

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจยังคงเป็นโรคที่พบบ่อยในปัจจุบัน และเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก (American Heart Association, 1999) โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญจากสาเหตุการตายของโรคหัวใจทั้งหมด (Martinez & House – Fancher, 2000) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้วเนื่องจากมีประชากรเจ็บป่วยด้วยภาวะนี้เป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึง 12.6 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 515,000 คนต่อปี (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2003) สำหรับประเทศไทยสถิติผู้ป่วยโรคหัวใจมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ โดยมีอัตราการตายต่อประชากรหนึ่งแสนคน เท่ากับ 62.5 ในปี 2537 และเพิ่มเป็น 69.2, 77.4, 72.1 และ 65.4 ในปี พ.ศ. 2538, 2539, 2540 และ 2541 ตามลำดับ (กองสถิติสาธารณสุข, 2543) โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยเฉลี่ยในเพศชายอายุ 40 ปี และในเพศหญิงอายุ 55 ปี หรือวัยหมดประจำเดือน (พรณิเสถียร โชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536, หน้า 433-436) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสนา จ.พระนครศรีอยุธยา ด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีอายุเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 40-60 ปี และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2542 มีจำนวนของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทั้งหมด 98 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 102 และ 148 ราย ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2544 ตามลำดับ (หน่วยเวชระเบียน และสถิติโรงพยาบาลเสนา, 2545)

การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก (จริยา ดันดิธรรม, 2536) ผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่าสมรรถภาพการทำงานของหัวใจที่ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คลื่นไส้ อาเจียน หายใจไม่สะดวก ได้รับความทุกข์ทรมานหรือความไม่สุขสบายจากการเจ็บหน้าอก (Bennett, 1992) ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตตนเองไม่ปลอดภัย ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมอาการของโรคได้ มีความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและซึมเศร้าในที่สุด (Martensson, Karlsson, & Fridlund, 1997; Griego, 1993) ทางด้านสังคม ผู้ป่วยจะมีเวลาและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ลดน้อยลง เพราะเกรงว่าตัวเองจะเป็นภาระของผู้อื่น สูญเสียในด้านบทบาทการทำหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคม (จริยา ตันติธรรม, 2536; Sauve, 1994) และจากการถูกจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ ต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ (สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, 2541) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย คอยระมัดระวัง และคอยปกป้องผู้ป่วยเป็นอย่างมาก มองผู้ป่วยในบทบาทใหม่ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเหมือนเด็กและถูกปกป้องมากเกินไป (วิชญา ปรีวาที, 2542) ในขณะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดวิตกกังวล กลัวว่าผู้ป่วยจะตายจึงทุ่มเทแรงกายแรงใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยส่งผลให้สภาพร่างกายทรุดโทรมและเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ หรือในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานหรือเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้งสมาชิกในครอบครัวอาจเกิดความรู้สึกวิตกกังวล สับสน ท้อแท้ หมดกำลังใจ รู้สึกว่าความผาสุกในชีวิตลดลงและเกิดความเครียดมากขึ้น (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลา และความเป็นส่วนตัวในการที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดลง อาจส่งผลให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป (Griego, 1993) และยังทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายแทนผู้ป่วยที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ในขณะที่ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

นอกจากนั้นถ้าไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้จะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อค กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจปริแตก และเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ (Martinez & House - Faneher, 2000) เพื่อลดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อควบคุมอาการของโรค ทำให้อาการทุเลาหรือสงบลง แนวทางการรักษา คือ การควบคุมโดยการให้ยา การทำทางเปิดขยายของหลอดเลือด เช่น การใส่สายสวนหัวใจ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ การขยายด้วยเลเซอร์ เป็นต้น ซึ่งแนวทางการรักษาได้มีการพัฒนาให้ก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลาเพื่อช่วยลดความรุนแรงของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพอใจในชีวิตค่อนข้างสูง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้นทำให้ภาวะสุขภาพรวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (กุสุมา กุลวัฒน์สัมฤทธิ์, 2539; Bliley & Ferrans, 1993) แต่การรักษาดังกล่าวเป็นเพียงวิธีที่ช่วยลดความรุนแรงของโรค ไม่ได้รักษาโดยตรงที่สาเหตุ ดังนั้นการเจ็บป่วยจึงอาจกำเริบได้ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 20-50 มีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เนื่องจากการตีบแคบของหลอดเลือดภายหลังการรักษา ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้กลับเข้า

รับการรักษาได้อีก (สุกชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ, 2541; Califf, 1995) จากการศึกษาของศิริวัธน์ วัฒนสินธุ์ (2543) พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการของโรครุนแรงถึงแก่ชีวิต มีสาเหตุดังนี้ คือ เกิดจากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารร้อยละ 87 ขาดการออกกำลังกาย ไม่นับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย หรือสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย ร้อยละ 64.1 สูบบุหรี่หรืออยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ ร้อยละ 64.1 และไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ ร้อยละ 51.8 เช่นเดียวกับ การศึกษาของมาคารี และไบรอัน (Macari & Bryant, 1998) พบการตีบซ้ำของหลอดเลือด कोरोนารีร้อยละ 32-42 มีสาเหตุมาจากการขาดการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารที่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ จะเห็นได้ว่าปัจจัยเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การควบคุมอารมณ์เครียด ล้วนแต่เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แต่สามารถชะลอและป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำและรุนแรงขึ้นได้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาร่วมกับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองจนเกิดเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม จากการศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (จิรวรรณ อินคัม, 2541; วีรบุษ ไตรรัตน์ โอภาส, 2545) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ช่วยลดปัจจัยที่ทำให้มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกำเริบและรุนแรง ลักษณะแทรกซ้อนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยพฤติกรรมด้าน 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพในด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การไปพบแพทย์ตามนัดและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 2) กิจกรรมทางด้านร่างกายหรือการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอในผู้ป่วยโรคหัวใจจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง และบีบตัวอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ด้านโภชนาการ ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ช่วยบรรเทาความเครียด ซึ่งเป็นสาเหตุให้อาการกำเริบได้ 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้น มีอารมณ์แจ่มใสสุขภาพจิตดี ส่งผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้นด้วย ทำให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด ความเครียดจะส่งผล ให้หัวใจเต้นเร็วและบีบตัวแรงขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพียงด้านใดด้านหนึ่งก็อาจทำให้อาการของโรคกำเริบหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องและคงอยู่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะคิด อายุ รายได้ และปัจจัยภายนอกบุคคล เช่น สิ่งแวดล้อม และที่สำคัญคือ การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (Cohen & Wills, 1985) ทั้งนี้เพราะการดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากความสับสนในการทำหน้าที่ของร่างกายและการที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของการดำรงชีวิต จึงต้องการการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยพบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด คือบุคคลในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด และเป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารตลอดเวลา (Wright & Leahy, 2000; Friedman, Bowen, & Jones, 2003) โดยภารกิจของครอบครัว ประกอบด้วยงานที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต 5 ประการ ได้แก่ การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย และให้การดูแลเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย สนับสนุนและช่วยเหลือให้สมาชิกของครอบครัวพัฒนาความสามารถได้สูงสุดตามศักยภาพ เป็นที่พึ่งทางใจช่วยประคับประคองอารมณ์และส่งเสริมให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกทักษะ การสื่อสารในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับกิจกรรมภายในครอบครัว และจัดการให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงได้ และสอนให้สมาชิกในครอบครัวรู้จักใช้บริการของสังคมที่มีอยู่ (กาญจนา ภู่ว่าง, 2533) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากครอบครัวจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบได้และมีสุขภาพดี แต่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอาจไม่สามารถเผชิญต่อปัญหาได้ และได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ กล่าวคืออาจเกิดการเจ็บป่วยได้ (Pollock, 1999) และการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวยังเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (เขวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) จากการศึกษาของซีเรมบัส (Serembus, 1998) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหัวใจได้ประสบ

ความสำเร็จทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ฟองเพชร (2540) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัว กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่นเดียวกับการศึกษาของ น้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ วิณา ลิ้มสกุล (2545) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวมีการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของครอบครัว

สำหรับการศึกษาในปัจจุบันเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการแก้ไขพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้น ส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการดูแลไปที่ผู้ป่วยโดยตรงอย่างเดียว โดยศึกษาในเรื่อง ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ การเพิ่มแรงจูงใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ หรือการเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการให้โปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วย (ชวนพิศ ทานอง, 2541; สุนทรา เลี้ยงเซววงศ์, 2540; ปรีศนา วรรณันท์, 2541; แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543; พัทธพร เถาว์พันธ์, 2544; อรุณฯ เขียวสะอาด, 2544; วีรณัฐ ไตรรัตน์ โอภาส, 2545) รูปแบบการดำเนินงานที่เน้นครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับบุคลากรทางสุขภาพแต่ละคน

การวิจัยครั้งนี้มีแนวความคิดว่าการส่งเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทักษะคติ และจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โดยพยายามส่งเสริม กระตุ้นให้ครอบครัวให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวขึ้น เพื่อส่งผลโดยตรงต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้คาดว่าจะเป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถของครอบครัวในการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ครอบครัวได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกลุ่มที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ครอบครัวได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1. บุคลากรในทีมการพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการวางแผนและให้การพยาบาล เพื่อพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพและความสามารถของครอบครัวในการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลช่วยชะลอหรือบรรเทาความรุนแรงของโรค และให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง
2. เป็นแนวทางการจัดการศึกษาเกี่ยวกับพยาบาลครอบครัวสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
3. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษา 2 กลุ่ม วัดสองครั้งเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คู่ โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คู่ ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2547

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมที่ให้กับครอบครัวเพื่อมุ่งเน้นให้ครอบครัว ไปส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

2.2 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 20 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและครอบครัว ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมของโรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease, IHD) แองจينا เพกทอริส (Angina pectoris) โรคหลอดเลือดแดง โคโรนารีแข็งตัว (Arteriosclerotic Heart Disease, ASHD) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Heart Disease, CHD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Heart Disease)

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลานหรือญาติพี่น้องที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ให้กับครอบครัวเพื่อมุ่งเน้นให้ครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่ง

จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย การแสดงความรัก ความห่วงใย ความเข้าใจ ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน และแรงงานรวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ คอบบ์ และไวส์ (House, 1981; Cobb, 1976; Wiess, 1974) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงินและแรงงานและการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้วยการใช้กระบวนการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของแคลการี่ (Calgary Family Intervention Model: CFIM) (Wright & Leahey, 2000) ซึ่งโปรแกรมที่กำหนดขึ้นจะสอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัว และเน้นการส่งเสริม การพัฒนา ให้คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานที่ของครอบครัว 3 ด้านคือ ความรู้ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือป้องกันอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทำให้มีศักยภาพที่สูงสุดและประสบความสำเร็จตามจุดหมายที่กำหนดไว้ในชีวิต ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการกับความเครียด (Pender, 1996)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง ความนึกคิดหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ผู้ป่วยติดต่อด้านสัมพันธ์ด้วย ซึ่งกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลหรือตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้ โดยกิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านจิตใจอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใยเห็นอกเห็นใจ การได้รับกำลังใจ รวมทั้งการรับฟังการปรับทุกข์ และการระบายความรู้สึกต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนหรือการได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว
3. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดได้รับความเคารพนับถือ ได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว เห็นคุณค่าว่าเป็นผู้ที่มีประโยชน์และมีความสามารถจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

4. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การได้รับการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

5. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ เงินและแรงงาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับความช่วยเหลือในเรื่องสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น ค่าใช้จ่ายในการรักษา การจัดเตรียมอาหาร การรับประทานยา และการจัดสภาพแวดล้อมจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลประจำการคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวทั่ว ๆ ไป เช่น การรับประทานยา การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามแพทย์นัด

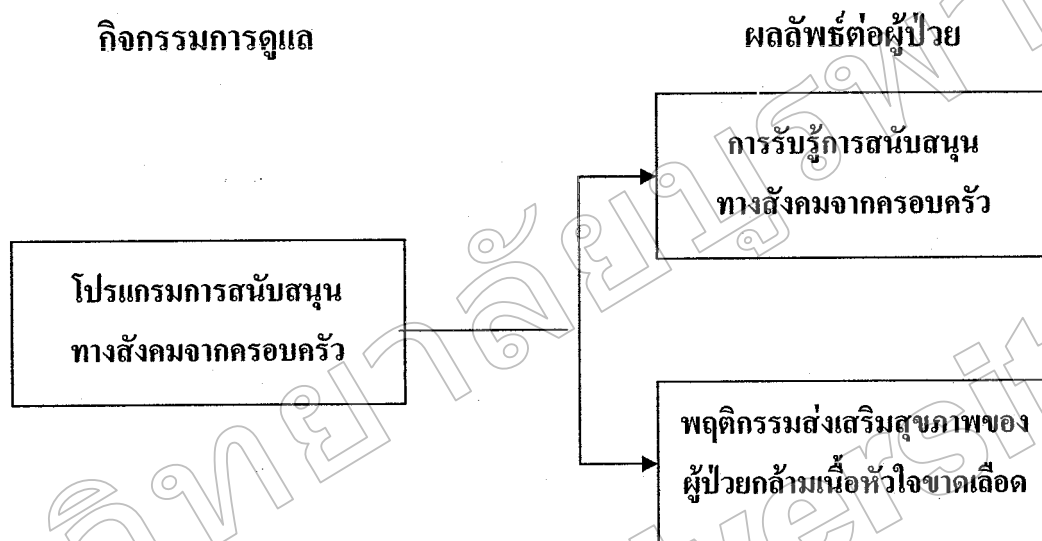
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ใช้แนวคิดระบบครอบครัวการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพเป็นกรอบแนวคิด เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดย่อมได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) คอบบ์ (Cobb, 1976) และไวส์ (Wiess, 1974) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของแคลการี (Calgary Family Intervention Model: CFIM) (Wright & Leahey, 2000) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เป็นกรอบแนวคิด

เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความรักความผูกพัน มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ และให้ข้อมูลข่าวสารกันตลอดเวลา (Wright & Leahey, 2000; Friedman, Bowen, & Jones, 2003) ซึ่งจะสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวได้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลจากสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤติหรือความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่โดยเฉพาะ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะช่วยบรรเทาความรุนแรง หรือป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความ

คิดปกติได้ (จินตนา ชูนิพันธ์, 2529) ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวจะมีบทบาทในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเอื้ออำนวยให้มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมส่งเสริม และยังเป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยในการประเมินการกระทำของบุคคลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการได้รับการยอมรับนับถือจากเครือข่ายทางสังคมทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ต่อไป และเมื่อบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดความคิดและตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพนั้นต่อไป ซึ่งสามารถนำไปใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตลอดช่วงชีวิต แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษานี้ครอบคลุมการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสอดคล้องกับผลกระทบที่ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือมากที่สุด ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมในสังคม การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนกระบวนการการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของเคลการ์รี่ (Wright & Leahey, 2000) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวที่เน้นการส่งเสริมศักยภาพ ความเข้มแข็งและความยืดหยุ่นของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสมดุลในครอบครัว โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่กำหนดขึ้นจะสอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัว และเน้นการส่งเสริมการพัฒนาให้คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานที่ของครอบครัว 3 ด้านคือ ความรู้ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้นครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมนี้จะมีศักยภาพในการสนับสนุนทางสังคมแก่สมาชิกครอบครัวที่ป่วยด้วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดได้เหมาะสม ผู้ป่วยน่าจะรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญหรือควบคุมเหตุการณ์อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (เขวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) และการที่ครอบครัวจะสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยได้นั้น ครอบครัวจะต้องมีความรู้ ความเชื่อว่าตนเองมีศักยภาพที่สามารถจะดูแลและให้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวแก่ผู้ป่วยได้ เมื่อครอบครัวได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จะมีความเชื่อและรับรู้ในศักยภาพของตนเองว่าสามารถจะแสดงพฤติกรรมการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือด น่าจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว มีความรู้ มีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อ

หัวใจขาดเลือดเกิดกำตังใจ มีแรงจูงใจและมีความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการดูแลสุขภาพของตนเองได้ อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม จึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย