

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ที่มีต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง
2. ความพึงพอใจในชีวิต
3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง

คิง (Imogene M. King) นักทฤษฎีการพยาบาลมองว่าคนเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา เป็นส่วนของสังคม เป็นผู้มีความรู้สึกนึกคิด มีเหตุผล มีการรับรู้ มีการแสดงออก มีการควบคุมตนเอง มีจุดมุ่งหมาย มีการกระทำของตนเอง และเป็นผู้มีกาละ (King, 1981) โดยระบบเปิดนี้แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระบบบุคคล (personal system) ระบบระหว่างบุคคล (interpersonal system) และระบบสังคม (social system) และทั้ง 3 ระบบนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน

ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นทฤษฎีที่เน้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้แก่พยาบาลกับผู้ป่วยบริการ โดยทั้งสองฝ่ายจะมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้และข้อมูลซึ่งกันและกันผ่านกระบวนการติดต่อสื่อสาร มีการกำหนดปัญหาและตั้งเป้าหมาย หาวิธีปฏิบัติและเลือกวิธีที่จะปฏิบัติร่วมกัน เพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ทฤษฎีนี้มีมโนทัศน์หลัก 10 มโนทัศน์ (King, 1981) คือ

1. การรับรู้ (perception) เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการรวบรวม จัดระบบ แปลความหมายและปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับ

จากประสาทสัมผัส ความทรงจำ เป็นการแสดงถึงประสบการณ์และการมองความเป็นจริงของบุคคล การรับรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเสมอ

การรับรู้ของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต อุดมโนทัศน์ การถ่ายทอดทางชีววิทยา ภูมิหลังการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม

2. อัตตา (self) หมายถึงความคิดความรู้สึกที่ทำให้บุคคลรับรู้ หรือตระหนักถึงการมีตัวตนของตนเอง เกี่ยวกับสิ่งที่เขาเป็น เขาคือใคร และเป็นอะไร อัตตารวมเอาทั้งหมดของระบบความคิด ทศนคติ ค่านิยม และอุดมการณ์เข้าไว้ด้วยกัน เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นแตกต่างกับบุคคลอื่นๆ

3. การปฏิสัมพันธ์ (interaction) หมายถึงกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่สองคนมาติดต่อสื่อสารกันทั้งแบบใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด ซึ่งแต่ละฝ่ายต่างได้นำเอาความรู้ ความต้องการ เป้าหมาย ความคาดหวัง การรับรู้ ประสบการณ์ของตนเองเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการนี้

4. การสื่อสาร (communication) เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดและความคิดเห็นระหว่างบุคคล ทั้งโดยวิธีการใช้คำพูด (verbal communication) ใช้สัญลักษณ์ของคำ รวมทั้งภาษาพูด ภาษาเขียน และวิธีการไม่ใช้คำพูด (nonverbal communication) เช่น การสัมผัส แตะ ท่าทาง สีหน้า การเคลื่อนไหว การแต่งกาย เป็นการส่งข่าวสาร โดยการส่งสัญญาณ หรือการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีความเป็นพลวัต

5. การปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย (transaction) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายของบุคคล เกี่ยวข้องกับบทบาท ความคาดหวัง เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล (unique) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์

6. บทบาท (role) เป็นกลุ่มของพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังว่าจะเกิดขึ้นในบุคคล เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในตำแหน่งหนึ่งในสังคม เป็นกฎหรือข้อปฏิบัติที่กำหนดสิทธิ และหน้าที่ของบุคคลในตำแหน่งหนึ่งในสังคมหรือองค์กร และเป็นความสัมพันธ์ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันในสถานการณ์ที่เฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง

7. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (growth and development) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในชีวิต เป็นหน้าที่ร่วมกันของพันธุกรรม และหมายรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมด้วยประสบการณ์ที่มีความหมายและเป็นที่ยิ่งพอใจ ซึ่งจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ช่วยให้บุคคลบรรลุวุฒิภาวะ

8. กาละ (time) หมายถึงช่วงระยะระหว่างกาเกิดขึ้นของเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง เป็นการเปลี่ยนแปลงจากภาวะหนึ่งไปยังอีกภาวะหนึ่ง จากอดีตไปสู่ปัจจุบัน อนาคต และได้รับอิทธิพลจากอดีต เป็นการบอกลำดับของเหตุการณ์ตามการรับรู้และประสบการณ์ของบุคคล

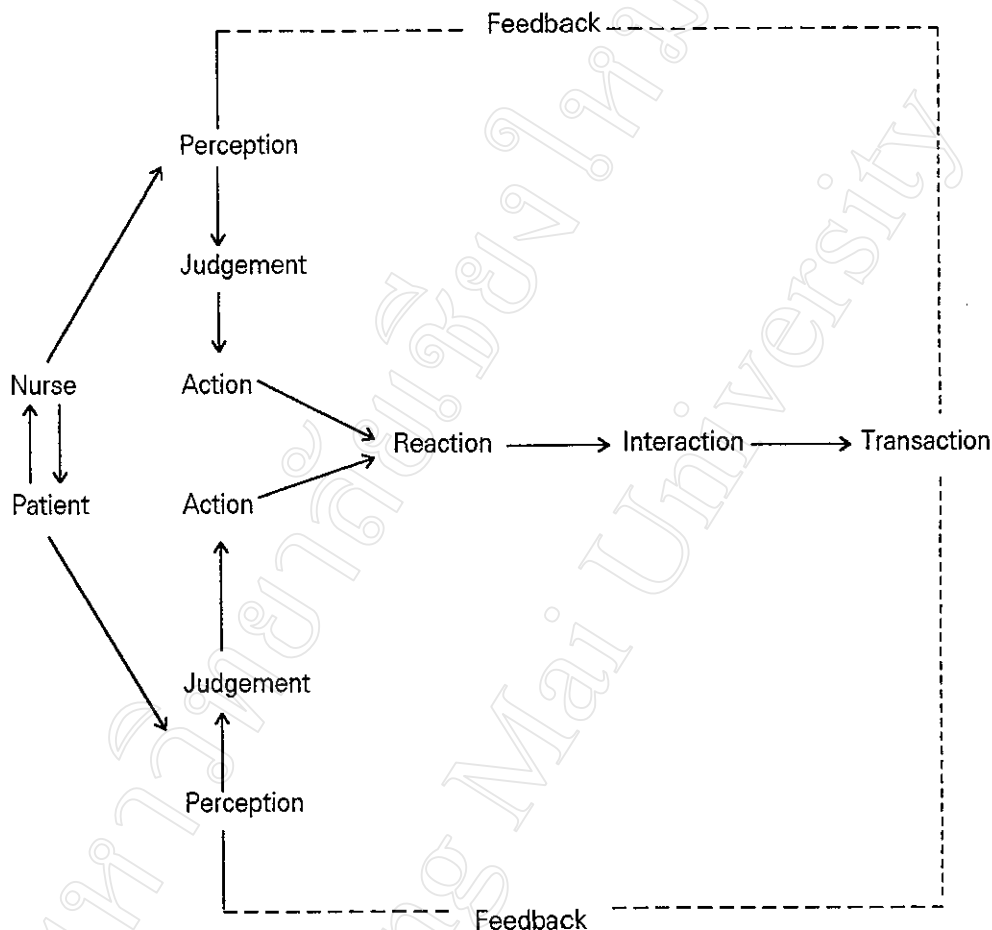
9. เทอะ (space) เป็นอาณาเขตหรือขอบเขตที่ประกอบขึ้นในทุกทิศทาง ทุกหนทุกแห่ง ในทางเรขาคณิต หมายถึงพื้นที่ที่ประกอบด้วยความกว้างคุณความยาว แต่เทอะส่วนบุคคล (personal space) เป็นเรื่องของการรับรู้และการติดต่อสื่อสาร มีความสัมพันธ์กับกาละ ระยะทาง พื้นที่ และปริมาตร เป็นสิ่งที่มองไม่เห็น แต่สามารถสื่อให้ผู้อื่นรับรู้ได้จากกิริยา ท่าทาง และการแสดงออกถึงขอบเขตของการครองกรรมสิทธิ์นั้นๆ

10. ภาวะเครียด (stress) หมายถึงภาวะที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา เพื่อรักษาสมดุลของการเจริญเติบโต พัฒนาการและการแสดงออก โดยจะเกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนพลังงานและข้อมูลระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

มโนทัศน์เหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน และสาระสำคัญของทฤษฎีคือการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล กับผู้รับบริการ โดยหัวใจของกระบวนการดังกล่าวคือ กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายโดยมีข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ของพยาบาลและผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
2. เป้าหมาย ความต้องการ และค่านิยมของพยาบาลกับผู้รับบริการ มีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
3. บุคคลมีสิทธิที่จะรับรู้เรื่องของตนเอง
4. บุคคลมีสิทธิที่จะร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต สุขภาพของตน และบริการชุมชน
5. เจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีความรับผิดชอบที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จะช่วยบุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
6. บุคคลมีสิทธิที่จะยอมรับหรือปฏิเสธการดูแลสุขภาพ
7. เป้าหมายของผู้ให้บริการสุขภาพ และเป้าหมายของผู้รับบริการอาจไม่สอดคล้องกัน

ส่วนกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย มีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ที่มา King , 1981 : 145

จากแผนภูมิแสดงถึงกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งทั้งสองฝ่าย จะมีการรับรู้ซึ่งกันและกัน ร่วมกันในการตัดสินใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับอีกฝ่ายหนึ่ง มีการแสดงออก เช่น ผู้ป่วยยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาล และนำไปสู่ปฏิกริยาซึ่งแสดงถึงการยอมรับเกี่ยวกับการรับรู้ของอีกฝ่าย ขึ้นต่อไปก็จะเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการพูดคุย สื่อสารกัน มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ไว้วางใจซึ่งกันและกัน ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ค้นหาวิธีการและตกลงเลือกวิธีการเพื่อดำเนินการสู่จุดมุ่งหมายที่ร่วมกันตั้งเอาไว้ ในขั้นสุดท้ายจะเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกว่าจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ประสบผลสำเร็จแล้วในสถานการณ์นั้น และมีปฏิกริยาย้อนกลับไปสู่การรับรู้ของแต่ละฝ่ายอีกครั้ง เพื่อรับรู้ว่าการบวนการปฏิสัมพันธ์นั้นบรรลุ

จุดมุ่งหมายหรือไม่ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้คิง (King, 1981) ได้นำเสนอสมมติฐาน (hypotheses) และข้อเสนอ (proposition) จากแนวคิดทฤษฎีไว้ดังนี้คือ

สมมติฐานของทฤษฎี

1. การรับรู้ที่ถูกต้องระหว่าง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพิ่มการตั้งเป้าหมายร่วมกัน
2. การสื่อสารเพื่อการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยนำไปสู่ความพึงพอใจ
3. ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้ป่วยเพิ่มการบรรลุเป้าหมาย
4. การบรรลุเป้าหมายลดความเครียดและวิตกกังวลในสถานการณ์พยาบาล
5. การบรรลุเป้าหมายเพิ่มการเรียนรู้ของผู้ป่วยและความสามารถที่จะต่อสู้สถานการณ์ทางการพยาบาล
6. ความขัดแย้งในบทบาทซึ่งเกิดกับผู้ป่วย พยาบาล หรือทั้งสองฝ่าย ลดปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ
7. ความสอดคล้องของการคาดหวังในบทบาทและการแสดงบทบาท เพิ่มปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายในปฏิสัมพันธ์ ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

ข้อเสนอ

1. ถ้ามีการรับรู้ถูกต้องตรงกันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์จะเกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย
2. ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายจะทำให้บรรลุเป้าหมาย
3. ถ้ามีการบรรลุเป้าหมายจะเกิดความพึงพอใจ
4. ถ้ามีการบรรลุเป้าหมาย การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้น
5. ถ้าในปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย ทั้งสองฝ่ายจะมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการ
6. ถ้าความคาดหวังในบทบาท และการแสดงบทบาท ซึ่งรับรู้โดยพยาบาลและผู้รับบริการมีความสอดคล้องกัน จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย

7. ถ้าพยาบาลผู้รับบริการหรือทั้งสองฝ่ายมีความขัดแย้งในบทบาท จะเกิดความเครียดในปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ

8. ถ้าพยาบาลมีความรู้พิเศษ และมีทักษะในการสื่อสารข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสมจะตั้งเป้าหมายร่วมกัน (mutual goal) ได้

9. เมื่อมีการระบุเป้าหมายร่วมกัน มีการค้นหาวิถีทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายนั้น และพยาบาลและผู้รับบริการต่างตกลงเลือกวิถีทางที่จะนำไปสู่เป้าหมาย ก็เกิดปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายและบรรลุเป้าหมายได้

10. การรับรู้เกี่ยวกับมิติของกาละ เทศะ ที่ถูกต้องในปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการจะนำไปสู่ปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมาย

11. ความรู้เกี่ยวกับตนเอง การดูแลสุขภาพของผู้รับบริการจะช่วยในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นจากสมมติฐานของทฤษฎีและข้อเสนอสามารถนำไปสู่การศึกษาวิจัยได้มากมาย ซึ่งจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยดังต่อไปนี้

ในต่างประเทศพบว่าได้มีการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยดังนี้คือ มีการศึกษาผลการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายระหว่างพยาบาลและหญิงวัยรุ่น อายุระหว่าง 16-18 ปี ต่อการไ้ยาเม็ดคุมกำเนิด โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 คน ที่มารับบริการในคลินิกตั้งครรภ์ (clinic pregnant) ผลการศึกษาค้นพบว่าหญิงวัยรุ่นที่มีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายกับพยาบาล มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของยาเม็ดคุมกำเนิด ผลของการไ้ยาและจุดมุ่งหมายของการป้องกันการตั้งครรภ์ และความเชื่อทางด้านสุขภาพในระดับที่ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายกับผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Beal, 1994) ต่อมาเมื่อผู้ทำการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ความเชื่อ และการไม่มีส่วนร่วมของการตระหนักต่อการเป็นผู้บริจาคอวัยวะในชนกลุ่มน้อยชาวอเมริกัน ซึ่งใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการเปรียบเทียบความเชื่อ และพฤติกรรม ที่จะแสดงถึงความสมัครใจในการมีส่วนร่วมในการบริจาคอวัยวะ (Hughes, 1997)

สำหรับในประเทศไทยพบว่า จาระเพ็ญ แทนนิล (2531) ได้นำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลและทำการศึกษากับผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยอินซูลิน จำนวน 36 ราย โดยศึกษาผลการให้

ผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยอินซูลินมีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลต่อระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเชื่อว่าเมื่อได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพยาบาลแล้วผู้ป่วยเบาหวานจะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมาย มีคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองหลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิกุล วิญญาเญอก (2532) ได้นำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมายมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดนิ่วในไต จำนวน 40 ราย เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย ผลการศึกษาค้นพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามคู่มือการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมายของคิงมีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดดีกว่า และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดต่ำกว่า 2) ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการใช้ยาระงับปวด ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดต่ำกว่า 3) ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการลุกเดิน ในวันที่ 1, 2 และ 3 หลังผ่าตัดสูงกว่า 4) ค่าเฉลี่ยของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ต่ำกว่า 5) ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลหลังผ่าตัดต่ำกว่า และ 6) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ สูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

ต่อมา ยุพิน ทองสวัสดิ์วงศ์ (2533) ซึ่งได้มีการนำกรอบทฤษฎีนี้มาใช้ โดยได้ศึกษาถึงผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลเฉพาะทาง และผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อภาวะควบคุมโรค และความพึงพอใจในชีวิต การวิจัยนี้ผู้ทวิวิจัยได้ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 31 ราย โดยเชื่อว่าถ้าผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายตามแนวทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมายแล้ว ผู้ป่วยจะมีภาวะควบคุมโรคและความพึงพอใจในชีวิตที่ดีขึ้น ผลการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มที่ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกับพยาบาลเฉพาะทาง และกลุ่มควบคุมมีภาวะควบคุมโรค และคะแนนความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ อัญชลี ประเสริฐ (2540) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก โดยใช้กรอบทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมาย และกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดมาเป็นแนวทางในการศึกษากลุ่มตัวอย่างบิดามารดาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายาเบาหวานในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก จำนวน 86 ราย โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมาย-

หมาย นอกเหนือ จากการพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับ ผลการศึกษาพบว่า ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกของการย้ายผู้ป่วยเข้าหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก บิดามารดามีคะแนนการรับรู้ปัจจัยความเครียดสูงสุด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย และด้านลักษณะที่ปรากฏของผู้ป่วย ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ ด้านท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ และทั้งบิดามารดามีคะแนนความวิตกกังวลค่อนข้างสูง นอกจากนี้ยังพบว่าหลังได้รับการพยาบาลบิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า มีการนำการพยาบาลตามแนวทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงไปใช้อย่างกว้างขวางกับผู้ป่วยหลายประเภท รวมทั้งบุคคลที่ไม่มีการเจ็บป่วย ซึ่งส่วนใหญ่แล้วได้ผลดี ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย จึงเลือกมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

ความพึงพอใจในชีวิต

คงไม่ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตไว้โดยตรง แต่ได้กล่าวว่าบุคคลต้องดำรงสุขภาพไว้เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตตามวิถีทางที่ทำให้เกิดประโยชน์ ความพึงพอใจและความสุขในชีวิตจากการศึกษางานวิจัยและบทความต่างๆ ได้มีผู้ให้ความหมายในทัศนะต่างๆ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้

นิวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al. , 1961) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่าหมายถึง ความรู้สึกมีความสุข ความรู้สึกภูมิใจในตัวเอง ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรู้สึกพอใจในตนเอง ความรู้สึกยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตตนเอง ผู้อื่น สังคมและโลกในแง่ดี ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตเป็นเครื่องหมายของการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยหลายชิ้นที่กล่าวว่าคุณภาพชีวิตถูกกำหนดหรือวัดด้วยระดับความพึงพอใจในชีวิต ด้วยเหตุนี้จะเห็นได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์กับคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งคำๆ นี้เป็นคำที่มีความหมายลึกซึ้งและซับซ้อน นอกจากนี้ แจ็คเคิล (Jackle , 1974) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นความยินดีมีความสุขกับชีวิตของแต่ละคน เป็นความพอใจที่บุคคลได้รับจากการมีกิจวัตรประจำวัน อันเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมายสามารถดำรงไว้ ซึ่งพัฒนาการด้านต่างๆ ของชีวิต และนั่นก็คือองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้อง

กับ ดัลคี (Dalky , 1972 cited in Laborde & Power , 1980) ที่กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลถึงการมีความสุขสบายในการดำเนินชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตเปรียบเสมือนดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตของบุคคลด้วย

ในขณะที่โฮลเมส (Holmes, 1985) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นคำที่มีความหมายคล้ายคำว่า ความสุข (happiness) ปราศจากความเครียด (stress) และสำหรับ แคมป์เบลล์ คอนเวอร์ส และโรเจอร์ (Campbell, Converse, & Rogers , 1976) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างออกไปว่าเป็นความแตกต่างระหว่างปรารถนา(aspirate) กับสัมฤทธิ์ผล (achievement) ซึ่งเป็นการรับรู้และตัดสินโดยบุคคลนั้น หรืออาจกล่าวว่าเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขสบายที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือที่คาดหวัง หรือรู้สึกว่าจะสมควรจะได้รับผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคล

จากความหมายที่เป็นแนวคิดของความพึงพอใจในชีวิตที่ได้กล่าวมาแล้วทั้งหมด อาจสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในชีวิตหมายถึง การรับรู้ระดับความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม หรือยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการประเมินความแตกต่างระหว่างความต้องการกับสัมฤทธิ์ผล เป็นการรับรู้และตัดสินโดยตนเอง

องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต

มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้อธิบายถึงแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้นๆ ทั้งนี้เพราะในธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความต้องการอย่างหนึ่งอย่างได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วก็จะมีความต้องการอย่างอื่นจะเข้ามาแทนที่ และจะเป็นเช่นนี้เรื่อยไป ซึ่งความต้องการของมนุษย์นั้นจะเพิ่มจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ โดยได้กำหนดความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ไว้ 5 ขั้น คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological needs)
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (safety needs)
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ (belonging and love needs)
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ (esteem needs)

5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (self - actualization needs)

ความต้องการทั้ง 5 ขั้นนี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ และความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ ความต้องการขั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อนความต้องการในขั้นที่สูงขึ้นได้ ดังนั้นในการประเมินความพึงพอใจของบุคคลจึงสามารถประเมินได้จากสภาวะการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่างๆ อย่างไร ซึ่งหากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิตได้

สำหรับความพึงพอใจในชีวิตเป็นความผาสุกทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งนิวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al. ,1961) รายงานองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตไว้ 5 องค์ประกอบ ซึ่งบุคคลจะมีความพึงพอใจในชีวิตของตนได้นั้น จะต้องมียอดองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน คือ

1. การมีความริ้นรมย์ในชีวิต (zest) หมายถึง การที่บุคคลทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างสนุกสนาน มีความสนใจกระตือรือร้นในการทำสิ่งต่างๆ มีการวางแผนในกิจกรรมต่างๆ ที่ตนต้องกระทำ และคาดหวังว่าสิ่งที่จะทำต่อไปนั้น เป็นสิ่งที่จะทำให้ตนมีความสุข รับรู้ความสุขอายุของตนแต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต

2. ความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต (resolution and fortitude) หมายถึงการทำให้ชีวิตของตนมีความหมาย มีการยอมรับและพร้อมที่จะสร้างชีวิตของตนเอง ยืนหยัดต่ออุปสรรคและอุปสรรคทั้งหมด โดยนำประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตมาเป็นประโยชน์ต่อชีวิตของตนในปัจจุบัน

3. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล (congruence between desired and achieved goals) หมายถึง การที่บุคคลสามารถประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งแต่ละบุคคลมีเป้าหมายในชีวิตที่แตกต่างกัน บุคคลรู้สึกว่าได้สิ่งที่ดีมากกว่าที่คาดคิดไว้ รู้สึกมีความพึงพอใจกับอดีตที่ผ่านมา และไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง

4. การมีทัศนคติในทางบวก (positive self concept) หมายถึง การมองภาพลักษณ์ของตนเองในทางที่ดี

5. ภาวะอารมณ์ (mood tone) หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความสุข และการมีทัศนคติที่ดีและการรับรู้ความสุขเหมือนเมื่อยังอ่อนวัย รู้สึกว่าชีวิตในปัจจุบันมีความสุขเป็นช่วงชีวิตที่ดีที่สุด ไม่เบื่อหน่ายต่อชีวิต

อาดัมส์ (Adams, 1969) ได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยของเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่ นิวการ์เทนและคณะได้ทำไว้ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า มียอดองค์ประกอบอยู่ 4 ด้าน คือ 1. ภาวะอารมณ์ 2. ความริ้นรมย์ในชีวิต 3. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและ

สัมฤทธิ์ผล และ 4. ความตั้งใจและอดทน สำหรับอัตมโนทัศน์นั้นเขาพบว่าเป็นสิ่งที่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนั้นแล้ว

เฟลนาแกน (Flanagan, 1982) ได้อธิบายว่าระดับของความพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งรวมองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน คือ ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ด้านการพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน และด้านสันติภาพ จอร์จและแบรอน (George & Bearon, 1980) ได้ทำการแยกประเภทองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ประการ คือ ความพึงพอใจในชีวิต ความมีคุณค่าแห่งตน สุขภาพและหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งต่อมาเฟอร์เรนส์และพาวเออร์ (Ferrans & Powers, 1985) ได้นำแนวคิดของ จอร์จและแบรอน มาสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต และในปี 1992 ได้ทดสอบองค์ประกอบปัจจัยรากฐานของคุณภาพชีวิต ซึ่งชี้ว่ามี 4 มิติ ที่เป็นรากฐานของคุณภาพชีวิต คือ สุขภาพและหน้าที่ เศรษฐกิจและสังคม จิตใจและวิญญาณ และครอบครัว

จากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าต่างก็เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดแนวคิดของ นิวการ์เทน และคณะ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เน้นถึงแนวคิดของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งแนวคิดอื่นจะเน้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมากกว่า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของวัยสูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาทางด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและวิญญาณ เศรษฐกิจและสังคม และปัญหาทางด้านครอบครัวตามมา สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ และเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิต และมีผลกระทบต่อกิจกรรมชีวิตในที่สุด ซึ่งมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ในต่างประเทศนั้นพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิต คือ โทบินและนิวการ์เทน (Tobin & Neugarten, 1961) พบว่าระดับกิจกรรมที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับกรานีย์ (Graney, 1975) ที่พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมในสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลงก็จะมีไม่มีความสุข อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ แคนป์ (Knapp, 1976) ที่ได้ทำการดัดแปลงเครื่องมือของนิวการ์เทนและคณะ

(Neugarten, et al., 1961) มาใช้ และได้พบว่าเพศและสภาพการทำงานมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตทุกด้าน อายุมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านอารมณ์ และกิจกรรมในวัยสูงอายุเป็นตัวทำนายระดับอารมณ์โดยรวม

ต่อมามาร์คิดส์และมาร์ติน (Markids & Martin, 1979) พบว่าภาวะสุขภาพและกิจกรรม (activity) เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่รายได้มีผลทางอ้อมต่อความพึงพอใจในชีวิต สคิปวิท (Skipwith, 1981) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญสิ่งแรกที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณเกิดความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งการมีกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สุขภาพและอารมณ์ก็เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับโบว์นิงและบอนด์ (Browning & Bond, 1987) ที่พบว่าปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณมีความสุขในชีวิต คือการมีเงินบำนาญที่เพียงพอ การดูแลรักษาสุขภาพและกิจกรรมในสังคม

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้น ศิริวรรณ สิ้นไชย (2531) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ การใช้เวลารว่าง การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต และการรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และตัวแปรการรับรู้สถานะสุขภาพ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการใช้เวลารว่าง สามารถพยากรณ์ระดับความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 57.3 ซึ่งสอดคล้องกับมาร์คี่ นุชแสงพลี (2532) ที่ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลางค่อนข้างสูง สถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุด ได้แก่ รายได้ รองลงมาตามลำดับคือ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน และการมีงานอดิเรก ส่วนปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่ ระดับการพึงพิงของผู้สูงอายุ การมีงานทำ ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านและการมีเพื่อนสนิท นอกจากนี้พบว่าระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในทิศทางตรงกันข้าม

ในขณะที่การศึกษาของชรัสนิกุล ยัมบุญนะ (2532) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค อึดทนในทัศนและการสนับสนุนของคู่สมรสกับ

ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการศึกษาพบว่า อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และยิ่งพบอีกว่าอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนของคู่สมรสสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้ร้อยละ 57.07

จากงานวิจัยของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ที่ได้ทำการศึกษาดัชนีแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยภาพรวมพบว่าการระลึกถึงความหลังมีความสำคัญเป็นอันดับแรก รองลงมาคือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การคิดถึงความตาย ความสัมพันธ์กับคนต่างวัย ความพอใจในสถานภาพทางการเงิน การอยู่กับญาติพี่น้อง และการอยู่บ้านตนเอง และได้สรุปว่าผู้สูงอายุไทยมีความพอใจที่จะมองตัวตนในด้านแสวงหาความสุขภายในตัวของตน (intrapersonal relationship) มากกว่าการแสวงหาความพึงพอใจภายนอก จากสิ่งแวดล้อมภายนอกตน และจากรายงานการวิจัยของ ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2539) ซึ่งทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพ กับสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุพบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญ และตัวแปรที่สามารถใช้ทำนายสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุงาน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตนั้นมีมากมาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สภาพการงาน รายได้ ระดับการศึกษา อารมณ์ การรับรู้ความสำเร็จในอดีต การระลึกถึงความหลัง อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือ ความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน และเพื่อนบ้าน ปัจจัยภาวะสุขภาพ และปัจจัยกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภทคือ กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมที่มีรูปแบบได้แก่ การทำกิจกรรมในสังคม การเข้าร่วมสมาคม และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก เช่น งานอดิเรก การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความพึงพอใจในชีวิต และให้ความสำคัญในแต่ละปัจจัยแตกต่างกันไปตามสภาพความต้องการ และการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการนั้นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อม ทัศนคติและค่านิยมของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลจะรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ฉะนั้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดการ

เจ็บป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นโรคที่เรื้อรัง ที่ต้องการการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่อง ย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งภาวะทางเศรษฐกิจ และกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด

การประเมินความพึงพอใจในชีวิต

เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตมีจำนวนมาก และมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้การนำเครื่องมือมาใช้ขึ้นขึ้นอยู่กับปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบของการวิจัย และกลุ่มประชากร โดยต้องพิจารณาให้เหมาะสมถึงความเป็นไปได้ ความพร้อม ความสามารถ การทำหรือปฏิบัติได้ และพิจารณาผลจากการใช้เครื่องมืออื่นๆ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตมีอยู่หลายแนวคิดด้วยกัน แต่ในที่นี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่คล้ายกันมารวมเป็นกลุ่มเดียวกัน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของเฟลนาแกน (Flanagan 1973) ซึ่งเครื่องมือวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็น 5 ด้าน และในแต่ละด้านมีข้อปลั๊กย่อยลงไป โดยความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่เฟลนาแกนแบ่งไว้มีดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ประกอบด้วย การวัดความพร้อมทางวัตถุ และการประกันความปลอดภัย การวัดด้านสุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ประกอบด้วย สัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือคู่รัก การมีและได้เลี้ยงดูบุตรหลาน สัมพันธภาพกับบิดามารดา และบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว และสัมพันธภาพกับเพื่อน
3. กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมบุคคลอื่น และกิจกรรมในท้องถิ่นและหน่วยงานของรัฐ
4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน ประกอบด้วย การพัฒนาด้านสติปัญญา ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง อาชีพ และการแสดงความคิดสร้างสรรค์
5. การมีสันติภาพ ประกอบด้วย การเข้าสังคม การได้รับสิ่งบันเทิง การมีสันติภาพโดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ

การวัดความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของแคมป์เบลล์ (Campbell, 1976) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน แคมป์เบลล์ได้สร้างเครื่องมือวิจัยที่ส่วนหนึ่งใช้วัดความ

พึงพอใจในชีวิต ที่เรียกว่า Index of Domain Satisfaction ซึ่งใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ คือ ชีวิตสมรส ชีวิตครอบครัว สุขภาพ เพื่อนบ้าน สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน งานบ้าน งานที่ทำอยู่ มาตรฐานการดำรงชีวิต การศึกษา ความปลอดภัย และการใช้เวลาว่าง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวัดความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่างๆ คล้ายกับแนวคิดของเฟลนาแกน แต่จากการศึกษาแบบวัดของเฟลนาแกน พบว่าค่อนข้างจะครอบคลุมในทุกๆ ด้านมากกว่าของแคมป์เบลล์

อีเวนส์, แมนนิเนน, การ์ริสัน, ฮาร์ท, แบล็ก, กัทแมน, ฮัลล์ และลอว์รี (Evans, Manninen, Garrison, Hart, Blagg, Gutman, Hull, & Lowrie, 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตโดยพัฒนามาจากเครื่องมือ Index of Domain Satisfaction ของแคมป์เบลล์ เรียกว่า Index of Overall Life Satisfaction โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จากพึงพอใจในชีวิตที่สุดถึงไม่พึงพอใจในชีวิตเลย

สำหรับในกลุ่มแนวคิดนี้ยังมีนักวิชาการที่มีแนวคิดคล้ายกัน ที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิต โดยมีส่วนหนึ่งที่ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตคือ เฟร์แรนส์และพาวเออร์ (Ferrans & Powers, 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เรียกว่า Quality of Life Index (QLI) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ ส่วนแรกจะวัดความพึงพอใจในส่วนต่างๆ ของชีวิต และส่วนที่สองวัดความสำคัญของส่วนต่างๆ ของชีวิต ทั้งสองส่วนจะมีข้อความที่คล้ายคลึงกัน และประกอบด้วยข้อความ 35 ข้อความ โดยในแต่ละส่วนจะแยกเป็นหมวดย่อย 4 หมวด คือ หมวดเกี่ยวกับสุขภาพและหน้าที่ หมวดสังคมเศรษฐกิจ หมวดจิตใจและวิญญาณ และหมวดครอบครัว ซึ่งทั้ง 4 หมวดนี้เป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของเขาทั้งสอง ซึ่งเครื่องมือนี้สามารถใช้วัดได้ทั้งในคนปกติและผู้ป่วย

กลุ่มที่ 2 การวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของนิวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al., 1961) เป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะวัดครอบคลุมองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิต 5 ด้าน คือ

1. องค์ประกอบด้านความรื่นรมย์ในชีวิต หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกยินดีในการมีกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน
2. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต หมายถึง การทำให้ชีวิตมีความหมาย ยอมรับปัญหา ยินยอมที่จะต่อสู้ปัญหาด้วยความตั้งใจจริง
3. องค์ประกอบด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล หมายถึง การที่บุคคลสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

4. องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ทางบวก หมายถึง การมองตนเองในทางที่ดี

5. องค์ประกอบด้านภาวะอารมณ์ หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความสุขและการมีทัศนคติที่ดี และมีอารมณ์ดี

โดยเครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แบ่งเป็น 3 ชุด นั่นคือ

เครื่องมือชุดที่ 1 การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Rating หรือ LSR) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) ชนิด 5 ช่วงคะแนน เป็นการสัมภาษณ์ด้วยข้อความเกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งห้า มี 5 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 คือดัชนีที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความพึงพอใจในชีวิตชนิด A (Life Satisfacton Index A หรือ LSIA) ประกอบด้วย 20 หัวข้อ ด้านความคิดเห็นที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งมีคำตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ซึ่งต่อมา อาดัมส์ (Adams,1969) ได้นำเครื่องมือมาวิเคราะห์ปัจจัยพบว่าเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ และได้กล่าวว่าอัตมโนทัศน์นั้นรวมอยู่ในทุกข้อ ซึ่งการวิเคราะห์ปัจจัยขององค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตได้รายงานไว้ดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านภาวะอารมณ์ มี 6 หัวข้อ เกี่ยวกับความรู้สึกหรือความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ไม่คิดว่าเป็นช่วงเวลาที่น่าเบื่อหน่ายแต่เป็นช่วงเวลาที่ดีที่สุดชีวิต ไม่มีความเบื่อหน่ายทอดถอนในการทำสิ่งใดๆ

2. องค์ประกอบทางด้านความรื่นรมย์ในชีวิต มี 6 หัวข้อ เกี่ยวกับความสนใจ กระตือรือร้น และการวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ และการคาดหวังสิ่งที่จะกระทำในอนาคต นั้นจะสร้างความสุขให้ตนเอง การมองภาพลักษณ์ของตนเองในทางที่ดี ยอมรับความมีอายุมากขึ้น โดยมีสุขภาพที่แข็งแรง

3. องค์ประกอบทางด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล มี 3 หัวข้อ ซึ่งเกี่ยวกับ ความพึงพอใจในชีวิตในอดีตที่ผ่านมา โดยไม่คิดจะเปลี่ยนแปลง และการมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับสิ่งที่ตั้งามในชีวิตมากกว่าที่คาดหวัง

4. องค์ประกอบด้านความตั้งใจและอดทนในชีวิต มี 3 หัวข้อ เป็นหัวข้อเกี่ยวกับการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการของตนที่ผ่านมาในอดีต ความตั้งใจอดทนสร้างสิ่งที่ดีขึ้นต่อชีวิต การต่อสู้ในชีวิตของตน

และข้อคำถามที่เหลืออีก 2 หัวข้อนั้น อาดัมส์กล่าวว่ามิได้สอดคล้องกับองค์ประกอบใดๆ แต่ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือสำหรับวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเกี่ยวกับการคิดว่าตนเองตัดสินใจเรื่องต่างๆ ผิดพลาด ความรู้สึกถึงความชรามากขึ้นของตนไม่ได้สร้างความรำคาญให้ตน

เครื่องมือชุดที่ 3 ดัชนีบ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิต ชนิด B (Life Satisfaction Index B หรือ LSIB) ประกอบด้วย 12 หัวข้อ เป็นคำถามปลายปิด โดยให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

กลุ่มที่ 3 การวัดความพึงพอใจในชีวิตตามแบบของแคนทริล เครื่องมือวัดของแคนทริล (Cantril cited in Frank-Stromborg, 1992) ที่เรียกว่า Self - Anchoring Life Satisfaction Scale เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดยวัดความพึงพอใจในชีวิต ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนแบบขั้นบันได 10 ขั้น จาก 1 - 10 คือ 1 หมายถึง ไม่พึงพอใจในชีวิตเลย จนถึง 10 มีความพึงพอใจในชีวิตอย่างที่สุด

จากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตที่นักวิชาการหลายท่านได้สร้างขึ้นนั้น จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องและคล้ายคลึงกันในการวัดที่ครอบคลุมทางด้านกาย จิตและสังคมของบุคคล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของนิวการ์เทนและคณะ เนื่องจากเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ประกอบกับแบบวัดของคนอื่นนั้นมุ่งวัดคุณภาพชีวิต โดยมีความพึงพอใจในชีวิตเป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งเท่านั้น แต่แบบวัดของนิวการ์เทนและคณะเป็นแบบวัดที่วัดความพึงพอใจโดยตรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ LSIA ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีผู้นำไปใช้ในงานวิจัยอย่างกว้างขวาง ข้อคำถามสามารถเข้าใจได้ง่ายกว่าชุดอื่นๆ อีกทั้งใช้เวลาไม่นานในการวัดจึงเหมาะสมที่จะใช้กับผู้สูงอายุ และได้รับการแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยศรีเรือน แก้วกังวาล (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2533)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดการตายอันเนื่องมาจากการอุดตันการไหลเวียนของเลือดภายในหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) (Staab & Hodges, 1996) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับที่ต้องการจนกล้ามเนื้อส่วนนั้นตาย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในบุคคลที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมีหลอดเลือดแข็งตัว (Eliopoulos, 1993) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเลือดไปในทางเสื่อมลง ทั้งรูปร่างและหน้าที่การงาน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจมีเนื้อเยื่อพังผืด มีไขมันและสารไลโปฟุซิน (lipofuscin) มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น (Wei cited in Keller & Feit, 1995)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับที่ต้องการจนกล้ามเนื้อส่วนนั้นตาย มีสาเหตุมาจากไขมันเกาะภายในผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ

ซึ่งเป็นสาเหตุที่ถูกพบบ่อยที่สุด จนเกิดมีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้น พบว่าขบวนการเกิดการตีบแข็งของหลอดเลือด (atherosclerosis process) จะเริ่มที่ชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยมีการทำลายของเอ็นโดธีเลียม เกิดมีการรวมตัวของเกล็ดเลือดและมีการก่อตัวของลิ้มเลือด จากนั้นจึงมีการสร้างเส้นใยคอลลาเจน และมีการสะสมของโมเลกุลเลพิดอโรยโรคที่เป็นมานานจะพบหินปูนแทรกอยู่ด้วย และการก่อตัวของสิ่งเหล่านี้อาจจะก่อตัวโดยรอบในปริมาณเท่าๆ กัน หรือก่อตัวมากในด้านใดด้านหนึ่งของผนังชั้นในหลอดเลือดก็ได้ (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2539)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอีก ได้แก่ หลอดเลือดแดงโคโรนารีหดรัดตัว หลอดเลือดแดงโคโรนารีอักเสบ และการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ เช่น ภาวะช็อค ทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมากทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

สาเหตุของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ซึ่งทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดนั้นยังไม่ทราบแน่นอน แต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงชนิดที่ทำให้มีความผิดปกติเริ่มต้นที่เอ็นโดธีเลียมของหลอดเลือดแดง โดยแบ่งปัจจัยเสี่ยงได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ และกรรมพันธุ์ (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530 ; สมชาติ โลจายะ และวิชัย ตันไพจิตร, 2533)

2. ปัจจัยเสี่ยงชนิดที่เปลี่ยนแปลงได้ แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ปัจจัยเสี่ยงหลัก หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่ามีผลมากต่อการกระบวนการที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (สมชาติ โลจายะ และวิชัย ตันไพจิตร, 2533 ; สุเจ็ด คชเสนี, 2531)

2.2 ปัจจัยเสี่ยงรอง หมายถึง ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลไม่มากต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง ได้แก่ ความเป็นอยู่ที่ต้องนั่งเป็นประจำ บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอภาวะเครียด (สมชาติ โลจายะ และวิชัย ตันไพจิตร, 2533)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเป็นสาเหตุของภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งและตีบตันในผู้สูงอายุนั้นนอกจากที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดของตามวัยผู้สูงอายุก็อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งด้วย เนื่องจากผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง เส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น และมีการเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจน มี

การสะสมของโมเลกุลเตอรอล และโมเลกุลเตอรอลจับกับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมากกว่า จับกับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (Keller & Feit, 1996)

พยาธิสรีรภาพ

สภาวะหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจ และปริมาณของออกซิเจนที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2539) เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การขาดเลือดในระยะเวลา 20-60 นาที จะเริ่มจาก บริเวณใต้ชั้นเอ็นโดคาร์เดียม หรือเกิดทั้งชั้นกล้ามเนื้อ ต่อมาในระยะเวลา 12 ชั่วโมงถึง 2 สัปดาห์ บริเวณกล้ามเนื้อที่ตายจะถูกดูดซึมบางส่วนและเกิดไฟโบรซิส การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ ตายนี้ทำให้กล้ามเนื้อส่วนที่ที่เหลืออยู่ลง การทำงานของกล้ามเนื้อเสียไป เป็นผลให้การบีบตัว และคลายตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงด้วยและนอกจากนี้ยังเป็นผลให้มีปริมาตรเลือดในเวนตริเคิลมากขึ้น และมีภาวะเลือดคั่งในปอด ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมลดลง ทำให้เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจน

ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง มีผลให้การทำงานของไตเปลี่ยนไปเกิดมีสาร ประกอบไนโตรเจนโดยเฉพาะยูเรียในเลือดมากเกินไป (pre-renal azotemia) การทำงานของไต ไร้ท่อเปลี่ยนไป เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีกรดไขมันอิสระสูงขึ้น นอกจากนั้นยังพบว่าระบบ ประสาทซิมพาเทติกออกฤทธิ์เพิ่มขึ้น ซึ่งจะกระตุ้นให้มีการหลั่งแคทีโกลามีนมากขึ้น และอาจ เกิดการกระตุ้นเบโซลด์เนริช (bezoldnerich) ทำให้เกิดอัตราการเต้นของหัวใจช้าลง หลอดเลือด ส่วนปลายขยายตัว ความดันเลือดต่ำ รวมทั้งพบว่าการส่งผ่านกระแสไฟฟ้าและกำเนิดสัญญาณ เปลี่ยนไป มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งเป็นผลของการคั่งของเลือดและสารที่ส่วนประกอบ ของการสันดาปของเนื้อเยื่อ และความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ในและนอกเซลล์

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่างทั้งการส่งกระแสไฟฟ้า และกลไกการทำงาน ที่พบบ่อยคือหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลวแบบเลือดคั่ง และภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างขึ้นอยู่กับปริมาณของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย เช่น ภาวะช็อก เป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนบางอย่างก็ไม่ขึ้นกับปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย เช่น

หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2538) ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. การเต้นของหัวใจผิดปกติ การเต้นของหัวใจผิดจังหวะพบได้บ่อยมากในผู้ป่วยโรคนี้ (พรณี เสถียรโชค, 2536) การเต้นของหัวใจผิดปกติเกิดจากการทำลายของระบบการส่งกระแสไฟฟ้า (conduction system) ทำให้รบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าในหัวใจ ซึ่งพบได้ตั้งแต่หัวใจห้องล่างเต้นเองก่อนเวลา (premature ventricular contraction) และถ้าเป็นชนิดที่อันตรายคือเกิดเต้นเองก่อนเวลาบ่อยมากกว่า 5-6 ครั้งต่อนาที หรือ PVC ที่เกิดบน T wave ของ ECG หรือเกิดติดๆ กันอาจจะทำให้เกิดหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดจังหวะ (ventricular tachycardia) หรือหัวใจเต้นระริก (fibrillation) ได้ หรืออาจเกิด ภาวะหัวใจอุดตัน (heart block) หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงจนถึงขั้นอันตรายได้ พวกกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณผนังส่วนล่าง (inferior wall) มักเกิดหัวใจเต้นช้า และภาวะหัวใจอุดตันอย่างถาวร (complete heart block) ได้ง่ายกว่าพวกผนังส่วนหน้า (anterior wall)

หัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบบ่อยคือ หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ ได้แก่ หัวใจห้องล่างเต้นก่อนเวลา หัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดจังหวะ และหัวใจเต้นระริก ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน พบว่าการเต้นผิดจังหวะ ได้ถึง 90 % ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 24 ชั่วโมงแรกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกราย (สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2538)

2. หัวใจวาย จากกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้ 30-40 % ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะมีปัญหาของการทำงานของเวนตริเคิลซ้ายลดลงไม่มากนัก พบว่าถ้าบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการช็อค เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายหรือขาดเลือดมาเลี้ยงจะลดประสิทธิภาพในการบีบตัว นอกจากนั้นบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเกิดโป่งพอง (ventricular aneurysm) เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวเลือดจะไปคั่งอยู่บริเวณที่โป่งพอง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ซึ่งทำให้เกิดกลไกชดเชยเพื่อที่จะสนองความต้องการออกซิเจน(พรณี เสถียรโชค, 2536) คือ มีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบอึดอัด จนถึงมีเสมหะเป็นฟองสีขาว

3. ช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีหลอดเลือดตีบมากกว่าร้อยละ 75 เป็นทั้ง 3 เส้น และมักจะมีเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงส่วนหน้าซ้าย (left anterior descending artery) อยู่ด้วย บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เสียไปพบว่าต้องเป็นบริเวณกว้างตั้งแต่ร้อยละ 40 - 50 ของกล้ามเนื้อทั้งหมดจะทำให้เกิดช็อค (พรณี เสถียรโชค, 2536 ; สุรพันธ์ ลิทธิสุข, 2538) ผลของภาวะช็อคจะทำให้ความดันโลหิตลดลง

ต่ำลงจนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ซึ่งจะเห็นได้จากอาการมือเท้าเย็น ชีพจร ปริมาณ ปัสสาวะลดลงเป็นผลจากการที่หัวใจบีบตัวอ่อนลงอย่างมาก

4. รูรั่วของผนังหัวใจ (ventricular septal rupture) มักพบได้น้อยประมาณร้อยละ 0.5 - 1 เกิดขึ้นภายในวันที่ 10 ของกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนหน้า มีอัตราตายร้อยละ 25 ใน 24 ชั่วโมงแรก (พรรณี เสถียรโชค, 2536) ผู้ป่วยจะมีอาการของหัวใจวาย และความดันเลือดต่ำ หรือภาวะช็อค

5. กล้ามเนื้อหัวใจแตก (cardiac rupture) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมักจะทำให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์ หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน พบได้ร้อยละ 4-24 มักจะพบในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรก และพบว่า มีประวัติมีความดันเลือดสูงร่วมด้วยและผู้ป่วยมักจะมีอายุมาก ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกทันทีทันใด หลังจากนั้นความดันเลือดจะต่ำลงทันที พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดที่เรียกว่า “ อิเล็กโตรเมคคานิคอล ดิสโซซิเอชัน (electromechanical dissociation) ” หรือพบมีคาร์ดิแอคแทมโพนาด (cardiac tamponade) ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (พรรณี เสถียรโชค, 2536)

6. การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (embolic phenomenon) ที่เกิดภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

6.1 การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) พบว่าเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วมีอาการแทรกซ้อนของหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดปกติ อายุมาก อ้วนมาก และมีเส้นเลือดขอด (varicose veins) อยู่ก่อน จะพบได้น้อยลงถ้าผู้ป่วยมีโอกาสได้ลุกจากเตียงไวขึ้น

6.2 การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดแดง (arterial embolism) พบในผู้ป่วยสูงอายุ และพบว่าลิ่มเลือดอาจไปที่สมอง ไต แขนและขา ในทางคลินิกพบได้น้อย มักจะพบในผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องล่างซ้ายโป่งพอง (LV aneurysm) (พรรณี เสถียรโชค, 2536)

7. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) เป็นการอักเสบเฉพาะที่ของเยื่อหุ้มหัวใจบริเวณที่กล้ามเนื้อตาย ที่เรียกว่าเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเฉียบพลันระยะต้น (early acute pericarditis) พบได้ 6 - 11 % มักเกิดขึ้นในวันที่ 2 - 4 ของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเป็นอยู่นานไม่เกินหนึ่งสัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกแบบมีของแหลมทิ่มแทง เป็นมากเวลาหายใจเข้าแรงๆ หรือนอนหงาย และอาจมีไข้ต่ำๆ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538)

8. ข้อไหล่ติดแข็ง พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากความเจ็บปวดที่ร้าวมาบริเวณไหล่ ทำให้ผู้ป่วยไม่เคลื่อนไหว เกิดข้อติดแข็งได้ (สมจิต หนูเจริญกุล และสุณีย์ เหวตระกุล, 2532)

นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านจิตใจอีกด้วย ผู้ป่วยอาจจะกลัวตาย กลัวไม่หาย หรือกลัวว่าตนเองจะกลายเป็นคนหัวใจพิการ ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งถ้าแพทย์พยาบาลได้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเรียนรู้ และการปรับตัวที่ถูกต้องจะสามารถช่วยผู้ป่วยได้มากขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล และสุณีย์ เหวตระกุล, 2532)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) เป็นกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงหมายถึงความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย ปัสสาวะอุจจาระ ซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจะบ่งบอกถึงสมรรถภาพทางร่างกาย ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของวัยสูงอายุ เช่น การเสื่อมสภาพของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้วิจัยคิดว่าควรมีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ในการศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2534) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิต ในผู้สูงอายุจำนวน 303 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ในทางลบกับอายุ และมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส เพศ และลักษณะการอยู่อาศัย ตามลำดับ ต่อมา ทศนีย์ ระย้า (2537) ได้ศึกษาระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะการอยู่อาศัยและภาวะสุขภาพกับความ

สามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในผู้สูงอายุจำนวน 169 ราย ผลการศึกษาพบว่า อายุ รายได้ และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้จากการศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยได้แก่ หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (ventricular arrhythmia) ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นต้น ซึ่งการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น พบว่ามีการเต้นผิดจังหวะร้อยละ 90 และเป็นแบบที่มีการนำกระแสไฟฟ้าผิดปกติ (conduction abnormality) ร้อยละ 25 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้ามีสองกลุ่ม ซึ่งมีการทำนายโรคที่แตกต่างกัน กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนล่าง จะมีลักษณะความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มาก จะมีการทำนายโรคดี อัตราตายมีเพียงร้อยละ 15-20 ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนหน้า จะมีลักษณะความผิดปกติของการนำกระแสไฟฟ้าที่รุนแรงกว่ากลุ่มแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการมากกว่า และอาจมีภาวะหัวใจวายและภาวะช็อกร่วมด้วย ทำให้มีอัตราตายถึงร้อยละ 80 อีกทั้งเมื่อศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ภาวะหัวใจห้องล่างโป่งพองที่พบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในส่วนหน้ามากกว่าในส่วนอื่น และการเกิดรูรั่วของผนังหัวใจ ซึ่งจะพบได้เท่าๆกัน ในผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนหน้าและส่วนล่าง (Goldberger & Wheat, 1985) จึงสรุปได้ว่าภาวะแทรกซ้อนมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนหน้าและส่วนล่าง โดยเฉพาะในส่วนหน้านั้นพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีอันตรายได้มากกว่าส่วนอื่นๆ อีกทั้งในผู้ป่วยที่มีบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนอื่น เช่น ส่วนข้าง มักไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ผู้วิจัยจึงคิดว่าบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ น่าจะเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังมีภาวะการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยเฉพาะการเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยต้องให้ความระมัดระวัง และการดูแลมากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีบริเวณการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนที่มีภาวะแทรกซ้อนและอันตรายมาก

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวนมากที่พบว่าไม่ว่าจะเป็นแองเจนา เพกโตริส หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่ถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวันหรือการทำงาน เนื่องจากสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะลดลงเพียงร้อยละ 10 ของตอนปกติเท่านั้น (พยงค์ จูฑา , 2530) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยพักอยู่บนเตียงและจำกัดการเคลื่อนไหว อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงคือสมรรถภาพร่างกายจะลดลงถึงร้อยละ 10-15 ใน 1 สัปดาห์ (Luckmann & Sorensen, 1987) ซึ่งการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานานหรือการนอนพักบนเตียงนานๆ จะทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆเกิดความบกพร่องดังต่อไปนี้

1. ระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด การนอนพักผ่อนโดยขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะมีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตคือ

1.1 หัวใจต้องทำงานเพิ่มขึ้น ในท่านอนหัวใจจะทำงานมากกว่าในท่านั่ง เนื่องจากในท่านอนการกระจายของเลือดจะเปลี่ยนแปลงไป จำนวนเลือดที่เคยกระจายไปตามบริเวณขาจะถูกกระจายไปยังส่วนอื่น โดยผ่านการบีบตัวของหัวใจ และจากการลดลงของแรงโน้มถ่วงของโลกที่มีต่อระบบไหลเวียนโลหิต ซึ่งมีผลให้ปริมาณเลือดที่หัวใจมีมากขึ้น จำนวนเลือดที่ไหลกลับหัวใจเพิ่มขึ้น 25-30% จำนวนเลือดที่หัวใจสูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายแต่ละครั้ง (stroke volume) เพิ่มขึ้นถึง 40% ทำให้เลือดดำไหลกลับสู่หัวใจมากขึ้น ฉะนั้นในการบีบตัวแต่ละครั้งหัวใจจะทำงานมากขึ้น

1.2 ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่นอนพักกับเตียงนาน 7-10 วัน เมื่อเปลี่ยนอิริยาบถจากท่านอนเป็นท่านั่งจะมีความดันโลหิตลดลง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความสามารถในการปรับตัวของหลอดเลือดเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางลดลง

1.3 ส่งเสริมให้เกิดลิ่มเลือดเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น เนื่องจากการที่ร่างกายไม่เคลื่อนไหวนานๆ จะทำให้ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น การไหลเวียนของเลือดช้าลง ตกตะกอนได้ง่าย ผนังหลอดเลือดไม่เรียบขรุขระ นอกจากนี้ภาวะขาดน้ำและระดับแคลเซียมในเลือดที่สูงขึ้นจากที่มีการสลายของกระดูกเมื่อนอนนานๆขณะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยส่งเสริมให้รวมตัวของเกล็ดเลือดและกระตุ้นโปรทรอมบินทำให้เลือดแข็งตัวได้ดีขึ้น (Goldstrom, 1972)

2. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ในบุคคลที่ไม่ได้เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและกระดูกจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว เพียงนอนบนเตียงเฉยๆ 2-3 วัน กล้ามเนื้อจะอ่อนเปลี้ยและข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ และกระดูกจะมีการทำลายของกระดูก (osteoclast) มากกว่าการสร้าง (osteoblast) ทำให้มีการสลายของแคลเซียมประมาณ 0.5 เปอร์เซ็นต์ต่อเดือน หลังจาก 7 สัปดาห์ จะสูญเสียแคลเซียม 0.1 มก. และฟอสฟอรัส 93 มก. และหลังจากผู้ป่วยมีกิจกรรมตามปกติ 5 สัปดาห์ระดับแคลเซียมจะกลับเข้าสู่ปกติ (Robin, 1988)

3. ระบบหายใจ ในท่านอนราบปอดจะเลื่อนต่ำลงไป 90 องศา อวัยวะในช่องท้องดันกระบังลม กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจเข้าต้องทำงานมากขึ้น เพื่อให้หายใจได้อากาศที่เพียงพอ เมื่อต้องนอนบนเตียงเป็นเวลานานๆ กล้ามเนื้อของการหายใจจะหย่อนสมรรถภาพเป็นผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง (Robin, 1988) ทำให้การขยายตัวของปอดไม่ได้เต็มที่ ความลึกและอัตราการหายใจลดลง อาจทำให้ถุงลมแฟบ เกิดการติดเชื้อในปอดเนื่องจากมีเสมหะขังอยู่ในทางเดินหายใจ

4. ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในคนปกติการยืนหรือนั่งถ่ายปัสสาวะจะมีแรงถ่วงซึ่งทำให้ปัสสาวะไหลจากกรวยไตผ่านท่อสายไตลงมาได้สะดวก แต่เมื่ออยู่ในท่านอนราบจะไม่มีแรงถ่วงช่วยในเรื่องการไหลของปัสสาวะอีกต่อไป ทำให้ปัสสาวะคั่งอยู่ในกรวยไต เมื่อปัสสาวะคั่งอยู่จะมีสารต่างๆ เช่นแคลเซียมและผลึกในปัสสาวะตกตะกอนอยู่ในกรวยไตและเกิดนิ่วได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวมีผลทำให้เกิดอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก กระเพาะปัสสาวะสูญเสียหน้าที่ และเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้

5. ระบบย่อยอาหาร คนที่นอนอยู่นานๆจะมีอาการเบื่ออาหาร ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย ได้แก่โรคที่เป็นอยู่ ความอ่อนเพลีย กังวลและเบื่อหน่าย รวมทั้งทำให้เกิดอาการท้องผูก

6. ด้านจิตสังคม ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโดยให้นอนพักบนเตียง หรือถูกจำกัดกิจกรรม จะทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ มีความรู้สึกว้าวนอนอยู่ในระยะอันตราย หมดความสามารถในการทำกิจกรรมเดิมของตน สูญเสียภาพลักษณ์และบทบาทของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เบื่อหน่าย รำคาญ ความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง อารมณ์ตึงเครียด ซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เกิดอาการจิตประสาท เช่น โรคประสาท ซึมเศร้า (พยงค์ จูฑา, 2530)

จากผลเสียของการนอนพักบนเตียงนานๆ หรือการจำกัดการเคลื่อนไหวดังกล่าวข้างต้นมีผลส่งเสริมทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น การฟื้นฟูสุขภาพของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นไปได้ไม่ดี อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น ทำให้มีการตื่นตัวใน

เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยในปี ค.ศ. 1944 ลีวินและโลน ได้ชี้ถึงผลเสียของการจำกัดกิจกรรมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเริ่มคิดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยในวันที่ 3 หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ข้างเตียงประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้มากกว่าการจัดให้ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง (Levine & Lown cited in Shaw, Deutsch & Bowing, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินจงไปริบาล (2523) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีอาการเป็นครั้งแรก จำนวน 24 คน โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ระหว่างกลุ่มที่นั่งเก้าอี้ข้างเตียงภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดอาการกับกลุ่มที่นั่งเก้าอี้ข้างเตียงภายใน 24-48 ชั่วโมง พบว่าเมื่อผู้ป่วยลุกนั่งเก้าอี้ข้างเตียงทำให้ความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวของทั้งสองกลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ และระหว่างการลุกนั่งไม่พบอาการเปลี่ยนแปลงอย่างอื่นเลย

ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง จึงควรได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถ การทำงานของร่างกายดีขึ้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง วิธีการออกกำลังที่เหมาะสม เพื่อทำให้ภาวะหัวใจนั้นคงสภาพเดิม หรือทำให้ดีขึ้น โดยจัดการออกกำลังให้เหมาะสมทั้งด้านสรีระ จิตใจ การศึกษา และสภาวะแวดล้อม (จรรยา จิตประไพ , 2536, หน้า 1126) โดยมีจุดประสงค์ต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีความเชื่อมั่นและยอมรับคุณค่าของตนเอง ซึ่งมีผลช่วยลดความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า จากความรู้สึกว่าเป็นผู้ที่ไร้ค่าและไร้ความสามารถ
2. กล้ามเนื้อหัวใจของผู้ป่วยสามารถทนต่อการออกกำลังได้มากขึ้นไม่เกิดการขาดเลือดได้ง่าย
3. ข้อต่อและกล้ามเนื้อมีสมรรถภาพ ในการเคลื่อนไหวได้คล่องตัวขึ้น
4. ช่วยลดการรวมตัวของเกล็ดเลือด ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือด
5. ลดความรุนแรงและอัตราการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

และก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วย จำเป็นต้องพิจารณาเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะอันตราย หรือเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายที่จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

รุนแรงเพิ่มขึ้น เพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นจึงมีเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนี้ (Luckmann & Sorensen, 1987)

1. เป็นผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือถ้ามีภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการแก้ไขจนไม่มีภาวะแทรกซ้อน ดังต่อไปนี้

- 1.1 หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง หรือควบคุมไม่ได้
- 1.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว
- 1.3 ช็อค
- 1.4 อาการเจ็บอกยังคงอยู่หรือเกิดซ้ำขึ้นอีก

2. ไม่มีภาวะโลหิตจาง โรคติดเชื้อ ความผิดปกติของข้อ กระดูก และกล้ามเนื้อ และไม่เป็นโรคที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้ เช่น อัมพาต เป็นต้น

3. ถ้าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกต้องไม่เกิน 160 mmHg และค่าไดแอสโตลิก ต้องไม่เกิน 100 mmHg

4. ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ต้องได้รับการรักษาและควบคุม

5. อัตราการเต้นของหัวใจขณะพักไม่เร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที

การกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยเพื่อนำไปกำหนดการออกแรงหรือกิจกรรม ตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ การฟื้นฟูสมรรถภาพจะเริ่มในผู้ป่วยภายหลังเกิดอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายใน 24 ชั่วโมง ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ประมาณ 1 - 2 METs (Wenger & Fletcher, 1990) ได้แก่ การทำกิจกรรมช่วยเหลือตัวเองเบาๆ รับประทานอาหารเอง ล้างมือ ล้างหน้าเอง โกนหนวด เป็นต้น ระยะนี้ผู้ป่วยจะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ประมาณ 3 - 5 วัน

ระยะที่ 2 ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล คือ ตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจไปอยู่หอผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยในระยะนี้สามารถออกกำลังกายในระดับต่ำประมาณ 2 - 3 METs (Wenger & Fletcher, 1990) ซึ่งกิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน การเดินที่ค่อยๆ เพิ่มเวลาขึ้น การขึ้นลงบันได จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้าน ซึ่งควรจะสามารถในการออกกำลังกายได้ระหว่าง 3.5 - 4 METs

ระยะที่ 3 ขณะพักพื้นที่อยู่ที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามโปรแกรมของคลินิกฟื้นฟู ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปการให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติขณะพักพื้นที่บ้านโดยตรวจตามนัด ระยะนี้ใช้เวลา 3 - 8 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูระยะยาว โดยการออกกำลังกายประจำสม่ำเสมอ เพื่อดำรงความสามารถในการทำงานของร่างกาย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน 3-5 วันแรกหลังเป็นโรค ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการใช้การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งคาดว่าจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ฉะนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ควรจะเริ่มให้ลุกจากเตียง (ambulate) ให้เร็วที่สุด และปัจจุบันผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มให้มีการลุกจากเตียงโดยเร็ว ได้ในวันที่ 2 ของโรค หรือ 24 ชั่วโมงหลังมีอาการ (เดียนฉาย ชยานนท์, 2538) ทั้งนี้เพื่อลดความเครียด ความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง และผลเสียของการนอนบนเตียงเพียงอย่างเดียววนๆ ซึ่งในการลุกจากเตียงโดยเร็วของผู้ป่วยนั้น จะมีทั้งการกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกายอยู่ด้วย ทั้งนี้การจะทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายต้องคำนึงถึง ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาแต่ละครั้งในการทำ ชนิดของกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย และอัตราการเพิ่มความรุนแรงการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยที่กระทำกิจกรรมหรือออกกำลังกาย จะต้องไม่ออกกำลังกายสูงกว่าระดับที่จะทำให้เกิดการตอบสนองของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular response) ที่พอเหมาะ (Haskell, 1988) รวมทั้งต้องประเมินการทำงานของหัวใจซ้ำ ซึ่งจะมีดัชนีชี้วัดดังนี้

1. อาการแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ ใจสั่น
2. อัตราการเต้นของหัวใจเกินกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเบต้า อัตราการเต้นของหัวใจไม่ควรเพิ่มจากเดิม 15-20 ครั้งต่อนาที เมื่อเทียบกับการเต้นของหัวใจระหว่างพัก
3. การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้า ส่วน ST (ST change)
4. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia)
5. ความดันเลือดซิสโตลิก (systolic blood pressure) ลดลงมากกว่า 10-15 มม.ปรอท

และถ้าผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ มีการตอบสนองที่เหมาะสม ก็แสดงว่าผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายเพิ่มขึ้นได้ตามลำดับ

สำหรับพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ซึ่งมีหน่วยวัดเป็น Met (Metabolic) 1 Met คือพลังงานที่ใช้ในการรับประทานอาหารเช้า หนังสือ หรือดูทีวี และกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันต่างๆ จะต้องใช้พลังงาน ดังต่อไปนี้

พลังงาน 1 MET	มีกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้คือ การนั่งเฉยๆ ดูทีวี ฟังวิทยุ อ่านเขียนหนังสือ รับประทานอาหาร
พลังงาน 2-3 METs	มีกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้คือ การเปลี่ยนเสื้อผ้า ล้างหน้า ล้างมือ
พลังงาน 4-5 METs	มีกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้คือ อาบน้ำ ทำงานบ้าน ขึ้นบันได 1 ชั้น (10-20 ชั้น) ขับรถยนต์
พลังงาน 6-9 METs	มีกิจวัตรประจำวันที่ปฏิบัติได้คือ ขึ้นบันได 2-4 ชั้น เล่นเทนนิส ทำสวน ตัดหญ้า

สำหรับการทำกิจกรรมรวมทั้งการออกกำลังกายในผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้มีผู้จัดทำขั้นตอนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาคือ Seven - step Myocardial Infarction Program (Grady Memorial Hospital อ้างในเดือนฉาย ชยานนท์, 2538) ซึ่งผู้วิจัยพบว่าแนวทางในการปฏิบัติคล้ายกับที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยมีหลักการดังนี้คือ ช่วยที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ การคงไว้ซึ่งความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยขั้นตอนมักจะเริ่มด้วยการออกกำลังกายเบาๆ ซึ่งได้แก่ การนั่งบนเตียง ทำกิจกรรมบนเตียง การขยับแขนขาเพื่อการคงพิสัยของข้อต่างๆ โดยการขยับข้อต่างๆ นั้น อาจเริ่มจากมีผู้อื่นช่วยในการขยับข้อในท่านอน ผู้ป่วยอาจช่วยขยับบ้าง จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถขยับได้เอง ต่อมาจะเป็นการให้ผู้ป่วยมานั่งข้างเตียง และเดิน สำหรับช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนี้ ขั้นตอนการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยจะสิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยสามารถเดินเองได้ดี ส่วนรายละเอียดของขั้นตอนของการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยนั้น ได้แสดงไว้ในภาคผนวก ข

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) เป็นการวัดความสามารถทางร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ เครื่องมือวัด ADL ที่ใช้ในปัจจุบันมีอยู่หลายชนิดสามารถใช้ได้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ เครื่องมือที่สร้างขึ้นครั้งแรกโดย แคทซ์, ฟอร์ด, โมสโควิทซ์, แจ็คสัน และแจฟฟี (Katz, Downs, Cash, & Grotz, 1970 ; Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963) เพื่อใช้วัดผลการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือนี้จะอธิบายถึงระดับของการที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือเคลื่อนไหวไปตามที่ต่างๆ ในบริเวณบ้าน และการรับประทานอาหาร ซึ่งแคทซ์และคณะ เรียกความสามารถเหล่านี้ว่าเป็นหน้าที่พื้นฐานด้านชีววิทยา (primary biological functions)

ดัชนีบาร์เทลเอดีแอล (The Barthel ADL Index) สร้างขึ้นโดย ฮาร์โมนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมกำกับและประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษา เป็นเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ด้วยความผิดปกติเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ ประสาทและกระดูก และยังสามารถใช้ในการพิจารณาความจำเป็นในการทำกายภาพบำบัด การคาดคะเนระยะเวลาที่ต้องอยู่โรงพยาบาล การทำนายผลการรักษา และการประเมินผลผู้ป่วยหรือโปรแกรมการรักษา ด้วย กิจกรรมที่วัดในเครื่องมือนี้มีทั้งหมด 10 กิจกรรม คือการรับประทานอาหาร 10 คะแนน การเคลื่อนย้าย 15 คะแนน การเดิน 15 คะแนน การแต่งตัว 10 คะแนน การอาบน้ำเช็ดตัว 5 คะแนน สุขวิทยาส่วนบุคคล 5 คะแนน การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน 10 คะแนน การควบคุมการถ่ายอุจจาระ 10 คะแนน การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ 10 คะแนน และการขึ้นลงบันได 10 คะแนน แต่ละกิจกรรมจะมีคะแนนแตกต่างกันขึ้นกับการต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมนั้น ซึ่งแบบวัดนี้มีคะแนนความสามารถสูงสุด 100 คะแนน ความสามารถต่ำสุด 0 คะแนน โดยผู้สร้างได้กำหนดระดับของการไร้ความสามารถโดยการให้คะแนน 0, 5, 10 และ 15 ตามลำดับ สำหรับคุณภาพของเครื่องมือ แกรนเจอร์ อัลเบริชท์และฮามิลตัน (Granger, Albrecht, & Hamilton, 1979) ได้หาค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest) กับผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความพิการระดับรุนแรง ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

เครื่องมือวัดกิจวัตรประจำวันขั้นสูงของ ลอว์ตันและโบรดี (Lawton & Brody, 1969) ที่เรียกว่า The Physical Self Maintenance Scale (PSMS) สร้างขึ้นจากทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับ

พฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งถูกจัดลำดับตามความสลับซับซ้อนของแต่ละพฤติกรรม จากพฤติกรรมด้านร่างกาย ซึ่งบุคคลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองหรือใช้เครื่องมืออื่นๆ ช่วยเหลือไปจนถึงพฤติกรรมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ซึ่งแนวคิดนี้คล้ายกับแนวคิดในการสร้างเครื่องมือวัด ADL ของแคทซ์และคณะ เครื่องมือนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้วางแผน และประเมินการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปทั้งที่อาศัยอยู่ที่บ้าน และในสถานรักษาพยาบาล โดยจะวัดความสามารถในการประกอบกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การใช้ห้องน้ำ/ห้องส้วม การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายและการอาบน้ำ

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล มาใช้ในการศึกษา เนื่องจากเป็นเครื่องมือสำหรับใช้ประเมินกิจกรรมในชีวิตประจำวันพื้นฐานที่ได้รับการทดสอบคุณภาพและความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2539) อีกทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคลได้ง่ายและชัดเจน เหมาะสมจะใช้ประเมินความสามารถผู้สูงอายุในคลินิก (พูลศรี พันธุ์ศรีมังกร และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2535) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ (Jitapunkul et al., 1994)

กรอบทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาศัยกรอบทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง (Theory of goal attainment) ของคิง (King, 1981) ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอต่อไปนี้

ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งคิง (King, 1981) ได้ให้แนวทางสำหรับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (interaction) นี่คือการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งพยาบาลและผู้ป่วยมีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน และการตกลงร่วมกัน ซึ่งจะมีการเจรจาและต่อรองกัน ซึ่งในที่สุดจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และในการปฏิสัมพันธ์นี้ พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการประเมินผู้ป่วย ตลอดจนแปลความหมายของข้อมูลที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมในการช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายได้ ผู้ป่วยจะสังเกตพยาบาล ถามคำถาม ให้ข้อมูล และร่วมมือในการตั้งเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายที่ได้จะเป็นที่ยอมรับว่ามีคุณค่า และตรงกับความต้องการของพยาบาลและผู้ป่วย ผลที่ได้รับและวัดได้คือ ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในสถานการณ์ของพยาบาล

และจากแนวคิดหลักในทฤษฎีดังกล่าว คิงได้ให้ข้อเสนอ (proposition) และสมมุติฐานของทฤษฎี (hypotheses) ไว้หลายประการ แต่ที่ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวคิดในการศึกษาค้นคว้านี้ ก็

คือ ถ้าพยาบาลและผู้รับบริการมีการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายจะทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน ถ้ามีการบรรลุเป้าหมายจะเกิดความพึงพอใจและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยคิดว่าถ้าใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยแล้ว จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน คือผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่เหมาะสม และการที่ผู้ป่วยมีโอกาสร่วมกันกำหนดเป้าหมาย ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ เต็มใจที่จะปฏิบัติตัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งเมื่อบรรลุเป้าหมายแล้วจะมีผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย โดยผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีของการวิจัย