

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

ภาวะสุขภาพคนไทยในช่วงทศวรรษนี้อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางระบบโรคติดต่อของโรคเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และอุบัติเหตุ สำหรับอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น (วิชัย เอกพลากร, 2548) จากการสำรวจอัตราการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2510 – 2546 พบว่าโรคหัวใจมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 16.5 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2510 เป็น 27.7 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ. 2546 (อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, 2546) และจากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลของประเทศไทยปี 2545 (ไม่รวมกรุงเทพมหานครฯ) มีผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 77,323 คน คิดเป็นอัตรา 140.9 ต่อประชากรแสนคน โดยเพิ่มขึ้นจากปี 2542 ซึ่งมีเพียง 45,488 คน คิดเป็นอัตรา 81.9 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและแผนฯ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จะเห็นได้ว่าในระยะเวลาเพียง 3 ปีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดนครสวรรค์มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากปีพ.ศ. 2537 มีอัตราการตาย 1.44 ต่อประชากรแสนคน และในปีพ.ศ. 2545 มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็น 26.73 ต่อประชากรแสนคน และจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์มีประมาณ 2,705 คน (สำนักงานนโยบายและแผนฯ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อตนเองมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนบทบาทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาระให้กับครอบครัว (พิมพร ลิละวัฒนากุล, 2546; วิรรอง นาทองคำ, 2543) เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น เป็นเพียงการรักษาเพื่อบรรเทาอาการหรือประคับประคองไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น แต่ไม่สามารถแก้ไขสาเหตุทั้งหมดได้ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของหัวใจ และหลอดเลือด เมื่อใดก็ตามที่หัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น หากผู้ป่วยยังมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อโรคว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง น่ากลัว หายใจไม่ออก ไม่มีแรง และอาจตายได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถที่จะดำรงบทบาท

หน้าที่ตามปกติได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ลดลงอันเนื่องมาจากความกลัวที่จะมีอาการกำเริบได้ (ชวนพิศ ทานอง, 2541) ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังจากอาการทางคลินิกที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Dunderdale, 2005) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้านเศรษฐกิจ เพราะต้องเสียเงินใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การทำงาน จะเห็นได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถูกจำกัดด้วยอาการทางกาย ปัญหาทางสุขภาพจิต และผลกระทบจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมและแยกตัวจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน (Dunderdale, 2005) ทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคม

ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งบทบาทในชีวิตปัจจุบัน (Frank & Stromborg, 1997) ซึ่งภาวะการทำหน้าที่เป็นการปรับตัวด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงจำเป็นต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามความสามารถในการทำงานของหัวใจ ก่อความวิตกกังวลและความกลัวให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอย่างยิ่ง หากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีภาวะการทำหน้าที่ลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม มีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนของโรค ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีตามมา ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือที่สำคัญในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำหน้าที่ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งรอยเรียกปัจจัยที่ผลต่อการปรับตัวดังกล่าวว่าสิ่งเร้า (Roy, 1999) มีหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม

ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ และการศึกษา ส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โดยปัจจัยทางด้านเพศ จากการสำรวจแสดงโรคที่เป็นสาเหตุการสูญเสีย ปีสุขภาวะ (DALYs Loss) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 จำแนกตามเพศ พบว่ามีผู้ป่วยเพศชายถึง 164,094 รายและเป็นเพศหญิง 109,592 ราย (สำนักนโยบายและแผนฯ กระทรวงสาธารณสุข, 2545) อีกทั้งเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ จะทำให้มีโอกาasเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า แต่เนื่องจากเพศชายมีสรีระที่แข็งแรงกว่าผู้หญิงทำให้มีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีกว่า อายุก็เป็นสาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมของหลอดเลือด (จุฑามาศ จันทร, 2542) และในทางกลับกันบุคคลที่มีอายุน้อยกว่ามีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีกว่าผู้สูงอายุ โดยสรีระที่มีความเสื่อมน้อยกว่า นอกจากนี้อายุน้อยยังมีความสัมพันธ์กับทักษะ

ในการแก้ปัญหาซึ่งสอดคล้องกับบุคคลตลอดช่วงชีวิต ผู้ที่มีอายุมากจะมีทักษะในการแก้ปัญหาและปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ส่วนการศึกษาปัจจัยสนับสนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ดี และมีความสามารถที่จะคัดสรรหรือหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อช่วยในการปรับตัวและพัฒนาในด้านต่าง ๆ ของภาวะการทำหน้าที่ได้ การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญาใฝ่รู้และมีเหตุผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคและการปรับตัว เนื่องจากรายได้เป็นสิ่งที่ช่วยในการสร้างโอกาสที่จะเลือกรับการรักษาและจัดหาสิ่งที่จะมาช่วยสนับสนุนการปรับตัวต่อโรคได้ (ชวนพิศ ทานอง, 2541) เมื่อผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะการทำหน้าที่ที่ดีตามมา

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น ยังพบว่าภาวะซึมเศร้ามีส่วนสำคัญต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 1 ใน 3 มีอาการทางจิตเวชโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เมื่อภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (เขารัตน์ ชันชวิชัย, 2544) รู้สึกว่าคุณค่า หากต้องเผชิญกับความทุกข์นี้เป็นเวลานาน ๆ อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีอาการที่ไม่แจ่มใส รู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ความคิดและการเคลื่อนไหวช้า อ่อนเพลีย รู้สึกไร้ค่า จากอาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ทั้งสิ้น เนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจวัตรประจำวันที่เป็นอยู่ อีกทั้งอาการซึมเศร้าทำให้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นรุนแรงขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (สมภพ เรืองตระกูล, 2544)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเพื่อให้มีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี ระดับความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่ทำให้ภาวะการทำหน้าที่ที่มีความแตกต่างกัน โดยการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตาม New York Heart Association (NYHA) จะแบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย (Aashish, 2004) เช่น Class I ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยไม่มีอาการแสดงของโรค Class II ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อปฏิบัติกิจกรรม แต่เมื่อพักอาการจะทุเลา ทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย Class III ผู้ป่วยจะแสดงอาการแม้ปฏิบัติกิจกรรมตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมมาก และ Class IV ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่ำจะทำให้มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มาก สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช

ระดับทอง (2542) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการคลื่นไส้อาเจียนกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าความรุนแรงของอาการคลื่นไส้อาเจียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัวนั้นจะช่วยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติกิจกรรมและช่วยเหลือทางด้านจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับโรคและลดความเครียดได้ (Balady et al., 1994 อ้างถึงใน กันหา ปานสมุทร, 2547) แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดในด้านอารมณ์ และด้านสิ่งของ คือ กลุ่มครอบครัว (จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์, 2536) จากการศึกษาของ เขียวภา บุญเที่ยง (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลลดลง ($p < .05$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบท่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้าต่อภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะในจังหวัดนครสวรรค์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนในการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หากบุคลากรทางการแพทย์ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็จะสามารถช่วยเหลือและสนับสนุนการบริการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีภาวะการทำหน้าที่ที่ดี และสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สามารถลดจำนวนครั้งในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (สำนักนโยบายและแผนฯ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

คำถามในการวิจัย

1. ภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมมติฐานการวิจัย

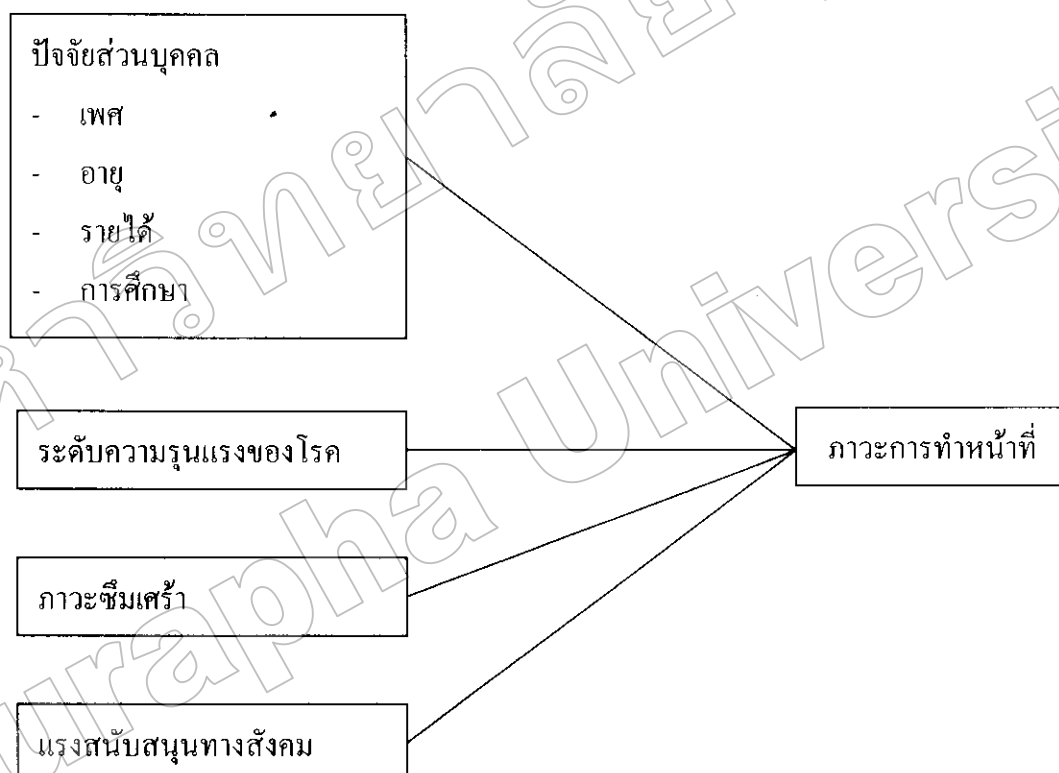
ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กรอบแนวคิด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับโรคได้อย่างเหมาะสม รอยได้กล่าวว่า บุคคลเป็นระบบของการปรับตัวแบบองค์รวม เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเจริญเติบโต การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการชนะอุปสรรคต่าง ๆ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2548) ระบบบุคคลมีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม และระบบของบุคคลนี้มีผลต่อสิ่งแวดล้อมด้วย การปรับตัวของบุคคลประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) สิ่งนำออก (Output) กระบวนการควบคุม (Control Process) การปรับตัว (Adaptation) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback Process) สิ่งนำเข้าระบบที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและภายในตนเองนั้น เรียกว่า สิ่งเร้า (Stimuli) สิ่งเร้านี้นำไปสู่การสร้างระดับการปรับตัว (Adaptation Level) ซึ่งเป็นขอบเขตที่บุคคลจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงบุคคลจะปรับตัวโดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา ที่ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรับรู้ (Cognator) ผลจากการทำงานของทั้งสองกลไกจะทำให้เกิดสิ่งนำออกซึ่งเป็นพฤติกรรมปรับตัวของบุคคล พฤติกรรมปรับตัวนี้อาจเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการปรับตัวได้ (Adaptive Response) หรือพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Response) พฤติกรรมดังกล่าวจะย้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบที่เหมาะสมต่อไป (Roy, 1999)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งรอยกล่าวว่า การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นตอบสนองความต้องการและคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2548) ซึ่งทุกบทบาทมีความสัมพันธ์กับบทบาทอื่น ๆ บุคคลต้องทราบว่าตนนั้นมีบทบาทอะไร เพื่อที่จะแสดงออกตามบทบาทของตนได้ตามปกติ (Roy, 1999) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามบทบาท

หน้าที่ รอย เรียกว่า สิ่งเร้า (Stimuli) ในการศึกษาครั้งนี้สิ่งเร้าที่มีผลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ และระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยที่อายุ เพศ รายได้ การศึกษา ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นสิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) ระดับความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ และภาวะการทำหน้าที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นสิ่งนำออกตามกรอบแนวคิดการปรับตัวของรอย สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเพิ่มความรู้พื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของพยาบาลและผู้ดูแล และเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมภาวะการทำหน้าที่อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ด้านการบริหารการพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาล เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. ด้านการวิจัย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่บ้านต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2550

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าที่เนื่องมาจากระบบบริการนัดหมายผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาของโรงพยาบาล หากผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงในระดับต่ำ จะได้รับนัดตรวจทุก 2 เดือน และการศึกษาครั้งนี้เป็นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นภาวะการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ อันเป็นผลมาจากการขาดเลือดหรือออกซิเจน มีผลทำให้คลื่นไฟฟ้าหัวใจหรือการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจเปลี่ยนแปลง และได้รับการรักษาโดยการให้ยา มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. ภาวะการทำหน้าที่ (Functional Status) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวัน ครอบคลุมบทบาทหน้าที่ของบุคคล หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติกิจกรรมในบ้านหรือครอบครัว การประกอบอาชีพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ประเมินโดยแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ของรอย

3. ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ลักษณะของอาการและอาการแสดงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบ่งได้ 4 ระดับตามการแบ่งระดับของ New York Heart Association Functional Classification ของ American Heart Association (Aashish, 2004) ได้แก่

Class I ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้โดยไม่มีอาการแสดงของโรค

Class II ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเมื่อปฏิบัติกิจกรรม แต่เมื่อพักอาการจะทุเลา ทำให้ผู้ป่วยมีจิตจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย

Class III ผู้ป่วยจะแสดงอาการเมื่อบริโภคกิจกรรมตามปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีจิตจำกัดในการทำกิจกรรมมาก

Class IV ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

4. ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะความรู้สึกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจ และไม่มีอารมณ์สนุกสนานเพลิดเพลินหรือหมดอาลัยตายอยาก ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self - Rating Depression Scale (Zung - SDS)) (Zung, 2001)

5. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการมีปฏิสัมพันธ์และการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด เช่น เพื่อน สามี ภรรยา บิดา มารดา พี่ น้องและบุตร เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) 2) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) 3) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for Nurturance) 4) การส่งเสริมคุณค่าในตนเอง (Reassurance of Worth) 5) การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ (The Obtaining of Guidance/ Assistance) ประเมินโดยใช้แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของเยียน (Yan, 2000) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brand & Weinert, 1981)