

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ มีผลทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ และในประเทศไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่พบได้มาก (พรณี เสถียรโชค, 2536) และมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากการมารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในปี พ.ศ. 2538 มีจำนวน 322 ราย และในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 330 ราย (หน่วยสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2538-2539) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติสาธารณสุขที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งประเทศมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือในปี พ.ศ. 2536 มีอัตรา 23.1 และในปี พ.ศ. 2537 - 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 24.49 และ 31.6 ต่อประชากร 1 แสนคนตามลำดับ (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537-2538) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่สถานการณ์ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบให้พฤติกรรมกระดำเนินชีวิตของประชาชนในเรื่องความเป็นอยู่และการทำงานเปลี่ยนแปลงไป มีการแข่งขันกันสูง เร่งรีบ ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันและพลังงานสูง (ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2533) ขาดการพักผ่อนและการออกกำลังกาย (ลินจง โปธิบาล, 2538) ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดต่าง ๆ รวมทั้งหลอดเลือดโคโรนารีซึ่งจะพบการเกาะสะสมของไขมันตามผนังหลอดเลือด จนกระทั่งช่องภายในของหลอดเลือดแคบลงและตีบแข็ง ทำให้เลือดไหลไม่สะดวกและออกซิเจนไปถึงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง (Herral, 1997) ประกอบกับการสูงอายุทำให้การเกิดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดขึ้นเป็นเวลานานกว่าวัยอื่น ซึ่งถ้า

หลอดเลือดมีการอุดตันมากขึ้นก็จะมีผลทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ อันจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย เป็นต้น และที่สำคัญคือเมื่อเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ย่อมทำให้เสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหันมากเป็น 3-4 เท่าของคนปกติ (พรณี เสถียรโชค, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขปี พ.ศ. 2537-2538 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคในประชากรไทย อันดับแรกคือโรคหัวใจ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ 88.5 และ 95.0 คน ต่อประชากร 1 แสนคนตามลำดับ และยังพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดมีจำนวนเพิ่มขึ้น คือ ปี พ.ศ. 2537 มีอัตรา 2.0 เพิ่มขึ้นเป็น 2.7 ต่อประชากร 1 แสนคนในปี พ.ศ. 2538 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2537-2538) จากการศึกษาของโรเบิร์ตสันและเคลเลอร์ (Robertson & Keller, 1992) พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดในวัยผู้ใหญ่ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับสถิติโรคของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่พบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจชนิดอื่นๆ (หน่วยสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, 2538-2539) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 70-80 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530) และจากการศึกษาของโซลาและโคลเนอร์ (Sola & Kloner, 1989) ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุ 49-70 ปี มีความเสี่ยงต่ออัตราการตายที่สูงมาก และยิ่งบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะยิ่งมีอัตราการตายสูงมากขึ้นตามไปด้วย

โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยสูงอายุทราบว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีความกลัวว่าตนเองมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลว่าการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมใดๆ จะทำให้หัวใจของตนต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นจนเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ประกอบกับการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บปวดจากการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลันขณะทำกิจกรรม ผู้ป่วยจึงมักคิดว่าตนต้องนั่งหรือนอนพักผ่อน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภารกิจต่างๆ หรือออกกำลังกายได้เช่นคนปกติ เพราะเกรงว่าจะก่อให้เกิดอาการเช่นที่เคยเป็นและเกิดอันตรายได้ อีกทั้งแผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน ได้กำหนดให้มีการจำกัดการออกกำลังกาย และการเคลื่อนไหวของร่างกายของผู้ป่วยเพื่อลดการทำงานของหัวใจ การจำกัดการออกกำลังกายนั้นโดยทั่วไปจะปฏิบัติในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก หรือมีการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ หลังจากนั้นผู้ป่วยจึงจะสามารถทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นขั้นตอนและจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับจนสามารถทำได้

เองทั้งหมดเหมือนช่วงก่อนเกิดอาการขึ้น ฉะนั้นการทํากิจกรรมและการเพิ่มการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงต้องทำให้เร็วที่สุด คือทํากิจกรรมทันทีที่สามารถทำได้ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2536) ถ้ามีการจำกัดการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวของร่างกายอยู่เป็นเวลานานและไม่เหมาะสม จะทำให้มีการเสื่อมสภาพของร่างกายเกิดขึ้น ประกอบกับร่างกายผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอยู่แล้ว จึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น การรวมตัวของเกล็ดเลือด การอุดตันในหลอดเลือดปอด บัสดาะลำปาก ปอดบวม ความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า เบื่ออาหาร ท้องผูก ความสามารถในการทำงานของอวัยวะส่วนต่างๆ ลดน้อยลง หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น (Goldstrom, 1972 ; Robin, 1988) จากทะเบียนสถิติผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2538 ถึงเดือนมีนาคม 2540 พบว่าผู้ป่วยหนักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยคือโรคปอดบวม ซึ่งจะเกิดในผู้ป่วยที่นอนอยู่บนเตียงนานมากกว่า 7 วันขึ้นไป ส่วนภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ไม่มีการบันทึกไว้ เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาก็ย่อมต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาหนักที่มีผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว และถ้าบางครอบครัวมีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้วจะมีปัญหามากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทย คือผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของประภิต วาทีสาทกกิจ (2527) พบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐต่อคนต่อวัน ประมาณ 900 บาท นับเป็นจำนวนเงินที่สูงมาก รวมทั้งการจำกัดการเคลื่อนไหว การจำกัดการออกกำลังกาย เพื่อต้องการลดการทำงานของหัวใจในระยะแรกนั้น เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในสภาวะคล้ายกับผู้ไร้ความสามารถ ทำให้จิตใจของผู้ป่วยได้รับความกระทบกระเทือน ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองอยู่ในระยะอันตรายหมดกำลังใจ สูญเสียภาพลักษณ์และบทบาทของตน ทำให้เกิดความวิตกกังวล เบื่อหน่ายรำคาญอารมณ์ตึงเครียด และถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็อาจจะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า และจะมีผลกระทบต่อองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตคือไม่มีความรื่นรมย์ในชีวิต (zest) และภาวะอารมณ์ (mood tone) ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง (Neugarten, Havighurst, & Tobin, 1961) ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงในที่สุด เนื่องจากความพึงพอใจในชีวิตอันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตลดลง (George & Bearon, 1980)

จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้วิจัยพบว่า ภายหลังจากการเกิดอาการในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยจะยังมีปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เช่นไม่พยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่กล้าออกกำลังกายใดๆ ไม่เข้าใจในการ

ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จากแนวคิดของ ชวาร์ท (Schwartz, 1975) ที่ว่าความรู้ทำให้เกิดพฤติกรรม การปฏิบัติได้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการฟื้นฟูสมรรถภาพอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยขาดความรู้ ไม่มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยและวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งไม่ทราบสาเหตุในการ ให้กิจกรรมการรักษาพยาบาลบางอย่าง อีกทั้งพยาบาลส่วนใหญ่ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุนั้น มีจำนวนน้อยที่เคยได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ ไม่เข้าใจความต้องการและวิธีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุนั้นมีความต้องการมากมาย ซับซ้อนและใช้เวลาในการดูแลมากกว่าวัยอื่น ประกอบกับภาวะการณปัจจุบันที่พยาบาลมีเวลา ดูแลผู้ป่วยน้อยลงหรือทำหน้าที่อื่นมากขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการฟื้นฟูสภาพหัวใจภายหลังที่ผู้ป่วยสูง อายุเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการกระตุ้นให้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เฉพาะ สมบูรณ์แบบและเป็นระบบ เพื่อตอบสนองความต้องการและเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตของ ผู้ป่วย โดยอาศัยการเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามระยะเวลาที่เหมาะสม ที่จะส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุถูก จำกัดการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวจึงมีความจำเป็น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงรูปแบบการ พยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีการพยาบาล คือ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (theory of goal attainment) ซึ่งพัฒนามาจากรูปแบบ มโนทัศน์การพยาบาลของคิง (King) ในการประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย เพื่อจัดรูปแบบการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการและศักยภาพของผู้สูง อายุ มุ่งเน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยทั้งสองฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนการ รับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยผ่านการติดต่อสื่อสาร มีการกำหนดเป้าหมาย และแสวงหาวิธีการปฏิบัติ ร่วมกัน ซึ่งจะเป็นวิธีปฏิบัติที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับ แล้วนำวิธีที่ตกลงกันนั้นไปปฏิบัติ โดยมีการ ประเมินผลของการปฏิบัติและแก้ไขตลอดเวลา เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่พยาบาลและผู้ป่วยต่าง ยอมรับว่ามีคุณค่าตรงกับความต้องการของตน (King, 1981) ทำให้ผู้ป่วยมีความเต็มใจและพร้อม ที่จะปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น และเกิดความพึงพอใจ

ในการศึกษาผลการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาประยุกต์ใช้ในการ ศึกษาวิจัยนั้น พบว่ามีผู้วิจัยหลายท่านที่นำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น ในปี พ.ศ 2531 จาระเพ็ญ แทนนิล ได้นำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง และทฤษฎีการ ดูแลตนเองของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล โดยทำการศึกษากับผู้ป่วยเบาหวาน ที่ไขนัสลิน โดยผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จ

ตามจุดมุ่งหมายจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ต่อมาในปี พ.ศ. 2532 พิกุล วิญญาเงือก ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงต่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย จะสามารถฟื้นฟูสภาพได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และในปี พ.ศ. 2540 อัญชลี ประเสริฐ ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็กที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีนี้ จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มบิดามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่าการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้นใช้ได้ดีกับผู้ป่วยหลายประเภท

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงนำความรู้จากทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ โดยคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการถูกจำกัดการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวที่จะเกิดขึ้นดังที่ได้กล่าวไปแล้ว อีกทั้งผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการใช้การพยาบาลจากกรอบทฤษฎีนี้ต่อการเกิดความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย
3. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิต ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่าก่อนให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย
2. ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าก่อนให้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย
3. ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลการใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติโรคหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ 2542 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ 2542 จำนวน 20 ราย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่อผู้ป่วย ที่ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยมีการกำหนดปัญหา ตั้งเป้าหมายและเสนอวิธีการแก้ปัญหาพร้อมกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายและมุ่งให้ปัญหาของผู้ป่วยลดลง เป็นแผนการพยาบาลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของคิง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอันได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การอาบน้ำ การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การเดินและการเคลื่อนย้ายตนเอง ซึ่งประเมินได้จากการใช้ดัชนีบาร์เทิลเอตี้แอลของมาโฮนีและบาร์เทิล (Mahoney & Barthel, 1965) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล และชาห์ อิบราฮิม (Jitapunkul, Kamolratanakul, & Ebrahim, 1994)

ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือจะเป็นไปในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นผลจากการประเมินความแตกต่างระหว่างปณิธานและสัมฤทธิ์ผล เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยตนเอง ซึ่งประเมินได้จากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านคือ ด้านภาวะอารมณ์ ด้านความรื่นรมย์ในชีวิต ด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล และด้านความตั้งใจและความอดทนในชีวิต (Neugarten et al., 1961) ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของนิวการ์เทนและคณะ แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533)

ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่อผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำการตามปกติที่เคยปฏิบัติกันเป็นประจำ โดยไม่ใช่แบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนด

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผู้มีการรับรู้ ความนึกคิด มีเหตุผล สามารถตัดสินใจ และเลือกวิธีการปฏิบัติตัว ที่จะช่วยให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด