

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคไขมันมาติกและโรคหัวใจมาติก ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง(สถิติสาธารณสุข, 2535) โดยเฉพาะเป็นสาเหตุของโรคเส้นหัวใจที่เกิดภายหลังคลอดมากกว่าร้อยละ 90 (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532) และพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจมาติกเพิ่มมากขึ้นจาก 4,196 คน ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 8,774 คน ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2535 (สถิติสาธารณสุข, 2535) โรคหัวใจมาติกทำให้เกิดโรคเส้นหัวใจไม่ตรัสติบอย่างเดียวยังร้อยละ 25 เกิดโรคเส้นหัวใจไม่ตรัสติบและรั่วร้อยละ 40 (Braunwald,1992)

พยาธิสภาพของโรคเส้นหัวใจจากไขมันมาติกหรือโรคหัวใจมาติก จะปรากฏอาการแสดงภายหลังการติดเชื้อ 10-20 ปี จึงพบผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจไม่ตรัสติบการ อายุตั้งแต่วัยรุ่นจนถึง 30-40 ปี และหลังจากปรากฏอาการแสดง 5-10 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้นเรื่อยๆ (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; Braunwald,1992) เนื่องจากโรคเส้นหัวใจพิการทั้งตีบและรั่วทำให้การไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลีย ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง มีเลือดคั่งในช่องหัวใจเอเตรียมซ้าย ทำให้ความดันในเอเตรียมซ้ายเพิ่มสูงขึ้น เกิดความดันย้อนกลับไปที่ปอด เกิดอาการของเลือดคั่งปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง อาการจะมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีปัจจัยเสริม เช่น มีการออกกำลังกายมากเกินไป ทำงานหนักเกินไป มีความเครียด มีเพศสัมพันธ์ไม่เหมาะสม มีการติดเชื้อ ซึ่งกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและมีผลต่อชีวิตจำกัดของร่างกายในการทำกิจกรรม ตามที่สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York's Heart Association) ได้แบ่งระดับสมรรถนะหัวใจตามระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ เป็น 4 ระดับ (Functional Class : FC) คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจแต่สามารถทำงานปกติได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ 2) เป็นโรคหัวใจแต่ทำงานปกติได้ ทำงานหนักจึงมีอาการ 3) ทำงานเล็กน้อยก็มีอาการ และ 4) นอนอยู่เฉยๆก็เหนื่อยหอบ อาจเกิดภาวะน้ำท่วมปอด

หลอดเลือดแดงปอดแตก ใจเป็นเลือดได้ เมื่อหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวทำให้ห้องหัวใจเอเตรียมซ้ายขยาย เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบฟิบริลเลชั่น (Atrial Fibrillation ; AF) ความสามารถบีบรัดตัวของหัวใจลดลง เกิดการไหลวนของเลือด จับตัวเป็นก้อน อาจจะอุดตันเส้นหัวใจที่ตีบแคบอยู่แล้ว เป็นสาเหตุการตายอย่างกะทันหัน หรือหลุดไปตามกระแสโลหิตไปอุดตันเส้นเลือดส่วนปลายของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะเส้นเลือดสมองและเส้นเลือดแดงหัวใจ ซึ่งพบประมาณร้อยละ 6-7 ต่อปี และเกิดขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทำให้เกิดความพิการและเป็นสาเหตุการตายถึงร้อยละ 10-15 (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; Braunwald, 1992) นอกจากนี้การไหลวนของเลือดยังเป็นสาเหตุการติดเชื้อของหัวใจอีกด้วย ซึ่งจะทำให้อาการของโรคเลวลงยิ่งขึ้น

การผ่าตัดแก้ไขความพิการเป็นการรักษาตรงจุดที่สุด แต่เพื่อประโยชน์สูงสุดแพทย์จะพิจารณาทั้งข้อดีและข้อเสียที่เกิดจากการผ่าตัด โดยพิจารณาผ่าตัดเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงไม่ได้เท่านั้น เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 3 และ 4 ที่ไม่สามารถควบคุมด้วยยาได้ ไม่สามารถควบคุมการติดเชื้อในหัวใจได้ มีลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วรุนแรง ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 1 หรือ 2 ที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเอเตรียลฟิบริลเลชั่น มีก้อนเลือดในห้องเอเตรียมซ้าย มีประวัติหอบเหนื่อยเวลากลางคืน มีประวัติน้ำท่วมปอด อายุมากกว่า 45 ปี มีหัวใจซีกซ้ายขยายหรือโต การบีบรัดตัวของหัวใจลดลง (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; เชิดชัย ตันติศิรินทร์, 2537) ทั้งนี้เพราะข้อเสียของการผ่าตัดเร็วเกินไปผู้ป่วยต้องเสี่ยงต่ออันตรายและการตายจากการผ่าตัดเร็วขึ้น ซึ่งพบอัตราการตายจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดถึงร้อยละ 5-10 ขึ้นกับเทคนิคและความชำนาญของแพทย์ ทีมผ่าตัดและทีมผู้ดูแลหลังผ่าตัด นอกจากนี้หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังต้องเสี่ยงต่ออันตรายจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน ลิ้นหัวใจเทียมไม่ทำงาน หัวใจอักเสบ การเกิดรูรั่วรอบลิ้นหัวใจเทียม ภาวะหัวใจล้มเหลวหลังผ่าตัด เสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากการรับประทานยาคุมกำเนิด ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; Braunwald, 1992 ; Kirklin and Barratt, 1993) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดขยายรูเปิดลิ้นหัวใจไมตรัล เท่ากับร้อยละ 83 ในช่วง 10 ปี ผู้ป่วยที่ผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัลเท่ากับร้อยละ 74-94 และ 59 ใน 5 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ และในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัลเท่ากับร้อยละ 82.68 และ 55 ในช่วง 1 ปี 5 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ อัตราการรอดชีวิตนี้จะลดลงเมื่อต้องกลับมาผ่าตัดใหม่ และพบว่าผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดขยายรูเปิดของลิ้นหัวใจไมตรัล ต้องกลับมาผ่าตัดใหม่ถึงร้อยละ 20 ภายใน 10 ปี ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัล กลับมาผ่าตัดใหม่ร้อยละ 19 ในช่วง 7 ปี และผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรัล ต้องกลับมาผ่าตัดใหม่ ร้อยละ 5 ภายใน 5 ปี (Kirklin and Barratt, 1993) ส่วนในโรงพยาบาล

ศรินครินทร์ ที่ทำการผ่าตัดหัวใจมาครบ 10 ปี เริ่มพบว่าผู้ป่วยกลับมาผ่าตัดใหม่แต่ยังไม่มี การเก็บรวบรวมสถิติเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างเป็นทางการ

ดังนั้นในผู้ป่วยที่อายุน้อย ยังไม่มีอาการ หรือมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเพียง เล็กน้อย จะได้รับการพิจารณาให้ได้รับการรักษาด้วยยา เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัดหลายครั้ง (Currie, 1991) ผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการบางคนอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจ ไม่เชื่อในผลการวินิจฉัย ของแพทย์เนื่องจากผู้ป่วยไม่รับรู้ถึงอันตรายของโรคที่จะคุกคามรุนแรงยิ่งขึ้น จึงมีพฤติกรรม สุขภาพไม่เหมาะสม ไม่ป้องกันการเกิดอาการของโรคหรือการเกิดโรคซ้ำ (Lubkin, 1990) ผู้ป่วย จึงทำงานหนักเกินไป มีการพักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่หลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือสูบบุหรี่ ไม่มีการ ควบคุมน้ำหนัก ไม่มีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ไม่เห็นความสำคัญของการรับการ ฉีดยาเบนซาทีน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของไข้รูมาติก และป้องกันการติดเชื้อของหัวใจ โดยการฉีดหรือ รับประทานยาปฏิชีวนะอย่างถูกต้องและครบตามขนาด การดูแลสุขภาพปาก ฟันและการพบทันตแพทย์ ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายโดยการออกกำลังกาย การ บริหารกล้ามเนื้อช่วยหายใจอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ เป็นเหตุให้พยาธิสภาพของโรคดำเนิน อย่างรวดเร็ว ระดับสมรรถภาพหัวใจลดลงในระยะเวลาสั้นขึ้นกว่าเดิม ซึ่งถ้ามีพฤติกรรมที่ เหมาะสม โรคจะอยู่ในระยะสงบ คือไม่แสดงอาการเฉลี่ยประมาณ 7 - 10 ปี หรือเมื่อผู้ป่วยมี อายุ 30 - 40 ปี (เกียรติชัย ภูมิปัญญา, 2532 ; Kirklin and barratt , 1993)

ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ เนื่องจากข้อจำกัดของบริการทางการแพทย์ ที่ต้องการทีมบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ต้องการเทคโนโลยีระดับสูง ซึ่งให้บริการได้ เพียงบางโรงพยาบาลเท่านั้น และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสามารถให้บริการได้เพียงแห่งเดียว เท่านั้นคือ โรงพยาบาลศรินครินทร์ ข้อมูลจากสมุดนัดผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก พ.ศ. 2538 พบว่าผู้ป่วยต้องรอคิวผ่าตัดเป็นระยะเวลานานเป็นปี หรืออาจเกิดจากความไม่พร้อม จากสภาพร่างกายของผู้ป่วยเอง เช่น มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากกว่าระดับ 3 มีภาวะ ทุพโภชนาการรุนแรง ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลแก้ไขให้ดีขึ้นก่อน จึงจะสามารถรับการผ่าตัดได้ ปลอดภัย เพราะพบว่าผลผ่าตัดได้ผลไม่ดีเท่าที่ควรและมีภาวะแทรกซ้อน (เชิดชัย ตันติศิรินทร์, 2537) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาด้วยยา โดยติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อ ป้องกัน บรรเทาหรือพ่วงอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ความ พิกัดจากก้อนเลือดอุดตันเส้นเลือดแดงของอวัยวะต่าง ๆ การตายอย่างกะทันหันจากหัวใจเต้น ผิดจังหวะ (Baas and Kretten, 1987 ; Braunwald, 1992)

ผู้ป่วยบางคนเกิดความรู้สึกกลัว วิดกกังวล เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อยเมื่อทำงานมากขึ้น มีการรับรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นและคุกคามชีวิต ความกลัวเกิดขึ้นเพราะไม่ทราบว่าต้องจำกัดการออกกำลังกายระดับใด ไม่แน่ใจว่าทำงานขนาดไหนจึงจะปลอดภัย กลัวการผ่าตัด กลัวเป็นอัมพาตและกลัวตาย ขาดเงินค่าใช้จ่ายในการติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยบางคนเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต รวมทั้งแนวการรักษาของแพทย์ทำให้เกิดความวิตกกังวล บางคนเกิดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองเนื่องจากต้องจำกัดกิจกรรมและเชื่อว่าอนาคตก็จะต้องจำกัดมากขึ้น ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ จนอาจเกิดปัญหาต้องออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ เกิดการหย่าร้าง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดภาวะซึมเศร้า มีผลกระทบต่อระบบความคิดความเข้าใจ (cognitive) ทำให้มีความคิดความเชื่อต่อสภาพที่เป็นอยู่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่สามารถช่วยตนเองหรือวางแผนสำหรับอนาคตตนเองได้ ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และมีผลกระทบต่อระบบร่างกาย ทำให้ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงอาจจะมากเกินไปหรือลดลง ทำให้นอนหลับยากแต่ตื่นง่าย มีอาการอ่อนล้า ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ (Anderson, 1983) ซึ่งทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้านี้ยังทำให้อาการเลวลงเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากทั้งสองภาวะจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไต ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น แรงต้านต่อการบีบรัดตัวของหัวใจเพิ่มขึ้น ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น เกิดเลือดเกาะรวมกันมากขึ้น และเมื่อกลายเป็นความเครียดเรื้อรัง จะกระตุ้นการตอบสนองของระบบ Pituitary - adrenocortical ทำให้ต่อมหมวกไตสร้างฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์มากขึ้น เกิดการคั่งของเกลือโซเดียมและน้ำ ทำให้ปริมาตรเลือดเพิ่มมากขึ้น ทั้งยังกีดการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดการติดเชื้อง่ายขึ้น ซึ่งจะทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น

ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวเหมาะสมกับสภาวะของโรคและแนวการรักษา มีการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันการเกิดอาการคุกคาม การเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา มีการรับรู้และสนใจดูแลผลของภาวะแทรกซ้อนของโรคและการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย การปรับบทบาทหน้าที่ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับพยาธิสภาพ ปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้มากที่สุด การปรับเปลี่ยนบริโคณิสัย การพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ตลอดจนการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลายาวหรือตลอดชีวิตของบางคน จึงจะสามารถบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและรักษาพัฒนาการของตนเองไว้ได้ (Orem, 1991) ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม จะทำให้

อาการของโรคดำเนินไปอย่างช้าๆ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายอันเป็นสาเหตุของความพิการหรือตายก่อนวัยอันสมควร สามารถรับการรักษาโดยการผ่าตัดการอื่นๆ หรือการผ่าตัดเมื่อถึงเวลาอันเหมาะสม ประสพผลสำเร็จสูงในการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด

จะเห็นว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยมีผลอย่างมากต่อการดำเนินของโรคหัวใจไม่ตรัส และการที่จะทำการศึกษากิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส พยาบาลจำเป็นต้องกำหนดกรอบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป และความต้องการการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจไม่ตรัส จึงจะสามารถทราบความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่พยาบาลต้องให้การพยาบาล ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมความเป็นบุคคลที่เป็นองค์รวม (Holistic)

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย ก่อนลงมือปฏิบัติบุคคลจะต้องตอบคำถามตัวเอง ก่อนว่าพฤติกรรมนั้นให้ประโยชน์อะไรแก่ตัวเอง และตัวเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ (Orem, 1980) การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง บุคคลจะต้องใช้ทั้งความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการกระทำ แรงจูงใจเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลริเริ่มและตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองให้ได้ผลดีที่สุด

ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลนั้นพบว่าแม้บุคคลมีความรู้ มีข้อมูล การปฏิบัติและทักษะที่จำเป็น แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จถ้าบุคคลขาดอำนาจอ้างอิงในตนเอง (Self-referent) ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ตามทฤษฎีสมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (Bandura, 1986) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมที่มุ่งหวังเพราะบุคคลมีแรงจูงใจที่เกิดจากความมั่นใจว่าพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามต้องการ เป็นความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) และมีความเชื่ออย่างสมเหตุสมผลว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ เป็นความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง (Self - efficacy expectation)

ความคาดหวังในผลลัพธ์และความคาดหวังในสมรรถนะตนเองเป็นแรงจูงใจ เป็นแรงขับให้บุคคลกระทำพฤติกรรมด้วยความตั้งใจ จงใจให้เกิดผลดีที่สุด แม้ว่าบุคคลจะมีความเชื่อว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งสามารถทำให้เกิดผลลัพธ์อย่างหนึ่งได้แน่นอน แต่เขาก็มีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติ ถ้าเขามีความสงสัยว่าเขาเองไม่สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ความคาดหวังในผลลัพธ์จึงขึ้นกับความคาดหวังในสมรรถนะตนเองด้วย และเพราะว่าผลลัพธ์เกิดจากพฤติกรรม ความคาดหวังในสมรรถนะตนเองจึงเป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดีกว่า และเมื่อไม่มีการกระทำใดๆ สามารถสร้างผลลัพธ์ตามต้องการ หรือผลลัพธ์จากภายนอกมีส่วนเกี่ยวพันน้อยกับคุณค่าของการ

กระทำ หรือผลลัพธ์คงที่ เช่น ค่าจ้าง รางวัลเท่าเดิมหรือไม่สามารถเลือกผลลัพธ์ได้ ความคาดหวังในผลลัพธ์จึงไม่ถูกรวมเป็นตัวทำนายพฤติกรรมด้วย (Bandura, 1986)

ความคาดหวังในสมรรถนะ คือความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนที่จะกระทำการดูแลตนเองจริงเป็นสภาวะของจิตใจในขณะนั้นไม่ใช่วัดเมื่อเกิดผลสำเร็จหลังกระทำ การที่บุคคลรับรู้สมรรถนะตนเอง (Perceived self - efficacy) จึงเป็นการตัดสินความสามารถตนเองของบุคคลว่ามีความสามารถที่จะจัดการหรือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้สำเร็จ เป็นทักษะทางด้านจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์การกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ความรู้สึกทั่วไปเกี่ยวกับความสามารถหรือคุณค่าของตนเองและแรงจูงใจจากความสำเร็จ การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อ 1) การเลือกพฤติกรรมที่จะปฏิบัติ เพราะว่าบุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำที่เห็นว่าเกินความสามารถตนเอง และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองคิดว่าสามารถควบคุมได้ 2) ความพยายามกระทำอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ และ 3) รูปแบบความคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆจริง (Bandura, 1986)

การรับรู้สมรรถนะตนเองจึงเป็นแรงจูงใจในการริเริ่มกระทำการดูแลตนเอง และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในอนาคต ดังที่มีผู้ทำการศึกษาหลายท่านได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่นการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการจัดการเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยโรคลมชัก (Dilorio, Faherty and Manteuffel, 1992) การรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Hurley, 1990 ; Crabtree, 1986 cited by Hurley, 1990) การรับรู้สมรรถนะตนเองกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายของผู้ป่วยในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Hickey, Owen and Froman, 1992) จากการศึกษาดังกล่าวพบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมที่ต้องการศึกษา แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการรับรู้สมรรถนะตนเองในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล จึงต้องการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการดูแลตนเอง และให้การพยาบาลทดแทนความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้บรรลุเป้าหมายคือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไมตรัล

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส

1.3 สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้สมรรถนะตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัส กรอบแนวคิดในการศึกษานี้ใช้แนวคิดของ ทฤษฎีสมรรถนะตนเอง (Self - Efficacy Theory) ของ Bandura(1986)และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem(1991) โดยทฤษฎีสมรรถนะตนเองได้กล่าวไว้ว่าบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวัง เนื่องจากมีการรับรู้สมรรถนะตนเอง(Perceived self-efficacy) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นสถานะของจิตที่เกิดจากการรับรู้ เรียนรู้จากประสบการณ์ การได้เห็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดี การได้รับคำพูดชักจูงใจได้รับคำแนะนำปรึกษาและสถานะทางด้านร่างกายและอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะตนเองจะมีอิทธิพลต่อการริเริ่ม การเลือกหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม การใช้ความพยายามกระทำอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนรูปแบบการคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์เมื่อต้องปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจริงๆ การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ในสถานการณ์นั้นได้สำเร็จหรือไม่ มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมได้ การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นความเชื่อในความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมก่อนการปฏิบัติจริง เป็นพลวัตร มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Bandura,1986)

ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้อธิบายถึงสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสว่า หากผู้ป่วยจะลงมือปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองตามสถานะของโรคลิ้นหัวใจไม่ตรัสที่เป็นอยู่ โดยเชื่อว่าตนเองสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ในสถานการณ์นั้นๆได้ และเมื่อสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงขึ้นในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป

หรือริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่ และในการศึกษาพฤติกรรม การกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม โดยกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องปฏิบัติ ตามความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป และตามความต้องการการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจไม่ตรัส จะทำให้การศึกษพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ทุกด้าน ซึ่งเมื่อปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยสามารถรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ บรรเทาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายถึงพิการและเสียชีวิต สามารถดำเนินบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคมต่อไปได้ (Orem, 1991)

ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสในคลินิก เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยต่อไป

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัสที่ได้รับการรักษาด้วยยา ในคลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคหัวใจไม่ตรัส (Health deviation self-care requisites) ตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1991) และศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหัวใจ

1.6 คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

1.6.1 การรับรู้สมรรถนะตนเอง (Perceived self-efficacy)

คำนิยามเชิงทฤษฎี

การรับรู้สมรรถนะตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถพอที่จะจัดการหรือปฏิบัติพฤติกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ โดยต้องคำนึงถึงทักษะที่มีอยู่และตัดสินใจว่าตนเองสามารถจะทำอะไรได้ และจะนำทักษะใดมาใช้กับสถานการณ์นั้น (Bandura, 1986)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

การรับรู้สมรรถนะตนเอง หมายถึง การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส ซึ่งประเมินได้จากคะแนนของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรงวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินระดับความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป 8 ด้านคือ

1. การได้รับน้ำเพียงพอและเหมาะสม
2. การได้รับอาหารเพียงพอและเหมาะสม
3. การได้รับอากาศเพียงพอ
4. การขับถ่ายและการระบายของเสียเป็นปกติ
5. การรักษาสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
6. การรักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
7. การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
8. การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด

และตามความต้องการการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจไม่ตรัส 5 ด้าน คือ

1. การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้
2. การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกัน
3. การรับรู้ สนใจ ดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา
4. การปรับภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง
5. การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพและการรักษา

1.6.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self care behaviors)

คำนิยามเชิงทฤษฎี

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (Orem,1980)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

พฤติกรรม การดูแลตนเอง หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งหมดของ ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัล ที่ปฏิบัติเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพของตน ซึ่งสามารถ ประเมินได้โดยคะแนนจากแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมความต้องการ การดูแลตนเองทั่วไป 8 ด้าน และความต้องการ การดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคหัวใจไม่ตรัล 5 ด้าน เช่นเดียวกับการรับรู้ สมรรถนะตนเอง

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัล
2. ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง กับ การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัล
3. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมการพยาบาล สามารถส่งเสริมและทดแทน ความพร้อมในการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหัวใจ