บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจัดเป็นปัญหาความเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (Arnold & Jairath, 1998) สำหรับประเทศไทยนั้น จากข้อมูลทางสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2534 ถึงปี พ.ศ. 2540 แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี จาก 58.5 คนต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2536 เป็น 62.5, 69.2 และ 77.4 คน ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2537, 2538 และ 2539 ตามลำดับ แต่ในปี พ.ศ. 2540 มีอัตราตายลดลงเป็น 72.1 คนต่อประชากรแสนคน และจากสถิติของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535-2537 พบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเสียชีวิตร้อยละ 21.10 ถึง 29.41 ของจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540) ซึ่งจัดเป็นอัตราตายที่สูง

การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และเรื้อรัง พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนตามแบบแผนชีวิตเช่นเดิมได้ เนื่องจากสมรรถภาพในการทำงานของหัวใจลดลง จึงมีอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียได้ง่าย มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (อุมา จันทวิเศษ, 2539) การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย โดยก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและซึมเศร้าจากการกลัวตายและกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (Dinnes, 1998) นอกจากนี้ยังส่งผลให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง สูญเสียบทบาทการทำหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ รวมทั้งต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาจำนวนมากจึงส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยร่วมด้วย (จริยา ตันติธรรม, 2536) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้วงการแพทย์และสาธารณสุขสนใจวิธีการที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยภายหลังจากมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย วิธีการช่วยเหลืออาจกระทำได้หลายวิธี เช่น การใช้เทคโนโลยีความก้าวหน้า

ทางการแพทย์ต่าง ๆ การพยายามที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย และหัวใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วย และวิธีการอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ช่วยลดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยสามารถหลีกเลี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และใช้ศักยภาพของตนเองที่เหลืออยู่ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งวิธีการหนึ่งที่พบว่าส่งผลดังกล่าวแก่ผู้ป่วย ก็คือ วิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1950 โดยมุ่งเน้นที่การออกกำลังกาย และได้พัฒนาให้เป็นรูปแบบมากยิ่งขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดยการพัฒนาให้มีลักษณะของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เป็นมาตรฐานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหัวใจอื่น ๆ (Noy, 1998) โดยการศึกษาต่าง ๆ ให้ความเห็นตรงกันว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถลดอัตราการตายและอัตราการไร้ความสามารถของผู้ป่วยได้ รวมทั้งยังเป็นวิธีการที่ประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย (Ades, Huang & Weaver, 1992; Allen & Redman, 1996; Suter et al., 1996) กล่าวคือผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง สามารถกลับไปทำงานที่เหมาะสมกับสภาวะของตนเองได้เร็วขึ้น และมีอัตราของการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจซ้ำอีกลดลง (Dumont, 1999) ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและนอนพักบนเตียงตลอด จะทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ทุกระบบของร่างกาย เช่น กำลังสำรองของหัวใจ (cardiac reserve) ลดลง ความดันโลหิตต่ำ ประสิทธิภาพการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยบีบรัดหลอดเลือดลดลง ซึ่งเป็นผลให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจน้อยลง ปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งลดลง และเกิดการรวมตัวกันของเกล็ดเลือด เกิดเป็นลิ่มเลือด (thrombosis) และอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำจากการมีลิ่มเลือดไปขัดขวางการไหลเวียนของโลหิตที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (ฉัฐยา จิตประไพ, 2532; รังสรรค์ พุ่มพฤกษ์, 2525) รวมทั้งผู้ป่วยจะมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ไม่สามารถกลับไปทำงานหรือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมได้เช่นเดิม และอาจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ด้วยภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรงขึ้นกว่าเดิม บางรายอาจเสียชีวิตก่อนที่จะเข้ารับการรักษาได้ทัน (Nolan & Nolan, 1998)

สมาคมโรคหัวใจของอเมริกา (American Heart Association, AHA, 1999) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไว้ว่าเป็นกระบวนการของกิจกรรมทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่กระทำอย่างต่อเนื่อง จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้กลับสู่สภาวะที่ดีเท่าเดิมก่อนเกิดอาการ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยมีการกำหนดแผนงานร่วมกันระหว่างทีมผู้รักษาเพื่อพัฒนาขีดความสามารถของ

ผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป และได้กำหนดองค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไว้ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การออกกำลังกาย 2) การปรับลด หรือปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และ 3) การให้ความรู้และคำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้แก่ผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (inpatient) ระยะที่ 2 คือการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยในช่วงของการเป็นผู้ป่วยนอกระยะแรก (immediate outpatient) ระยะที่ 3 คือการให้การฟื้นฟูสมรรถให้กับผู้ป่วยในช่วงของการฟื้นตัวระยะหลัง (intermediate outpatient) และระยะที่ 4 คือการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยในช่วงระยะของการคงสภาพขณะเป็นผู้ป่วยนอก จัดเป็นการฟื้นฟูระยะยาวตลอดชีวิต (maintenance outpatient) โดยทีมที่จะปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วย ประกอบไปด้วยบุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา นักอาชีวบำบัด นักนันทนาการ โภชนากร และเภสัชกร เป็นต้น

บุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนสำคัญในการริเริ่มให้มีการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาใช้ ประกอบไปด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล กล่าวคือ ผู้บริหารโรงพยาบาลจัดเป็นบุคลากรที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เอื้อต่อการเรียนรู้และเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรในหน่วยงานของตน โดยการนิเทศ ติดตามการดำเนินนโยบาย และสร้างบรรยากาศเพื่อส่งเสริมให้เกิดการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปใช้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น เท่ากับเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล ช่วยสร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล ส่วนแพทย์ซึ่งเป็นผู้วางแผนให้การรักษากับผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการรักษาที่ได้ผลรวดเร็วและผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยในการเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และจะเป็นผู้กำหนดว่าขณะนี้ผู้ป่วยสามารถทำอะไรได้บ้าง อีกทั้งแพทย์ยังเป็นผู้หนึ่งที่มีความสำคัญในการจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (เสก อักษรานุเคราะห์, 2533) ในส่วนของพยาบาลผู้ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงาน (co-ordinator) และผู้อำนวยความสะดวก (key facilitator) ของทีมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (King & Teo, 1998) และมีบทบาทอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ปฏิบัติตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมทั้งความสำเร็จหรือล้มเหลวของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะขึ้นอยู่กับความสามารถของพยาบาลในการจูงใจ การให้ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้

ชิด และสามารถให้การประเมิน สังเกตและติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในฐานะเป็นบุคคลทั้งคน ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม (King & Jenkins., 1995)

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยโดยการสอบถามจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ พบว่าในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือยังไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทำให้ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เป็นแบบแผน ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยทั่ว ๆ ไป การใช้ยาหรือการกลับมาตรวจตามแพทย์นัด ตามที่โอกาสของเจ้าหน้าที่แต่ละคนจะอำนวยหรือเมื่อตนเองมีเวลาว่าง โดยไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และตามแต่ระยะของโรค ซึ่งการไม่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนืออาจเนื่องมาจากปัญหาของการไม่มีผู้เชี่ยวชาญเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่คอยให้คำปรึกษา ภาระงานที่มากเกินไปทำให้ไม่มีเวลาในการดำเนินการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เครื่องมือ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มีไม่เพียงพอ หรือการขาดความร่วมมือ และการประสานงานระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทำให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ได้รับความสนใจ และไม่ถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือดังกล่าว ซึ่งเหตุผลต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นผลจากการรับรู้ของบุคคล เนื่องจากโดยทั่วไปบุคคลจะให้ความหมายของข้อมูลที่ได้รับ เกิดเป็นความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของตน และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้นั้น ๆ หรือกล่าวได้ว่าการรับรู้เป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคล โดยการแสดงออกถึงพฤติกรรมของบุคคล มักขึ้นอยู่กับการเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อในผลที่ได้จากการกระทำของตน โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดี เรียกว่าการรับรู้ประโยชน์ ตรงกันข้ามบุคคลจะหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนาและคิดว่าเป็นสิ่งที่ยุ่งยากเรียกว่าการรับรู้อุปสรรค (Ajzen & Fisbein, 1980 อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534) และการรับรู้ของบุคคลจะแตกต่างกันแม้จะรับรู้ในเรื่องเดียวกัน (กรรณิการ์ ภู่ประเสริฐ, 2540) โดยขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา หรือปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่ามีผลต่อการรับรู้และการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัวและเจตคติ โดยมีแนวโน้มว่าเพศชายจะมีความสามารถในการเรียนรู้สูงกว่าเพศหญิง (Schaffer, 1981) อายุและประสบการณ์ในอดีต ซึ่งมีผลต่อความแตกต่างในการแสดงออกของพฤติกรรมที่เกิดจากการมองปัญหา ความเข้าใจ และการใช้เหตุผล (Molzahn & Northcott, 1989) การฝึกอบรม

และการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่าง ๆ อย่างมีเหตุผล และช่วยขยายขอบเขตของการรับรู้ (จำเนียร ช่วงโชติ, 2528) ส่วนบทบาทหน้าที่นั้นจะเชื่อมโยงกับการรับรู้และมีส่วนสำคัญในการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งความแตกต่างของการรับรู้จะมาจากการดำรงไว้ซึ่งบทบาทของบุคคลนั้น (Molzahn & Northcott, 1989) ดังนั้นหากต้องการทราบพฤติกรรมของบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำเป็นต้องทราบถึงการรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของบุคลากรดังกล่าวด้วย

การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบ่งออกเป็นการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึงความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับผลดีของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่าง ๆ เช่น ช่วยลดอัตราการตายและลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยลงได้ ช่วยลดภาระงานของบุคลากร ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและสร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพเป็นต้น จากการศึกษาของนิตยา อังกาบูรณะ (2527) และ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา หรือกล่าวได้ว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ ดังนั้นหากผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากก็มีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และเมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลกำหนดนโยบายเกี่ยวกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขึ้น ทั้งแพทย์และพยาบาลก็จะยิ่งให้ความร่วมมือในการนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาปฏิบัติมากขึ้น ส่วนการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหมายถึงความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับความยากลำบาก หรือสิ่งที่ขัดขวางต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทั้งอุปสรรคด้านบุคลากร นโยบาย และด้านการสนับสนุนอื่น ๆ เช่น การไม่มีเวลาเพียงพอ การขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารด้านนโยบายและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงาน การขาดความรู้ การขาดผู้เชี่ยวชาญที่คอยให้คำปรึกษา การขาดความร่วมมือและการประสานงานจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นต้น จากการศึกษาของเทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell & Hart, 1980) พบว่าการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกาย และการศึกษาของสุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นสิ่งที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม ดังนั้นหาก ผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลมีการ

รับรู้ถึงอุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก ก็มักจะปฏิบัติการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยลง หรือไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

จากเหตุผลข้างต้น จะเห็นได้ว่าการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรม และมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในด้านของการเลือกรับเอาสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ย่อมมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วย โดยการรับรู้ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะส่งผลให้บุคลากรให้ความร่วมมือ มีกำลังใจในการปฏิบัติและทนต่ออุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ ตรงกันข้ามหากบุคลากรรับรู้แต่อุปสรรคของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ก็จะส่งผลให้บุคลากรขาดความสนใจ และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยลง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาก็จะไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาที่นาน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือดังกล่าว ว่าอยู่ในระดับใด และมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และผลจากการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการพัฒนาให้มีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใช้ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระหว่างผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหารในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนืออยู่ในระดับใด
2. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนืออยู่ในระดับใด

3. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนืออยู่ในระดับใด

4. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระหว่าง ผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ 4 แห่ง ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยศึกษาในกลุ่มผู้บริหาร จำนวน 47 ราย แพทย์ จำนวน 47 ราย และพยาบาล จำนวน 243 ราย รวมทั้งสิ้น 337 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2543 ถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2543

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือประกอบไปด้วย

การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง การรับรู้ถึงผลดีของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งแบ่งออกเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย บุคลากร และหน่วยงาน โดยประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก หรือสิ่งที่ขัดขวางต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งแบ่งออกเป็นอุปสรรคด้านบุคลากร นโยบาย และการสนับสนุนอื่น ๆ โดยประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (AHA, 1999) หมายถึง กระบวนการของกิจกรรมทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จัดกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับเข้าสู่สภาวะที่ดี เท่าเดิมก่อนเกิดอาการ หรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด โดยจะต้องมีการกำหนดแผนการร่วมกันระหว่างทีมผู้ปฏิบัติ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร และเภสัชกร เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาขีดความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ การออกกำลังกาย การปรับลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยกิจกรรมต่าง ๆ เริ่มให้ผู้ป่วยกระทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของตนเอง และเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ มากที่สุด

บุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ผู้บริหาร แพทย์ และพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ ประกอบด้วย

ผู้บริหาร หมายถึง บุคคลที่ดำรงตำแหน่งหรือรักษาการในตำแหน่งผู้บริหารจัดการในระดับต่าง ๆ ของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ แบ่งออกเป็น ผู้บริหารฝ่ายการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพบริการและวิชาการ และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย

แพทย์ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์ เป็นผู้ที่ได้รับใบประกอบโรคศิลปะ และกำลังปฏิบัติงานในหน่วยงานอายุรกรรมของโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

พยาบาล หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาด้านการพยาบาลในระดับประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาตรี หรือ ปริญญาตรีขึ้นไป และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง และกำลังปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ

โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ หมายถึง สถานบริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งจัดเป็นโรงพยาบาลของรัฐ มีจำนวนเตียงไม่น้อยกว่า 500 เตียง ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือ และอยู่ในความรับผิดชอบของกองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Chiang Mai University