

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชาชนไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในช่วงปี 2541–2545 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตลอดเวลา และในปี 2545 พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ผู้ป่วยในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 50 จะเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Heart Disease : CHD) ได้แก่ การเจ็บหน้าอกแบบแองไจน่า (angina) กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หัวใจเต้นผิดจังหวะ การบกพร่องของการนำคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (conduct defect) และภาวะหัวใจล้มเหลว การรักษาผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีทั้งการรักษาด้วยยา และการผ่าตัด (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2540; พจนา ปิยะปกรณชัย, 2541; Porth, 1998)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Opened-heart surgery) เป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อการรักษาทางอายุรกรรมไม่ได้ผลหรือเมื่อเกิดอาการหัวใจล้มเหลว จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาในปี 2000 (American Heart Association [A.H.A.], 2003) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวนมากถึง 167,000 ราย สำหรับประเทศไทยจากสถิติของโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 18 แห่ง ที่รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งสิ้น 5,742 ราย (สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2545) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รักษาโดยการผ่าตัดคือ กลุ่มที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ กลุ่มที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มเนื้องอกหัวใจ (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2540; วัชระ จามจรีรักษ์ และสุปรีชา ธนะมัย, 2540; สุจิตร์ บัญญัติปิยะพจน์ และณัฐนันท์ ประศาสน์สารกิจ, 2540; สวัสดิ์ อัสวปิยานนท์, 2542; Porth, 1998)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พบบ่อย ได้แก่ การทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft : CABG) การขยายลิ้นหัวใจ (valvuloplasty) การซ่อมเส้นรอบวงของขอบลิ้นหัวใจ (annulus) ให้แคบลงเพื่อให้กลีบลิ้นที่ห่างกันเข้ามาชิดกัน (annuloplasty) การซ่อมส่วนที่ผิดปกติของกลีบลิ้นหัวใจ (valvulotomy) และการเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งขณะผ่าตัดใส่ลิ้นหัวใจเทียมแทนลิ้นหัวใจเดิม (valve replacement) ในขณะที่ทำการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนี้จำเป็นต้องใช้

เครื่องหัวใจและปอดเทียมเพื่อทำหน้าที่แทนหัวใจและปอดของผู้ป่วย เลือดจะถูกนำออกมาไหลเวียนนอกร่างกายผ่านเครื่องหัวใจและปอดเทียม เพื่อศัลยแพทย์จะได้สามารถแก้ไขพยาธิสภาพและความผิดปกติของหัวใจได้โดยตรง (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2540; สมพร ชีโนรส, 2540; Smeltzer & Bare, 2000) แต่การใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมในการผ่าตัดหัวใจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายภายหลังผ่าตัด ได้แก่ การเสียสมดุลของสารเหลวและอิเล็กโทรลิตในร่างกาย ทำให้โปรตีนเชื่อมถูกขับออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้นร้อยละ 14–39 (ประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี และคณะ, 2540) มีโอกาสเกิดปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติและเกิดการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือด (thromboembolic) ได้ ร้อยละ 0.2–2.2 (Kinney & Craft, 1992) อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะที่ช่องเยื่อหุ้มหัวใจจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงได้ร้อยละ 2–4 (จรรยา มะโนทัย, 2525; Kinney & Craft, 1992) อาจพบความล้มเหลวในการทำงานของลิ้นหัวใจที่เปลี่ยนใหม่ ได้ร้อยละ 2–5 (Braunwald, 2001; Barbara, 1997) อาจเกิดภาวะปอดแฟบจากความยืดหยุ่นของปอดลดลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สมองจากการอุดตันของลิ่มเลือด อาจเกิดภาวะไตวายและเมตาบอลิซึมส์ของตับลดลง และอาจเกิดภาวะตาเหลือง ตัวเหลืองหรือดีซ่าน (jaundice) ได้ประมาณร้อยละ 10 ดังนั้นหลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจึงต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อสังเกตอาการ ติดตามการทำงานของระบบไหลเวียน และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (Smeltzer & Bare, 2000)

ในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องเข้าพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการใช้เครื่องช่วยหายใจ ใส่ท่อ และสายต่าง ๆ เข้าไปในร่างกายเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและติดตามอาการ ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยจะพบกับสภาพแวดล้อมที่เน้นเทคโนโลยี และกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นความปลอดภัยในชีวิต (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2543 ; วิจิตรา กุสมภ์, 2544; A.H.A., 2003) นอกจากนั้นผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษายาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตว่าเป็นช่วงเวลาที่มีอันตรายถึงชีวิต (กาญจนา สิมะจารึก, 2538; ศรัญญา คริ่งมี, 2543; สุปาณี เสนาดิสัย, 2544) ช่วงเวลาดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเครียด วิตกกังวลและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนตามการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการรักษาในภาวะวิกฤตนี้ ผู้ป่วยจะต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างสม่ำเสมอแล้ว ผู้ป่วยยังต้องการการปลอบโยน ให้กำลังใจทั้งจากบุคลากรในหอผู้ป่วยวิกฤตและจากญาติ รวมทั้งยังต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ เช่น การไหว้พระ หรือทำตามคำสอนตามหลักศาสนาที่ร่วมวางแผนในการดูแลพยาบาล (ประณีต สงวัฒนา และคณะ, 2543; พิรุณ รัตนวานิช, 2545; สุปาณี เสนาดิสัย, 2543; เสาวลักษณ์

มณีรักษ์, 2545; Gillman, Gable-Rodriguez, Sutherland, & Whitacre, 1996; Mishel, 1988, 1990, 1991; Nussbaum, 2003)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจึงควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะเน้นการดูแลมิติด้านร่างกายและขาดการดูแลมิติด้านจิตวิญญาณ (สุวรรณณี สุคนธ์สรรพ, 2541; Leung, Chien & Mackenzie, 2000; McCurry & Thomas, 2002) นอกจากนี้พยาบาลอาจต้องให้ความสำคัญกับการดูแลมิติด้านจิตวิญญาณมากขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาที่ได้รับ ไม่แน่ใจในผลของการรักษาและไม่สามารถคาดเดาผลของการรักษาพยาบาลได้ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลมิติด้านจิตวิญญาณที่ดีพอจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหวัง หดกำลังใจ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในวิธีการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาล ไม่ยอมปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่สนใจใส่ใจดูแลสุขภาพ และไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (ศิริรัตน์ พิชิตตระกูลถาวร, 2545; เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545; Chapman, 1986; Nussbaum, 2003; Plach, 2002)

การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณ เป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่อยู่ในความรู้สึกส่วนลึกของบุคคล เป็นความรู้สึกที่อยู่ลึกในใจ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยใช้ยึดเหนี่ยวเพื่อช่วยให้หายจากการเจ็บป่วยและเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง (เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545; Chapman, 1986) ความรู้สึกมิติด้านจิตวิญญาณนี้เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของบุคคล เกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความรัก ความหวัง (Craven & Hirnle, 2000) อาจรวมถึงการได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ไหว้พระหรืออ้อนวอนพระเจ้า อ่านบทสวดหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ การได้พูดคุยกับพระ นักบวชหรือบุคคลที่ตนเลื่อมใสศรัทธา การได้รับการตอบสนองความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีที่พึ่งทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นสุข สงบ เข้มแข็ง อดทน มีความหวัง มีกำลังใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพึงพอใจในการมีชีวิต (จรัรัตน์ รักรวิธรรม, 2543; ธารรัตน์ สงสิทธิกุล, 2535; ธัญญา น้อยเปียง, 2545; Dyson, Cobb, & Forman, 1997; Gillman et al., 1996; Halm, Myers & Bennett, 2000; Sowell, Moneyhan & Hennessy, 2000) การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการเผชิญกับสิ่งรบกวน ลดความสนใจต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เช่น เสียงจากเครื่องมือหรือการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ มีความหวัง เกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในวิธีการดูแลรักษาของแพทย์ พยาบาล ลดความกลัวและความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยยอมรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ความ

ร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ร่วมมือในการดูแลตนเองได้ดีในระยะหลังผ่าตัดทั้งในขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพ มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความผาสุกในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี และทำให้เกิดความพึงพอใจ (กาญจนา สิมะจารึก, 2538; ณัฐริกา เพชรประไพ, 2541; ประณิต สงวัฒนา และคณะ, 2543; เพ็ญศรี ระเบียบ, 2540; สุพร วงศ์ประทุม, 2534; Chapman, 1986; Ferrell, Grant, Funk, Otis-Green & Garcia, 1998; Gillman et al., 1996; Kociszewski, 2003; Plach, 2002)

การที่พยาบาลจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยมิติด้านจิตวิญญาณได้อย่างดีนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้และเข้าใจเรื่องมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จึงจะสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2546; Kociszewski, 2003; Stranahan, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าการศึกษาล้วนจะมุ่งเน้นความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม ส่วนความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณพบว่ามีศึกษาน้อยมากโดยเฉพาะในประเทศไทย (กาญจนา สิมะจารึก, 2538; สมพร ชินอรส, สุกัญญา พัทวี และวิเศษ ศรีสุพรรณชาติ, 2543; สุวรรณีย์ สุคนธสรณ์, 2541) ส่วนในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นพยาบาล ซึ่งพยาบาลยอมรับว่าจากสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้พยาบาลให้ความสำคัญต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยจนทำให้ละเลยความเป็นบุคคล รวมทั้งไม่ได้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยอาจละเลยการตอบสนองความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณ อีกทั้งพยาบาลยังรู้สึกว่าตนเองมีข้อจำกัดและรู้สึกไม่มีความสุขในการให้การดูแลมิติด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษารังนี้ยังพบว่าขณะเดียวกันทั้งแพทย์/พยาบาลต่างยอมรับว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้สนทนากับพระ/นักบวชให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้สนทนากับพระ/นักบวช นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ป่วยจะบอกความต้องการของตนกับพระ/นักบวชก่อนที่จะบอกกับแพทย์/พยาบาล (Halm et al., 2000; Hardicre, 2003; Stranahan, 2001)

ถึงแม้จะมีการศึกษาความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตในต่างประเทศ แต่เนื่องจากสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และนโยบายของรัฐบาลที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถนำผลการวิจัยมาอ้างอิงกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในประเทศไทยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึง

สนใจที่จะศึกษาความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดขณะเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต นอกจากนี้ยังพบว่าเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่มีการสร้างและพัฒนาใช้ในประเทศไทย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัญหาและความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และมีวัตถุประสงค์เฉพาะคือ การสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินสภาวะมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลจากการศึกษาในครั้งนี้จะช่วยบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถประเมินความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวางแผนกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับความต้องการการตอบสนองมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะวิกฤต ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพการดูแลการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัด ระยะพักฟื้น และในระยะยาว รวมทั้งเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านจิตวิญญาณกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้วัดมิติด้านจิตวิญญาณมีคุณลักษณะอย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะที่รับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณระดับใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างเครื่องมือวัดมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อประเมินระดับความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต

สมมติฐานการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้วัดมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มีคุณลักษณะแบบหลายมิติ
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณระดับสูง

กรอบแนวคิด

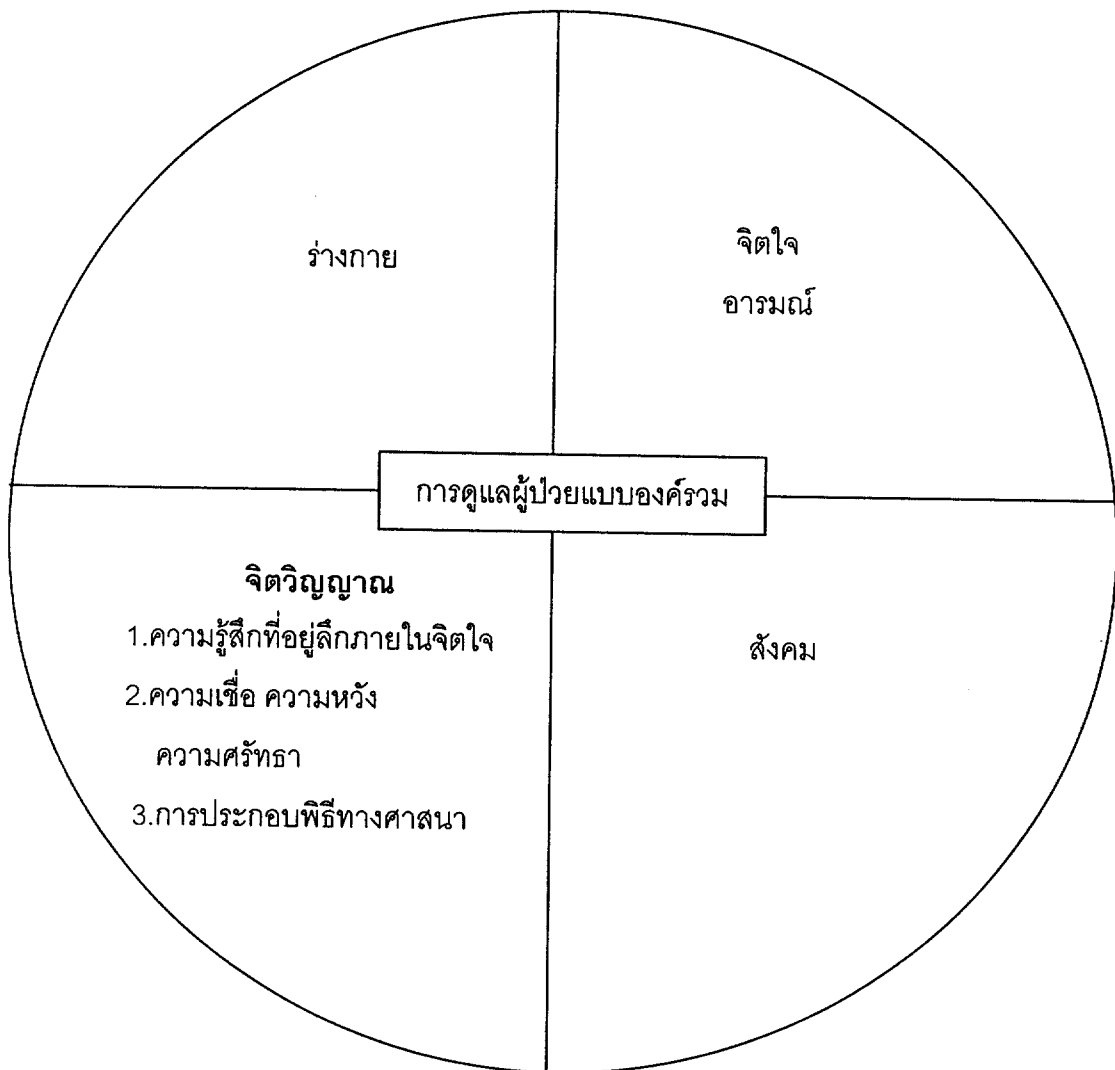
การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในสถานะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเจ็บป่วยรุนแรง เสี่ยงต่อชีวิต และต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วโดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย อาการและผลของการรักษา ในภาวะดังกล่าวผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลแบบองค์รวม

การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย หรือสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคหรือข้อจำกัดของโรคได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤต หากได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการแบบองค์รวมอย่างสมดุลและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคได้โดยเร็ว ดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของตนได้อย่างเหมาะสม จากแนวคิดเรื่องการดูแลแบบองค์รวมซึ่งเชื่อว่าบุคคลหรือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นระบบเปิดและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงที่องค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ ด้วยโดยที่จิตวิญญาณจะเป็นตัวควบคุมจิตใจ อารมณ์และร่างกาย ในขณะที่สังคมและสิ่งแวดล้อมจะมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ดังนั้นจิตวิญญาณจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่มีความสำคัญและผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดความสมดุล ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณบ่งชี้ถึงความปรารถนา ความประสงค์ ของผู้ป่วยที่อยู่ลึกในใจซึ่งได้แก่ การได้ปฏิบัติตามความรู้สึกที่อยู่ลึกในใจ ความเชื่อ ความศรัทธา การได้เคารพบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนนับถือ การปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา รวมทั้งการได้พูดคุยกับบุคคลที่ผู้ป่วยศรัทธา นับถือ หรือพระนักบวช ซึ่งเป็นสิ่งที่ ผู้ป่วยใช้ยึดเหนี่ยวเพื่อให้รู้สึกว่าอาการเจ็บป่วยของตนไม่รุนแรง มีอาการดีขึ้น ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต (จรัรัตน์ รักวิธรรม, 2543; จอม สุวรรณโณ, 2542;

ธัญญา น้อยเปียง, 2545; ธารารัตน์ สงสิทธิกุล, 2535; เสาวลักษณ์ มณีรักษ์, 2545; Chapman, 1986; DeLaune & Ladner, 2002; Dyson et al., 1997; Halm et al., 2000; Lindberg, Hunter & Kruszewski, 1998; Nussbaum, 2003; Stranahan, 2001)

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดและต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตจะรับรู้ว่าเป็นช่วงเวลาที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต ในขณะที่เดียวกันนี้ผู้ป่วยต้องพบกับสภาพแวดล้อมในการรักษาพยาบาลที่เน้นเทคโนโลยีและการช่วยชีวิตด้วยความรวดเร็ว โดยมีวิธีการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน ยากต่อการทำความเข้าใจ รวมทั้งการพยาบาลที่ได้รับจะมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายมากกว่าการให้ข้อมูลและการพูดคุยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาผลของการรักษาได้ แม้จะเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลและได้รับการเตรียมตัวหรือได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด รวมทั้งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัว คนใกล้ชิดคุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและการหายจากการเจ็บป่วย กลัวจะไม่ฟื้นและกลัวตาย อันเกิดจากความไม่แน่นอนของโรคและประสบการณ์ใหม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤตนี้ ความศรัทธาและเชื่อมั่นในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือ บုชา หรือศรัทธา นอกเหนือจากทีมสุขภาพและระบบบริการจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับความเจ็บป่วย มีความหวัง มั่นใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการ การเจ็บป่วยและสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับ รู้สึกว่าความเจ็บป่วยที่ตนได้รับมีความรุนแรงลดลง และยอมรับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (กาญจนา สิมะจารึก, 2538; ธัญญา น้อยเปียง, 2545; ภาวณี เทพสงแสง, 2541; ศรีัญญา คริ่งมี, 2543; Brush & McGee, 2000; Corbin & Cherry, 1997; Halm et al., 2000; Mishel, 1981, 1984, 1988, 1990, 1991; Stranahan, 2001)

ดังนั้นในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยรุนแรงจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของตนเองและวิธีการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต แม้จะเชื่อมั่นและรับรู้ว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดี แต่ผู้ป่วยยังคงมีความต้องการที่อยู่ลึกภายในจิตใจตามความเชื่อและความศรัทธาของตนเพื่อเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและกำลังใจที่จะต่อสู้กับภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงรวมทั้งยอมรับและร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ โดยสามารถสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินมิติด้านจิตวิญญาณ และศึกษาความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างรับการรักษาพยาบาลที่หอผู้ป่วยวิกฤตใน 24 ชั่วโมงแรกหลังกลับจากห้องผ่าตัด โดยทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ณ หอผู้ป่วยพักฟื้นภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยต้องรู้สึกตัวดี สื่อสารได้ดี ไม่มีอาการปวด อ่อนเพลียหรือเหนื่อยขณะตอบแบบสอบถาม และยินดีให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ เก็บข้อมูล ณ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันทรวงอก นนทบุรี ระหว่างวันที่ 15 กรกฎาคม 2547 ถึง 31 ตุลาคม 2547

นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในงานวิจัย

การนิยามคำศัพท์นี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้อง และกำหนดเพื่อเป็นแนวทางเบื้องต้นในการศึกษาซึ่งมีดังนี้

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Heart Disease: CHD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจ ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจ กลุ่มที่มีปัญหาหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มเนื้องอกหัวใจ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Opened heart surgery) หมายถึง การผ่าตัดเปิดทรวงอก (thoracotomy) ชนิดผ่ากลางกระดูกสันอก (sternotomy) เพื่อทำการผ่าตัดหัวใจ และต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทำหน้าที่ในการไหลเวียนโลหิตแทนปอดและหัวใจของผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัด เพื่อนำเลือดดำทั้งหมดหรือบางส่วนเข้าสู่ปอดเทียม เพื่อฟอกเลือดดำให้เป็นเลือดแดงแล้วปล่อยเลือดที่ฟอกแล้วเข้าสู่ร่างกายทางหลอดเลือดแดงใหญ่ โดยผ่านเครื่องปั๊มซึ่งทำหน้าที่เป็นหัวใจเทียม (mechanical pump)

หอผู้ป่วยวิกฤต หมายถึง สถานที่ซึ่งรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไว้รักษาพยาบาลเมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ซึ่งมีอุปกรณ์การแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อติดตามและเฝ้าสังเกตอาการ ติดตามการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

ความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความปรารถนา ความประสงค์ ความรู้สึกที่อยู่ลึกในใจ เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความศรัทธา ความรัก ความหวัง รวมทั้งการได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่นการสวดมนต์ ไหว้พระ อ้อนวอนพระเจ้า

อ่านบทสวด หนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ การได้พูดคุยกับพระ นักบวชหรือบุคคลที่ตนเลื่อมใสศรัทธา

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพในการประเมินความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อให้พยาบาล และบุคคลที่เกี่ยวข้องสามารถประเมินความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณได้ครอบคลุม ตรงกับความเป็นจริงและใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วย
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดทั้งในระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และในระยะพักฟื้นเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม
4. เป็นข้อมูลในการวิจัยประเด็นการตอบสนองของความต้องการแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต
5. เพื่อเป็นแนวทางในศึกษาเรื่องความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณและพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือในการประเมินความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป
6. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้เรียนเข้าใจและตระหนักถึงความต้องการมิติด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างรับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งนำแนวคิดไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย