



บทที่ 2

วรรณคดี และการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ยังไม่เคยมีผู้ใดศึกษามาก่อน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าถึงวรรณคดี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้แยกอธิบายออกเป็น

ความเชื่อกานสุขภาพ

การปฏิบัติตนและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความเชื่อกานสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาล เพื่อส่งเสริมความเชื่อและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความเชื่อกานสุขภาพ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 เป็นต้นมา ได้มีผู้เริ่มศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล โดยเริ่มตั้งแต่ Kurt Lewin ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมาย (Theory of Goal Setting) เพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ต้องการ โดยมีสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นกับตัวแปร 2 ประการ คือ ค่านิยมของแต่ละบุคคล และการคาดประมาณถึงผลที่ได้รับจากการปฏิบัติ

หลังจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ได้มีผู้อธิบายในแนวที่คล้ายคลึงกัน โดยอธิบายถึงการปฏิบัติและการตัดสินใจในแต่ละสถานการณ์ของบุคคล ได้แก่ การแสดงออกของพฤติกรรม (Performance Behavior) ของ Tolman การเสริมแรงและการเรียนรู้ทางสังคม (Reinforcement and Social Learning) ของ Rotter ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Theory) ของ Edwards การนำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้กับพฤติกรรมที่เป็นอันตราย (Risk-Taking Behavior) ของ Atkinson และ

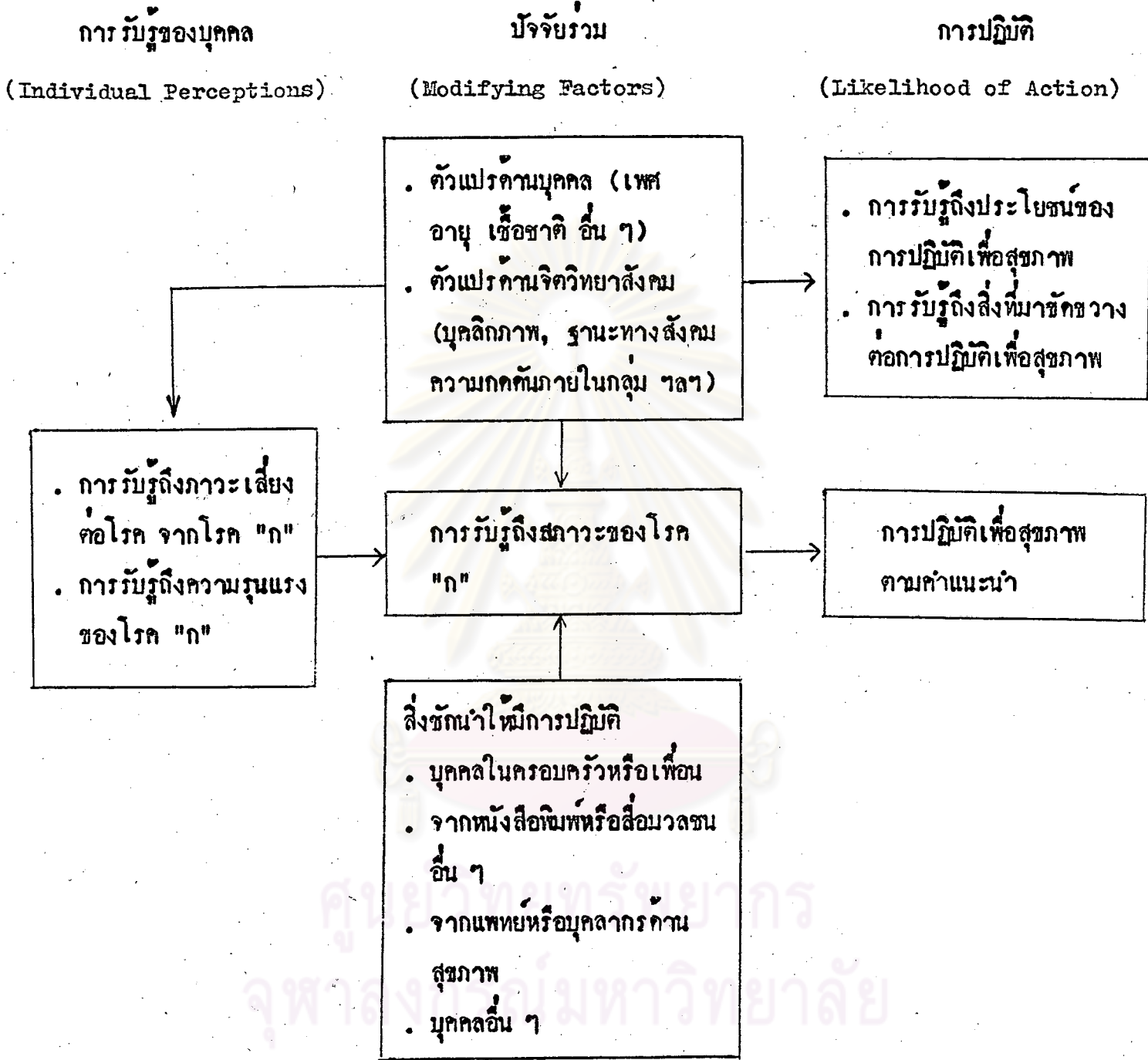
การวิเคราะห์การตัดสินใจภายใต้ความไม่แน่ใจของ Feather (Maimann and Becker 1974 : 336 - 353)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1966 Rosenstock โทนาทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้มาใช้ และไค้จัดตั้ง เป็นรูปแบบของความเชื่อค่านสุขภาพขึ้น (Health Belief Model) โดยไ้ นำเอาจิตวิทยาสังคม (Social-psychological) เข้ามาอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลโดยทั่วไปมักจะไม่แสวงหาการป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าเขาไม่มี แรงจูงใจค่านสุขภาพ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น ๆ ยกเว้นในกรณีที่บุคคลมีการรับรู้ ว่า เขามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไ้ คังนั้น แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ คือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค เหล่านี้จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ จึงไม่รู้สึกยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ไ้รับ (Becker and Others 1977 : 29)

ในปี ค.ศ. 1972 Becker ไ้ปรับปรุงแก้ไข รูปแบบความเชื่อค่านสุขภาพ ใหม่ โดยนำเอาอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น มีส่วนประกอบสำคัญ คังนี้ (Becker and Others 1977 : 349)

1. การยินยอมให้ความร่วมมือที่จะรักษาโรค มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของบุคคล ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น (Perceived Severity)
2. ความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา และคุณค่าของพฤติกรรมที่จะช่วยลด อันตรายจากโรค นั่นคือ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefit)
3. องค์ประกอบทางค่านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินหรืออื่น ๆ จะเป็นสิ่ง ชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cue to action) และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สิ่งมาชักนำอาจเป็น การกระตุ้นจากภายใน เช่น อาการจากความเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำจากภายนอก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

และในปี ค.ศ. 1975 Becker and Maimann (1975 : 12) ไ้อธิบายรูปแบบความเชื่อค่านสุขภาพเพิ่มเติม โดยนำเอาตัวแปรต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องของค้ว และแสดง ให้เห็นถึงการปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตน คังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงถึงจุดเริ่มของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และตัวแปรต่าง ๆ

จากแนวคิดเริ่มแรกเกี่ยวกับความเชื่อค่านิยมสุขภาพของ Rosenstock ที่อธิบายถึงพฤติกรรมค่านิยมสุขภาพนั้น ได้มีผู้นำไปเป็นพื้นฐาน เพื่ออธิบายถึง พฤติกรรมค่านิยมสุขภาพตามแนวความคิดของคน เช่น รูปแบบของสัจแมน (The Suchman Model) รูปแบบของแอนเดอร์สัน และนิวแมน (The Anderson and Newman Model) รูปแบบการปรับตนเอง (Self - regulations Model) เป็นต้น (Cox 1982 : 42 - 43) จึงได้มีการประชุมอนุกรรมการเพื่อพิจารณารูปเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จากแนวคิดที่มีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน และสรุปให้ใช้คำว่า รูปแบบความเชื่อค่านิยมสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นหลักในการอธิบายถึงพฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคล โดยมีเหตุผลดังนี้ (Becker and Others 1977 : 27 - 29)

1. รูปแบบนี้ได้นำเอาสถานการณ์สุขภาพของบุคคล ภูมิหลัง และรวมเอารูปแบบต่าง ๆ เข้าไว้ ซึ่งสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ทางค่านิยมสุขภาพ และการให้บริการทางค่านิยมสุขภาพได้
2. แนวทางที่สำคัญของแบบแผนนี้ มาจากทฤษฎีทางจิตใจ และทางค่านิยมพฤติกรรม อันได้แก่ ทฤษฎีแรงจูงใจ ทฤษฎีการตัดสินใจ เป็นต้น
3. ขณะที่รูปแบบนี้ได้มีจุดเริ่มกำเหนิดมาจากพฤติกรรมการณ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรค และสามารถนำมาอธิบายได้ถึง พฤติกรรมของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังสามารถนำมาใช้ได้กับตัวแปรตาม (Dependent Variable) ต่าง ๆ ได้ รวมทั้งอธิบายถึงการกระทำของบุคคลเพื่อที่จะลดความกดดันทางจิตใจ
4. รูปแบบความเชื่อค่านิยมสุขภาพ สามารถนำไปเป็นพื้นฐานในการอธิบายถึงแบบแผนอื่น ๆ เช่น รูปแบบของสัจแมน (Suchman's Model) รูปแบบของแอนเดอร์สัน (Anderson's Model) และ การศึกษาของเมคานิค (Mechanic's Study) เป็นต้น

การปฏิบัติตนและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เมื่อมีการตายเกิดขึ้นที่กล้ามเนื้อหัวใจแล้ว จะไม่สามารถแก้ไขได้ นอกจากการป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นขยายกว้างออกไป หรือมิให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันคร่าชีวิต

ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงสภาพความเจ็บป่วยของตนเป็นอย่างดี และมีการปฏิบัติตนไปในทางบวก โดยการให้ความร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค บางครั้งผู้ป่วยจะไม่เข้าใจว่า ทำไมต้องมีการปฏิบัติตนเช่นนี้ และความกลัวที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ไม่มั่นใจในตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ประมาณ 3 - 9 เดือน พบว่า สภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกอ่อนเพลีย คับข้องใจที่ต้องจำกัดกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเฉื่อยชาลง การออกกำลังกายส่วนใหญ่มีการปฏิบัติน้อย ในด้านการนอนหลับ ผู้ป่วยหลายรายจะนอนหลับใหลน้อย เป็นระยะเวลาหลายเดือนภายหลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องจาก กลัวว่า หัวใจจะหยุดเต้นขณะนอนหลับ (Mess 1977 : 104 - 107)

ดังนั้น การให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ และควรคำนึงถึงการดำรงชีวิตของผู้ป่วยว่ายังคงเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลต่างๆ มากมายทั้งภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว สถานที่ทำงาน เพื่อนบ้าน กลุ่มกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย นอกจากนั้น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ส่วนหนึ่งจะเกิดจากการเรียนรู้ และมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ นิสัย และการฝึกปฏิบัติตนจะมีลักษณะเป็นไปตามวัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตของกลุ่มชนที่อาศัยอยู่ด้วย (เรมวาล นันท์สุภาวัฒน์ 2524 : 20)

การปฏิบัติตนของมนุษย์ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (พวงทิพย์ ชัยทิบาลสุภะสิทธิ์ 2520 : 16)

1. การปฏิบัติตนในภาวะที่ร่างกาย จิตใจ ปกติสมบูรณ์ที่ ได้แก่ การดูแลสุขภาพ สะอาดของร่างกายโดยทั่วไป การอาบน้ำ การแปรงฟัน การหัดใหม่ การรับประทาน อาหารด้วยตนเอง การปรุงอาหาร การออกกำลังกาย และการขับถ่าย เป็นต้น
2. การปฏิบัติตนในภาวะที่ร่างกาย จิตใจ ใ้รับการกระทบกระเทือน เช่น

