

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความพึงพอใจในการบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม ถึง 6 เมษายน พ.ศ. 2549 ซึ่งมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง เช่น มีอาการปอดบวม น้ำเจียนปอด มีอาการช็อค หรืออยู่ในระยะวิกฤต จนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความพึงพอใจในการบริการ และแบบสอบถามความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และจากการหาค่าความเที่ยงเท่ากับ .85, .87, .84, .93 และ .80 ตามลำดับ ยกเว้นแบบสอบถามความรุนแรงของโรค เนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการวินิจฉัยของแพทย์ในเวชระเบียน

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical package for the social science/Personal Computer version 11.5) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ชนิดของโรค สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้ โดยใช้ความถี่และร้อยละ
2. การศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยใช้การทดสอบแบบอีตา (Eta)
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และ ความพึงพอใจในบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ความรุนแรงของโรค กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ

สรุปผลการวิจัย

1. ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยรวมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.06 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60) มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูง
2. เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .167) และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.83 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.09)
3. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .310$)
4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .198$)
5. ความรุนแรงของโรคและความพึงพอใจในการบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.376$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัย นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จากแนวคิดของ Joyce และคณะ (2004) ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล ในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำด้วยความเต็มใจ ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำให้เหมาะสมกับภาวะของโรค โดยความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของความร่วมมือโดยรวมเท่ากับ 20.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.60) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร โดยลดอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง เช่น ฆาหมู ข้าวมันไก่ เป็นต้น และมีการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ตามสัดส่วนที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะเน้นการรับประทานอาหารประเภท ปลา ผัก และผลไม้ การรับประทานยา กลุ่มตัวอย่างจะรับประทานยาทุกชนิดตามแผนการรักษา พร้อมทั้งทราบถึงอาการข้างเคียงของยา และไม่หยุดรับประทานยาเองก่อนที่จะพบแพทย์ และเมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการผิดปกติ จะมาพบแพทย์และแจ้งให้แพทย์ทราบ การออกกำลังกายส่วนใหญ่จะออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ นานครั้งละ 30 นาที การสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างสามารถเลิกสูบบุหรี่หลังจากทราบว่า เป็นโรคและบุหรี่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ส่วนการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยังคงมีกลุ่มตัวอย่างบางคน ที่ยังดื่มสุรา หรือเบียร์บ้าง

เป็นบางครั้ง และให้เหตุผลว่าเวลาไปงานเลี้ยงต้องสังสรรค์กับเพื่อน การควบคุมน้ำหนักตัว กลุ่มตัวอย่างจะควบคุมน้ำหนักโดยการรับประทานอาหารประเภทผัก และผลไม้ ติดตามชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกเดือน และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาตรวจตามนัด หรือมีระยะจะใช้การโทรศัพท์แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบและเลื่อนวันเพื่อมาพบแพทย์

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หรือไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอาจส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนถึงแก่ชีวิต หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำอีก และยังพบว่าผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว คุณภาพชีวิตดีขึ้น อาการของโรคลดลงหรือหาย และจากการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาจะมีอัตราการตายร้อยละ 3.0 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยามีอัตราการตายร้อยละ 7.0

(Horwitz และ Horwitz, 1993) และจากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) ได้ศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในเรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.229$) และจากการศึกษาของ Fogel และคณะ (2003) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูงโดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Garay-Sevilla และคณะ (1995) พบว่า ความร่วมมือในการรับประทานอาหารมีผลต่อการลดระดับของเสียในร่างกาย และความร่วมมือในการรับประทานยามีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ ความรุนแรงของโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการบริการ กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.1 เพศ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.83 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.09) ส่วนเพศชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.82 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.71) เนื่องจาก เพศหญิงมีความละเอียดรอบคอบ มีการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงมากกว่าเพศชาย และ วัฒนธรรมไทย เพศหญิงจะมีหน้าที่ในการดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลตนเอง ดูแลสมาชิกในครอบครัว ส่วนเพศชาย จะมีบทบาทเป็นภาวะผู้นำ การแสดงการเจ็บป่วย หรือการต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจทำให้รู้สึกสูญเสียบทบาทของภาวะผู้นำ

นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้อย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 76 ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้อยู่สอดคล้องกับการศึกษาของ Grace และคณะ(2005) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่นั้นเป็นเพศชาย ร้อยละ 65 โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในช่วงอายุเดียวกัน แต่อัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุที่มากกว่า 54 ปี (จริยา ดันติธรรม, 2547) อาจเนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ พบว่าผู้สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ และอาจเนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจะเกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในปี พ.ศ.2545 นั้นพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดพบในเพศชาย ร้อยละ 17.1 พบในเพศหญิง ร้อยละ 11.8 (สถิติสาธารณสุข, 2547) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้อยู่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันในความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของ Horgan และคณะ (อ้างถึงใน Joyce และ คณะ, 2004) พบว่าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศหญิงจะให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าเพศชายและพบว่าเพศหญิงจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

มากกว่าร้อยละ 50 เนื่องจาก เพศหญิงมีข้อจำกัดในเรื่องวัฒนธรรม เช่น การต้องทำงานอยู่บ้าน หรือการต้องทำงานบ้าน เป็นต้น

2.2 ความรุนแรงของโรค

จากเกณฑ์ของ The Canadian Cardiac Society (CCS อ้างถึงใน วรมนต บำรุง สุข, 2548) ความรุนแรงของโรคเป็นอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งบ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และ บทบาททางสังคม เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะส่งผลให้บุคคลเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการของโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horwits และ Horwits (1993) พบว่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยา รักษาโรคหัวใจในทางบวกและสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาซาล (2543) ที่พบว่าผู้ป่วย วัณโรคที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูง นอกจากนี้การศึกษาของ ชุตติมา อัดตกรโกวิท (2534) ยังพบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class 1 มากที่สุด โดยมีจำนวน 148 คน คิดเป็นร้อยละ 98.70 ส่วน Class 2 มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.30 เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class 1 ตามเกณฑ์การประเมินของ The Canadian Cardiac Society ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ใน Class 1 คิดเป็นร้อยละ 98.7 ซึ่ง Class 1 หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อเร่งรีบ หรือทำงานหนัก ถ้าเดิน หรือขึ้นบันไดไม่มีอาการ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติกับก่อนที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงทำให้การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่ามีความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class 3 หรือ Class 4 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งถือว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคที่รุนแรง และการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วย

โรคหัวใจขาดเลือด สืบเนื่องจากไม่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับใดผู้ป่วยก็จะได้รับคำแนะนำในการดูแลรักษา และแนวทางในการปฏิบัติตนที่มีความคล้ายคลึงกัน

2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

จากแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 2002) ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นเห็นคุณค่าของเป้าหมายการกระทำหรือพฤติกรรมนั้น และเชื่อว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรค ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และถ้าบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

(Brannon และ Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาชาล, 2543)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .301$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 117.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.67) และมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพสูง เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพเป็นพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อรู้ว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าเมื่อเกิดโรคแล้ว อาจเกิดความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง ไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรค หรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ออกห่างจากโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ถึง ความรุนแรง อุปสรรค ประโยชน์และ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพโดยการออกกำลังกาย และจากการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) พบความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพรายด้านจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า

2.3.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r = .197$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้เกี่ยวกับ วิธีการดำเนินของโรค อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และวิธีการป้องกันการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงสูงจะให้ความร่วมมือในการรักษาดี สมัยพร อาซาล (2543) ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรควัณโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

2.3.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะมีการรับรู้ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความรุนแรงที่ทำให้เสียชีวิตได้ และเกิดผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ีประสบการณ์จริงเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระดับที่มีอาการรุนแรง และกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจรักษา และรับประชนานยา รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประสบกับอาการที่รุนแรงของโรค จึงทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์(2529) ได้ทำการศึกษาความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลที่ได้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของ สมัยพร อาซาล (2543) ที่ทำการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้ป่วยวัณโรคได้รับประสบการณ์ตรงด้วยตนเองจากอาการและอาการแสดงของวัณโรคและฤทธิ์ข้างเคียงของยา และจากการศึกษาของ ชูติมา อัดถกรโกวิท (2543) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา

2.2.3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .334$) กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ เกิดผลดีต่อตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือดีขึ้นได้ ถ้ามารับการตรวจรักษาม่าเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอ ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมถึงรับรู้อาการผิดปกติที่จะต้องมาพบแพทย์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษามีประโยชน์จึงส่งผลให้มีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาที่ดี และสมัยพร อาซาล (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับรู้ประโยชน์ของการรักษา จะให้ความร่วมมือในการรักษาสูง เพราะผู้ป่วยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผลดีของการรักษา ทำให้อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจลดลง ความรุนแรงลง นอกจากนี้จากการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) และ พบว่า ผู้ป่วยที่ทำกรผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยที่ทำกรขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน ที่รับรู้ประโยชน์ของการรักษา จะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกาย และ สุขภาพ ไบแก้ว (2528) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษา ที่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่การศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 อ้างถึงใน นิตยา ภาสุนันท์, 2529) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมน้ำหนัก

2.2.4 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการรักษา เป็นการวัดการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ โดยเฉพาะหากการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อชีวิตประจำวัน หรือบุคคลอื่นประสบความยากลำบาก ความไม่สะดวก หรือไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวก ทำให้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r = .215$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้ว่าการมารับการรักษาต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่าย การที่ต้องมารอรับการตรวจเป็นเวลานาน ความลำบากในการเดินทาง หรือความยุ่งยากในการปฏิบัติตามแผนการรักษา กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการรักษามาก จึงทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้เกี่ยวกับอาการกับความร่วมมือในการรักษาของ

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จึงให้ความร่วมมือในการรักษาดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สมัยพร อาชาล (2543) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 12.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.66 จึงทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา และอาจเป็นเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในเรื่องยารักษาโรค ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการเรื่องยารักษาโรคโดยไม่คิดมูลค่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Robertson และ Keller (1992) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรักษาของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.5 ภาวะซึมเศร้า

จากแนวคิดของ Beck (1967) ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิดและการรับรู้ ความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.376$) มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.06 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.47) มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไม่มีภาวะซึมเศร้าจึงส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และ Carney และคณะ (1995) ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ผลของภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในการรับประทานยา นอกจากนี้ Fogel และคณะ (2003) พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และทำให้ผู้ป่วยมีอัตราตายสูงขึ้น

2.4 การสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดของ Weiss (1974) การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรักใคร่ผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการให้คำแนะนำ (assistance and guideline) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) ความมีคุณค่าในตนเอง (reassurance of worth) และยังรวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น หรือการมีโอกาสดูแลเลี้ยงดูผู้อื่น (opportunity for nurturance) การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรักใคร่ผูกพัน (attachment) ระหว่างบุคคลต่อบุคคลซึ่งช่วยเหลือระดับประคองกัน และส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล เกิดความตั้งใจ และมีเจตนาดี เพื่อให้การช่วยเหลือระดับประคองในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร การยอมรับนับถือ หรือเห็นคุณค่า และการให้การช่วยเหลือด้านอารมณ์ หรือจิตใจแก่บุคคลอื่น และก่อให้เกิดผลทางด้านบวก หรือดีต่อผู้รับ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .198$) ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.98) มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนรวมถึงการได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน ในการแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือในการทำงาน และการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ > 10,001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 41.30 และสถานภาพสมรส ร้อยละ 77.30 ซึ่งทั้ง รายได้ และการมีคู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม ที่จะเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

สอดคล้องกับการศึกษาของ Morisky และ คณะ (1990) พบว่า การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว อาจทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพมากขึ้น และการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนที่ดี จะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในระดับสูงขึ้น (นิตยา ภาสุนันท์, 2529) และจากการศึกษาของ Joyce และคณะ (2004) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และ สมัยพร อาชาล (2543)

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาในระดับสูงในผู้ป่วยโรค นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Garay-Sevilla และคณะ (1995) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษา

นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ทางด้านจิตสังคม การสนับสนุนทางสังคมทัศนคติต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Fogel และคณะ, 2003) และ การศึกษาของ Cronin (1997) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยให้เกิดความรู้สึกที่ดีในการดำเนินชีวิตภายหลังการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ(2005) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาและการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศหญิงวัยกลางคน และการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพศหญิงวัยกลางคนที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาเชิงอภิมานของ Robin (2004) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับความร่วมมือในการรักษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.6 ความพึงพอใจในการบริการ

จากแนวคิดของ Aday และ Anderson (1978) ความพึงพอใจในการบริการเป็นสภาวะความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่เกิดร่วมกับการได้บรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่เกิดขึ้นตลอดขอบข่ายให้การรักษานหรือการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและความต้องการที่มีความสำคัญพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกของผู้รับบริการกับความพึงพอใจต่อบริการรักษาพยาบาลซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความพึงพอใจในการบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 39.51 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.67) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะมีความพึงพอใจในการรักษาของแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่ และการบริการ สถานที่รวมทั้งห้องน้ำและจำนวนเก้าอี้ที่นั่งรอรับการตรวจ ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับที่รายงานไว้ว่า ผู้รับบริการที่มีความพึงพอใจในการบริการจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง(อรพินท์ ไชยพยอม , 2542; สุรินทร์ จำรูญสวัสดิ์, 2536) นอกจากนี้จากการศึกษา

ของ Blyler และ Fenton (1997) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพึงพอใจในการบริการจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความพึงพอใจในการบริการจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีคือผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสอดคล้องกับการรักษา (Bakalis และ Bundy, 2001) และจากการศึกษาของ Oterhals และคณะ (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจในการบริการจะให้ความร่วมมือในการรักษาและมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Beinart และคณะ (2003) พบว่าความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาโดยเฉพาะความพึงพอใจในการติดต่อสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และส่งผลให้อาการเจ็บหน้าอกลดลง

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างและสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามารัตน์ ซึ่งทั้ง 4 โรงพยาบาล ได้ผ่านการรับรองประกันคุณภาพด้านการบริการ และการประกันคุณภาพของโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ และการรักษา ให้ได้คุณภาพ ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งการรักษาที่มีประสิทธิภาพได้มาตรฐาน มีความพึงพอใจในแพทย์ผู้รักษา หรือพยาบาลที่ให้การดูแลจึงส่งผลให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจในการบริการ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างหรือประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ มีการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพของตนเองมากขึ้น พร้อมทั้งการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่มีความสะดวก รวดเร็ว จึงทำให้ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการบริการไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่นำตัวแปร จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งที่มาตรวจตามนัดหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน มาศึกษาทั้งนี้อาจทำให้มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การออก

กำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการมาตรวจตามนัด ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและลดอัตราการตาย

2. ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้ หรือให้คำแนะนำผู้ป่วย ให้ทราบถึงประโยชน์ หรือความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ รวมทั้งการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง หรือหาแนวทางในบางกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และตระหนักรู้ เห็นความสำคัญของการพยาบาลด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหัวใจ

3. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พยาบาลจึงมีบทบาทในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยไม่เพียงแต่ให้การพยาบาลทางด้านร่างกายเท่านั้นควรที่จะให้การพยาบาลทางด้านจิตใจด้วย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารวมทั้งทำให้การพยาบาลเกิดประสิทธิภาพ เช่น การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การให้การพยาบาลหรือคำแนะนำที่ครอบคลุมตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลรวมถึงการปฏิบัติตนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ด้านการศึกษา

1. ควรทำการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดหัวใจ และทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยใน

2. มีการศึกษาการเปรียบเทียบการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อทราบปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลเกิดประสิทธิภาพ

3. พยาบาลควรทำการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับ กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการทางการพยาบาล
2. ควรทำการศึกษาจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนครั้งของการมาตรวจตามนัดหลังจากกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. ควรมีการศึกษาความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มาติดตามการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก