

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นโรคที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาและประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกามีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดปีละประมาณ 930,000 คน ในจำนวนนี้ร้อยละ 54 เป็นการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (sudden cardiac death) (Bucher & Melander, 1999) สำหรับประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2534 ถึง 2541 พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจเพิ่มจาก 54.7 เป็น 56.0 , 58.5, 62.5 , 69.2 , 77.4 , 72.1 และ 65.4 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543) จากสถิติจะเห็นได้ว่าในช่วง 2 ปีหลังนี้อัตราการตายจากโรคหัวใจมีจำนวนลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการตรวจวินิจฉัย และการรักษาด้านการแพทย์มีความก้าวหน้า และรวดเร็วมากขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคหัวใจประเภทหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดจากความไม่สมดุลระหว่างปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการเลือดไปเลี้ยงของตัวหัวใจเอง โดยปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงจะน้อยกว่าความต้องการเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจในขณะนั้น จึงทำให้เกิดการขาดเลือดและออกซิเจน โดยพยาธิสภาพส่วนใหญ่ของโรคนี้เกิดจากการมีไขมันเกิดขึ้นและสะสมภายในผนังเยื่อหุ้มด้านในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี การสะสมของไขมันมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็ง (atherosclerotic plaque) รูภายในหลอดเลือดตีบแคบลงในระยะแรกที่เลือดยังคงไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอกับความต้องการ ผู้ป่วยจะไม่ปรากฏอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีการสะสมของไขมันภายในผนังเยื่อหุ้มด้านในของหลอดเลือดมากขึ้นเป็นเวลานาน ร่วมกับการมีหินปูนเกาะจนทำให้รูภายในหลอดเลือดเกิดการตีบแคบ ซึ่งหากการตีบแคบนี้เกิดขึ้นเกินกว่าร้อยละ 50-70 ของขนาดเดิม เลือดจะไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ ผู้ป่วยจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ (Bucher & Melander, 1999; Ignatavicius, Workman, & Mishler, 1995; Priscilla & Karen, 1996; Thelan, Urden, Lough, & Stacy, 1998)

อาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) จัดเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่ผู้ป่วยออกกำลังกายหรือแม้ในขณะที่พัก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรงของโรค (Bucher & Melander, 1999) ผลกระทบจากอาการเจ็บหน้าอกจะทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดการออกกำลังกาย ลดหรืองดการประกอบกิจกรรม และเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายลดลง ผู้ป่วยจะไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ เพราะกลัวว่าจะกระทบกระเทือนและเป็นอันตรายต่อหัวใจ กลัวไม่หาย และกลัวตาย ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพคล้ายผู้พิการและไร้คุณค่า (กาญจนา สิมะจารึก, 2538) เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย และการทำงาน

การควบคุมอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกแพทย์จะใช้ยา แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา มีอาการเจ็บหน้าอกทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนไม่อาจควบคุมได้ และ/หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ร่วมกับปัจจัยด้านความรุนแรงของพยาธิสภาพอื่นๆ ได้แก่ หลอดเลือดแดง left main coronary มีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 50 หลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจมีการตีบแคบจำนวน 3 เส้น ร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่ม non-Q wave infarction และภาวะช็อคจากพยาธิสภาพที่หัวใจ เป็นต้น แพทย์ก็จะพิจารณาทำการรักษาด้วยการผ่าตัด (วีระชัย นาวารวงศ์, 2543; Clochesy, Breu, Cardin, Whittaker, & Rudy, 1996)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นจำนวนประมาณ 400,000 คน ในปี ค.ศ. 1995 (Carroll, 1995; Ignatavicius et al., 1995) และเพิ่มขึ้นเป็น 607,000 คน ในปี ค.ศ. 1997 (American Heart Association, 2000) ส่วนในประเทศไทย สถิติผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จนถึงปี พ.ศ. 2543 (นับถึงเดือนตุลาคม) มีจำนวน 34, 49, 51 และ 78 ราย ตามลำดับ (รายงานจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ หลอดเลือด และทรวงอก โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่, 2543) จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่า ในระยะเวลา 4 ปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เนื่องจากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการแก้ไขพยาธิสภาพที่ประสบความสำเร็จสูงสุด หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคดีกว่าการรักษาด้วยยา และการผ่าตัดยังสามารถเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ จึงสามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้ถึงร้อยละ 90 (Kinney, Packa, & Dunbar, 1993; Sands & Dennison, 1995)

ภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก็น่าจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย (Kinney et al., 1993) เนื่องจากได้รับการแก้ไขพยาธิสภาพเรียบร้อยแล้ว โดยเริ่มจากการใช้พลังงานในระดับต่ำ ซึ่งมีปริมาณการใช้ออกซิเจน

ในระดับต่ำสุดในการทำกิจกรรมประจำวันส่วนบุคคลคือ 1.75 METs แล้วค่อยๆ เพิ่มปรับไปสู่กิจกรรมที่มีความซับซ้อนและต้องใช้พลังงานในระดับสูงขึ้นไปเรื่อยๆ ตามลำดับ ไปจนถึงระดับที่มีปริมาณการใช้ออกซิเจนมากที่สุด คือ 8.0 METs ได้แก่ การทำกิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ โดยเทียบได้กับดัชนีวัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตุ๊ก (The Duck Activities Status Index) ของเฮทกีและคณะ (Hlatky et al., 1989) ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะสุขภาพ และการกลับไปใช้ชีวิตในสภาพที่ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 7 วัน หลังการผ่าตัดต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (intensive care unit) อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง ได้รับการใส่สายต่างๆ เช่น ท่อทางเดินหายใจ ท่อระบายทรวงอก ท่อระบายสารคัดหลั่ง และมีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด สภาวะดังกล่าวอาจสร้างความกลัว ความวิตกกังวล และความไม่สุขสบายให้แก่ผู้ป่วยเพิ่มเติมจากอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก หรือบริเวณแขนและขาที่นำหลอดเลือดไปทำทางเบี่ยงได้ (บุญธิ ศรีสุวรรณาสกุล, 2542) สถานการณ์เหล่านี้เสริมกับประสบการณ์การเคยมีอาการเจ็บหน้าอกในขณะมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกายอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

จากการศึกษาของอัลเลน (Allen, 1990) พบว่าผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการผ่าตัดเพียงร้อยละ 50 และในระยะยาวผู้ป่วยมีการกลับเข้าทำงานเพียงร้อยละ 20 และจากการศึกษาของโครนิน, ลอกส์ดอน และมิราเคิล (Cronin, Logsdon, & Miracle, 1997) ที่ทำการศึกษาผลของการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยเพศหญิงจำนวน 58 ราย หลังการผ่าตัดจากการประเมินผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีพิสัยคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยมาก พบว่าหลังการผ่าตัด 1 เดือน และ 3 เดือนแรก ผู้ป่วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการกลับไปปฏิบัติกิจกรรมในบ้านเป็น 26.99 และ 14.30 ตามลำดับ ค่าผลกระทบภาวะความเจ็บป่วยต่อการกลับไปปฏิบัติกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจมีค่าคะแนนเฉลี่ย 16.65 และ 10.30 ตามลำดับ และค่าผลกระทบภาวะความเจ็บป่วยต่อการกลับไปปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ย 22.84 และ 19.96 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังการผ่าตัดเป็นระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยยังคงกลับไปปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่เต็มที่ สอดคล้องกับการศึกษาของคิง (King, 2000) ที่พบว่า การกลับไปปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ

ในระยะ 1, 2 และ 3 เดือนแรกหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยหญิงหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงร้อยละ 9, 37 และ 53 ตามลำดับ โดยในผู้ป่วยเพศชายพบว่ามีอัตรามากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 11, 47 และ 73 ตามลำดับ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่กลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจยังมีจำนวนที่น้อยเมื่อเทียบกับเป้าหมายสูงสุดและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วย และ/หรือรัฐจะต้องรับผิดชอบในวงเงินที่สูง ในประเทศสหรัฐอเมริกาการบำบัดเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนถึง 6-7 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Clochesy et al., 1996) ส่วนในประเทศไทย ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2543 ประมาณการว่าผู้ป่วยแต่ละรายจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายประมาณ 100,000-200,000 บาท ดังนั้น การที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไม่สามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มศักยภาพ เป็นการระของญาติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าลดลง เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และเบื่อหน่าย (Cronin et al., 1997; Moore, 1995) สถานะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพยาวนานออกไป เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในระยะหลังการผ่าตัด ผลในระยะยาวผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ทำให้สูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ ปัญหาด้านความพร้อมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอย่างเต็มศักยภาพโดยเร็วที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการไม่สามารถกลับไปประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างมีประสิทธิภาพหลังการผ่าตัดดังกล่าว เกิดจากการที่ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Cronin et al., 1997; Gilliss, Gortner, Shinn, & Tompkins, 1993; Kirkerold, Gortner, Berg, & Saltvold, 1995; Roberson, 1992) เนื่องมาจากการรับรู้ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเชื่อว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต พยาธิสภาพของโรคทำให้ความสามารถในการทำงาน การปฏิบัติตนตามบทบาท และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (กาญจนา สิมะจาริก, 2538; ขวนพิศ ทานอง, 2541; อูมา จันทวิเศษ, 2539) ประกอบกับการเข้ารับการผ่าตัดหัวใจซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ ผู้ป่วยรับรู้ว่าการผ่าตัดเป็นอันตรายต่อชีวิต หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการปวดแผลผ่าตัดบริเวณท้องกลางทรวงอก หรือแผลที่บริเวณแขนและขา ณ ตำแหน่งที่นำหลอดเลือดไปทำทางเบี่ยง อาจมีความไม่สุขสบายอันเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนหลังการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมในระหว่างการผ่าตัด (กาญจนา สิมะจาริก, 2538) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเจ็บปวด ความกลัว และความวิตกกังวล สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการผ่าตัด และจากการศึกษาของอัลเลน, เบคเคอร์, และสแวนค์ (Allen, Becker, & Swank, 1990) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย พบว่าปัจจัยที่ดีที่สุดที่มีอำนาจในการทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะ 6 เดือนแรก คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลคิด ประเมิน ตัดสินพิจารณาเกี่ยวกับความสามารถของตนเองโดยผ่านกระบวนการทางปัญญาในการที่จะกระทำ พฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจงให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ใช่เป็นคุณลักษณะประจำตัวที่คงอยู่อย่างถาวร แต่บุคคลสามารถฝึกฝนให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องต่างๆ เพิ่มขึ้นได้ (Bandura, 1997) พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุดตลอด 24 ชั่วโมง มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้รับรู้สมรรถนะแห่งตน ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถในการกระทำการกิจกรรทางด้านการร่างกายต่างๆ หรือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่การทำงาน และสภาวะจิตใจของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่การทำงาน และบทบาทในสังคม ได้ใกล้เคียงปกติภายหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น ซึ่งการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยขึ้นได้โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience) การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) และสภาวะทางด้านการร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states)

จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่าในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยในการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อพร้อมที่จะกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะหลังการผ่าตัดนั้น โดยทั่วไปจะเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ตลอดจนการมีกิจกรรมและการออกกำลังกายในระยะหลังการผ่าตัด แต่การเตรียมผู้ป่วยเพื่อให้มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เพิ่มความมั่นใจในการกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะแรกหลังการผ่าตัดนั้น ยังไม่พบว่ามีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด มีบทบาทในการสอนให้คำแนะนำ ส่งเสริม และสนับสนุนผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในระยะแรกหลังการผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถที่จะกลับไปประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่บ้านได้โดยเร็วที่สุดในระยะแรกหลังการผ่าตัด จึงสนใจที่จะศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาคู่มือการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน สำหรับผู้ป่วยที่ได้

รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคล สภาพะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ประสิทธิภาพของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และการใช้คำพูดชักจูง ด้วยวิธีการสนับสนุนจาก 4 แหล่งดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีความพร้อมและมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกลับไปประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เพิ่มขึ้น หลังการผ่าตัดในระยะเริ่มแรก โดยครอบคลุมถึงกิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในแผนกศัลยกรรมและพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย ในช่วงระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2544 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่จะกระทำกิจวัตรประจำวันได้สำเร็จ โดยแบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ สามารถประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Perception of Functional Ability Scale, PFAS) ซึ่งสร้างขึ้นโดยนาตากาวา - โคแกน (Nakagawa-Kogan, 1996) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย อัจฉรา สุคนธสรณ์ (Sukonthasam, 1996)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งเป็น 5 หมวด ได้แก่ กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ สามารถประเมินได้จากแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Perception of Functional Ability Scale, PFAS)

การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย การเสนอตัวแบบที่เป็นบุคคล สถานะทางด้านร่างกายและอารมณ์ ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ และการใช้คำพูดชักจูง โดยใช้แนวทางตามคู่มือที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม และใช้แนวคิดของเบนดูรา

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เตรียมการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และมารับบริการในแผนกศัลยกรรมและพิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลที่พยาบาลประจำการให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อน/หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจตามปกติ ประกอบไปด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การสอนการหายใจ และวิธีไอที่มีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายหลังการผ่าตัด ตามความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติแต่ละบุคคล