การเจ็บป่วยเป็นโรค ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ ใ้ได้รับอุบัติเหตุ และเมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การปฏิบัติตนชนิดนี้ พยายามมีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมและสนับสนุน

พยายามเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ทั้งนี้ จึงควรเป็นผู้ที่ริเริ่ม ส่งเสริมสนับสนุน แนะนำแนวทาง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีโอกาสปฏิบัติตนเองได้มากที่สุด โดยจะต้องคำนึงถึงพื้นฐานความรู้ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม บุคลิกภาพ อุบัติภัย ทัศนคติ ความเชื่อทางศาสนาสุขภาพ ตลอดจนความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีด้วย

ประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ คือ (พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุณีย์ 2520 : 18 - 19)

1. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติตนเอง เป็นการส่งเสริมด้านจิตใจ และอารมณ์ด้วย

2. ทำให้ผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้บรรลุวัตถุประสงค์ เนื่องจากบางโรคผลการรักษาพยาบาลส่วนมาก ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น

3. เป็นการส่งเสริมเศรษฐกิจของผู้ป่วย และประเทศชาติ ในการรักษา แก้อาการแทรกซ้อนต่าง ๆ และเป็นการลดแรงงาน ของบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยด้วย

4. เป็นการส่งเสริมให้มีการพัฒนา ค้นคว้า วิจัย วิธีการรักษาพยาบาลที่ก้าวหน้าขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรมีเวลาในการดำเนินการมากขึ้น

กรณีการ ศึกษาคณนธ์ (2522 : ง - จ) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ตัวอย่างประชากรที่ใช้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มาตรวจตามนัด ที่คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารักษ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยปรากฏว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่อง การปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แยกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ชนิดของการรักษา และจำนวนครั้งของการรับ



เข้าอยู่ในโรงพยาบาล แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาไปถึงว่า การปฏิบัติตนของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มนั้น ถูกต้องมากน้อยเพียงใด เพราะการปฏิบัติตนที่ถูกต้องนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องยินยอมอยู่ในบทบาทผู้ป่วย เพื่อให้ความร่วมมือกับการรักษาของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจาก ความเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีบทบาทใหม่ที่แตกต่างไปจากบทบาทของคนปกติ ในคนปกติจะมีอิสรภาพ (Autonomy) มีความเป็นตัวของตัวเอง (Self Direction) แต่บทบาทของผู้ป่วยคือ จะได้รับการปกป้องดูแล (Protection) ไม่ควรรับผิดชอบในบางเรื่อง บางอย่างชั่วคราว ต้องร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ของพึ่งพาผู้อื่น (Dependent Role) (จำเรียง ฐระสุวรรณ 2522 : 37) Talcott Parsons (Twaddle 1981 : 45 - 46) ได้ให้แนวความคิดเรื่องบทบาทผู้ป่วย (Sick Role) ว่าเป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเฉพาะอย่าง การเจ็บป่วยดังกล่าวได้แก่ การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงเห็นได้ชัด และรักษาให้หายไคอย่างรวดเร็ว โดยสังคมนั้นจะมีส่วนกำหนดว่าผู้ป่วยนั้นจะต้องทำอะไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยนั้นพ้นสภาพความเจ็บป่วยไคเร็ว แนวความคิดนี้ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากฟริคสัน (Friedson) ว่า ไม่ไคให้ความสำคัญกับโรคหรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะเรื้อรัง เห็นไคไม่ชัด ฟริคสัน ไคแบ่งโรคต่าง ๆ ออกตามลักษณะอื่น คือ ความรุนแรงของโรค (Seriousness) การยอมรับความเป็นโรคนั้น ๆ (Legitimacy) และโอกาสที่โรคเหล่านั้นจะหายไครวดเร็วหรือไม่มีทางหายชากไค ดังนั้น ผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงต้องสวมบทบาททางสังคมตามปกติของตนอยู่ไคย โดยต้องสวมบทบาทของคนทำงานและผู้ป่วยไคยในเวลาเดียวกัน และโรคเหล่านี้มีไคต้องการความช่วยเหลือเหลือจากแพทย์ฝ่ายเดียว หากสังคมสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยเหล่านี้ ก็ต้องไครับความสนใจและเข้าไคไปไคยพร้อม ๆ กัน เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ย่อมจะไคมีความกังวลใจในการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งไคต้องใช้เวลานาน ยึดเยื้อ และสม่ำเสมอ (เบญจา ยอกคำเนิน และคณะ 2523 : 195 - 196) ส่วน Gordon (Phipps and Others 1980 : 8) ไคให้ความเห็นเกี่ยวกับบทบาทผู้ป่วยว่า เมื่อเกิดไคความเจ็บป่วยขึ้น ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกเหมือน ๆ กัน จะมีความแตกต่างกันไปตามสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และทัศนภูมิทางวัฒนธรรม ในกลุ่มที่มี

สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมค่า จะแสดงออกเกี่ยวกับการปฏิเสธโรคของชน และการไว้วางใจเกินกว่าเหตุ มากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูง

ในส่วนที่เกี่ยวกับแนวความคิดของพาร์สัน (Parson) ในเรื่องความหมายของบทบาทผู้ป่วย ซึ่งยังได้รับการยอมรับโดยทั่วไปไปจนถึงนี้ (Roberts 1976 : 3-4)

1. ได้รับการยกเว้นจากบทบาทที่ต้องรับผิดชอบตามปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค เช่น ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบในหน้าที่บิดา มารดา สามี หรือภรรยา และบุคคลในสังคม ยังยอมให้ใครสักคน จนในบางครั้งถึงแม้จะหายจากโรคแล้วก็ตาม บุคคลในสังคมก็ยังไม่นิยมให้ออกจากบทบาทผู้ป่วยได้โดยง่าย

2. ชณะเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด จำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่นในสถานต่าง ๆ ทั้งในสถานกิจวัตรประจำวัน และการตัดสินใจ เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษา หนีพ้นจากความเจ็บป่วย

3. ผู้ป่วยทุกคนย่อมต้องการหายจากโรค เพราะความเจ็บป่วยทำให้เกิดความไม่สุขสบาย ความพิการ หรืออาจจะตายเมื่อใดก็ได้ แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่ต้องการจะหายจากโรค เพราะขณะเจ็บป่วย จะได้รับการยกเว้นจากความรับผิดชอบตามปกติ จะได้รับการดูแลที่ดี จึงพยายามยึดเอาบทบาทผู้ป่วยไว้กับตน เพื่อให้ได้รับสิทธิพิเศษนั้น ๆ

4. เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะแสวงหาความช่วยเหลือ โดยวิธีต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะมาพบแพทย์ และยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้ตนหายจากความเจ็บป่วยและกลับสู่สภาพเดิม

การต้องปฏิบัติตามบทบาทผู้ป่วยนั้น ในบางคนก็ไม่สามารถจะยอมรับได้ในทันที โดยเฉพาะความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เนื้อหัวใจตาย ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่แสดงออกต่าง ๆ กัน ที่พบได้มีดังนี้ (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา 2525 : 19-21 ; Holland 1977 : 129 - 132 ; Mass 1977 : 97 - 100)

1. ปฏิเสธ (Denial) เป็นการใช้กลไกทางจิต (Defense Mechanism) ที่พบบ่อย ซึ่งแสดงออกได้ 2 แบบ

1.1 Denial of Fact ไม่ยอมรับว่าเป็นการเจ็บป่วยร้ายแรง หรือไม่ยอมรับว่ามันเกิดขึ้นกับตัวเองจริง ๆ และมักจะหาทางออกอื่นมาทดแทน เช่น อาจจะพูดหรือแสดงให้เห็นว่าอาการเจ็บหน้าอกนั้นไม่ใช่เจ็บหน้าอก แต่เป็นอาการของ Gas pain หรือท้องอืดเพราะอึดเกินไป ผู้ป่วยจึงอาจแสดงตัวออกมาในรูปแบบไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ไม่ยอมจำกัดกิจกรรม (Activities) หรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยก็อาจจะไปทำงานทันทีโดยไม่ยอมพักตามคำแนะนำ เป็นต้น

1.2 Denial of The Feeling Associated with The Heart Attack คือ แสดงความไม่กลัว หรือออกความรู้สึกธรรมดาต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะแสดงความไม่พอใจเมื่อพูดถึงอาการ เจ็บป่วยนั้น ๆ อาจแสดงออกว่ารู้สึกสบายในโรงพยาบาล เช่น แสดงอาการสับสน ไร้เรี่ยว การแสดงออกเช่นนี้ตรงข้ามกับความจริง การไม่ยอมรับความจริงของผู้ป่วยทำให้การฟื้นฟูสภาพยากขึ้น

2. โกรธ (Anger) ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธว่าทำไมโรคนี้อาจมาเกิดขึ้นกับตน ทำไมไม่เกิดกับคนอื่น บางครั้งอาจโกรธครอบครัว แพทย์ พยาบาล หรือแม้แต่แผนการรักษาพยาบาลต่าง ๆ อาจปฏิเสธหรือรังรอที่จะรับประทานยา ไม่ยอมพักอยู่บนเตียง

3. วิกกังวล (Anxiety) การเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล บางคนพยายามเก็บกักความรู้สึกวิตกกังวลนั้น บางครั้งยอมรับการเจ็บป่วยด้วยความกลัว หรือความวิตกกังวลกระวนกระวาย (Nervousness) บางคนแสดงออกในรูปแบบของฉุนไร้ยางอาย พูดยาก อยากรู้อยากเห็นทุกอย่างเกี่ยวกับตัวเอง หรืออาจจะบ่นความรู้สึกต่าง ๆ ให้กับบุคคลอื่น

3.1 Intellectual Curiosity แสดงออกมาในรูปแบบของความอยากรู้อยากเห็น โดยสนใจซักถามเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ตลอดเวลาหรือบ่อย ๆ อาจจะถามเกี่ยวกับการรักษา การตรวจ ทำไมต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ ผู้ป่วยอาจถามวนเวียนอยู่บ่อย ๆ หรือซักคำถามซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลา

3.2 Hypochondriasis ผู้ป่วยจะแสดงการเจ็บป่วยในรูปแบบของ

Somatic Complaints เช่น อาจบ่นเจ็บหน้าอกอยู่ตลอดเวลา พยายามจึงต้องเข้าใจ และแยกให้ได้ว่า การเจ็บนั้น เป็นการเจ็บหน้าอกของ Angina Pectoris หรือ เป็นความรู้สึกเจ็บที่เนื่องมาจากจิตใจ

3.3 Projection of Felling แสดงออกในรูปของการโกรธคนอื่น วิตกกังวลว่าจะกลับไปทำงานไม่ได้ กังวลว่าใคร ๆ พูดว่า เป็นโรคร้ายแล้วทำอะไรไม่ได้ คงอยู่เฉย ๆ เป็นต้น

4. การถอยหลัง (Regression) คือ ความคิดหรือการแสดงออกถอยหลังไปสู่วัยเด็ก แสดงออกมาในรูปไม่ยอมช่วยตัวเอง แม้จะได้รับการอนุญาตให้ช่วยตัวเอง หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แล้วก็ตาม เช่น ไม่ยอมรับประทานอาหารเองต้องให้ผู้อื่น ไม่ยอมลงจากเตียง เป็นต้น

5. ความรู้สึกกลัวตาย (Fear of Dying and Invalidism) กลัวตาย หรือรู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า ไร้ความหมาย ในสายตาของผู้อื่น ผู้ป่วยต้องการให้ไม่มีใครเอาใจใส่สนใจตนอยู่ตลอดเวลา ความกลัวนี้จะมีมากขึ้นโดยครอบครัวหรือญาติที่ไม่เข้าใจการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลไร้ความสามารถจริง ๆ ในภายหลังได้ แต่ถ้าได้รับการพยาบาลที่ดีในระยะแรก ความกลัวนี้จะลดน้อยลง แต่บางครั้งผู้ป่วยอาจจะยังคงมีความกลัวอยู่บ้างในสิ่งเหล่านี้

5.1 Fear of Activity คือ ไม่กล้าทำอะไรเลย ทั้ง ๆ ที่ได้รับอนุญาตหรือคำแนะนำว่าให้ Activity ต่าง ๆ ได้แล้ว

5.2 Fear of Recurrence of Heart Attacks and Sudden Death กลัวว่าจะกลับเป็นรุนแรงขึ้นอีก และถึงแก่ความตายได้

5.3 Fear of Fragil Heart ผู้ป่วยคิดว่าหัวใจตนเองเปราะอาจแตกหรือทะลุได้

6. ความรู้สึกซึมเศร้า (Depression) ความรู้สึกนี้มักจะเกิดกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายแทบทุกราย ระยะแรกอาจจะเสียใจที่สุขภาพไม่ดีแล้วแสดงออกมาในรูป

เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ชิม ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง หน้าตาเศร้าหมองทุกซ์ พุ่กษาหรือ ไม่พูด และอาจจะร้องไห้ได้

รูปแบบความเชื่อกันสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ป่วย

Kasl and Cobb (1966 : 246 - 247) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทาง
กันสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล โดยแบ่งเป็น

1. พฤติกรรมกันสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม
ใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรค หรือเพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของโรค ใน
ระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ
กิจกรรมใด ๆ ของบุคคล เมื่อรู้สึกว่ามีอาการ โดยมีการปรึกษา ญาติ พี่น้อง เพื่อน และ
เจ้าหน้าที่ทางกันสุขภาพ เพื่อรับคำแนะนำ และการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ
กิจกรรมใด ๆ ของบุคคล เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น คือ การยอมรับการรักษาจากแพทย์ และ
การยอมรับการพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น ในการปฏิบัติตนประจำวัน รวมทั้งการได้รับการยกเว้น
จากเจ้าหน้าที่ตามปกติชั่วคราว ทั้งนี้ก็เพื่อให้ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น

จากพฤติกรรมดังกล่าวนี้ บุคคลมีโอกาที่จะเปลี่ยนจากการมีสุขภาพที่สมบูรณ์
(Health Behavior) ไปสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) และ
พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ได้ ซึ่งในแต่ละระยะจะมีองค์ประกอบ
ทางกันสังคม และสภาพจิตใจของผู้ป่วย เป็นสิ่งกักตั้นให้มีพฤติกรรมต่าง ๆ

Fabreca (1973 : 473) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบทางกันสังคมที่จะมีความ
สัมพันธ์กับการแสดงออกของพฤติกรรม ได้แก่ ทัศนคติ ความเชื่อ และความคิดเห็นต่าง ๆ
โดยเฉพาะความเชื่อกันสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลถึงภาวะเสี่ยงต่อโรค และ
ความรุนแรงของโรค และมีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมทางกันสุขภาพอนามัย

ในปี ค.ศ. 1977 Becker (1978 : 35 – 39) ได้ปรับปรุง รูปแบบความ
เชื่อกันสุขภาพ โดยให้นำแรงจูงใจ และตัวแปรด้านสังคมเข้าไปเกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อ
อธิบายถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย ทั้งแสดงในแผนภูมิที่ 2



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความพร้อมที่จะปฏิบัติ
 ความพฤติกรรมความหมายของผู้ป่วย
 (Readiness to Undertake
 Recommended Sick Role Behavior)

ปัจจัยร่วม
 (Modifying Factors)

พฤติกรรมความ
 หมายของผู้ป่วย
 (Sick Role Behavior)

แรงจูงใจ
 การกระทำถึงสุภาพทั่ว ๆ ไป
 ความตั้งใจที่จะค้นหา และยอมรับการรักษาของแพทย์
 แนวโน้มในการให้ความร่วมมือตามการรักษา
 การปฏิบัติตามคำแนะนำในทางบวก

ค่าเบี่ยงของการลดความคุกคามของความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับ
 การลดการเจ็บป่วย
 อันตรายจากโรคและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
 (รวมถึงความเชื่อในการวินิจฉัยโรคของแพทย์)
 โอกาสที่บุคคลจะเป็นโรคร้ายไม่เกี่ยวกับโรคใดโรคหนึ่ง
 ระดับของอันตรายที่จะเกิดต่อร่างกาย *
 ระดับของการชักชวนในการแสดงบทบาทในสังคม *
 การเกิดอาการแทรกซ้อนของโรค

ความน่าจะเป็นที่ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำการรักษาระลอก
 การลดความรุนแรงโรคได้ขึ้นอยู่กับ
 การลดการเจ็บป่วย
 ข้อเสนอเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ที่จะทำให้หมดปลอกภัย
 ข้อเสนอเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ
 (ได้กับความไว้วางใจจากผู้ให้บริการรักษาและมี
 โอกาสที่จะหายจากโรค)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (เด็กผู้ใหญ่อาวุโส)
 โครงสร้าง (ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลา
 ความจำเป็นที่จะต้องมีรูปแบบของพฤติกรรมใหม่)
 ทัศนคติ (ความตั้งใจที่จะยอมรับ พยายาม และ
 เจ้าหน้าที่ยื่น และอุปสรรคที่ใช้ในการตรวจ
 รักษา)
 ปฏิสัมพันธ์ (ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่
 สุขภาพ ความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย ทัศนคติของ
 ความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วย
 อิทธิพลอื่น ๆ (เช่น พฤติกรรมอาจเกิดจาก
 ประสบการณ์เดิม และการโครับคำแนะนำจาก
 แหล่งต่าง ๆ

การปฏิบัติตามการรักษาค้น
 การรับปรึกษา
 การรับประทานอาหาร
 การออกกำลังกาย
 การมาตรวจตามนัดเพื่อ
 การรักษาย่าง
 ต่อเนื่อง
 อื่น ๆ

* ระดับที่เกิดผลกระทบแต่ไม่ถึงกับชักชวนอย่างรุนแรง

แบบฉบับที่ 2 แสดงถึงแบบแผนความเชื่อค่าสุภาพที่อธิบายถึงพฤติกรรมความหมายของผู้ป่วย

องค์ประกอบที่สำคัญของ รูปแบบ ความเชื่อค่านิยมสุขภาพ มีดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) แนวคิดในค่านิยมนี้คือหมายถึง

1.1 แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคเพียงใด ยอมรับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรคในขณะนั้น และถ้าผู้ป่วยไม่มีความเชื่อมั่นในแพทย์ และวิธีการวินิจฉัยโรค รวมทั้งมีความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ก็จะมีพฤติกรรมการวินิจฉัยโรคของแพทย์ และไม่รับรู้ถึงโอกาสที่จะเสี่ยงต่อโรค ก็จะมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง

1.2 การรับรู้ต่อภาวะเสี่ยงต่อโรคและภาวะแทรกซ้อนจะเกิดขึ้นได้อีก ถ้าบุคคลนั้นยังมีพยาธิสภาพของโรคอยู่

1.3 ความรู้สึกที่ไม่มั่นคงของบุคคลจากสภาพร่างกายที่อ่อนแอจากโรค หรือจากความเจ็บป่วยโดยทั่วไป จะเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของโรค และจะมีผลต่อการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคของผู้ป่วยด้วย

Kasl and Cobb (1966 : 250 - 251) ได้ศึกษา พบว่า แต่ละบุคคลจะมีการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นของตนเอง และความเชื่อเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วย ก็จะมีพฤติกรรมแสดงออกโดยการมาพบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพ และเชื่อว่า การรักษาแผนปัจจุบันจะมีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรค

ได้มีผู้ศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรค กับพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้หลายท่านดังนี้

Becker (1974 : 411) ได้ศึกษานารคาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคไข้วมาติก (Rheumatic Fever) และรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเยื่อหุ้มกลางอักเสบ (Otitis Media) ใ้่ง่าย ก็จะมีพฤติกรรมในการให้บุตรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพามาตรวจตามนัดทุกครั้ง และ Becker (1974 : 410) ยังได้อ้างถึง การศึกษาของ Heinzelmann ที่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรม การรับประทาน

ยาเพิ่มนิฮิติน เพื่อป้องกันอันตรายของโรคในกลุ่มนักเรียนวิทยาลัยที่มีประวัติเป็นไข้ภูมาติคพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนและอันตรายอื่น ๆ จะมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

Halla (1982 : 140) ได้รายงานว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมในเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่เป็นประจำ

จากการศึกษาที่ไคกล่าวมาทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคกับพฤติกรรมรวมการปฏิบัติตามของผู้ป่วย และมีรายงานการศึกษาบางประการ พบว่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น อาจเป็นไปได้ในทางลบได้ คือ การศึกษาของ Gordis (Becker , 1974 : 410 - 411) พบว่าการรับรู้ถึงอันตรายของบุตรที่จะมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยไข้ภูมาติค ในกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีร้อยละ 58 และกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีถึงร้อยละ 73

Haiman and Others (1977 : 219) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในมารดาที่มีบุตรอ่อนผิดปกติ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา โดยการลดน้ำหนักลง พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคจะอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งไม่สัมพันธ์กับน้ำหนักของเด็กที่ลดลง

นอกจากนี้ Stillman (1977 : 121 - 127) ได้ศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพของเพศหญิงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ของกลุ่มที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูง แต่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองเลย และประมาณร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูง เกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม ได้ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นบางครั้ง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

จากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพได้แสดงให้เห็นว่า เมื่อแต่ละบุคคลรับรู้ว่

มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น การปฏิบัติตามสภาพความเจ็บป่วยจะยังไม่เกิดขึ้น จนกว่าเขาจะมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยนั้นรุนแรง และทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม จึงจะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติเพื่อการรักษาสุขภาพหรือไม่ (Becker 1978 : 36) จากการศึกษาของ Heinzelman (Becker 1974 : 411) พบว่าในทัศนะของผู้ป่วยไข้รูมาติก (Rheumatic Fever) ความรุนแรงของโรคขึ้นกับความเชื่อของผู้ป่วยเอง เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ ที่มีการรักษาด้วยยาเพนิซิลินเหมือนกัน

Becker and Francis (Becker 1974 : 411) ได้รายงานคล้ายคลึงกันถึงการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคกับการให้ความร่วมมือในการรักษา พบว่า บิดามารดาที่เฝ้าระวังการเกิดโรคถึงความรุนแรงของโรคที่อาจจะเกิดขึ้นกับบุตรของตน จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดาที่จะนำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการป้องกัน ในระยะที่พบว่ามิโรคระบาดเกิดขึ้นในโรงเรียน

Charney and Others (1967 : 188 - 195) ได้สรุปรายงานการศึกษาว่า การรับรู้ของมารดา ถึงความรุนแรงของโรค จะสัมพันธ์กับการปฏิบัติต่อบุตรในการให้บุตรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่บุตรเริ่มเป็นโรค จากการศึกษาของ Becker and Others (1972 : 843 - 853) และ Francis and Others (Becker 1978 : 36) ได้รายงานผลการศึกษาไว้คล้ายคลึงกันว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการให้ความร่วมมือ ทั้งในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด

Tash and Others (Becker and Others 1977: 34) ได้ศึกษาพบว่า บุคคลที่เชื่อว่า โรคพันธุ มีอันตรายรุนแรง และทำให้เกิดความเจ็บปวดได้ ก็จะมีการปฏิบัติ โดยการไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น

