์และคณะ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มีนักวิจัยหลายท่านได้ แะแนวทางในการศึกษาไว้ 2 ลักษณะคือ องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม และประเภท ของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีหลายองค์ประกอบรวมกันคือ บุคคลจะมีการติดต่อ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการของบุคคลและได้รับความ ช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ ในกลุ่มสังคม ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบคือ ขนาดของกลุ่มสังคม จากการศึกษากของ Norbeck (1983) พบว่าขนาดของกลุ่มสังคมที่เล็ก มีลักษณะของความสัมพันธ์ เป็นความผูกพันซึ่งกันและกัน ความผูกพันต่อกันนี้ แบ่งออกเป็น กลุ่มเครือญาติที่มีความสำคัญต่อ บุคคลและครอบครัว สมาชิกในครอบครัวย่อมมีความสัมพันธ์และผูกพันกันมาก และกลุ่มที่ไม่ใช่ ญาติ เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน คนข้างเคียงที่ต้องพบเจอกันบ่อย ความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นแฟ้น คือ ความสัมพันธ์อันผิวเผิน และมีระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันสั้น ในทางกลับกันหากบุคคลมี ความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้นและคบหากันเป็นเวลานานก็จะทำให้ได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและ กันมากขึ้นและมีความถี่ในการติดต่อกันมาก จากการศึกษากของ Birch (1998) พบว่ามีความสัมพันธ์ กันระหว่าง เครือข่ายทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยความถี่ในการพบปะ เพื่อนฝูง จะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีทาง สังคม การปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละบุคคลจะได้รับด้วย

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาสนับสนุนทางสังคมแบ่งหลายแบบดังนี้

1. Schefer et al. (1981) แบ่งประเภทของการสนับสนุนเป็น 3 ด้านคือ

1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจซึ่งทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าตนได้รับความรัก

1.2 การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการให้ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของ บุคคลที่ได้กระทำ

1.3 การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทองและการให้บริการต่าง ๆ

2. Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านได้แก่

2.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการให้ข้อมูลที่จะบอกให้บุคคลทราบว่าเขาได้รับความรัก ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการรัก ความจริงใจและความสนใจ ซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน

2.2 การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า เป็นข้อมูลที่จะบอกให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

2.3 การสนับสนุนด้านสังคม เป็นข้อมูลที่จะบอกให้บุคคลทราบว่าเขามีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3. House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึงการช่วยเหลือทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความเห็นใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจ แสดงความรักความผูกพันและการเห็นคุณค่ารวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3.2 การได้รับการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (Appraisal Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคล มีการประเมินเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ที่ตนเองสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำให้ทราบว่าภาระการกระทำของตนเองนั้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมนั้นกำหนดเอาไว้หรือไม่ เช่น การได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

3.3 การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ข่าวสารที่จำเป็น คำแนะนำ คำชี้แนะ ตลอดจนการบอกแนวทางหรือทางเลือกที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เช่น การดักเตือน ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นต้น

3.4 การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental Support) หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน และการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยแก้ปัญหาของบุคคล

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีหลายประเภท ซึ่งการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดกำลังใจในการเผชิญความวิตกกังวลและปรับตัว

ได้อย่างมีประสิทธิภาพและการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ Schefer et al. (1981) เนื่องจากแบ่งประเภทได้ชัดเจนไม่ยุ่งยากและสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วย

วิกฤต

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรได้รับการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการลดความวิตกกังวลและการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยเพราะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องเผชิญกับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสิ่งเร้าต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลขึ้นไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ด้านร่างกาย สถานการณ์ด้านจิตใจ หรือสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวกับความเครียดต่างๆ ได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความวิตกกังวล และหากผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองและไม่ได้รับความช่วยเหลือจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญปัญหาได้

จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลโดยการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทั้งจากบุคคลใกล้ชิดและบุคคลในสังคมโดยจำแนกการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเผชิญกับสภาวะเครียดทางด้านอารมณ์ต่าง ๆ เช่นการถูกแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก การไม่ได้พบปะกับครอบครัว คู่สมรส การเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยจากที่เคยทำหน้าที่ได้ตามปกติมาเป็นผู้ป่วยประกอบกับพยาธิสภาพการเจ็บป่วยที่รุนแรง การติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทำให้เกิดการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ไม่ได้แจ้งให้ทราบล่วงหน้า สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความกลัวและวิตกกังวล ขาดความสามารถสูญเสียความหวังและรู้สึกไร้พลังอำนาจ (Thelan et al., 1998) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จะเป็นแรงสนับสนุนที่เป็นความรักและการดูแล ทำให้บุคคลมีความผูกพัน มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้บุคคลมีความมั่นใจ ไว้วางใจว่ามีคนรักใคร่ และคอยสนับสนุนในยามที่เผชิญกับความทุกข์ทรมาน (Schefer et al., 1981) โดยเฉพาะครอบครัวที่จะเป็นแหล่งสนับสนุนผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จะมีส่วนในการลดความเครียด ความวิตกกังวล และผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ (Moser et al., 2003) โดยคอยให้การดูแลห่วงใย เอาใจใส่ คอยปลอบใจ ครอบครัวจะเป็นแรงจูงใจและเป็นแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันขณะที่เจ็บป่วยและนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษา

ของ Barry, Kasl, Lichtman, Vaccarino & Krumholz (2005) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจจำนวน 1,164 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนโดยเฉพาะด้านอารมณ์ โดยการให้ความรัก และให้การดูแลจากครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ การรับรู้ทางสุขภาพจิตดีขึ้น

เมื่อผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัว ในการเข้าเยี่ยมของญาติจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้รับกำลังใจ มีความหวัง รู้สึกปลอดภัย อ่อนใจมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของ Hamner (1994) ที่ศึกษาเกี่ยวกับนโยบายการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าการให้เข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 5-10 นาที ทุก 1-2 ชั่วโมงหรือตามเวลาที่กำหนดเป็นเวลาที่ดีไม่น้อยเพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะพูดคุยกับญาติและพบว่าผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการเข้าเยี่ยม และการศึกษาของ Suander (2003) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 80 ราย โดยอนุญาตให้ญาติและครอบครัวเข้าเยี่ยมผู้ป่วยโรคหัวใจได้มากกว่าวันละ 8 ชั่วโมง พบว่าสามารถลดพฤติกรรมด้านลบของผู้ป่วยและลดอาการซึมเศร้ารวมถึงลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fumagalli et al. (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 226 รายพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่จำกัดการเข้าเยี่ยมมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มที่จำกัดการเข้าเยี่ยม

นอกจากนี้การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าบุคคลอื่น จากการศึกษาของ ประณีต ส่วงวัฒนา (2543) โดยให้ญาติเข้าเยี่ยมและนำญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ช่วยป้อนอาหาร ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 54 ราย พบว่าผู้ป่วยสามารถลุกจากเตียงได้เร็วขึ้นและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลน้อยลง และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Pertrie (2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและกลุ่มสมรสจำนวน 57 คู่ โดยให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และรับทราบข้อมูลข่าวสารร่วมกันมีผลในการลดความวิตกกังวลทั้งตัวผู้ป่วยและคู่สมรส

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะได้รับการดูแลจากครอบครัวแล้ว ทีมสุขภาพก็เป็นแหล่งให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่สำคัญกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคที่คุกคามและอาจมีการเปลี่ยนแปลงอาการได้ตลอดเวลา จึงต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งทีมสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ โดยการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยการดูแลให้ความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่และให้กำลังใจ ให้ความเคารพในการเป็นบุคคลของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหา ซึ่งจะสร้างความรู้สึกอบอุ่นใจให้กับผู้ป่วยทำให้คลายความวิตกกังวลลงได้ (Connet, 2005) นอกจากนี้การ

สนับสนุนทางอารมณ์โดยใช้คำพูดที่เหมาะสม พูดด้วยความสุภาพอ่อนโยน ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลและอบอุ่น ไม่ควรใช้คำพูดที่ห้วน กระด้างหรือขู่ตะคอก ไม่พูดเร็วเกินไปจนผู้ป่วยฟังไม่ทัน ระดับเสียงที่พูดกับผู้ป่วยไม่ดังหรือเบาจนเกินไป ไม่ตัดสินสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงให้รู้ว่าเป็นสิ่งที่ผิดในทันที แสดงท่าทีอบอุ่นและจริงใจ ตอบรับด้วยคำพูดและให้ข้อมูลที่กระชับชัดเจนกับผู้ป่วย (Moser et al., 2003) ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าคุณมีใจ เข้าใจ รู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีความหวาดกลัว หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล ไม่มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น นอกจากนี้การพูดปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเข้มแข็ง และควรมีการสัมผัสผู้ป่วยเพราะทำให้ผู้ป่วยรับรู้และสัมผัสได้ เพราะการสัมผัสเป็นการตอบสนองที่เป็นธรรมชาติมากกว่าคำพูด (Moser, 2007)

2. ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสารในผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นสิ่งที่สำคัญ (Moser, 2007) เพราะผู้ป่วยต้องเผชิญสถานการณ์ความเครียด และความวิตกกังวลต่าง ๆ ข้อมูลและข่าวสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยในการประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ (Mohta et al., 2003) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสารเป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไข สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอทำให้บุคคลไม่สามารถเชื่อมโยงการกระทำเข้ากับผลของการกระทำได้ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ไม่เหมาะสมและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ ในการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เช่น ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ไขปัญหา (วิลโลว์ตัน ชัยนถิ, 2549) การสนับสนุนทางสังคมจะหมายถึงการได้รับข้อมูลและคำแนะนำ และการได้รับความช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสาร เป็นการบริการทางการแพทย์ที่จะส่งผลให้บุคคลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่จะเกิดขึ้น มีความสามารถเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล มีแนวทางในการปฏิบัติที่ถูกต้องที่จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความประทับใจต่อการบริการ

การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสารในผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ควรเป็นการให้การสนับสนุนที่ตรงกับความเป็นจริงเพราะเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่เป็นบทบาทของทีมสุขภาพ และมีการศึกษาพบว่าผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยคือพยาบาล (Scott & Thompson, 2002) เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสารในผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันที่สำคัญคือ

จากการศึกษาของ Scott & Thompson (2002) โดยเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีระบบจำนวน 14 เรื่องเพื่อสังเคราะห์ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบมี 8 เรื่องคือ 1) กายวิภาคและพยาธิสรีรวิทยาของระบบไหลเวียน 2) การแนะนำเกี่ยวกับหอผู้ป่วยวิกฤติ 3) ปัจจัยเสี่ยงของโรค 4) การระวังเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจ 5) ความรู้เกี่ยวกับยา 6) ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสม 7) ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย 8) ความรู้ด้านอื่น ๆ การให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ให้คำอธิบายที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์หรือพูดเร็วจนเกินไป เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงอาจทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตามความเข้าใจของผู้ป่วยเอง ทำให้แปลความหมายที่ผิด ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษา การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและข่าวสาร จึงเป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาในสภาวะวิกฤติได้ ซึ่ง Lazaras & Folkman (1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์ลดน้อยลง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมโดยการศึกษาของ Tel & Tel (2005) ที่ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า การให้ความรู้เป็นรายบุคคลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องข้อมูลสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ (Tangible support) การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การช่วยเหลือด้วยกิจกรรมการดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤติทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง การช่วยเหลือด้านบริการคือ การช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่เผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรง ช่วยให้มีชีวิตที่ปลอดภัยโดยให้บริการการดูแลตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะวิกฤติ รวมถึงช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การช่วยเช็ดตัว ป้อนอาหาร ตลอดจนจัดทำนอนให้สบายจะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้ (Connett, 2005) นอกจากนี้ ยังต้องสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น เสื้อผ้า อาหารที่มีประโยชน์ แก้วน้ำ แปรงสีฟัน ยาสีฟัน กระดาษชำระ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและการเงิน ตัวอย่างของการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของ อารีย์ พองเพชร (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในเรื่องวัสดุสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นต่างๆ เงินทอง ค่าใช้จ่ายในการรักษา จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจรับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

จากการทบทวนแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมและผลของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยจะนำความรู้ที่ได้จากการทบทวนมาสังเคราะห์เป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งการศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์และคณะ โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางสิ่งของและบริการ มุ่งหวังการลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่โปรแกรมจะประสบผลสำเร็จเพียงใดจำเป็นต้องมีการประเมินจากผู้รับบริการด้วย และวิธีการประเมินวิธีหนึ่งก็คือการประเมินความพึงพอใจจึงต้องมีการทบทวนแนวคิดของความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจและประเมินได้อย่างถูกต้องตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ความพึงพอใจต่อการพยาบาล

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่สามารถรับรู้ด้านจิตใจซึ่งเกิดจากความต้องการของมนุษย์ที่ได้รับการตอบสนอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับยังชี้ให้เห็นถึงการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพด้วย การวัดคุณภาพการพยาบาลจะวัดได้โดยตรงจากผู้รับบริการ ถ้าเป้าหมายของผู้รับบริการตรงกับเป้าหมายการให้บริการ ผู้รับบริการย่อมเกิดความพึงพอใจ ดังนั้นความพึงพอใจจึงเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลอย่างหนึ่ง (Lin, 1996)

ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจของผู้รับบริการไว้ดังนี้

Donabedian (1980) กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ผู้รับบริการประสบผลสำเร็จในสิ่งที่ผู้รับบริการให้ค่ากับความคาดหวัง ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้รับบริการมีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจ

Risser (1975 cited in Lin, 1996) ให้ความหมายของความพึงพอใจในแง่ของการให้บริการว่าเป็นระดับของความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังกับการรับรู้ที่แท้จริงต่อการบริการของผู้ใช้บริการ

LaMonica, Obust, Madea & Wolf (1986) ให้ความหมายของความพึงพอใจว่าเป็นการแสดงออกของความรู้สึก ยินดีที่เป็นผลของความคาดหวังในการดูแลกับการดูแลที่ได้รับตามจริง

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง ความรู้สึกยินดีของผู้ป่วยที่เป็นผลของความคาดหวังในการดูแลกับการดูแลที่ได้รับตามจริง ความพึงพอใจเป็นทัศนคติส่วนบุคคลของแต่ละคน โดยมีความชอบใจ บรรลุในสิ่งที่ตัวเองต้องการ แต่ในภาวะการเจ็บป่วยนั้นบุคคล

ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ การดูแลให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลนั้นต้องเกิดจากการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจึงจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ จึงจำเป็นต้องศึกษาว่าในผู้ป่วยแต่ละรายมีปัจจัยอะไรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการดูแลดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1 อายุ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความพึงพอใจในบริการมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยเนื่องจากอายุที่มากขึ้นไปรับบริการในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจนเกิดความเข้าใจในระบบบริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ประสบการณ์และวุฒิทางอารมณ์ช่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีกว่า (Lin, 1996)

1.2 ระดับการศึกษา ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับแตกต่างกันจะมีความพึงพอใจในบริการที่ต่างกัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาสูงมีความพึงพอใจในบริการต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาสูงมีความรู้ในเรื่องโรคและความเจ็บป่วยมีความคาดหวังต่อการบริการสูงอาจเกิดความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจได้ง่าย (Lin, 1996)

1.3 รายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงมีความคาดหวังในการบริการสูงจึงมักพบว่ามีความพึงพอใจต่ำ ผู้ที่มีรายได้น้อยมีความคาดหวังในการบริการน้อยจึงมีความพึงพอใจสูง (Lin, 1996)

2. ปัจจัยด้านอื่น ๆ

Rubin (1990) ได้เสนอแนะว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจของความพึงพอใจโดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 เวลาที่ประเมิน

นักวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินในเวลาที่แตกต่างกัน เช่นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลกับอยู่ที่บ้าน จะตอบแบบวัดความพึงพอใจแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่ตอบระหว่างที่พักอยู่ที่บ้านหรือจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปหลายเดือนจะรู้สึกพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายไป 2-3 สัปดาห์ (Ley, Kinsey, & Artherton, 1976 อ้างถึงใน Lin, 1996)

2.2 การตอบสนองต่อรูปแบบการวัด

Rubin (1990 อ้างถึงใน Lin, 1996) รายงานว่าไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เปรียบเทียบให้เห็นถึงรูปแบบการวัดที่แตกต่างกันแต่เขาเสนอแนะว่ารูปแบบคำตอบ ขอดเยี่ยมที่สุด - แย่ที่สุด มีประโยชน์มากกว่าการใช้คำตอบ เห็นด้วย - ไม่เห็นด้วย เช่น Ware and Hays (1988อ้างถึงใน Lin,

1996) พบว่าการใช้มาตรวัดคำตอบยอดเยี่ยมที่สุด - แม้ที่สุดจะมีคะแนนความแปรปรวนน้อยกว่า และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการใช้มาตรวัดคำตอบ พอใจมาก - ไม่พอใจ ทั้งหมด

2.3 ความคาดหวัง

มีการรายงานว่าผู้ป่วยที่มีความคาดหวังต่ำและมีความรู้จำกัดเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจะมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีความคาดหวังสูงและมีความรู้เกี่ยวกับการบริการที่ได้รับมาก (Swan, 1985 cited in Lin, 1996)

2.4 การดูแลที่ได้รับ

พบว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยการดูแลที่ได้รับรวมถึงสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีผลต่อความพึงพอใจ รวมทั้งความชำนาญของการดูแลก็จะมีผลต่อความพึงพอใจด้วยเช่นเดียวกัน (Lin, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรม อาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในบริการนั้นคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะบริการที่มีคุณภาพเป็นสำคัญรวมทั้งเวลาที่ประเมินและลักษณะของมาตรวัดคำตอบก็มีผลต่อความพึงพอใจ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลคืออายุ ระดับการศึกษา รายได้ และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นความรู้สึของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน จึงเป็นมิติที่สำคัญที่จะใช้มาตรวัดความพึงพอใจ จึงต้องศึกษาถึงองค์ประกอบของความพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ

Risser (1975 อ้างถึงใน Lin, 1996) ได้แบ่งองค์ประกอบของความพึงพอใจเป็น 3 ด้านคือ

1. พฤติกรรมของบุคลากรและเทคนิควิธีในการดูแล (Technical-professional Behavior) เป็นการทำงานด้วยความรู้ ความสามารถ วิธีและกิจกรรมต่างๆที่ผู้ดูแลปฏิบัติ
2. สัมพันธภาพที่ไว้วางใจ (Trusting Relationship) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และการสื่อสารซึ่งกันและกันที่คาดหวังว่าจะได้รับระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์
3. สัมพันธภาพด้านการศึกษา (Education Relationship) เป็นการจัดการให้ข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการตอบคำถาม การอธิบาย และการสาธิตให้ผู้ป่วยเห็น

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อการได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (Lin, 1996) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยกับการดูแลจริงที่ผู้ป่วยได้รับ (Risser, 1975 อ้างถึงใน Lin, 1996) ซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังจากพยาบาลคือ ความสามารถทางวิชาชีพ การยอมรับนับถือกัน และมีความเอาใจใส่ เอื้ออาทร และมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายดังนี้

Oterhals, Hanestad, Eide & Hanssen (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ข้อมูลในระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 110 รายพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่พึงพอใจกับการให้ข้อมูลในโรงพยาบาลแต่มีความพึงพอใจน้อยในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ยา และปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต และพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยมีความพึงพอใจในการให้ข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า โดยแบบวัดความพึงพอใจใช้มาตรวัดแบบ 3 ระดับคือ ไม่พึงพอใจทั้งหมด พึงพอใจ และพึงพอใจมาก

Beinart et al. (2003) ศึกษาถึงผลกระทบของการเจ็บหน้าอกและปัจจัยอื่น ๆ ต่อความพึงพอใจในการรักษาหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยศึกษาผู้ป่วยจำนวน 1,957 รายวัดความพึงพอใจหลังจากรับการรักษาแล้ว 7 เดือนโดยใช้แบบสอบถามที่มีมาตรวัด 5 ระดับ 19 ข้อ คำถามพบว่าลักษณะเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจที่ลดลงคือการมีประวัติซึมเศร้า หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ เคยผ่าตัดหัวใจ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง อายุน้อย

Chien et al. (2005) ศึกษาผลของการให้ความรู้และความต้องการพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจ โดยศึกษาในผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 66 ราย โดยใช้มาตรวัดความพึงพอใจ 4 ระดับคือไม่พอใจเลย ถึง พึงพอใจทั้งหมดพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมและพบว่ามีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่า

การประเมินความพึงพอใจ

การประเมินความพึงพอใจ เป็นการประเมินความรู้สึกรับรู้ของบุคคล เป็นการรับรู้การตอบสนอง และการตัดสินใจ โดยบุคคลนั้น ๆ โดยมีวิธีการประเมินได้หลากหลายวิธีดังนี้

1. การใช้แบบประเมิน (Visual Analogue Scale) การใช้มาตราส่วนประมาณค่าสำหรับประเมินความพึงพอใจโดยใช้เส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตรปลายสุดด้านซ้ายมือตรงกับพึงพอใจน้อยที่สุดและปลายสุดด้านขวามือตรงกับพึงพอใจมากที่สุดและกึ่งกลางเส้นตรงตรงกับพึงพอใจปานกลาง

2. ประเมินจากการใช้แบบสอบถามการประเมินความพึงพอใจโดยสร้างแบบสอบถามและมาตรวัดคำตอบเป็น Likert Scale อาจเป็น 3 ระดับเช่น พึงพอใจมาก พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ หรืออาจมี 5 ระดับ เช่น ไม่พึงพอใจ พึงพอใจเล็กน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมาก พึงพอใจมากที่สุด (Lin, 1996) หรือบางเครื่องมืออาจมีถึง 7 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุด ไปจนถึงไม่พึงพอใจมากที่สุด (LaMonica et al., 1986) ซึ่งการสร้างแบบสอบถามความพึงพอใจมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

Risser (1975) พัฒนาเครื่องมือวัดความพึงพอใจผู้ป่วยเป็นครั้งแรก มีด้วยกัน 25 คำถาม โดยแบ่งเป็น 4 ด้านคือ เทคนิคพฤติกรรมบริการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สัมพันธภาพความ

ไว้วางใจ และสัมพันธภาพด้านการศึกษาแต่ต่อมาได้ปรับปรุงเหลือ 3 ด้านโดยตัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลออกไป โดยเครื่องมือได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจำนวน 138 รายทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ครอนบาร์คแอลฟาได้ .69 - .91 (Lin, 1996)

แบบวัดความพึงพอใจของลาโมนิกา ซึ่งพัฒนาจากแบบวัดความพึงพอใจของ Risser แต่เพิ่มองค์ประกอบอีก 3 ด้านคือ ความไม่พึงพอใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ช่วยสนับสนุน และความรู้สึกประทับใจ โดยเครื่องมือทดสอบกับผู้ป่วยมะเร็ง 633 ราย หาค่าความสอดคล้องภายในได้ .92 - .95 (LaMonica et al., 1986)

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อบริการพยาบาลที่ได้รับเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่โดยการทบทวนจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสร้างตามแนวคิดของ Risser (1975 อ้างถึงใน Lin, 1996) ที่มี 3 องค์ประกอบคือ ด้านพฤติกรรมบริการ ด้านสัมพันธภาพความไว้วางใจและด้านสัมพันธภาพทางการศึกษาและมีการประยุกต์ให้สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมโดยมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ 5 ข้อ ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อและด้านการสนับสนุนทางสิ่งของและบริการ 5 ข้อแต่ละข้อมีคำตอบอยู่ 5 ระดับได้แก่ไม่พึงพอใจ พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจมากและพึงพอใจมากที่สุด

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการเกิด ความวิตกกังวลที่ส่งผลให้อาการของโรคเพิ่มมากขึ้นและอาจนำไปสู่อันตรายจนถึงกับชีวิตได้ หากไม่ได้รับการแก้ไขทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรมองข้ามประเด็นปัญหานี้ ซึ่งในการบรรเทาความวิตกกังวลนั้นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือการให้ยา (Frazier et.al., 2003) แต่การให้ยานอกจากไม่ได้ช่วยแก้ไขถึงสาเหตุของความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยอย่างแท้จริงแล้วผู้ป่วยอาจได้รับความเสี่ยงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ การเลือกใช้วิธีบรรเทาความวิตกกังวลแบบไม่ใช้ยาจึงเป็นทางเลือกที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากที่สุดและเกิดโทษน้อยที่สุด ซึ่งสาเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นเกิดจากการได้รับสิ่งคุกคามทางกาย และการได้รับสิ่งคุกคามทางใจการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ก้าวพ้นสิ่งคุกคามเหล่านี้ ต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมทั้งจากสมาชิกครอบครัว ญาติและบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายร่วมมือกันให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านของข้อมูลข่าวสารทำให้ผู้ป่วยทราบข้อเท็จจริงและทราบวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการไม่ทราบข้อมูลก็จะหมดสิ้นไป และให้การสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการให้ความรัก ความห่วงใยอย่างแท้จริงไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่มาคุกคามทำให้เกิดพลังอำนาจในการต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ ที่มากระทบข่มส่งผลถึงความวิตกกังวลที่

บรรเทาและท้ายที่สุดทำให้การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามอรรถภาพ ไม่เกิดความไม่สบายใจ เป็นกังวล

วิธีลดความวิตกกังวลโดยการผสมผสานบำบัดทางการแพทย์มากกว่า 1 อย่างเป็นวิธีที่น่าสนใจ ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษาและจากการศึกษายังไม่พบมีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในขณะพักในหอผู้ป่วยวิกฤตตามบริบทของสังคมไทยเพื่อลดปัญหาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงคิดว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีผลทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระดับความวิตกกังวลลดลงจากการให้การสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวไปแล้วข้างต้นทั้งจากสมาชิกครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ผู้วิจัยคาดว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับจากโปรแกรมนี้ และเหมาะสมในการใช้กับบริบทของสังคมไทย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความปลอดภัย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง