

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เกิดจากภาวะหลอดเลือดหนา และแข็งตัว ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด แต่เชื่อว่าร้อยละ 80-90 เป็นผลมาจากมีไขมันมาเกาะ เรียกว่าภาวะนี้ว่า Atherosclerosis (White, 2004) ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ และคณะ, 2550) โดยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะไปทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดหัวใจและมีการรวมตัวของเกล็ดเลือดผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตันตามมา (El-Hazmi & Warsy, 2001) ความดันโลหิตสูงจะเป็นอันตรายต่อผนังของหลอดเลือด เกิดเป็นรอยโรคที่ส่งเสริมให้สารไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดมากขึ้น จึงทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลง (Ferebee, 2006; Hazzard, Chang, & Chait, 2003) ไขมันในเลือดสูงจะทำให้มีโคเลสเตอรอลแทรกซึมผ่านเยื่อเข้าสู่หลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตัน นอกจากโรคดังกล่าวแล้ว ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิตในทางที่เสื่อมลงทั้งรูปร่างและหน้าที่การทำงาน (เสก ปัญญสังข์ & สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2543) ซึ่งมีการวิจัยที่พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดจะมีความเสื่อมและส่งเสริมให้ไขมันสามารถแทรกซึมผ่านเยื่อหลอดเลือดชั้นในได้มากขึ้น จึงทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแข็งตัวได้ง่าย ดังนั้น จึงพบโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในวัยสูงอายุได้มากกว่าวัยอื่น (Martinez & House-Fancher, 2000)

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นภาวะหนึ่งในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization, 2000) เนื่องจากทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายคือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย เจ็บแน่นหน้าอกและมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์คือ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ อ่อนแอ มีความเครียด ความวิตกกังวล กลัวตาย ซึมเศร้า สูญเสียความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ (Fullwood et al., 2000; Mclean & Timmins, 2007) ทางด้านเศรษฐกิจคือ รายได้ลดลงจากการทำงานได้ลดลงหรือออกจากงาน นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะดังกล่าวนำไปสู่ความทุพพลภาพในระยะยาวที่ต้องการการดูแล

อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน (รวมพร นาคะพงศ์ & ศิริกัลยาณี มีฤทธิ์, 2549 อ้างถึงใน Thai Health Clinic, 2551) โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียก จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพสูงกว่าชนิดอื่น (American Heart Association, 2008)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และผลการสำรวจอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดของโลกยังคงสูงโดยพบว่า ในปี ค.ศ. 2003 ประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 16.7 ล้านคน และยังเพิ่มขึ้นเป็น 17.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 2005 (Heart disease and stroke statistics, 2005 cited in American Heart Association, 2008)

การสำรวจในสหรัฐอเมริกาพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง (Banks & Malone, 2005) ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Chyun, Vaccarino, Murillo, Young, & Krumholz, 2002; Johansson, Stromberg, & Swahn, 2004; Kucia, Taylor, Grad, & Horowitz, 2001) สถิติการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของสหรัฐอเมริกา จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2001 พบว่าประชากรที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนถึง 1.1 ล้านคน เสียชีวิต 344,791 คน และในปี ค.ศ. 2004 พบเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 ล้านคน เสียชีวิต 451,326 คน และยังมีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2008 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอีกเกือบ 8 แสนคน (Heart disease and stroke statistics, 2004 cited in American Heart Association, 2008)

สำหรับประเทศไทยพบว่า ยังไม่มีการแจกแจงข้อมูลของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ข้อมูลที่ได้จะเป็นสถิติของโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากร โดยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของโรคหัวใจและหลอดเลือด และแม้สถิติบางช่วงลดลงแต่ข้อมูลโดยรวมกลับพบว่ามีความโน้มเพิ่มสูงขึ้น (รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ & ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2543; สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2549) โดยเห็นได้จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2540-2546 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 3.1 แสนคน เป็น 3.6 แสนคน 7.9 แสนคน 1 ล้านคน 1.2 ล้านคน 7.7 แสนคนและ 9.3 แสนคนต่อปีตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548)

สำหรับโรงพยาบาลที่จะทำการรักษา เป็นโรงพยาบาลขนาด 800 เตียง จากการสำรวจข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพบว่า ที่แผนกฉุกเฉิน (ER) มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมารับการรักษาและต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 13-14 รายต่อเดือน ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเฉลี่ย 9-10 รายต่อเดือน หรือประมาณร้อยละ 70 ของผู้ป่วยดังกล่าว (สถิติการติดตามผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยฉุกเฉิน, 2550)

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่พบสูงขึ้นในผู้สูงอายุทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในผู้สูงอายุรองจากมะเร็ง (World health organization, 2007) โดยมักพบในกลุ่ม

ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (เสก ปัญญสังข์ & สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดในช่วงอายุ 60-74 ปี (Chyun et al., 2002; Johansson et al., 2004; Woon & Lim, 2003) 4 ใน 5 ของผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเสียชีวิตตั้งแต่ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป (Johansson et al., 2004; Woon & Lim, 2003) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2 เท่า (Woon & Lim, 2003)

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่ระบบการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจถูกรบกวนอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการปรกติอย่างกะทันหันของคราบพลากรับบริเวณผนังหลอดเลือดโคโรนารี เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือดจนเกิดลิ่มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดที่ตีบแคบอยู่แล้ว ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือดและออกซิเจน ซึ่งถ้าเกิดนานกว่า 20 นาทีจะทำให้เกิดการทำลายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดการตาย ก่อให้เกิดอาการทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Medline, 2007; Thygesen, Alpert, & White, 2007) และถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจนาน 4-6 ชั่วโมงจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายถาวรและสูญเสียการทำงานของส่วนนั้นไป (Banks & Malone, 2005; Chyun et al., 2002)

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันถือเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันและวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายเสื่อมลง กำลังสำรองลดลงและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ดังนั้นเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายจะกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่าและสามารถฟื้นคืนได้ช้ากว่าวัยอื่น (Meiner & Lueckenotte, 2006) ทำให้ยากแก่การรักษาและมีค่าใช้จ่ายในการรักษามาก (Banks & Malone, 2005) โดยความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนแปรผันตามพื้นที่ขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ และหากไม่ได้รับการแก้ไขภาวะดังกล่าวอย่างทันท่วงทีจะนำไปสู่การเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Banks & Malone, 2005; Chyun et al., 2002; Johansson et al., 2004; Limbu et al., 2006; Woon & Lim, 2003)

จากการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาที่มักเสียชีวิตพบว่า ผู้ที่เสียชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณร้อยละ 50 เกิดขึ้นก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล และในจำนวนนี้ครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตภายใน 2 ชั่วโมงแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Sharis & Cannon, 2000; White, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bertomeu et al. (2006) ในระยะต่อมาที่พบว่า ผู้ที่เสียชีวิตยังคงเสียชีวิตอย่างกะทันหันภายใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการหรือก่อนถึงโรงพยาบาล ทั้งนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยลดและแก้ไขการเกิดภาวะดังกล่าวคือ การที่ผู้ป่วยและญาติสามารถรับรู้อาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Early detection) และสามารถส่งต่อการดูแลได้อย่างทันท่วงทีตั้งแต่เริ่มมีอาการ (Kucia et al., 2001)

จากการศึกษาปรากฏการณ์น่าร้อ ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 6 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยฉุกเฉินและส่งต่อการดูแลไปยังหอผู้ป่วย

ต่าง ๆ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตพบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 60-65 ปี 2 คน อายุ 65 -70 ปี 3 คน และ อายุมากกว่า 70 ปี 1 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียก 4 คนและชนิดคลื่นเอสทีไม่ยก 2 คน ทุกคนมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง พบว่าผู้สูงอายุมีอาการหลากหลาย ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก แน่นอึดอัดในช่องท้อง แสบร้อนบริเวณคอและทรวงอก หายใจลำบาก ซีดเหลืองชาและสับสนฉับพลัน และยังทำให้รับรู้เกี่ยวกับอาการได้แตกต่างกัน โดยบางคนรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจและบางคนรับรู้ว่าเป็นอาการของระบบอื่น คนที่รับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการว่า “ตอนเข้มนัดข้าวแล้วจะสบาย มันจะสบายท้อขึ้นมา แน่นหวิวหัวใจขึ้นมาเลยที่นี้แหละ สีเือนคนมาข้างกันกะเอ็นบ่อก” และ “ตอนแรกกะมีอาการเจ็บหน้าอกตอนแปรงฟัน เจ็บหน้าอกแล้วก็มีแน่นท้อง” ผู้สูงอายุจึงคิดว่าเป็นอาการของหัวใจและเป็นอันตรายต่อชีวิต “คิดอยู่ คิดว่านี่แหละน่าเคว่าโรคหัวใจ โรคหัวใจล้มเหลวเป็นแล้วมันตายง่าย ๆ มันเป็นอย่างนี้แหละ” ผู้ที่รับรู้ว่าเป็นตัวเองไม่มีปัญหาโรคหัวใจเนื่องจากมีอาการคือ “มันหายใจไม่อิ่ม หายใจไม่ทันเหมือนคนจะจมน้ำ” “มันจะเป็นเจ็บท้อง เป็นแสบทุกทีขึ้นมาเลย แสบทุกทีคือไฟลามกิน ฝ่ายซ้ายนี้แหละ ฝ่ายขวายังสบายที่อยู่” “มันเป็นปวดมึน ๆ นะถ้าเป็นหัวใจ แต่เนื้มันเป็นแสบ ๆ คือลิบแม้น” “มันไม่เกี่ยวกับหัวใจ อึดท้องแน่นท้องนี้มันคนอาหระไม่ย่อย” “ตอนแรกนี่ก็ว่าเกะเท็นือยธรรมชาติของคนแก่ แต่ไม่ดีขึ้น ยิ่งเป็นมากขึ้นจึงรีบพามาโรงพยาบาล” และ “ไม่ฮู้ ไม่ฮู้ว่าเกิดจากอะไร บ่เคยเป็น นี่เป็นครั้งแรก” เมื่อมีการรับรู้อาการต่างกัน ผู้สูงอายุจึงมีการดูแลต่างกันคือ รีบนำส่งโรงพยาบาล “กะเลยว้าวไ้เข้าเฮาเพราะว่าบ้านเฮากะมีคนเป็นมาหลายอยู่ คือมันเคยเห็นมาแล้วกะเลยรีบมา” ดูแลตามอาการเช่น นอน ทายาหม่อง บีบขวด กดท้อง ล้วงคอให้อาเจียน ดื่มน้ำ ทานยาหอม ทานยาลดกรดแก้สในกระเพาะอาหารและอมยาโนโดกลีเซอรีนใต้ลิ้น หรือรอดูอาการก่อน เช่น “ให้พักก่อนเมื่ออาการดีขึ้น แต่มันกลับไม่ดีขึ้น มันเป็นมากขึ้น” ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีการดูแลแตกต่างกันเป็นผลมาจากการมีประสบการณ์เดิมและปัจจัยอื่นที่แตกต่างกัน

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่ได้มีเพียงอาการเจ็บหน้าอก แต่มีอาการที่หลากหลายและเกี่ยวข้องกับหลายระบบ ซึ่งการมีอาการที่หลากหลาย ไม่คุ้นเคยและอาการที่คล้ายกับโรคอื่นร่วมกับประสบการณ์ชีวิต บริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุแปลความหมายอาการของโรคแตกต่างไปจากความเป็นจริง ทำให้การดูแลเบื้องต้นไม่เหมาะสมหรือได้รับการวินิจฉัยล่าช้า (Bank & Malone, 2005; Kucia, 2001) ผู้ป่วยสูงอายุจะเข้าสู่อารมณ์สุขภาพที่ต่อเมื่ออาการเป็นมากแล้ว และไม่สามารถทนต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อีกต่อไป (เพชรรัตน์ เอี่ยมลล, 2540; Banks & Malone, 2005) ซึ่งหากผู้สูงอายุสามารถรับรู้อาการและจัดการกับอาการได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว จะช่วยลดหรือจำกัดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจได้ ส่งผลให้ความรุนแรง ภาวะแทรกซ้อนลดลงและฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการจัดการอาการ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะค้นหาคำตอบโดยอาศัยระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการแสวงหาความรู้โดยพิจารณาปรากฏการณ์สังคมสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ โดยวิธีนี้จะสนใจด้านความรู้สึนึกคิด ความหมาย ค่านิยมหรืออุดมการณ์ของบุคคลนอกเหนือไปจากข้อมูลเชิงปริมาณ (สุรางค์ จันทวานิช, 2548) การใช้ระเบียบวิธีการดังกล่าว จะช่วยให้ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุม ผลการศึกษาที่ได้จะช่วยสะท้อนภาพและมุมมองความคิด อันจะนำไปสู่การทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ สร้างความตระหนักให้แก่ผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้สามารถจัดการดูแลและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที พยาบาลผู้ให้การดูแลใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลที่สอดคล้องกับประสิทธิภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

ประสิทธิภาพการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร

คำถามรอง

1. การรับรู้อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร
3. เงื่อนไขการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพอาการ การจัดการอาการและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิดคลื่นเอสทียกและไม่ยก ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนานอย่างน้อย 3 วัน

5. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การจัดการอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative description research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสภาพความเป็นจริงตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management) ของดอดด์และคณะและลาร์สันและคณะ (Dodd et al., 2001; Larson et al., 1994) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นเพียงตัวกระตุ้นการวิจัย (Sensitizing frame work) และเป็นแนวทางเบื้องต้นในการศึกษา เพื่อช่วยให้มีความไวเชิงทฤษฎีและเกิดมุมมองที่กว้างขึ้นสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้ตามความหมายของผู้ให้ข้อมูล

6. คำนิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

6.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง (World Health Organization, 2007) ที่มีภาวะที่ระบบการไหลเวียนเลือดไปที่หัวใจถูกขัดขวางอย่างเฉียบพลัน ซึ่งเกิดจากการปริแตกของคราบพลากรอย่างกะทันหันที่ผนังหลอดเลือดโคโรนารี และมีการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดจนเกิดลิ่มเลือดอุดตันในบริเวณหลอดเลือดที่ตีบแคบดังกล่าว ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดและออกซิเจนทำให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดการตายขึ้น โดยจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเป็นเวลานานกว่า 20 นาที จนทำให้เกิดอาการทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการเปลี่ยนแปลงเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Medline, 2007; Thygesen et al., 2007)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามแนวทางการปฏิบัติโดยตรวจพบความผิดปกติ 2 ใน 3 อย่างคือ อาการทางคลินิก ซิริมเอนไซม์และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ว่าเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งชนิดคลื่นเอสทียกและไม่ยก (ST Elevated or Non-ST Elevated)

6.2 ประสบการณ์การจัดการอาการ

คำนิยามเชิงทฤษฎี วิธีการต่างๆที่บุคคลปฏิบัติเมื่อมีอาการเกิดขึ้น โดยบุคคลมีการรับรู้ว่าเป็นการกระทำเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคล (Dodd et al., 2001; Larson et al., 1994)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ เป็นประสบการณ์ทั้งหมดของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใช้ในการบรรเทาหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

6.3 ประสบการณ์อาการ

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง ประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการรักษาที่มีความเป็นพลวัตร เกี่ยวข้องหรือมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ (Dodd et al., 2001; Larson et al., 1994)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง ประสบการณ์การมีอาการไม่สุขสบายทางกาย และจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุทั้งก่อนเข้ารับการรักษาและขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

6.4 เงื่อนไขการจัดการอาการ

คำนิยามเชิงทฤษฎี เป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการอาการของบุคคล ซึ่งเริ่มตั้งแต่การรับรู้อาการของบุคคล โดยเงื่อนไขการจัดการอาการประกอบไปด้วย ลักษณะเฉพาะบุคคล สิ่งแวดล้อมและสุขภาพหรือการเจ็บป่วย (Dodd et al., 2001; Larson et al., 1994)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ เป็นเงื่อนไข ปัจจัยหรือเหตุผลที่ผู้สูงอายุใช้ในการตัดสินใจจัดการกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ช่วยให้พยาบาลตระหนักและเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในมุมมองผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้อาการ การจัดการเมื่อมีอาการ และปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการอาการตามความเป็นจริง

7.2 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายและให้คำแนะนำผู้ป่วยสูงอายุที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและญาติเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นต่อไป

7.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