จากการศึกษาทั้งหมดนี้ จะเห็นถึงความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคกับการปฏิบัติในการให้ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคนั้น ผู้ป่วยอาจ

จะรับรู้ได้จาก ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และจากข้อกำหนดต่าง ๆ ของแพทย์ พฤติกรรมการไม่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค จะมีเกิดขึ้นได้ในระยะแรกของการรักษา เนื่องจากมีความกลัวและความวิตกกังวลสูง

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา (Perceived Benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์จะแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ การหายจากโรค หรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ จากรายงานของ Elling and Heinzelman (Becker 1978 : 37) ได้ผลการศึกษาค้นคว้าถึงกันว่า ความเชื่อในประสิทธิภาพของยาเพนิซิลิน ที่จะช่วยป้องกันการเกิดไขรูมาติก (Rheumatic Fever) ชักได้อีก จะมี การปฏิบัติโดยการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ความเชื่อว่าการรักษาที่เขาได้รับอยู่มี ประโยชน์และ เชื่อในความสามารถของแพทย์ที่รักษาโรค ก็จะมารับการตรวจทางคลินิกอย่างสม่ำเสมอ

Hoefner and Kirscht (1970 : 478 - 483) ได้ศึกษาความเชื่อ คำนึงสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคมะเร็ง และ โรคผิวหนังโรคปอด พบว่า ทั้ง 3 โรค มีคะแนน การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ซึ่งจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน โดยการมาพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย และการ X - ray เป็นประจำ รวมทั้งมีการรับประทานยาเม็ดวิตามินเป็นประจำด้วย

Hallal (1982 : 137 - 142) ได้ศึกษาดังความเชื่อ คำนึงสุขภาพที่สำคัญ 2 คำน คือ การรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมเพื่อค้นหา มะเร็งเต้านมในระยะแรก พบว่า คะแนนความเชื่อ คำนึงสุขภาพทั้งสอง คำน ในกลุ่มที่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ จะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจเต้านมเพื่อป้องกันโรค มะเร็งเต้านม

ในบางกรณีผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำนั้น ๆ แต่ก็ไม่สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์ เนื่องจากมีปัญหาหลายประการ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น

ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ ความยุ่งยากซับซ้อนในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา และฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา (Becker 1974 : 410 ; Riley 1966 : 34 - 37 ; Hershey and Others 1980 : 1087)

จากการศึกษาของ Rosenstock (1970 : 331) และ Zola (Kasl 1974 : 440) โดผลการศึกษาออกมาตรงกัน คือ การรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มแรก พบว่า บุคคลมีความรับรู้ความนี้สูง ซึ่งตรงข้ามกับการปฏิบัติที่มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจมีน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก ความกลัวที่จะพบว่าตนเป็นโรคมะเร็ง มีอยู่ในระดับสูง รวมทั้งอาการของโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น ยังไม่ปรากฏอาการแน่ชัด บุคคลจึงจะเลยมที่จะไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพในทันที

จะเห็นได้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการรักษา สามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการรักษาของแพทย์ได้ พยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้การพยาบาล การสอน แนะนำผู้ป่วย จึงควรมีความเข้าใจถึงองค์ประกอบที่สำคัญเหล่านี้ โดยเฉพาะในการสอน แนะนำ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกี่ยวกับการปฏิบัติตน จะต้องมีความเข้าใจ ให้กำลังใจ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเมื่อไม่สามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำต่าง ๆ ได้ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่นั้นได้

4. แรงจูงใจ (Motivation)

การศึกษาแรงจูงใจในแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพ หมายถึง สภาพของอารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อมีสิ่งมากระตุ้น และสิ่งที่มากระตุ้นคือ เรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แรงจูงใจค่านิยมสุขภาพ จะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนตามการรักษา การศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจจะเป็นในรูปของ การตั้งใจที่จะหายจากโรค โดยให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งรวมทั้งการมาพบแพทย์เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และความ

วิตกกังวลถึงสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป จะเป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

Davis (Becker 1978 : 37) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่คลินิกผู้ป่วยนอก พบว่า ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวว่า เขาไม่เคยมีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วน Alpert (Becker 1978 : 37) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่เคยพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และได้รับการแนะนำให้มาตรวจที่คลินิกผู้ป่วยนอก - พบว่า ผู้ป่วยไม่มีความตั้งใจที่จะกลับมาตรวจตามนัดที่คลินิกผู้ป่วยนอก

Becker (1978 : 37) ได้ศึกษาพบว่า กลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการรักษาจะมาพบแพทย์ เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และมีความวิตกกังวลถึงสุขภาพโดยทั่วไปของตน ก็จะมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

Haefner and Kirscht (1970 : 483) กล่าวว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยด้านความรู้ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากโรคนั้น รับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือป้องกันจะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป เป็นผลใหม่มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วย ถึงความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตนในต่าง ๆ ของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยด้วย ดังนี้

1. สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ทางสถานสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นประจำ จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กับแพทย์ และพยาบาล ซึ่งอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ จากการศึกษานี้ของ Davis (1968 : 274 - 288) พบว่า รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ผิดไปจากปกติระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จะมีผลให้ผู้ป่วยขาดความร่วมมือในการรักษา เช่น ความ

ถึงเคยเรียกในการสนทนาชักถามผู้ป่วย ความไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย การใช้คำสั่งหรือการบังคับผู้ป่วย และการไม่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา

Francis and Others (1969 : 535 - 540) ได้รายงานว่า มารคาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรเป็นอย่างดี เนื่องจาก มีความพึงพอใจในการพบแพทย์ รู้สึกในความเป็นกันเองของแพทย์ และรู้สึกว่าแพทย์เข้าใจถึงปัญหาของตน ส่วนมารคาที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรนั้น พบว่า ไม่เข้าใจในคำอธิบายถึงการวินิจฉัยโรค และสาเหตุของความเจ็บป่วย

Gouldner (Becker 1978 : 38) ได้รายงานว่า การไม่ให้ความร่วมมือของมารคา เป็นปฏิกิริยาซึ่งกันและกันของแพทย์ และผู้ป่วย นั่นคือ เป็นความล้มเหลวของแพทย์ที่ติดคอสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งผลที่ได้คือ ความไม่เข้าใจถึงการรักษาของแพทย์ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

ในการสอนและการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถือว่าเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ แต่เนื่องจากโครงสร้างของโรงพยาบาลในสมัยปัจจุบันมุ่งที่จะรักษาโรคมามากกว่ารักษาคน การปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจึงอยู่ที่การหาสาเหตุของโรค และกำจัดโรคให้หมดไป มากกว่าที่จะคำนึงถึงความต้องการด้านจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย ดังนั้น เจ้าหน้าที่รับผิดชอบของแพทย์ในปัจจุบันจึงมุ่งเฉพาะด้านการรักษาเป็นส่วนใหญ่ และในสังคมไทย ถือว่า แพทย์มีสถานภาพสูงกว่า ผู้ป่วยจึงมักเกิดความรู้สึกเกรงใจและไม่กล้าเรียกร้องต้องการสิ่งใด แม้ผู้ป่วยรู้สึกมีปัญหาคัดก็ไม่กล้าถาม จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องให้คำแนะนำ ตอบปัญหาของผู้ป่วย เพื่อให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้อง เปลี่ยนวิถีการปฏิบัติตนไปจากปกติ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล และไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้คอยให้กำลังใจ ส่งเสริม สนับสนุน การปฏิบัติตนของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยต้องคำนึงถึง สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลให้เป็นไปในแนวทางที่ถูกต้อง Skipper (1964 : 101 - 103)

ไคศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ป่วยประการหนึ่ง คือ สัมพันธภาพที่ดีจากพยาบาล เช่น การปฏิบัติที่ช่วยในก้านกำลังใจ ต้องการการยอมรับจากพยาบาล การเป็นเพื่อนคุย การยิ้มแย้มแจ่มใส เป็นต้น

Geertsen Ford and Castle (1976 : 211 - 215) ไคศึกษาความพึงพอใจค่าบริการที่ได้รับในหน่วยโรคหัวใจ จากโรงพยาบาล 11 แห่ง ระหว่างเดือนมกราคม ถึงมิถุนายน 1973 ประชากรที่ไคศึกษา 215 คน อายุเฉลี่ย 50 ปี มีทั้งผู้ป่วยหญิงและชาย วิธีการวิจัย ไคผู้ป่วยแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เรื่องที่ถามจำแนกได้ 6 ประการ คือ ความรวดเร็วในการตอบสนองของบุคลากร การประสานงานของบุคลากรในการรักษา การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความสมบูรณ์ของการติดต่อสื่อสาร ความเป็นมิตร ความสนใจช่วยเหลือและการลดปัญหาทางอารมณ์ ผลการวิจัยสรุปไคว่า ผู้ป่วยร้อยละ 86 พึงพอใจบริการที่ได้รับ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็ก จะพึงพอใจมากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เรื่องที่ผู้ป่วยห่วงใยมาก คือ การประสานงานของบุคลากรในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยร้อยละ 23 ต้องการใคบุคลากรมีความเป็นมิตร และเป็นกันเองมากกว่านี้ การดูแลช่วยเหลือทางอารมณ์ และจิตใจผู้ป่วยร้อยละ 34.9 คิดว่ายังไม่สมบูรณ์ และในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 เห็นว่า มีความลำบากใจในเรื่องนี้มาก เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับอายุ และสถานภาพสมรส คนสูงอายุ และคนโสด ไม่พึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และต้องการการใคกำลังใจมาก ผู้ป่วยเก่าจะพึงพอใจบริการที่ได้รับมากกว่าผู้ป่วยใหม่

2. ตัวแปรคานประชากร (Demographic Variables)

ความเชื่อคานสุขภาพของผู้ป่วยที่แสดงไคให้เห็นถึงความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามการรักษา อาจมีตัวแปรเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษาของผู้ป่วย เช้ามาเกี่ยวข้องกับควย ในเด็กจะพบว่าไม่ไคความร่วมมือในการรับประทานยาที่มีรสไม่คิ และในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า จะมีปัญหาเกี่ยวกับการลืมรับประทานยาหรือความไม่สนใจตนเอง ทำให้ไม่ไคความร่วมมือในการรักษา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Becker and Others (1977 : 348 - 366) ได้ทำการวิจัยเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพกับน้ำหนักที่ลดลง ในเด็กที่มีน้ำหนักตัวเกินระดับปกติ โดยศึกษาถึงความร่วมมือเกี่ยวกับการควบคุมอาหารของมารดาที่จัดหาให้บุตรรับประทาน ตัวอย่างประชากรที่ใช้ เป็นมารดาที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่า อยู่ในภาวะอ้วนผิดปกติ จำนวน 182 คน อายุของมารดาอยู่ระหว่าง 17 - 62 ปี อายุของบุตรอยู่ระหว่าง 19 เดือน - 17 ปี ระยะเวลาที่ศึกษา 2 ปี คือ ตั้งแต่มิถุนายน 1973 - มิถุนายน 1975 แบบสอบถามที่ใช้เป็นแบบแผนความเชื่อค่านิยมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดต่าง ๆ ในการเลือกอาหารให้บุตรรับประทาน ซึ่งแบ่งเป็น แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงผลเสีย วิธีการดำเนินการวิจัย โดยการสัมภาษณ์มารดาที่พามบุตรมาตรวจที่คลินิกโรคเด็ก และได้รับการวินิจฉัยว่าอ้วนผิดปกติ จำเป็นต้องลดน้ำหนักลง และนัดมาตรวจเป็นระยะห่างประมาณ 2 - 6 สัปดาห์ ซึ่งทุกครั้งจะชั่งน้ำหนักเด็กไว้ ผู้วิจัยได้ติดตามอยู่ประมาณ 4 ครั้ง นำผลการสัมภาษณ์มารดาและน้ำหนักเด็กทั้ง 4 ครั้ง มาวิเคราะห์พบว่า

ค่านิยมแรงจูงใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ที่เกี่ยวข้องกับการตระหนักถึงสุขภาพทั่วไปของบุตร การปฏิบัติเป็นพิเศษของบุตร ฯลฯ จะมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของเด็กที่ลดลง เมื่อมารดาได้รับการตรวจสุขภาพในแต่ละครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ค่านิยมการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อโรค พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักเด็กที่ลดลงในแต่ละครั้งที่มาตรวจสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจาก คำถามส่วนใหญ่มุ่งไปในด้านอนาคต เช่น เมื่อเด็กโตขึ้นจะสามารถดูแลค่านิยมสุขภาพของตนให้น้ำหนักในเกณฑ์ปกติได้ก็เพียงใด ทำให้มารดาไม่สามารถตอบคำถามเหล่านี้ในด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลที่มารดาเมื่อมีความเจ็บป่วยของบุตรจากภาวะอ้วน และอันตรายของภาวะอ้วน พบว่า มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักของเด็กที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะให้เด็กมีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักเด็กที่ลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้พบว่า มารดาที่มีอายุมากจะให้ความร่วมมือในการรักษา และจะสัมพันธ์กับน้ำหนักของเด็กที่ลดลงด้วย ส่วนอายุของเด็กพบว่า เด็กโตจะให้ความร่วมมือได้ไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากเด็กมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาหารมากจน และการควบคุมอาหารไม่สามารถทำได้ตลอดเวลา และสถานภาพการสมรสของมารดา พบว่า มารดาที่หย่า แยกทาง และต้องอยู่คนเดียว จะให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเด็กได้ไม่ดีเท่ามารดาที่มีสามีอยู่ด้วย

Cerkoney and Hart (1980 : 594 - 598) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความเชื่อค่านิยมสุขภาพ และการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยได้ศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน 30 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลิน โดยการสัมภาษณ์ เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 6 - 12 เดือน ภายหลังจากได้รับการสอนถึงเรื่องโรคและการปฏิบัติตนในชั้นเรียนแล้ว การศึกษาเรื่องนี้ได้วัดเกี่ยวกับ การใช้อินซูลิน การตรวจน้ำตาลในเลือด อาหาร การปฏิบัติตนเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลรักษาเท้า เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบวัดความเชื่อค่านิยมสุขภาพ 5 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา สิ่งที่ยังขาดในการปฏิบัติตนและสิ่งที่ยังทำไม่มีการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้ไปสังเกตและสัมภาษณ์ผู้ป่วยภายหลังระยะเวลาดังกล่าวที่บ้าน พบว่า

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อค่านิยมสุขภาพและความร่วมมือ พบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงโรคของตนเองมีความรุนแรง จะให้ความร่วมมือดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีการรับรู้ในค่านิยม ผู้ป่วยส่วนมากมีความเชื่อว่า การรักษาที่ได้รับอยู่สามารถควบคุมอาการเบาหวานได้ มีส่วนน้อยที่เชื่อว่า การควบคุมอาหารเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมอาหารและความร่วมมือในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วยที่มีความเชื่อว่า โรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงจะให้ความร่วมมือในการรักษาเท้าดีกว่ากลุ่มที่ไม่เชื่อว่า โรคนี้มีความรุนแรง ส่วนกลุ่มที่รับรู้ถึงตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนสูง มักจะนำน้ำตาลกลูโคสและบัตรประจำตัวโรคเบาหวานติดตัวไปอยู่เสมอ เมื่อออกจากบ้าน

จากผลการวิจัยที่กล่าวมานี้ ทำให้เห็นได้ว่า รูปแบบความเชื่อค่านิยมสุขภาพ สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยในลักษณะต่าง ๆ กัน และสามารถแสดงให้เห็นว่า การให้ความร่วมมือและการปฏิบัติตนของผู้ป่วย จะขึ้นอยู่กับความเชื่อค่านิยมสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่ คอย ทั้งนี้ ถ้าผู้ป่วยมีความเชื่อและการรับรู้ค่านิยมต่าง ๆ อย่างถูกต้องแล้ว ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยสามารถจะปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องกับโรคที่ตนเป็นอยู่

บทบาทของพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พยาบาลอาจ เป็นคนแรกที่พบผู้ป่วยหมดสติหรือหมดสติ จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถให้ความช่วยเหลือ เพื่อบรรเทาอาการเหล่านั้นได้ ถ้าพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค และอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะที่เกิดเนื่องจาก การที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับ เลือดไปเลี้ยงไม่พอเพียงที่จะมีชีวิตอยู่ได้ ทำให้เมตะบอลิซึมของเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจตายไป โดยทั่วไปมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึ่งมีโรคหลอดเลือดแข็ง ทำให้มีการตีบอย่างรุนแรงที่หลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Atherosclerosis) (ยศวิทย์ สุขุมาลจันทร์, ในสมชาติ โลจาปะ และคณะ, บรรณาธิการ 2524 : 302)

อาการแสดง มีดังนี้

1. เจ็บหน้าอกมากรุนแรงเกิดขึ้นทันทีทันใด ใต้กระดูกสันหลัง ราวไปที่หัวไหล่ และแขน โดยเฉพาะด้านซ้าย ต่างกับ Angina Pectoris ตรงที่ความเจ็บปวดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะไม่บรรเทาลง โดยการให้ยาขยายหลอดเลือด Nitroglycerine หรือโดยการพัก และกว่าจะหายปวดต้องใช้เวลาหลายชั่วโมง
2. ในผู้ป่วยบางราย ความเจ็บปวดมักจะร่วมกับอาการช็อค ชีต เหงื่อออกเป็นลม ความดันโลหิตต่ำมากอย่างรวดเร็ว ชีพจรอ่อน เชื่อว่า ช็อคเกิดเนื่องจากการลดปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) อย่างรวดเร็ว ซึ่งทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Circulation) ผู้ป่วยอาจจะไม่รู้สึกรู้สึกระยะเริ่มต้นที่เกิด และเมื่อผู้ป่วยฟื้นจึงรู้สึกเจ็บหน้าอก

3. ผู้ป่วยบางรายรู้สึก คลื่นไส้ และอาเจียน มากกว่าเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วย
เข้าใจว่าตนเองอาหารไม่ย่อย

4. ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลัว กระจกกระสายเกิดขึ้นเสมอ นอกจากผู้ป่วยช็อค
อย่างมากจนไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อการกระตุ้นทางอารมณ์ได้ (Emotional Stimuli)
ผู้ป่วยส่วนมาก มักจะทราบถึงความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกเป็นอย่างดี และจะมีความ
วิตกกังวลและกลัว เมื่อมีอาการ เกิดขึ้น

5. อาจจะมีอาการของหัวใจด้านซ้ายล้มเหลว (Left Side Heart
Failure) คือ หายใจลำบาก (dyspnea) เขียว (cyanosis) และไอ (Cough)
ถ้าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายไม่ดี และมีภารกิจของน้ำและเลือดที่ปอด (Pulmonary
Congestion)

Killip ได้จำแนกผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรง
ของอาการดังนี้ (ยศวิทย์ สุขุมาลจันทร์, ในสมชาติ โลจายะ และคณะ, บรรณาธิการ
2524 : 315)

ระดับที่ I ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจวาย
หรือช็อคร่วมด้วยเลย จะมีอัตราการตายราว ๆ ร้อยละ 5 - 7

ระดับที่ II ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายขนาดไม่รุนแรง หรือรุนแรงปานกลาง
อัตราการตายประมาณ ร้อยละ 10 - 15

ระดับที่ III ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายรุนแรง เช่น มีปอดคั่งน้ำ
(Pulmonary Edema) รวม จะมีอัตราการตายร้อยละ 20 - 50

ระดับที่ IV ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อค จะมีอัตราการตายราว ๆ ร้อยละ 60 - 80

การปฏิบัติตนของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ยังอยู่ในความรับผิดชอบ
ของพยาบาล แต่เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน จะขึ้นกับตนเองเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการปฏิบัติตนจะ
ถูกต้องหรือไม่นั้น พยาบาลจะสามารถทราบได้จากกรณีที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในแต่ละครั้ง



โดยการสังเกต จากอาการของผู้ป่วยว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นหรือไม่ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มีดังนี้

1. การเต้นผิดจังหวะของหัวใจ (Arrhythmia) จะเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 75 - 95 และโดยทั่วไป การเต้นผิดจังหวะทุกชนิดจะเกิดขึ้นได้ การเต้นผิดจังหวะอาจแบ่งเป็นหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ (Tachyarrhythmia) หัวใจเต้นช้าผิดจังหวะ (Bradyarrhythmia) หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเต้นเกิน (Premature Ventricular Contraction) อัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติร่วมด้วย จะสูงกว่าพวกที่ไม่มีภาวะการเต้นของหัวใจผิดปกติ ผลเสียของการเต้นของหัวใจผิดปกติ นอกจากจะทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Sudden Death) ยังอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายหรือช็อคได้

2. ภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic Shock) พบได้ ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษา และมักจะเป็นก่อนภาวะหัวใจวาย เกิดจากการที่มีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง และมีการลดปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจ การค้นพบภาวะช็อคและให้การช่วยเหลือเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ขณะที่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายจะมีสภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง (Poor Tissue Perfusion) เกิดขึ้น จะทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ถ้าวินิจฉัยช้าเกินไป จะยิ่งทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

3. ภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure) พบได้มาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายหรือขาดเลือดมาเลี้ยงจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว มีผลต่อปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac Output) ลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจก็จะต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้เกิดอันตรายต่อกลิ้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น เช่นเดียวกัน ภาวะหัวใจวาย อาจเกิดขึ้นชั่วคราว ซึ่งมักจะตอบสนองต่อการรักษาภาวะหัวใจวาย แต่ถ้ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก ๆ อาจไม่ตอบสนองต่อการรักษา ถ้าเป็นอยู่นาน ๆ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีและตายได้

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 ราย ที่รับไว้ใน
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2514 เป็นชาย 26 ราย หญิง 14 ราย คิดเป็น
อัตราส่วน 2 : 1 พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือ ภาวะหัวใจวาย
จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 อันคัมรองลงมา คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ จำนวน
10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และภาวะช็อคเนื่องจากหัวใจจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ
12.50 ผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.50 (เศวค นนทกานันท์
และคณะ 2517 : 109 - 112)

4. การแตกหรือทะลุของหัวใจ (Rupture of Heart)

มักไม่ค่อยพบบ่อยนัก จะเกิดขึ้นในสัปดาห์แรก หรือ 10 วัน หลังจากที่มีกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย ที่พบได้คือ

- การทะลุที่ผนังของหัวใจ (Rupture of Free Wall)
- การทะลุของผนังกันระหว่างหัวใจก้านกลาง (Rupture of Septal Wall)
- กล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจฉีกขาด (Rupture of Papillary Muscle)

5. การเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism)

ซึ่งอาจเกิดที่บริเวณผนังกล้ามเนื้อในของหัวใจส่วนที่ตาย

แล้วหลุดลอยไปในกระแสเลือดแดงไปอุดตันหลอดเลือดเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น
สมอง ไต ลำไส้ แขน ขา เป็นต้น หรือเกิดก้อนเลือด (Thrombus) ของหลอดเลือด
ดำ หรือหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งมักเป็นที่หลอดเลือดดำที่ขา หรือภายในช่องเชิงกราน แล้ว
หลุดลอยไปตามกระแสเลือดดำ ซึ่งมักจะไปยังปอด

ในปัจจุบัน ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนว่า การแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ
เกิดขึ้นได้อย่างไร แต่สิ่งที่พบบ่อยในผู้ที่เป็โรคนี เรียกว่า ปัจจัยอันตราย (Risk Factors)
ซึ่งจะสามารถนำมาใช้ในการป้องกันโรค และยังใช้ในการพยากรณ์การดำเนินของโรค
แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (อิสรา สุขุมาลจันทร์, ในสมชาติ โลจายะ และคณะ, บรรณาธิการ

1. ปัจจัยอันตรายที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1.1 อายุ จะพบไ้มากและมีความรุนแรงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป พรหมิเสถียรโรค และคณะ (2520 : 97) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระ และจำเป็นต้องได้รับการสวนหัวใจ พร้อมทั้งฉีดสีเข้าเส้นเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram) พบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี และ 50-59 ปี มารับการรักษาและพบความผิดปกติมากกว่ากลุ่มอื่น ส่วนอายุ 60 - 69 ปี พบไ้รองลงไป และอายุน้อยที่สุดที่มารับการรักษา และพบความผิดปกติ คืออายุ 33 ปี

1.2 เพศ พบว่าเป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอายุ ภัย นั้นคือ ระหว่างอายุ 30 - 49 ปี ชายจะมีโอกาสเกิดโรคนี้นี้ไ้มากกว่าหญิงถึง 17 เท่า และเมื่ออายุ 50 - 59 ปี อัตราส่วนของการเกิดโรคนี้นี้จะแคบเข้าเป็น 3 : 1 ส่วนเมื่ออายุเลย 60 ปีไปแล้ว โอกาสที่จะเป็นโรคนี้นี้ และเสียชีวิตทั้งชายและหญิงจะใกล้เคียงกัน (Secor 1971 : 19) สาเหตุที่เกิความแตกต่างขึ้นนี้ อาจจะเป็นเนื่องจากฮอร์โมนเพศ ซึ่งบางส่วนอาจจะออกฤทธิ์โดยการควบคุม Lipid Metabolism และระดับไขมันในเลือด ได้มีการศึกษาในสวีเดนพบว่า ร้อยละ 76 ของหญิงที่มีอายุ 50 - 54 ปี และเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะหมดประจำเดือน (Menopause) ก่อนอายุ 50 ปี และร้อยละ 20 ของหญิง 105 คน ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนอายุ 45 ปี จะอยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Postmenopause) (Oliver 1977 : 1414)

1.3 กรรมพันธุ์ เชื่อกันว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถถ่ายทอดได้ทางกรรมพันธุ์ หรือในบุคคลที่มีประวัติทางครอบครัว ว่ามีผู้เป็นโรคนี้นี้ (Hollan 1977 : 82) จากการศึกษาอุบัติการณ์ของครอบครัวชายในประเทศฟินแลนด์ค้นพบว่า จำนวน 211 คน ซึ่งมีลักษณะทางครอบครัวคล้ายคลึงกัน พบว่า บิดาของชายเหล่านี้จะถึงแก่กรรมด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่ออายุ 70 ปี มากกว่าชายในถิ่นอื่นถึง 6 เท่า ส่วนมารดาอัตราตายเมื่ออายุ 65 ปี จะไม่แตกต่างกับสตรีในถิ่นอื่นมากนัก ส่วนในรายที่มีพี่หรือน้องเป็นชาย อัตราตายด้วยโรคนี้นี้ภายในครอบครัวจะสูงถึงร้อยละ 70 ถ้าเป็นหญิงอัตราตายประมาณร้อยละ 40 และถ้ายังมารคามีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนตั้งครภ์ อัตราตายด้วยโรค

นี้ก็จะมีเพิ่มสูงขึ้น (British Heart Journal 1979 : 294 - 303) ไขมันผู้พยายามที่จะอธิบายถึงสาเหตุทางกรรมพันธุ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเชื่อว่าจะมีการถ่ายทอดโครโมโซม (Gene) หรืออาจเกิดจากสิ่งแวดล้อม เนื่องจากการมีชนบทชนเมือง ประเพณี และการบริโภคอาหารที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวว่าเป็นโรคนี้ก็มีได้เป็นการเพิ่มอัตราเสี่ยงจนกว่าจะมีภาวะของความดันโลหิตสูง หรือภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดขึ้น (British Medical Journal 1977 : 416)

2. ปัจจัยอันตรายที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ โดยการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง
ได้แก่

2.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง ในปัจจุบันได้เป็นที่ทราบแน่ชัดแล้วว่า ไขมันที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ โคลเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 - 49 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ถ้ามีระดับของโคลเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่า 260 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร (มก. %) แล้วอุบัติการณ์ของโรคนี้จะสูงกว่าผู้ที่มีโคลเลสเตอรอลน้อยกว่า 220 มิลลิกรัม % ประมาณ 3-5 เท่า ในด้านไตรกลีเซอไรด์ การศึกษาในสวีเดนได้แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีสารนี้ในเลือดมากกว่า 150 มิลลิกรัม % จะมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่า 150 มิลลิกรัม % และหากผู้ใดที่มีทั้ง โคลเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด อัตราการเป็นโรคนี้จะสูงกว่าผู้ที่มีสารไขมันดังกล่าวสูงเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง (วิชัย ต้นไพจิตร 2521 : 76) จากการเปรียบเทียบการรับประทานอาหารของประชากรทางแถบประเทศตะวันตกและตะวันออก พบว่าประชากรในประเทศทางตะวันตก นิยมการรับประทานที่ทำให้ระดับไขมันและโคลเลสเตอรอลสูง ส่วนประเทศทางตะวันออก เช่น ประเทศญี่ปุ่น ถึงแม้ว่าจะเป็นประเทศที่เจริญ มีการแข่งขันกันมาก แต่อัตราการเกิดโรคนี้ก็ยังคงต่ำ ซึ่งพอจะอธิบายได้ว่า เกิดจากลักษณะนิสัยการบริโภคอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอาหารทะเลที่มีอยู่มากมาย ข้าว ถั่วต่างๆ และผัก ซึ่งมีไขมันน้อย (Turner 1979 : 602) ทำให้โอกาสที่จะเกิดโรคนี้จึงมีน้อย คณะกรรมการอาหารและการบริโภคอาหารของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไว้ดังนี้ (Trawell 1977 : 1283 - 1284)

1. เพิ่มการรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรต พวกแป้งจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 40 - 45 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด รวมทั้งการเพิ่มการรับประทานพวกผัก และผลไม้ (อาหารที่ให้อาหารสัตว์ หรือแคลอรี ใกล้เคียง คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน 1 กรัมของโปรตีนหรือคาร์โบไฮเดรต ให้อาหารสัตว์ 4 แคลอรี ส่วนไขมันให้อาหารสัตว์ 9 แคลอรี)

2. ลดจำนวนการรับประทานอาหารพวกน้ำตาลจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 15 ของจำนวนแคลอรีทั้งหมด

3. ลดการรับประทานไขมันจากร้อยละ 42 เป็นร้อยละ 30 โดยแบ่งเป็นกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated Fatty Acid) จากร้อยละ 16 เหลือร้อยละ 10 และกรดไขมันไม่อิ่มตัว (Unsaturated Fatty Acid) จากร้อยละ 26 เหลือร้อยละ 20

4. โปรตีน ควรรับประทานร้อยละ 12

2.2 ความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ในผู้ที่มีความดันโลหิต 160/90 มิลลิเมตรปรอท จะมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือน้อยกว่านั้น ซึ่งถ้าความดันยิ่งสูงโอกาสที่จะเกิดโรคก็ยิ่งมากขึ้น และค่าของความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic) ที่สูงจะเป็นปัจจัยอันตรายในกลุ่มที่มีอายุน้อย และค่าความดันซิสโตลิก (Systolic) จะมีความสำคัญในกลุ่มที่มีอายุมาก (Andreoli and Others 1975 : 11) จากการสำรวจประชากรในสหรัฐอเมริกา พบผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 21 ล้านคน ทั้งที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษา และในจำนวนนี้ประมาณ 12,670,000 คน พบมีโรคหัวใจร่วมด้วย และ 8,370,000 คน ไม่มีโรคหัวใจ (Jones 1976 : 283) การที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และส่วนใหญ่มีโรคหัวใจร่วมด้วยเนื่องมาจาก ภาวะความดันโลหิตสูงทำให้ความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vessel Resistance) สูงขึ้น หัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricle) จึงต้องบีบตัวให้แรงขึ้น เพื่อให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจพอเพียงที่จะไปเลี้ยงร่างกาย เมื่อต้องทำงานมากขึ้นตลอดเวลา ก็จะทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายขยายใหญ่

ขึ้น (Left Ventricle Hypertrophy) รวมทั้งหลอดเลือดเล็ก ๆ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงของความดันที่สูงอยู่นาน ๆ โดยปรับตัวเกิดการหนาของผนังชั้นกลางที่เป็นกล้ามเนื้อเรียบ และชั้นใน ในที่สุดเลือดจะไหลได้น้อยลง และความต้านทานการไหลของเลือดจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะบางแห่ง โดยเฉพาะหัวใจที่ต้องทำงานมากขึ้น ย่อมต้องการออกซิเจนเพิ่ม ก็จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลัน (Cohn 1977 : 581 - 583)

2.3 เบาหวาน พบว่าผู้ที่เบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้สูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่เบาหวาน เมื่อไม่สามารถใช้น้ำตาลให้เป็นพลังงานได้ เนื่องจากขาดฮอร์โมนอินซูลินก็จำเป็นต้องใช้ไขมันแทน ซึ่งเมื่อถูกเผาไหม้ก็จะเหลือแอซิเตท (Acetate) และร่างกายจะนำไปสร้างเป็นสารคีโตน (Ketone) กับโคเลสเตอรอล (Cholesterol) (The Lancet 1980 : 345 - 346) ซึ่งโคเลสเตอรอลถ้ามีมากเกินไปจะทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบได้ จากรายงานของ Stamler ในปี 1973 (แพทยสาร 2523 : 15) พบว่า ในช่วงระยะเวลาระหว่างปี 1965 - 1970 อัตราตายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ที่เบาหวานเท่ากับ 42 ต่อ 1,000 ส่วนในผู้ที่ไม่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติเท่ากับ 16 ต่อ 1,000 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักมีความดันโลหิตสูง และระดับโคเลสเตอรอลสูงด้วย และจากการติดตามผลในระยะ 6 ปี พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 2.5 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

2.4 ความอ้วน (Obesity) ความอ้วนไม่ได้เป็นสาเหตุของการตายโดยตรงจากโรคนี้ แต่มักพบว่าคนอ้วนมักจะมีโรคแทรกซ้อน เช่น ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูงได้ง่าย ซึ่งพบว่า อัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ที่อ้วนจะมากกว่าคนปกติถึงร้อยละ 40 (สนอง อนุกุล 2523 : 75) Faber and Lund (Friedberg 1956 : 416) พบว่า ความอ้วนเพียงอย่างเดียวจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดหัวใจถ้าไม่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย นอกจากนี้ คนอ้วนมักมีระดับอินซูลินสูงกว่าคนทั่วไป เมื่อรวมกับการรับประทานที่เกินความต้องการ จึงทำให้มีระดับไขมันโปรตีนชนิดไลโปโปรตีน

ในเลือดสูง รวมทั้งเซลล์ไขมันที่มีการสะสมไขมันเพิ่มขึ้น ก็จะขยายใหญ่ขึ้น ทำให้เซลล์ที่คออินซูลิน คัมบอน์ก่อสร้างอินซูลินมากขึ้น เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้คงปกติ อินซูลินที่เพิ่มขึ้นจะทำให้มีการสะสมไขมันมากขึ้นเรื่อย ๆ นอกจากนี้ อินซูลินยังเป็นตัวชักจูงการทำงานของฮอโมนสลายไขมัน ไขมันที่สะสมไว้จึงไม่ค่อยไ้่นำมาใช้เป็นพลังงาน (วิศาล เยาวพงศ์ศิริ 2523 : 18) จึงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไ้่งาย ถ้าวัดกับการสูบบุหรี่จัด และความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน โอกาสที่จะเกิดโรคนี้นี้ก็มากขึ้น

2.5 การสูบบุหรี่ (Smoking) จากการสำรวจพบว่า อัตราตายร้อยละ 30 - 80 ของผู้ที่สูบบุหรี่จะเสียชีวิตจากโรค มะเร็งในปอด (Lung Cancer) หลอดลมอักเสบ และถุงลมโป่งพอง (Bronchitis and Emphysema) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Vascular Disease) (Carlisle and Others 1977: 52) และผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1 ซอง จะมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 ซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้ชายวัยกลางคนมากกว่าในผู้หญิง เชื่อกันว่า นิโคตินในบุหรี่จะเข้าไปในระบบไหลเวียนของโลหิต กระตุ้นการทำงานของหัวใจ และทำให้เส้นเลือดหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดก็จะออกจากหัวใจไ้่น้อยลง ทำให้หัวใจวายต่าง ๆ โดยเฉพาะหัวใจไ้่รับเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ ก็เกิดโรคนี้นี้ขึ้นไ้่ (Andreoli 1975 : 11 - 12) นอกจากนี้ในควันบุหรี่มีแก๊สคาร์บอนมอนอกไซด์ (Carbon Monoxide) ซึ่งจะไปจับกับฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) ทำให้เปลี่ยนเป็นคาร์บอกซีฮีโมโกลบิน (Carboxyhaemoglobin) ในเลือด และอาจจับไ้่ไ้่ในระดับสูงร้อยละ 2 - 15 ของฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) ทำให้ฮีโมโกลบิน (Haemoglobin) ไม่สามารถขนส่งออกซิเจนไ้่ กล้ามเนื้อต่าง ๆ รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจ ก็จะขาดออกซิเจน ทำให้เกิดโรคนี้นี้ขึ้นไ้่เช่นกัน (Carlisle and Others 1977 : 52) จากผลของการขาดออกซิเจน ทำให้ชั้นเอนโดทีเลียมของเส้นเลือดแดง (Endothelium Arteries) ต้องอยู่ในภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) และ

เมื่อเป็นอยู่นาน ๆ จะทำให้มีเกร็ดเลือด (Platlet) รวมกับก้อนเลือดที่แข็งตัวมาเกาะอยู่ทั่วไป และกระตุ้นให้เซลล์ของกล้ามเนื้อเรียบบริเวณนั้น เจริญงอกเข้าไปในชั้นอินทิมา (Intima) เมื่อนานเข้าบริเวณนั้นก็เกิดเนื้องอก และมีการอุดตันของหลอดเลือดจากการศึกษาในผู้ที่สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มากกว่านั้น ร้อยละ 50 มีของอินทิมา (Intima) จะมี Fibrous Plaques มาก รวมทั้งมีรอยโรค (lesion) ที่บริเวณอื่นด้วย มากกว่าในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (Kannel 1981 : 323 - 324)

2.6 การออกกำลังกาย (Exercise) สถาบันโรคหัวใจและปอดแห่งชาติของอเมริกาได้รายงานไว้ว่า การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและพอเหมาะจะช่วยลดอัตราการตายและความผิดปกติจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (Corday and Corday 1976 : 22) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะอยู่ในสภาวะไม่สมดุลย์ระหว่างออกซิเจนที่มาเลี้ยงกับความต้องการของออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ สาเหตุก็จากเส้นเลือดหัวใจตีบ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถทำให้ออกซิเจนที่มาเลี้ยงมีมากขึ้น และทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง (เสก อักษรานุเคราะห์ 2525 : 45) นอกจากนี้ในขณะที่ออกกำลังกาย ร่างกายต้องการใช้พลังงานโดยเร็วแรกจะใช้ไกลโคเจน (Glycogen) ในกล้ามเนื้อก่อน ในระยะหลังจะใช้พลังงานจากไขมันในเลือด โดยการเปลี่ยนแปลงกลับของไตรกรีเซอไรด์ (Triglyceride) ใน Adyase tissue ให้เป็นกรดไขมัน ซึ่งจะสลายตัว เป็นพลังงานกับคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ ในกล้ามเนื้อ (เสก อักษรานุเคราะห์ 2525 : 3) ทำให้ไม่มีไขมันเหลืออยู่ในเลือดเพียงพอที่จะไปเกาะตามผนังเส้นเลือดหัวใจ ซึ่งจากการเปรียบเทียบพบว่า คนขับรถเมลี่ซึ่งนั่งขับรถอยู่ตลอดเวลามีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าพวกกระเป่ารถเมลี่ พวกเสมียนไปรษณีย์ก็มีโอกาสเป็นมากกว่าบุรุษไปรษณีย์ (ไพฑูลย์ โล่ห์สุนทร 2523 : 16)

2.7 ความตึงเครียดทางจิตใจ สภาพเครียดเป็นภาวะไม่สมดุลย์ของร่างกายที่ถูกเร้า ทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งความปกติแล้วร่างกายจะปรับตัวตามสภาวะแวดล้อม แต่ถ้าวางกายอยู่ในสภาพเครียดมาก ๆ และนาน ๆ ก็อาจทำให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายผิดปกติไปได้ ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็เป็นโรคหนึ่งที่จะ

เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 450 คน ที่มหาวิทยาลัย Nebraska พบว่า ร้อยละ 33 มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง แต่ร้อยละ 93 พบว่าเกิดจาก STP (Stress, Tension, Pressure) (Slay 1976 : 330) ทั้งนี้ เนื่องจากเมื่อมีการรีบเร่งมาก ๆ หรือมีอาการเครียดจะมีการกระตุ้น CRF (Corticotrophin Releasing Factor) มากขึ้น และส่งต่อไปยังพิทูทารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary) ให้หลั่ง ACTH (Adreno Cortico Trophic Hormone) ไปกระตุ้นต่อมแอดรีนัล (Adrenal Glond) ส่วนเมดูลา (Medulla) ให้หลั่งแอดรีนาลีน (Adrenaline) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดที่ไตและนิ่วท่งหดตัว แต่ทำให้หลอดเลือดที่กล้ามเนื้อคลาย และกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว ซึ่งมีผลทำให้หัวใจของบีบตัวให้แรง และดึงขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีจึงเพิ่มขึ้น การที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้นนี้ ทำให้ต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณของออกซิเจน ถ้าไม่ได้รับเพียงพอ ก็จะทำให้เกิดการเจ็บหน้าอก (Cardiac pain) และทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้

จะเห็นได้ว่า การดำเนินชีวิตของคนในเมืองใหญ่ ๆ จะมีวิถีชีวิตที่ต้องรีบเร่ง อยู่เสมอในการปฏิบัติงานก็จะต้องมีการแข่งขัน เกรงเครียดคอยตลอดเวลา ได้มีการศึกษาพบว่า ชาวอเมริกันเป็นผู้ที่มีอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงที่สุดในโลก และในประเทศ ญี่ปุ่นมีอัตราการตายค่าที่สุด มีสาเหตุที่นำเชื่อกันได้ว่า เนื่องจากความแตกต่างระหว่าง ขนบธรรมเนียมประเพณี ชาวญี่ปุ่นมีการใช้ชีวิตเรียบง่ายเป็นกลุ่ม แต่ชาวญี่ปุ่นที่อยู่ในอเมริกา หรือมีแนวทางชีวิตรีบเร่งคล้ายคนอเมริกัน จะมีอัตราการเกิดโรคนี้นี้ไ้มากกว่าชาวญี่ปุ่นพวกแรก 5 เท่า จึงกล่าวได้ว่าความเครียดและวิถีการดำเนินชีวิตแบบอเมริกันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ง่าย (Slay 1976 : 332)

1.8 จากสาเหตุอื่น ๆ ได้แก่

2.8.1 แอลกอฮอล์ (Alcohol) ผู้ที่ดื่มสุรามากในแต่ละวัน จะทำให้มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นได้ ทั้งที่อายุยังน้อย ซึ่งเป็นไปได้ว่า แอลกอฮอล์จะทำให้เกิดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) ซึ่ง

เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และเมื่อทำการตรวจโดยการฉีดสีตรวจเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Cardiac Angiographic) จะพบว่าเส้นเลือดโคโคโลนารี เกิดการตีบ (Stenosis) ใ้

2.8.2 ยาคูมก่าเน็คนิกรับประทาน อาจเพิ่มอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เกิดความผิดปกติของไขมัน เป็นเหตุชักนำให้เกิดเบาหวาน และนอกจากนี้ยังเร่งเลือดให้จับตัวแข็งเร็วกว่าปกติ จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้หญิงอายุเกิน 40 ปี หรือเมื่อมีปัจจัยเสี่ยงอย่างอื่นร่วมอยู่ด้วยแล้ว (อิศรา สุขุมาลจันทร์, ใน สมชาติ โลจายะ และคณะ, บรรณาธิการ 2524 : 295)

2.8.3 โรคเก๊าท์ (Gout) ผู้ที่เป็น Gouty arthritis จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ประมาณ 2 เท่าของคนปกติ ส่วนผู้ที่มีภาวะยูริกสูง (Hyperuricemia) โดยไม่มีอาการปวดข้อจะมีอัตราเสี่ยงใกล้เคียงกับคนปกติ (สันต์ หัตถิรัตน์ 2519 : 11)

การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่ได้อย่างมีความสุข และยังป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ และการตายอย่างกะทันหัน (Sudden Death) ใ้ สิ่งที่ต้องปฏิบัติ มีดังนี้ (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา 2525 : 16 - 18 ; Secor 1971 : 46-60)

1. การสูบบุหรี่ ถ้าผู้ป่วยสามารถงดสูบบุหรี่ได้ควรงดโดยเด็ดขาด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถงดได้ ควรจะให้สูบน้อยลง เพราะการสูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการตายอย่างทันทีทันใดสูงมาก

2. การจ้กระบบการทำงาน (Modify work load) หลีกเลี่ยงการทำงานหนักที่ต้องออกแรงอย่างทันทีทันใด งานที่ต้องใช้แรงงาน หรือความตั้งใจสูง และทำติดต่อกันเป็นระยะเวลาาน รวมทั้งงานที่ต้องเร่งรีบ ในผู้หญิงที่ทำงานบ้าน อาจต้องลดงานลง หรือทำและพักเป็นระยะ ๆ หรือใช้เครื่องผ่อนแรง เช่น เครื่องดูดฝุ่น เป็นต้น ผู้ป่วยบางคนอาจกลับไปทำงานเดิมได้เร็ว บางคนช้า หรือบางคนไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ผู้ป่วยประเภทหลังนี้ต้องหางานทำที่ไม่ต้องใช้สมอง หรือออกแรงงานมากให้ทำ

3. อาหาร ให้รับประทานอาหารที่มีไขมันเลวเคอโรลค่า และบริโภครีโองคอาหารบางชนิดเพื่อลดไขมันเลวเคอโรล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ให้หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเลวเคอโรลสูง เช่น คีบ ไข่ ผงมาม เครื่องในสัตว์ทุกชนิด ไข่ปลา หอยนางรม ไข่แดง และลดอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ไขมันจากสัตว์ ไขมันที่อุณหภูมิห้อง น้ำตาลสูงให้ถึงระดับปกติ อาหารไม่ควรมีรสเค็มหรือเค็มจัด หลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์ ชา หรือกาแฟ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด การรับประทานอาหารเช้าควรรับประทานเช้า ๆ และพักผ่อนหลังอาหาร $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมงทุกครั้ง

4. การขยับถ่าย ระวังไม่ให้ท้องผูก หรือท้องอืดแรง เบ่งถ่ายมาก เลือกรับประทานอาหารชนิดที่ช่วยในการขยับถ่าย ประเภท ผัก ผลไม้ เช่น มะละกอ ส้ม หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก หรือเกิดแก๊ซ อาจใช้ยาระบายอย่างอ่อน หรือยาที่ช่วยให้อุจจาระอ่อนตัว

5. การออกกำลังกาย ให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ระยะเวลาให้ออกกำลังกายที่ลดน้อย ๆ แล้วค่อยเพิ่มระยะเวลาและความถี่หรือความเร็วขึ้นทีละน้อยโดยไม่ให้มีอาการเหนื่อยหอบ หรือเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสมและสม่ำเสมอจะมีประโยชน์มาก ทำให้จิตใจสดชื่น การไหลเวียนของระบบโลหิตดีขึ้น น้ำหนักตัวลดลง และช่วยควบคุมน้ำหนักไม่ให้มากเกินไป สมรรถภาพของหัวใจดีขึ้น เส้นเลือดแดงที่ออกจากหัวใจขยายใหญ่ขึ้น เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมีมากขึ้น

6. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความตึงเครียดต่าง ๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่ควรเผชิญกับสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น ตกใจ เสียใจ เช่น การได้รับข่าวร้าย หรืออ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ภูตวิรายนการที่ตื่นเต้นตกใจ

7. ความอบอุ่นของร่างกาย ควรรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ เมื่ออากาศหนาว เพราะอากาศหนาวทำให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น

8. เรื่องเพศสัมพันธ์ ควรคงประมาณ 8 สัปดาห์ นับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล แนะนำให้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตนก่อนการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ให้ออกกำลังกายหลอดเลือด

Nitroglycerine ก่อน ควรมีเพศสัมพันธ์หลังจากโกพักนอนอย่างเพียงพอแล้ว หรือ
ไม่ตื่นเกินสองสัปดาห์ใหม่ ๆ

9. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ขยายหลอดเลือดหัวใจ อันได้แก่
Nitroglycerine ยานี้จะต้อง

9.1 พกติดตัวอยู่ตลอดเวลาไม่ว่าจะไปไหน

9.2 ยาคควรจะมีชื่อครั้งละน้อย ๆ เพราะยานี้เสื่อมได้ง่ายจากการระเหย
และจากการถูกแสงสว่าง ดังนั้นควรใส่ขวดสีชาไว้ และปิดจุกขวดให้แน่น

9.3 อมทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หรืออมก่อนที่จะออกกำลังกาย การ
อมจะต้องอมไว้ใต้ลิ้นทุกครั้ง

9.4 ในขณะอมจะต้องสังเกตอาการชา หรือชาใต้ลิ้น ถ้าเป็นยาที่เก็บไว้นาน
นานจะไม่มีอาการดังกล่าว

9.5 ในขณะอมจะต้องนั่งหรือนอน เพราะยานี้จะขยายหลอดเลือดโลหิต ทำให้
ผู้อมเป็นลมหน้ามืดได้จากความดันโลหิตต่ำ

จากที่กล่าวมาแล้วนี้ ถ้าพยาบาลสามารถเข้าใจถึงปัจจัยอันตรายต่าง ๆ
ตลอดจนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมาแล้ว ก็จะสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
ได้อย่างเหมาะสม Hay and Anderson (1963 : 97) ได้กล่าวว่า พยาบาล
สามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้มาก ตั้งแต่ความรู้เรื่องโรคที่เขาเป็นอยู่ เช่น ให้เขารู้
ว่า เขาเป็นโรคอะไร สภาวะของโรคในขณะนี้เป็นอย่างไร ได้รับความรักษาพยาบาล
อย่างไรบ้าง นอกจากนี้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน
การดำเนินชีวิตในสังคม การยอมรับในสภาพเจ็บป่วย การจักสภาวะแวดล้อมให้เหมาะสม
กับโรคที่เป็นอยู่ ความคาดหวังที่จะหาย ตลอดจนให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยยอมรับในการที่
จะต้องปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น บางครั้งพยาบาลจะพบพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้น พยาบาลจึงควรตระหนักถึงปัจจัยบางประการ

ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเช่นนี้ อันได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วย และการรักษาที่ได้รับอยู่ ในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker) ได้กล่าวไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วย นอกจากนี้อิทธิพลของปัจจัยร่วมบางประการ เช่น สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ทักษะของผู้ป่วยต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพว่าอาจมีผลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย การเข้าใจถึงข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเหล่านี้ จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนและปรับปรุงการให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นกำลังเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย

ออร์แลนโด (Orlando) เป็นพยาบาลท่านหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้พยาบาลได้ตระหนักถึงการให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้เสนอรูปแบบการพยาบาลของออร์แลนโด ที่ประกอบด้วยพื้นฐาน 3 ประการ คือ พฤติกรรมของผู้ป่วย (The Patient's Behavior) ปฏิกริยาของพยาบาลต่อพฤติกรรมนั้น (The Nurse's Reaction) และกิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับพฤติกรรม (The Nurse's Activity) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ประการนี้ จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (ปิยวาท เกษมวาท 2526 : 75 - 84) และในการนำรูปแบบการพยาบาลนี้ไปใช้นั้น พยาบาลต้องนำหลักการซึ่งได้มาจากการประมวลความรู้เกี่ยวกับบุคคล ปัจจัยร่วมต่าง ๆ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมาใช้สังเกตผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจถึงพฤติกรรมที่แสดงออก และพยาบาลสามารถนำรูปแบบนี้มาใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เป็นอย่างดี เช่น การปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่ไม่ร่วมมือในการรักษาของแพทย์ (Aguilera and Messick 1978 : 99) ปฏิกริยาของพยาบาล คือ การรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และตรวจสอบความถูกต้องของการรับรู้ โดยการพูดคุย ซักถามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งออร์แลนโด เน้นความสำคัญของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล และแสดงออกซึ่งความต้องการของตนเองให้พยาบาลได้ทราบ ซึ่งจากพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายดังกล่าว อาจเนื่องมาจากปัญหาค่านิยมธุรกิจ ความไม่เข้าใจถึงความรุนแรงและอันตรายของโรค

เป็นต้น เมื่อพยาบาลเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยแล้ว ก็จะสามารถนำไปวางแผนในการให้การพยาบาล เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

และในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น สิ่งสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งถือว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล คือ การสอน การแนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องกับพยาธิสภาพของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาความเจ็บป่วยได้ Matthews and Others (1979 : 879 - 889) กล่าวว่า การกระตุ้นผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรักษาพยาบาลโดยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องนั้น ควรจะให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา รวมถึงแผนการรักษาเพื่อควบคุมโรค ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาแล้ว ผลจะเป็นอย่างไร และถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างไม่บ้าง Baden (1972 : 563 - 564) โทกล่าว่า ยังมีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนมากที่ไม่ทราบว่า จะถามหรือทำไมต้องถามถึงคำแนะนำ พยาบาลจะต้องถือว่า การให้คำแนะนำต่าง ๆ เหล่านี้เป็นหน้าที่ของพยาบาลโดยตรง อีกประการหนึ่ง การที่ผู้ป่วยจะกลับมาใช้ชีวิตตามเดิมเป็นไปไม่ได้ง่ายนัก โทมีการศึกษาพบว่า ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามเดิม เนื่องจากปัญหาค่านจิตใจ และอารมณ์ ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้โดย ผู้ป่วยควรทราบว่า จะมีอะไรเกิดขึ้นกับเขา และเขาสามารถช่วยตัวเองได้อย่างไร ผู้ป่วย โดยมากสามารถเข้าใจถึงความจริงเกี่ยวกับเรื่องโรคของเขาถ้าได้รับการสอนเป็นรายบุคคล

โทมมีการจัดโปรแกรมการสอนผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยพยาบาลที่ทำการสอนผู้ป่วยได้ผ่านการอบรมในค่านีมาแล้ว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นวันแรก และแพทย์เห็นสมควรให้ผู้ป่วยได้รับการสอนจากพยาบาลในทีมนี้ได้ ก็จะมีการสอนเป็นรายบุคคลที่ข้างเคียงผู้ป่วย แต่สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต้องเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ก็จะได้รับคำอธิบายเมื่อย้ายมาอยู่ตึกผู้ป่วยธรรมดาแล้ว ในการสอนจะใช้เวลา 8 - 10 วัน ๆ ละ 30 - 45 นาที และการเตรียมการสอนจะต้องพิจารณาจากประวัติของผู้ป่วย ผลการตรวจต่าง ๆ และบันทึกจากแพทย์และพยาบาล นำมาวางแผนในการสอน

เรื่องที่จะทำการสอน ส่วนใหญ่ครั้งแรกจะอธิบายถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาของหัวใจที่ปกติ และที่ผิดปกติ ทำให้เกิดเป็นโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และจะเน้นเป็นพิเศษเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการผิดปกติที่ทำให้เกิดอันตราย และการลดปัจจัยอันตรายต่าง ๆ โดยเฉพาะวิธีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน และก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน 5 - 7 วัน จะมีการฝึกหัดให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเอง โดยการกินไปห้องอาหาร ทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง เรียนรู้ถึงผลของยาที่รับประทาน เรียนรู้การจับชีพจรของตนเอง เป็นต้น ในการสอนจะนำครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามารับการสอนพร้อมผู้ป่วยด้วย และมีการประเมินผลโดยการสอบถามว่า ไม่มีใครสงสัยเลย เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว พยาบาลจะติดตามผู้ป่วย โดยการโทรศัพท์ไปพูดคุย ซักถามปัญหา ในอาทิตย์แรก และหลังจากนั้นอีก 2 หรือ 4 อาทิตย์ ถ้าพบปัญหา ก็จะนำพาปรึกษากันในที่ และโทรศัพท์ไปให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และมีการส่งต่อประวัติของผู้ป่วยทุกรายไปยังบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้านผู้ป่วย เพื่อการติดตามผู้ป่วยต่อไป

ในการสอนการแนะนำ ควรจะแน่ใจว่า ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำ หรือคำอธิบายต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งอาจจะต้องซักถาม และให้ผู้ป่วยอธิบายซ้ำ เพื่อความแน่ใจ การให้คำอธิบายพร้อมกับแจกเอกสารที่อ่านง่าย เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ และควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามด้วย นอกจากนี้พยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ปัจจัยหนึ่งได้แก่ ความเชื่อที่ผู้ป่วยยึดถืออยู่ ทั้งที่ถูกต้อง และไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเขา ที่ได้รับมาจากครอบครัว และเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งที่เชื่อกันมาเป็นเวลานาน การพูดคุยสนทนากับผู้ป่วย จะทำให้พยาบาลได้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเชื่อกันสุขภาพของผู้ป่วย ถ้าเป็นความเชื่อที่ถูกต้องก็ควรส่งเสริมให้มีการปฏิบัติต่อไป แต่พยาบาลควรคำนึงถึงความเชื่อที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยด้วย เพราะจะมีผลต่อการไม่ร่วมมือในการปฏิบัติตนตามการรักษาของแพทย์ ในการสอนและการแนะนำของพยาบาล ควรเริ่มด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี เป็นกันเองกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และเชื่อถือในตัวของพยาบาล อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามแนวความเชื่อกันสุขภาพที่ถูกต้อง