

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรในอันดับต้น ๆ ในประเทศ โดยมีแนวโน้มอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น (สถิติกองควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2549) ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด และได้มีการคาดการณ์ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับแรกในปี 2553 (สถิติกองควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2549) ซึ่งอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดพบประมาณ 108.4 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มร้อยละ 2 ต่อปี (สถิติสาธารณสุข, 2549)

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ อายุที่มากขึ้น เพศชาย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในอายุน้อยกว่าเมื่อเทียบกับเพศหญิง กรรมพันธุ์ โดยผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และความอ้วน โดยที่ปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นนั้นมีผลต่อการหนาตัวของผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการตีบแคบลงของหลอดเลือด เลือดจึงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการแองจินาเพกทอริส (Angina Pectoris) และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกบริเวณกลางยอดอก มักเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้าย ด้านในของแขนซ้าย หรือร้าวมาที่คอ ขากรรไกร หลัง หรือแขนขวา บางคนอาจรู้สึกจุกแน่นได้ลิ้นปี่คล้ายอาหารไม่ย่อย (พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี, 2549)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเพื่อให้สอดคล้องกับสมรรถภาพของหัวใจและกำลังของร่างกายที่ลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต และการที่โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง รวมทั้งจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวทำให้เกิดภาวะเครียดทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว (จิรวรรณ อินคุ่ม, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะคุกคามชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ การตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะหัวใจวาย ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันได้ ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีวิธีการรักษาใหม่ ๆ หลายวิธีในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งการรักษาทางยา การทำผ่าตัดขยายหลอดเลือด การใช้

แสวงเสเซอร์ แต่ยังคงพบว่า ผู้ป่วยยังกลับมารักษาตัวด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเป็นปัญหาสำคัญที่มีสาเหตุสืบเนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ความเครียด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหัวใจมีการปฏิบัติการออกกำลังกายในระดับต่ำ เนื่องจากคิดว่าโรคหัวใจไม่ควรทำงานหนักหรือออกกำลังกาย (จิรวรรณ อินคัม, 2541) และจากการศึกษาของจารุวรรณ เสน่ห์วงศ์ (2548) พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงร่วม คือ การสูบบุหรี่และภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับโรค ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือด

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก สมาชิกครอบครัวแต่ละคนเป็นส่วนหนึ่งของระบบย่อยและระบบทั้งหมดเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกคนหนึ่งในกลุ่มครอบครัวย่อมกระทบต่อสมาชิกครอบครัวทั้งหมด (Wright & Leatey, 2000 อ้างถึงใน จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกเกิดขึ้นภายในครอบครัว ผลกระทบย่อมเกิดกับครอบครัวด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคเรื้อรัง โรคหนึ่งที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจึงย่อมมีผลกระทบกับสมาชิกครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ที่ทำหน้าที่หาเลี้ยงครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เช่นเดิม ดังเช่นการศึกษาของวิชญา ปริยวาทิ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวของผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่า ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในครอบครัว โดยพบว่าเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ที่มีภาระและความรับผิดชอบต่อการรับและบุตร เมื่อเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามบทบาทส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด รู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ และขาดความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วย (ปราณี โทแสง, 2548; รัตร์นตนา อัญญา, 2545)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผ่านมาพบว่า การดูแลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งการให้ความรู้ การรักษาทางยา การเข้ากลุ่มบำบัด โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต โดยใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (Toobert, Glasgow, Nettekoven, & Brown, 1998) การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจตามโปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการรับการรักษาหลอดเลือด

หัวใจโดยการกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ผู้ป่วย (นิชิวดี เมธาจารย์, 2545) และผลของ โปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย โรคหัวใจวาย ถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย โดยการสนับสนุนให้คำปรึกษาให้ความรู้แนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ให้ และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเลือกตัดสินใจ และเลือกการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ (ปราณี โทแสง, 2548) จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าเป็นการป้อนสิ่งที่ผู้ป่วยอาจจะทำหรือไม่กระทำอย่างต่อเนื่องก็ได้ เพราะไม่ได้มีการปรับความเชื่อ ซึ่งให้ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคของตนเองตามความเชื่อความเจ็บป่วยของตนเอง จากการศึกษาของ จิตติมา ภูริทัตกุล (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติพบว่า ผลของความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัจฉริยา พ่วงแก้ว (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา เพ็ญสุพรรณ (2545) พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และด้านการรับรู้ประโยชน์การรักษาและปฏิบัติตนที่ถูกต้องเป็นตัวทำนายการกลับเข้ามารักษารักษาใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ภาวะแทรกซ้อนและการเกิดพยาธิสภาพของโรคขึ้นรุนแรงสามารถป้องกันได้ ถ้ามีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีวิธีการป้องกันที่ถูกต้อง ด้วยการการลดปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2543) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการของโรครุนแรงถึงชีวิต เกิดจาก ความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการขาดการออกกำลังกาย การไม่นับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกายหรือสังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการไม่สามารถควบคุมความเครียดได้ ซึ่งล้วนเป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการศึกษาในปัจจุบันเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการแก้ไขพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการดูแลไปที่ผู้ป่วยโดยตรงอย่างเดียวโดยศึกษาในเรื่อง ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ การเพิ่มแรงจูงใจ การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ หรือการเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และการให้โปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วย (สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, 2541; ปรีศนา วรนนท์, 2541; แสงเดือน พรหมแก้วงาม, 2543; อรุณฯ เขียวสะอาด, 2544; วีรณัฐ ไตรรัตน์ โอภาส, 2545) จากที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่ารูปแบบที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ร่วมในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน และส่วนใหญ่มีการศึกษาการวิจัยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงมีอาการของภาวะแทรกซ้อนของโรค สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ทั้งด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการไปตรวจตามนัด จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงได้สนใจนำรูปแบบการพยาบาลขั้นสูง (Illness Belief Model: IBM) โรทท์ วัตสัน และเบลล์ (Wright, Watson, & Bell, 1996) มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว เนื่องจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล ทำให้เข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การรักษาดูแลสุขภาพ ทำให้พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุน เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้คิดและแก้ปัญหาสุขภาพ ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีการดูแลสุขภาพร่วมกันเป็นระบบ การใช้การพยาบาลครอบครัวในรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (IBM) มีเป้าหมาย คือ การสนทนากับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และครอบครัว ให้ผู้วิจัยได้รู้ถึงความเชื่อที่จะนำมา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ (Constraining Belief) และส่งเสริมความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Belief) โดยมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด (Cognitive) ความเชื่อ (Belief) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว ไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว ได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมีผลต่างเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

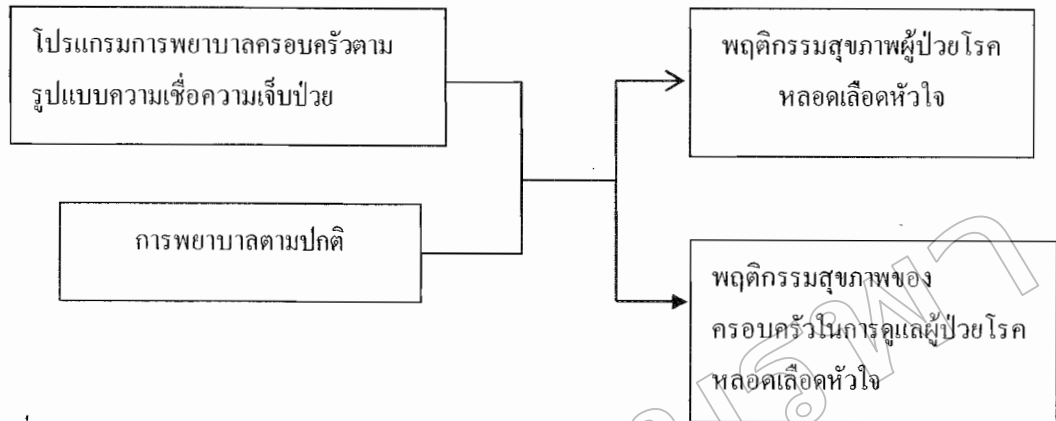
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory) รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ของไรท์ และคณะ (Wright et al., 1996) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่มีโครงสร้าง หน้าที่ และมีปฏิสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว จะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว จะต้องมีการปรับสมดุลใหม่ของครอบครัวต้องปรับทั้งระบบ ครอบครัวไม่ใช่แก้ไขหรือปรับเฉพาะส่วน ดังนั้นครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นหรือหายจาก โรคที่เป็น โดยเฉพาะ โรคเรื้อรังอย่างเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งครอบครัวจะต้องมีส่วนร่วมให้การสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่

แนวคิดความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model) ของไรท์ และคณะ (Wright et al., 1996) เป็นหัวใจหลักของรูปแบบนี้คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อ (Belief) เนื่องมาจากความเชื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของบุคคล มีอิทธิพลจากโครงสร้างด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ และจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างกัน การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเกิดจากความเชื่อที่บุคคลนั้นมีอยู่ พฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกัน การที่บุคคลจะดูแลหรือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับความเชื่อความเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลและครอบครัวมีความเชื่อความเจ็บป่วยไปในทางที่ส่งเสริม ให้เกิดความสำเร็จ (Facilitating Beliefs) ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และพบทางเลือกในการแก้ไขปัญหาลักษณะสุขภาพจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้บุคคลและครอบครัวได้คิดได้ปฏิบัติได้รู้ประโยชน์ ของประสบการณ์ การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว และชี้ให้เห็นผลเสียของความเชื่อความเจ็บป่วยที่ครอบครัวมีความเชื่อที่เป็นอุปสรรค (Constraining Beliefs) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีผล ไปจำกัดทางเลือกใน

การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัว รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการสนทนาบำบัด เพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นสัมพันธภาพที่ไว้วางใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และพยาบาล ทำให้เข้าใจความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษาการดูแลสุขภาพ ทำให้พยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นแรงสนับสนุน เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้คิดและแก้ปัญหาสุขภาพ ปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจ รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทางเลือกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและต่อเนื่องตามบริบทของครอบครัว ซึ่งจะรวมถึงครอบครัวและผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนการดูแลให้มีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้การพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยเป็นการปรับความเชื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการจัดโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย พยาบาลทุกท่านต้องทำความเข้าใจ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาล (Nursing Intervention) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแล การพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นการสนทนาบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้เหมาะสม โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ครอบครัว ได้เปิดเผยความเชื่อ ความคิดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมให้เกิดความเชื่อที่ทำให้เกิดความสำเร็จ ผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและความเชื่อ ที่มีต่อการดูแลพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และนำไปสู่การปฏิบัติ คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือจากของครอบครัวเพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นเมื่อได้รับโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. ได้รูปแบบในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการที่ทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคและสังคมตามความสามารถของตนเองได้
2. เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของตนเองและครอบครัว
3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการวิจัยที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาครอบครัวและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี จำนวน 40 ครอบครัว ระหว่างวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 ถึง 1 เมษายน 2551

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

- โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย

- การพยาบาลตามปกติ
- ตัวแปรตาม ประกอบด้วย
- พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ
- พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ที่จะกระทำเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านเพศสัมพันธ์ และการปฏิบัติตัวด้านการรักษา

พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การออกกำลังกายและการพักผ่อน พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับมือขอตอบสนองสุขภาพ ที่จะกระทำเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดโคโรนารี โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ มีอาการเจ็บหน้าอกจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตัวและมีภาวะหลอดเลือดโคโรนารีตีบ ที่มีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งมารับการตรวจวินิจฉัยที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล โลกเจริญ จังหวัดลพบุรี

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลประจำ คลินิกผู้ป่วยนอกต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามปกติ คือการให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและครอบครัว โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของ ไรท์ และคณะ (Wright et al., 1996) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน สร้างสัมพันธภาพ การสนทนาบำบัด การสะท้อนคิด และการสรุป