

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
ต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
ที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

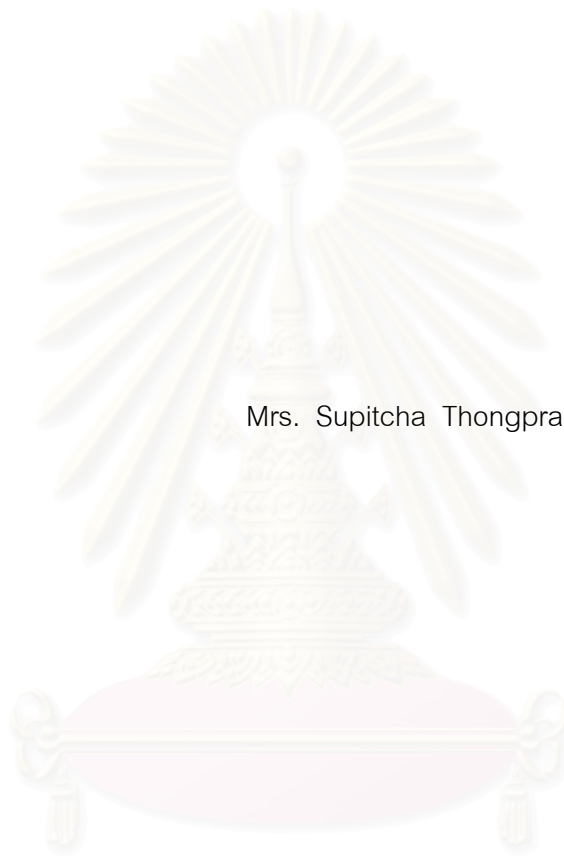
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT COMBINED WITH BASIC
CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING PROGRAM ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT
IN CLOSE RELATIVES OF CORONARY SYNDROME PATIENTS
AT RISK OF SUDDEN CARDIAC ARREST



Mrs. Supitcha Thongprasit

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2006

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึก
ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของ
ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้น
กะทันหัน

โดย

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา

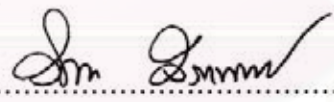
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

นายแพทย์วิโรจน์ ดันติโกสม


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

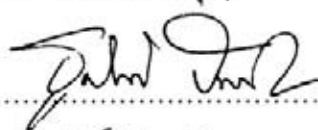

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. นฤงิ ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์วิโรจน์ ดันติโกสม)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. สุศักดิ์ ชัมภลิจิต)

สุพิชชา ทองประสิทธิ์ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วย
 พื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อ
 หัวใจหยุดเต้นกะทันหัน. (THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT
 COMBINED WITH BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING PROGRAM ON
 PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN CLOSE RELATIVES OF CORONARY SYNDROME
 PATIENTS AT RISK OF SUDDEN CARDIAC ARREST) อ.ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา.
 อ.ที่ปรึกษาร่วม : น.พ.วิโรจน์ ดันติโกสุม., 211 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล
 อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุน
 ด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง
 คือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและมีภาวะเสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้น
 กะทันหันที่เข้ามารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสธารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่ม
 ควบคุม 20 คนและกลุ่มทดลอง 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงโดยการจับคู่ในด้าน เพศ อายุ
 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ ระดับการศึกษา เริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการ
 พยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้น
 คืนชีพขั้นพื้นฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้น
 คืนชีพขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยดัดแปลงจากแนวคิดการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
 ของ Lazarus and Folkman (1984) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 และแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน
 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแบบวัดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีดัชนีความ
 ตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ
 ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Kolmogorov-Smirnov test และสถิติทดสอบ (Paired t-
 test และ Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

- ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่ได้รับโปรแกรมการ
 สนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีการปรับตัวหลังการทดลองดีกว่าก่อน
 การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่ได้รับโปรแกรมการ
 สนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีการปรับตัวหลังการทดลองดีกว่าญาติ
 ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
 ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิพนธ์..... สุพิชชา ทองประสิทธิ์
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา..... ชนกพร จิตปัญญา
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4877611036 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING / PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT /
CLOSE RELATIVES / CORONARY SYNDROME PATIENTS AT RISK OF SUDDEN CARDIAC
ARREST

SUPITCHA THONGPRASIT: THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL
SUPPORT COMBINED WITH BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING PROGRAM
ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN CLOSE RELATIVES OF CORONARY SYNDROME
PATIENTS AT RISK OF SUDDEN CARDIAC ARREST. THESIS ADVISOR: ASST. PROF.
CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., THESIS COADVISOR: WIROTE TANTIKOSOOM, MD.,
211 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to compare pretest –posttest of the psychosocial adjustment in close relatives of coronary syndrome patients at risk of sudden cardiac arrest, who received the informational and emotional support combined with basic cardiac life support training program, and to compare a control group who received conventional care. The research sample were close relatives of coronary syndrome patients at risk of sudden cardiac arrest, out patients department at Panomsarakarm Hospital, Chachoengsao province. The research sample consisted of 40 patient 's close relatives, and were selected into an experimental group and a control group with 20 close relatives in each group. The two groups were matched in sex , age, relationship between close relatives and level of education. The study started with the control group following by the experimental group. The control group received conventional care, while the experimental group received an informational and emotional support combined with basic cardiac life support training program. The research instruments were informational and emotional support program based on social support concept (Larzarus and Folkman, 1984). The data were collected by a demographic data form, and Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS (Derogatis, 1986). The instruments were tested for content validity CVI= .80. The reliability of the PAIS were .86 The data were analyzed by using mean, percentage, Standard deviation, Kolmogorov-Smirnov test statistic and t-test statistic.

Results were as follows:

1. The psychosocial adjustment in close relatives of coronary syndrome patients at risk of sudden cardiac arrest receiving informational and emotional support combined with basic cardiac life support training program at posttest were significantly higher than that of pretest at the .05 level.
2. The psychosocial adjustment in close relatives of coronary syndrome patients at risk of sudden cardiac arrest receiving informational and emotional support combined with basic cardiac life support training program at posttest were significantly higher than those who receiving conventional care at the .05 level.

Field of study Nursing Science
Academic year 2006

Student's signature.....*Supitcha Thongprasit*.....
 Advisor's signature.....*Ch J*.....
 Co-advisor's signature.....*W*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงและความเอาใจใส่ในทุกขั้นตอนจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหา ช้อบกพร่อง วิธีการดำเนินการวิจัยที่ถูกต้องตลอดจนสร้างแรงบันดาลใจอย่างแรงกล้าให้แก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยระลึกถึงพระคุณเสมอมา และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ นพ.วิโรจน์ ตันติโกสุม อายุรแพทย์โรคหัวใจ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ท่านให้ความกรุณาในการแนะนำด้านวิชาการ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและติดตามความก้าวหน้ามาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ท่านกรุณาให้ข้อเสนอแนะอันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนและ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแนวทางในการปรับปรุงด้านสถิติที่ใช้ในการวิจัย ในโอกาสนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งชี้แนะแนวทางแก้ไขเพื่อให้งานวิจัยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ท่านได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาทุกแขนง อีกทั้งส่งเสริมในด้านคุณธรรม จริยธรรมตลอดการศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่กรุณาให้ความเอื้อเฟื้อ ช่วยเหลือมาโดยตลอด ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ทุกท่านและเพื่อนร่วมรุ่นสาขาอื่นที่คอยเป็นกำลังใจและช่วยเหลือในทุกๆด้าน ขอขอบคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ทำให้ผู้วิจัยได้ประโยชน์จากข้อชี้แนะในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม ฉะเชิงเทรา หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่กรุณาให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสลาศึกษา รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ตลอดจนผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างซึ่งให้ความร่วมมือให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งผู้วิจัยจะนำประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยนี้สู่มูลาเนาเพื่อพัฒนาในด้านการพยาบาลและการช่วยเหลือ ตลอดจนการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป

ในโอกาสท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบเทิดพระคุณบิดา มารดา ที่ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัวของประสิทธิ์ที่คอยรักและห่วงใย เอาใจใส่เสมอมา

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	17
แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจ หยุดเต้นกะทันหัน.....	43
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว.....	49
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล.....	66
โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน.....	75
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	78
กรอบแนวคิด.....	86
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	87
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	87
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	91
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	102

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	106
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	107
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	112
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	129
สรุปผลการวิจัย.....	134
การอภิปรายผลการวิจัย.....	134
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	143
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	144
รายการอ้างอิง.....	145
ภาคผนวก.....	158
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	159
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือใน การทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	161
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบขอรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย.....	167
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	174
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	205
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	211

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตามเพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับการศึกษาของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน.....	90
2	จำนวนและร้อยละของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ปัญหาค่าใช้จ่าย การได้รับคำแนะนำ และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....	113
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน จำแนกตาม เพศ อายุ กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และปัจจัยเสี่ยง.....	117
4	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	119
5	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	121
6	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง แยกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	123
7	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มควบคุมแยกเป็นรายด้านและโดยรวม	125
8	เปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคม ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมก่อนและหลัง การทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	127

ตารางที่

9 การแจกแจงข้อมูลการปรับตัว..... 206



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม.....	207
2	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างในกลุ่มทดลอง.....	208
3	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลัง การทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (คู่ที่ 1-10).....	209
4	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลัง การทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่ (คู่ที่ 11-20).....	209
5	แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังการทดลอง	

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary Artery Disease - CAD) เป็นสาเหตุของอัตราการตายและอัตราความพิการมากที่สุดของประชากรโลก (Moser and Dracup, 1995; Dracup et al., 1997; Boutin-Foster, 2005; Fenton et al., 2006) จำนวนถึง 1.3 ล้านคนต่อปี คิดเป็น 600 คนต่อ ประชากร 100,000 คน (Fenton et al., 2006) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชากรประมาณ 25,000-40,000 คน เสียชีวิตกะทันหันจากโรคหัวใจ (Dracup et al., 1994; Antezano and Hong, 2003) โดยมีผู้เสียชีวิต 1 รายทุก 20-30 วินาที จัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรก ซึ่ง 70-80% มีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน และเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล (Zipes and Wellens, 1998; Callans, 2002; Braunwald and Gotto, 2005; Hanna and Wenger, 2005) สำหรับในประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ จัดเป็นอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตประชากรในประเทศไทย โดยมีอัตราการตาย 3.6-14.4 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2548) และมีอัตราการเสียชีวิต 7 ราย ทุก 60 นาที แนวโน้มของอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตสูงขึ้นเรื่อยๆ (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Deweod, Spore and Notske et al., 1980; Rea et al., 2004; Fenton et al., 2006) โดย 50-70% เสียชีวิตภายนอกโรงพยาบาล (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2544; Dracup et al., 1994; Callans, 2002; Zipes et al., 2006)

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้ดูแล (Skelton and Dominian, 1973; Mayou, Foster, and Williamson, 1978) บทบาทในการดูแลผู้ป่วยหลังภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่อาจเป็นทั้งวิกฤตและเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ ของผู้ดูแลอีกด้วย ปัญหาการปรับตัวของผู้ดูแลสามารถส่งผลกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้ดูแลโดยตรง (Derogatis, 1986; Miller et al., 1990) ซึ่งการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial adjustment) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ เนื่องจากภาวะการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537) ซึ่งอาการเครียดจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย คือ นอนไม่หลับ (Ebbesen et al., 1990; Moore, 1994) เหนื่อยล้า ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร (Ebbesen et al., 1990; Moore, 1994) ท้องผูก (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544;

นุสรา วิชัยโกวิทเทน, 2547; Kettunen et al., 1999) ในบางรายอาจมีอาการปวดท้อง เจ็บแน่นหน้าอก และใจสั่น (Skelton and Dominian, 1973) ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยพอกับผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยลดลงอีกด้วย (Mayou, Foster and Williamson, 1978) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ในระหว่างที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและอยู่ในระยะฟื้นฟูส่งผลให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานบ่อย หรือต้องลาออกจากงานเพื่อทำการดูแลผู้ป่วย (Skelton and Dominian, 1973; Mayou, Foster and Williamson, 1978) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านในเรื่องความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ปัญหาในการทำงานบ้านที่เนื่องมาจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในบทบาทของหัวหน้าครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัวอาจลดลง (Papadopoulos et al., 1980; Miller et al., 1990) ก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (Skelton and Dominian, 1973) ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น ด้านสัมพันธภาพทางเพศ กรณีผู้ป่วยที่แต่งงานแล้ว ปัญหาที่ตามมาคือสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สัมพันธภาพทางเพศและความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ความสุขและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ (Papadopoulos et al., 1980; Nyamathi, 1987; Kettunen et al., 1999) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย หมายถึง ความต้องการความช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน(อรพรรณ ลีอนุญวัชชัยและคณะ, 2544) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม เมื่อมีภาระในการดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและไม่สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้เช่นเดิม (Moser and Dracup, 1995) ขาดความสม่ำเสมอในการใช้เวลาว่างร่วมกับสมาชิกในสังคม (Mayou et al, 1978; Kettunen et al., 1999) รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539)

ที่สำคัญคือ ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยต้องประสบ กล่าวคือ ในระหว่างสัปดาห์แรกผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจะมีเจตคติ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดหวังกับอาการของผู้ป่วย มีอาการวิตกกังวล อาการซึมเศร้า (สุทธิณี วัฒนกุล, 2547; Ebbesen et al., 1990; Moore, 1994)ตลอดจนอาการกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความตึงเครียด โกรธ สับสน อาจรู้สึกไม่สนใจและละเลยผู้ป่วยในบางเวลา (Skelton and Dominian, 1973; Mayou, Foster and Williamson, 1978; Hilbert, 1985; Caplin and Sexton, 1988; Ebbesen et al., 1990; Riegel and Dracup, 1992; Moore, 1994; Kettunen et al., 1999; O'Farrell, Murray and Hotz, 2000)

ผลกระทบต่อการปรับตัวในบทบาทของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ถือเป็นภาวะวิกฤตที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่คุกคามต่อความมั่นคงของครอบครัว (Meisel, 1991) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องเผชิญกับความเครียดและความคับข้องใจ อันจะส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย และการฟื้นฟูของผู้ป่วยตามไปด้วย (วารสารภริ ตระกูลสถุณี, 2545; Karner, Dahlgren and Bergdahl, 2004) ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horn, Fleury and Moore (2002) ที่ศึกษารูปแบบการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย บทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Family caregivers) ที่เป็นผู้ดูแล ถือเป็นบทบาทที่สำคัญและจำเป็นในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพและการปรับตัว (readjustment) (Kettunen et al., 1999) ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงของผู้ป่วยและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และอาจเสียชีวิตได้โดยไม่คาดคิด (Wilkinson, 2002)

สิ่งที่ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีต้องการมากที่สุด คือข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและอาการที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ (Wang Wenru, 1996; Kettunen et al., 1999) การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลากรที่มสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการฟื้นฟูของผู้ป่วย อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) เป็นอาการปวดแค้นหรือแน่นหน้าอก เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Fenton et al., 2006) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สามารถส่งผลให้เกิดการตายกะทันหันโดยที่ไม่ทันคาดคิดมาก่อนเนื่องจากเกิดในระยะเวลาอันสั้นภายในไม่เกิน 1 ชั่วโมง (พงศ์ จุฑา, 2536; Zipes and Wellens, 1998; Zheng, Croft, Giles and Mensah, 2001; Callans, 2002; Antezano and Hong, 2003) และส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายนอกโรงพยาบาล มีผู้ป่วยน้อยรายที่สามารถรอดชีวิต (Zheng et al., 2001; Antezano and Hong, 2003) ซึ่งหากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้ส่งผลกระทบต่ออัตราการพิการและอัตราการตายของผู้ป่วยสูงยิ่งขึ้น (Kettunen, 1999; Karner et al., 2004)

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้แก่ ความรุนแรงและลักษณะของเหตุการณ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นความเครียด และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moser and Dracup (2000) ที่ศึกษาในสมาชิก

ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหยุดหายใจ และสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) ส่วนปัจจัยตัวบุคคล หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวในภาวะเจ็บป่วย (Wenru, 1996; Turton, 1998) การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; Cobb, 1976; Kristofferzon, 2006) การสนับสนุนทางเศรษฐกิจ (นิสากร โพธิชัย, 2541) ซึ่งเมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาแล้วจะทำให้บุคคลมีการปรับตัว และมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม (วราภรณ์ นาครัตน์, 2533; กุลธิดา พานิชกุล, 2536)

การพยาบาลที่สามารถส่งเสริมการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะต้องเป็นการพยาบาลที่จัดกระทำต่อตัวแปรที่เป็นสาเหตุคือ ความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (วิล พฤกษ์รัมย์เย็น, 2544; Fleury and Moore, 1999) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่การได้รับการดูแล เอาใจใส่ ยกย่อง เห็นอกเห็นใจ ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ซึ่งถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอย่างยิ่ง (House et al., 1988) แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งผู้ดูแลอาจต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่รุนแรงและไม่คาดคิดมาก่อน จนทำให้ไม่สามารถหาวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นการสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจึงเหมาะสมสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control) ให้กับญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น(Moser and Dracup, 2000) สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stewart et al., 2000)

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and Emotional support) เป็นขั้นตอนซึ่งมุ่งเน้นการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984: 245-246) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น บุคคลจะรู้สึกว่าคุณค่าเป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ เช่น ความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต เป็นตัวดูดซับความเครียดและช่วยป้องกันอันตรายด้านสุขภาพ

การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตให้พ้นจากความตายโดยใช้สื่อการสอนภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนหัวใจหยุดเต้น และขั้นตอนการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากสื่อวีดิทัศน์ ตลอดจนการฝึกปฏิบัติจริงจากหุ่นจำลอง สาธิตโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยและให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยทดลองฝึกปฏิบัติ จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตายกะทันหัน คือ การตายที่เกิดขึ้น

ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเกิดอาการหรือได้รับบาดเจ็บ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด (พยงค์ จูฑา, 2536; Goraya et al., 2003; Fox et al., 2004) และการตายกะทันหันจากโรคหัวใจมักเกิดขึ้นทันทีหรือภายในชั่วโมงแรกของการเกิดอาการโรค ร้อยละ 90 จะพบว่า การตายลักษณะนี้มักเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ไม่ทันทีที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ ตามสถานพยาบาลต่างๆ และการตายมักไม่มีอาการนำมาก่อน (พยงค์ จูฑา, 2536; Zipes and Wellens, 1998; Zheng et al., 2001; Callans, 2002; Antezano, and Hong, 2003) การที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้ฝึกปฏิบัติปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่น จะช่วยให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moser and Dracup (2000) ในการทดลองการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ามีผลทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมมากยิ่งขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Platz และคณะ (2000) ที่ทำการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีความกลัวว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และขาดความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการฝึกปฏิบัติส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า จากการศึกษานุสรวิทย์โกวิทเทน (2547) ได้ทำการศึกษาโดยใช้โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และพบว่าหลังการทดลองคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระดับของความกดดันด้านจิตใจลดลง แต่ในบริบทของสังคมไทยโดยทั่วไปผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือจะเป็นลักษณะที่เป็นญาติพี่น้อง ลูกหลาน จะมีบทบาทให้การดูแลซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูตเวทีอันเป็นค่านิยมที่สังคมไทยให้การยอมรับ และเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542) ซึ่งไม่ได้มีเพียงคู่สมรสเท่านั้นที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการให้ญาติใกล้ชิดที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยให้ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นโปรแกรมที่เป็นการจัดกิจกรรมแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 7-10 คน โดยกิจกรรมประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม เป็นวิธีการสอนที่มีผู้นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เป็นการสอนโดยการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ของบุคคลภายในกลุ่ม ทำให้ญาติใกล้ชิดทราบว่ามีใช้ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา จึงเกิดความรู้สึกอุ่น มี

กำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง (Kelly and Lewis, 1987; Sundberg, 1989) และการสอนแบบสาธิตการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยมีจุดประสงค์ให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ (Sundberg, 1989) ส่วนการสนับสนุนทางอารมณ์ถือเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Lazarus and Folkman, 1984) จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร หรือวัตถุดิบของจากบุคคลอื่น ทำให้บุคคลจะรู้สึกว่ามีคุณค่า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด เป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียดทำให้เกิดปรับตัวในการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นโปรแกรมที่มุ่งจัดกระทำต่อตัวแปรที่ส่งผลต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และเพื่อเป็นการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆได้ ซึ่งนอกเหนือจากการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แล้ว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน อีกสิ่งหนึ่งที่เป็นสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วย คือ การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทั้งนี้เนื่องจากญาติใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน หากญาติใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมีสุขภาพกายและจิตดี มีการปรับตัวที่เหมาะสม จะส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยตามไปด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหรือไม่

2. การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวคิดและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) และ แนวคิดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดถือเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยสิ่งที่เกิดปัญหา (Event) เมื่อเกิดปัญหาจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ มีผลขัดขวางการดำเนินชีวิตและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการประเมินปัญหา (Appraisal) ก่อให้เกิดกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหาการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งต้องผ่านกระบวนการในการตัดสินใจ แยกแยะปัญหา และเลือกวิธีในการจัดการกับปัญหา สำหรับการเผชิญปัญหาด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) เป็นกลวิธีเดียวกับการแก้ปัญหา คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ลงมือแก้ปัญหาซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับหลายวิธีนำมาซึ่งน้ำหนักกว่าวิธีไหนได้ผลดีอย่างไร เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์เรียนรู้ด้วยวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการยอมรับสถานการณ์ที่เป็นจริง

Derogatis (1986) ได้กล่าวถึงการปรับตัวว่า หมายถึงเป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคมโดยมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวม 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

ในภาวะปกติบุคคลส่วนใหญ่จะสามารถปรับตัวได้เองโดยไม่ต้องขอความช่วยเหลือ แต่เมื่อบุคคลนั้นได้รับผลกระทบจากความเครียด จะส่งผลถึงความสามารถในการปรับตัว (นิสากรโพธิ์ชัย, 2541) ทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าวและเมื่อเกิดภาวะเครียดมากขึ้นจะเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นนอกเหนือขอบเขตความสามารถของการปรับตัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงถือเป็นบุคคลในทีมสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวครอบครัวให้มีการปรับตัวในการเผชิญกับความเครียดและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; นิสากรโพธิ์ชัย, 2541) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลโดยจัดทำโปรแกรมในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยการพบผู้ดูแลจำนวน 4 ครั้ง โดยต้องการช่วยเหลือด้านความรู้ การปฏิบัติตนในการช่วยเหลือผู้ป่วย และบรรเทาความเครียด ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ดูแลและครอบครัวให้เกิดความผาสุก ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ Kelly and Lewis (1987) ได้ให้ความหมายการให้ข้อมูลว่า เป็นแผนที่จัดทำขึ้นเพื่อการเรียนรู้อย่างมีระบบ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติที่จะส่งผลให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีภาวะสุขภาพดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ Wang Wenru (1996) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นความต้องการสูงสุดของครอบครัวและผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและเกิดความไม่แน่ใจ ไม่ทราบว่า จะเกิดอาการเปลี่ยนแปลงที่ร้ายแรงใดกับผู้ป่วย และจากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหรือคู่สมรสของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการทราบเกี่ยวกับการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การได้รับข้อมูลช่วยให้ลดความเครียดและวิตกกังวลระหว่างดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ (Hickey, 1990; Moser, Dracup and Marsden, 1993; Turton, 1998; Moser and Dracup, 2000)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ศึกษาถึงแนวทางในการช่วยเหลือผู้ดูแลในด้านความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนด้านจิตใจของครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ ของ Gillis et al. (1989) ซึ่งกล่าวว่า ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจมีความต้องการข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลเรื่องอาหาร การให้ยารับประทาน การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ปัจจัยเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ (Lovvorn, 1982 cited in Gillis et al., 1989; Hartford, Wong and Zakaria, 2002) ตลอดจนการผ่าตัดกรณีรักษาวิธีอื่นไม่ดีขึ้น การสนับสนุนความต้องการด้านข้อมูลและอารมณ์จึงถือเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง ดัง Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี และสามารถทำให้บุคคลปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Mills et al.,

1985) การนำกิจกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมกับการให้ข้อมูล เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึกและความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (House, 1981) สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (รัตนา อยู่เปลว, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup และคณะ (1997) ที่ศึกษาการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการให้ความรู้และสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการให้ความรู้และสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) และการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพียงอย่างเดียว การนำการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับสนับสนุนด้านอารมณ์มาใช้ร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อันจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดีทำให้เกิดการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยดียิ่งขึ้น

2. การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (American Heart Association Guideline 2005) และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย(2549) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการเตือนก่อนเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น การช่วยฟื้นคืนชีพนี้ Dracup และคณะ (1997) ได้นำมาศึกษาในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moser and Dracup (2000)ซึ่งได้นำการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมาฝึกปฏิบัติให้กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่าจะสามารถทำให้มีความสามารถในการควบคุม(Perceived control) และมีระดับของความกดดันด้านจิตใจสูงขึ้นกว่าก่อนทำการทดลอง การดำเนินการทดลองนี้ผู้วิจัยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวแบบสัญลักษณ์ เรื่อง การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ร่วมกับการสาธิตการปฏิบัติกับหุ่นจำลองโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย และการให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่น ซึ่งการให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้นี้ โดยการศึกษาจากตัวแบบสัญลักษณ์ ภาพจากสื่อวีดิทัศน์แบบมีเสียงประกอบ การสาธิตนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะอันดีในการนำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริง สำหรับการประเมินความถูกต้องและทักษะของผู้ฝึกปฏิบัติสามารถประเมินได้จากสัญญาณแสดงที่ตัวหุ่นจำลอง และผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยประเมินความถูกต้อง ตลอดจนเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและปฏิบัติซ้ำหากไม่ประสบผลสำเร็จ แนะนำเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อหน่วยรถพยาบาลฉุกเฉิน(EMS)ของโรงพยาบาลและหน่วยกู้ชีพในชุมชน และสามารถปรึกษาได้กรณีเกิดข้อสงสัย ซึ่งการสอนแบบสาธิตนี้มีจุดประสงค์คือ ต้องการให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ (Sundberg, 1989)ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหา

ตามลำพัง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแล (ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์, 2546) ส่งเสริมความสามารถในการปรับตัวให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น

การใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันรู้สึกคลายความวิตกกังวล และมั่นใจในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักของตนมากยิ่งขึ้น กล่าวคือ ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีสุขภาวะทางร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณและปรับสิ่งแวดล้อมได้ดีแล้วนั้น จะส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพ และสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมทั้งจะตัดสิ้นใจแก้ไขปัญหากรณีเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยได้ทันท่วงที โดยพยาบาลควรให้คุณค่ากับ “การดูแลเอาใจใส่และเอื้ออาทร” เป็นองค์ประกอบสำคัญ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) การใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะส่งผลโดยตรงต่อบทบาทของผู้ดูแล เนื่องจากการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหรือคู่สมรส จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลให้มีสัมพันธภาพในครอบครัว ตลอดจนสามารถเผชิญปัญหาได้ดี และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยในทางที่ดียิ่งขึ้น (Stewart et al., 2001)สามารถลดอัตราการตายและอัตราความพิการ ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และการกลับเข้านอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ตลอดจนลดผลกระทบแก่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546) ตลอดจนช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งยังเป็นการเน้นระบบบริการเชิงรุก เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนได้เป็นอย่างดี

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
2. การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

1. ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2.2 ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวทางจิตสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย (Psychosocial Adjustment) หมายถึง กระบวนการที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ใช้ความพยายามในการปรับตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวลต่างๆ จนกลายเป็นสภาพการณ์ที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพปัญหานั้นๆ ได้ และเป็นเหตุการณ์ที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีต้องประสบ ซึ่งจะส่งผลทั้งในด้านสุขภาพกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยยึดหลักแนวคิดของ Derogatis (1986) ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ

1. ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care orientation) หมายถึง ความสามารถ ความคาดหวัง และเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย เกี่ยวกับการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือดูแลและได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพ

2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (Vocational environment) หมายถึง การรับรู้ของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะการทำงานของตนเอง ขณะต้องดูแลญาติที่เจ็บป่วย ซึ่งประเมินได้จากทำให้ความสำคัญในการทำงาน ปัญหา อุปสรรค และเป้าหมายในการทำงาน

3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือพึ่งพากันและกันในการทำงาน งานบ้านและช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้านและญาติ เมื่อคนในครอบครัวประสบภาวะเจ็บป่วย

4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ (Sexual relationships) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย ในเรื่องสัมพันธภาพทางเพศ สุขภาพและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง หรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ จนเป็นเหตุให้เกิดปัญหาระหว่างคู่ครอง

5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย เกี่ยวกับความสามารถในการติดต่อกับญาติที่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกัน เมื่อคนในครอบครัวประสบภาวะเจ็บป่วย

6. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social environment) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย เกี่ยวกับความสนใจในการใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมในสังคมต่างๆ รวมถึงการมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆ ในขณะที่คนในครอบครัวประสบภาวะเจ็บป่วย

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับการที่คนในครอบครัวที่ต้องประสบภาวะเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ตกใจง่าย เศร้าไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โกรธ หงุดหงิดง่าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่าในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หรือรู้สึกว่าตนเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

โดยวัดจากแบบประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจาก อรรถพรณ ลีอนุญวัชชัย และคณะ, 2544) ตามแนวคิดของ Derogatis (1986)

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

หมายถึง ญาติใกล้ชิดที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย และเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ ไม่น้อยกว่า 1 เดือนในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับ อาการและปัจจัยเสี่ยง การจัดหาอาหาร การให้ยา การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย แนวทางการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ซึ่งได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้องหรือบุตร โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ชนิดที่เคยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือขาดเลือดเฉียบพลัน โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ จากการฉีดสี หรือผล Echocardiogram ที่มีผลประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection Fraction) < 40% รวมไปถึงผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด (Post- Coronary Artery Bypass Graft) ผู้ป่วยหลังการทำหัตถการโดยขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือตาข่าย ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับลิ้นหัวใจและเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหรือใส่เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ประกอบด้วย

การให้ข้อมูลความรู้ที่ตรงตามความต้องการของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการให้คำปรึกษารายกลุ่มและรายบุคคล ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้แก่ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง การจัดการเรื่องอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ฯลฯ การบริหารความเครียด การมาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพและการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ตลอดจนการปรับรูปแบบการทำงานและการดำเนินชีวิตของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยให้เหมาะสม

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้พูดคุย ระบายความวิตกกังวล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลระหว่างญาติใกล้ชิดด้วยกันและผู้วิจัยร่วมให้คำปรึกษา ในเรื่องการทำงาน เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียด โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ชี้แนะ ให้คำปรึกษาเพิ่มเติม

3. การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตาม American Heart Association Guideline (2005) และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย (2549) ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนำก่อนหัวใจหยุดเต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยการใช้สื่อภาพนิ่งและและภาพเคลื่อนไหวจากวีดิทัศน์เป็นตัวแทนสัญลักษณ์ในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การสาธิตการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพจากหุ่นจำลองโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้หุ่นจำลอง ประกอบด้วย

การให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแก่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยจะจัดกระทำไปพร้อมๆกับการสนับสนุนด้านอารมณ์และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยจะพบกับกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นจำนวน 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-3 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 ห่างกัน 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 4 ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นนำ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าพบญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นรายบุคคลที่คลินิกโรคหัวใจ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพื่อพิจารณาในการเข้าร่วมการวิจัย หากญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม นัดหมายกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยจัดการทดลองเป็นรายกลุ่มๆละ 7-10 คน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสอน เป็นขั้นตอนการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีร่วมกับการสาธิตและการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยประเมินความรู้ในการดูแลของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบรายกลุ่ม โดยใช้การอธิบายประกอบคู่มือ สำหรับ ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การจัดการกับอาการและปัจจัยเสี่ยง การพักผ่อนและคลายความเครียด การใช้ยา อาหาร โภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การติดต่อกับหน่วยรถพยาบาลเคลื่อนที่ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและรถกู้ชีพในชุมชน การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทั้งสี่วิธีดี และการสาธิตจากหุ่นจำลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันให้ฝึกกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจริงตามสถานการณ์จำลอง ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม โดยให้ระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลช่วยแนะนำ ชี้แนะ ตลอดจนสนับสนุนและเปิดโอกาสให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลคนอื่นในเรื่องของการช่วยเหลือดูแลเมื่อรับประทานยา การจัดการประเภทอาหารให้ผู้ป่วยรับประทาน การแนะนำการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดหรือสังเกตอาการเมื่อผิดปกติของผู้ป่วย และการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ตลอดจนปัญหาในด้านของการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นทบทวน เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยทบทวนความรู้ เรื่องพยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การจัดการกับอาการและปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา อาหาร โภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ต่อจากนั้นให้มีการทบทวนการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยใช้หุ่นจำลองโดยผู้วิจัย สร้างสถานการณ์จำลองจากกลุ่มอาการของผู้ป่วยและประเมินการฝึกปฏิบัติการจากสัญญาณแสดง ของหุ่นจำลองและเทคนิคการปฏิบัติได้ถูกต้องโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อประเมินความรู้หลัง การทดลอง และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ปัญหาในการ ดูแล เช่น การใช้ยาและการติดตามการรักษา การปฏิบัติตามคำแนะนำและเปิดโอกาสให้ญาติ ใกล้ชิดผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล กรณีญาติใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาให้ทบทวนหลักการ ช่วยฟื้นคืนชีพจากสื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยพบญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจโคโรนารี เพื่อประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่ง ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงต่างๆ พร้อมบันทึกผล การ ติดตามผลการรักษา การให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การใช้ยา รับประทานอาหาร ตลอดจนติดตาม ผลหลังจำหน่าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถนำข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเพื่อเป็นแนวทางใน การให้คำแนะนำและจัดโปรแกรมการสอนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล เพื่อเน้นถึงความ จำเป็นในการปรับวิถีชีวิตและการจัดทำกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู เป็นสิ่งที่ช่วยลดการก้าวหน้าของโรค และลดการกลับเป็นซ้ำอีก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความครอบคลุม โดยมีลำดับดังต่อไปนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การประเมินวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.5 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน
 - 1.7 การรักษา
 - 1.8 การพยาบาล
2. แนวคิดเกี่ยวกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน
 - 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
 - 2.2 ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวทางจิตสังคม
 - 3.1 ความหมายของการปรับตัวทางจิตสังคม
 - 3.2 สาเหตุของการปรับตัวทางจิตสังคม
 - 3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน
 - 3.4 การประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม
 - 3.5 การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล
 - 4.1 ความหมายการสนับสนุนด้านข้อมูล

- 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้
- 4.3 ประโยชน์ของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล
- 4.4 การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล
- 5 โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิด

1. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary artery disease)

ความหมาย หลอดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เรียกว่า coronary Artery จะอยู่ภายนอกหัวใจ มีเส้นใหญ่ๆอยู่ 2 เส้น คือ เส้นด้านขวา(right coronary artery) ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจด้านขวา และและด้านล่าง ส่วนด้านซ้าย(left coronary artery) ทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจด้านซ้าย โดยหลอดเลือดด้านซ้ายจะแตกแขนงใหญ่ๆ คือ Left anterior descending artery (LAD) ซึ่งเลี้ยงหัวใจด้านหน้าและเลี้ยงกล้ามเนื้อส่วนสำคัญของหัวใจห้องล่างซ้าย และ Left circumflex artery (LCX) จะวิ่งไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังและด้านล่าง ซึ่งจะมีแขนงเล็กๆอีกมากมาย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ที่พบได้บ่อยที่สุดเกิดจากการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ และตันในที่สุด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลทำให้หัวใจบีบและคลายตัวผิดปกติและเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (พันธิตร มะลิสูวรรณ, 2548)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ขั้นตอนและกระบวนการเกิดภาวะหลอดเลือดโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Coronary Artherosclerotic) มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงที่ใช้เวลานานเป็นปีๆ โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงเริ่มที่ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในสุด (Intimal layer) ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บเรื้อรัง ทำให้ขอบเนื้อเยื่อของ Endothelial cell ที่เรียบแยกออกจากกัน ไขมันเข้าไปพอกสะสมและหลั่งสาร Monocyte เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดงชั้น Subendothelium กลายเป็น Macrophage และไขมัน LDL ที่เข้าสู่ Cell จะเปลี่ยนรูปร่างเป็น Foam cell (Lipid-laden macrophage) ร่วมกับมีการผลิตสารอีกหลายชนิดจากEndothelium และ Foam cell ทำให้เพิ่มการแบ่งตัวและกระตุ้นให้ Smooth cell ,Fibroblast เข้าสู่ชั้น Subendothelium กลายเป็น Fibrous plaqueที่มีขนาดโตขึ้น

เรื่อยๆ ยื่นเข้าไปใน Lumen ชัดขวางทำให้การไหลของเลือดช้าลง หากมีการแตกหรือแยกตัวของ Fibrous plaque จะทำให้มีเลือดออกในคราบไขมัน(plaques) และมีการกระตุ้นให้มีเกร็ดเลือดพอกสะสมจนกลายเป็นลิ่มเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ก้อนไขมันจะทำให้ร่างกายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ จนเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เรียกว่า Angina pectoris (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (รวมนต์ บำรุงสุข, 2548)

1. ไม่แสดงอาการทางคลินิก (silent ischemia)
2. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)
3. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic stable angina)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome - ACS)

หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นขณะพักที่มีลักษณะบ่งชี้ว่าเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็งร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน (Artherosclerosis and Thrombosis) การที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งจากคราบไขมันและมีการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน (Atheromatous plaque) ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก หรือหยุดชะงักทันที (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546:50, จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547:267; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Fenton et al., 2006) จัดเป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหัวใจที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตกะทันหันและพิการได้ ผู้ที่มีประวัติของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมักพบบ่อยว่ามีโอกาสเสียชีวิตภายนอกโรงพยาบาล (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Werf et al., 2003) ความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจมีเล็กน้อยสามารถฟื้นฟูได้ จนถึงรุนแรงถึงเสียชีวิต (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548: 294) ในปัจจุบันการจัดแบ่งกลุ่มอาการ Acute Coronary Syndrome มี 3 ชนิดคือ

1. Unstable angina เป็นกลุ่มที่มี ECG ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression / wave inversion และ Cardiac marker negative
2. Non Q-wave Myocardial Infarction (Non Q-wave MI หรือ Non STEMI) เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ ECG ไม่มี ST Segment elevation แต่มี ST depression / T wave

inversion และ Cardiac marker ได้ผลบวก เป็นกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดที่มี Q-wave ในอดีตที่ยังไม่มีความก้าวหน้าเรื่องการตรวจหา cardiac marker ก็ จะวินิจฉัยกลุ่มนี้เป็น Unstable angina

3. Q-wave Myocardial Infarction เป็นกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีโอกาสเสียชีวิต กะทันหัน มี ST elevation ปัจจุบันนิยมเรียก ST elevation MI (STEMI) และมี Cardiac marker ได้ผลบวก หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว และคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เกิด Q-wave การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายคือ NSTEMI (Cummins, R.O., et al 2003)

ภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนคือ ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังกลับจากโรงพยาบาล

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก

1.1 ภาวะแทรกซ้อนจากโครงสร้างของหัวใจถูกทำลาย(Mechanical complication) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจาก Mechanical complication ทำให้การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว มักเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวอย่างรุนแรง

1.2 ภาวะแทรกซ้อนจากกระแสไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ(Electrical complication) ได้แก่ Ventricular หรือ Supraventricular premature extra-systole พบได้บ่อยในกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กรณีเกิด QRS complex มีรูปร่างแปลกๆหลายลักษณะแล้วจะมีการทำนายโรคที่ไม่ดีนัก อย่างไรก็ตามการพยายามให้ยาเพื่อแก้ไขจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี เช่น Supraventricular arrhythmia, Bradycardia และ Ventricular arrhythmia ซึ่งประกอบด้วย Ventricular Fibrillation และ Ventricular Tachycardia มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วงปีแรกเกิดก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล โดยทั้งหมดเกิดจาก Ventricular Tachyarrhythmia การที่ผู้ป่วยได้รับการทำ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)และ Defibrillation อย่างรวดเร็วจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นมาก(นิธิ มหานนท์, 2543)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังออกจากโรงพยาบาล

2.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และ Unstable angina ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดหัวใจตายซ้ำ (Reinfarction) ทำให้มีการเสียชีวิตสูง การรักษาด้วยยาหรือ revascularization มีความจำเป็น การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและ Unstable angina อาจเกิดช่วงระยะเวลาใดก็ได้ แต่จะเกิดบ่อยช่วง 2-3 เดือนแรก (นิธิ มหานนท์, 2543)

2.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง และมักเกิด 2-3 วันของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราตายค่อนข้างสูงและต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว (นิธิ มหานนท์, 2543; กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

2.3. การตายกะทันหันจากหัวใจ (Sudden Cardiac Death)

โดยคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก การตายกะทันหัน คือ การตายที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเกิดอาการหรือได้รับบาดเจ็บ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (พยงค์ จูฑา, 2536; Goraya et al., 2003; Fox et al., 2004)

การตายกะทันหันจากโรคหัวใจมักเกิดขึ้นทันทีหรือภายในชั่วโมงแรกของการเกิดอาการโรค ดังนั้นเพื่อให้เหมาะสมกับการวิเคราะห์และการรักษาการตายกะทันหันจึงกำหนดให้ช่วงเวลาก่อน 1 ชั่วโมงแรกหรือทันทีของการเกิดอาการ โดยคำจำกัดความนี้จะพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายกะทันหันถึงร้อยละ 90 จะพบว่าการตายลักษณะนี้มักเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ไม่ทันทีที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์ตามสถานพยาบาลต่างๆและการตายมักไม่มีอาการนำมาก่อน (พยงค์ จูฑา, 2536; Zipes and Wellens, 1998; Zheng, Croft, Giles, and Mensah, 2001; Callans, 2002; Antezano, and Hong, 2003)

อุบัติการณ์

การตายนอกโรงพยาบาลส่วนมากเกิดขึ้นแบบกะทันหัน ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชากรประมาณ 25,000-40,000 คน เสียชีวิตกะทันหันจากโรคหัวใจ (Dracup et al., 1994; Antezano, and Hong, 2003) และ 50% เสียชีวิตภายนอกโรงพยาบาล (Dracup et al., 1994; Callans, 2002) แม้จะมีสาเหตุที่ทำให้เกิดขึ้นได้หลายอย่างแต่ที่พบบ่อยมากที่สุด คือ การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดโคโรนารีถึงร้อยละ 80-90 ประมาณ 1/3-2/3 ของการตายจากโรคนี้มักเกิดขึ้นแบบกะทันหัน และไม่มีอาการนำเตือนมาก่อน แม้ว่าอัตราตายรวมจะสูงไปตามอายุ แต่การตาย

กะทันหันกลับลดลงเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตกะทันหันในเพศชายจากโรคหัวใจ มักพบมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายเสียชีวิตในอัตราร้อยละ 46 และเพศหญิงร้อยละ 34 (Antezano, and Hong, 2003)

อาการเตือนที่เกิดนำหน้าก่อนตายกะทันหันพบได้ประมาณร้อยละ 40 เท่านั้น และครึ่งหนึ่งของการตายเกิดในผู้ป่วยที่ไม่ทราบมาก่อนเลยว่ามีโรคหลอดเลือดโคโรนารี

ผู้ป่วยที่มี premature ventricular beat มีความเสี่ยงต่อการตายกะทันหันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ (Cobb, Werner, and Trobaugh, 1980) และจะเสี่ยงมากขึ้นในผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะที่เกิดขึ้นหลายแห่ง มีบริเวณกว้างและมีหัวใจโต

พยาธิสรีรวิทยาของการตายกะทันหัน

Ventricular arrhythmia แม้จะเป็นกลไกที่สำคัญของการตายกะทันหันก็ตาม แต่ความผิดปกตินี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่จำเป็นต้องเกิดการตายกะทันหันทุกราย เพื่อเป็นแนวทางการรักษา ลักษณะของ Ventricular arrhythmia อาจแบ่งเป็นพวกได้ดังนี้

1. Benign ventricular arrhythmia ผู้ที่หัวใจปกติหรือมีโรคแต่ไม่มีอาการ (Subclinical form) การเกิด ventricular premature beat ไม่เกินชั่วโมงละ 5 ครั้ง แต่ไม่ได้เกิดติดต่อกันเป็นชุดๆ ถือว่าเป็นปรากฏการณ์ปกติ แต่ถ้าเกินกว่านี้อาจเรียกว่า primary electrical heart disease ซึ่งพบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการตายกะทันหัน ถ้าหัวใจไม่มีความผิดปกติด้านอื่น เพียงแต่มี ventricular premature beat แม้จะเกิดขึ้นบ่อยหรือติดต่อกัน (ventricular tachycardia) ก็ตาม ให้ถือว่าเป็น Benign ventricular arrhythmia

2. Potential Letal Ventricular arrhythmia ได้แก่ การเต้นผิดจังหวะที่พบในผู้ป่วยซึ่งมีความผิดปกติทางกายวิภาคด้วย แต่ไม่ได้ทำให้เกิดความผิดปกติการไหลเวียนเลือด (hemodynamic) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการตายกะทันหันได้ premature beat อาจมีตั้งแต่ ชั่วโมงละ 20-30 ถึง 3,000 ครั้งก็ได้ รวมทั้งอาจมี ventricular tachycardia ด้วย อาการที่อาจพบได้ เช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ อ่อนแรง เป็นต้น

3. Letal ventricular arrhythmia เป็นการเต้นผิดจังหวะที่พบในผู้ป่วยซึ่งหัวใจมีสมรรถภาพการทำงานเสื่อมมาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการไหลเวียนเลือด อาจพบได้ทั้ง อยู่ยาวนาน (sustained) และเป็นอยู่ไม่นาน (non-sustained ventricular tachycardia) (เป็นอยู่ยาวนานไม่เกิน 30 วินาที) (พยงศ์ จูฑา, 2536)

กลไกของการตายกะทันหัน

ผู้ที่ตายกะทันหันอาจพบความผิดปกติดังนี้

1. Ventricular fibrillation หรือ tachycardia
2. Ventricular Asystole
3. Complete Heart Block
4. Electrico-mechanical dissociation

ความผิดปกติทางคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะพบว่าส่วนมากเป็น ventricular tachycardia และต่อมาเปลี่ยนเป็น ventricular fibrillation ส่วนภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอื่นอาจพบในผู้ตายด้วยโรคอื่นหรือระยะหลังๆของผู้ที่ตายอย่างกะทันหัน (พยงค์ จูฑา, 2536 ; Callans, 2002; Antezano , and Hong ,2003)

โรคที่เป็นสาเหตุของการตายกะทันหัน

การตายกะทันหันมักไม่เกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการนำไฟฟ้าของหัวใจ ผู้ตายประมาณ ¾ พบว่ามีการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างมาก โดย atherosclerosis และเป็นหลายแขนง ประมาณร้อยละ 20 มีสาเหตุอื่น เช่น หลอดเลือดโคโรนารีผิดปกติโดยกำเนิด , Marfan's syndrome ,hypertrophic cardiomyopathy , prolapsed mitral valve leaflet, aortic aneurysm,ความพิการของลิ้นหัวใจจากสาเหตุต่างๆ เช่น จากใช้รูมาติก ความผิดปกติทางไฟฟ้าหัวใจ เช่น QT- syndrome เป็นต้น (พยงค์ จูฑา, 2536)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตายกะทันหัน

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีบางรายมีลักษณะที่แสดงว่าอาจเกิดการตายกะทันหันขึ้นได้

1. หัวใจเกิดการแปรปรวนของคลื่นไฟฟ้าได้ง่าย(Ventricular instability) ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิด ventricular arrhythmia ชนิดร้ายแรง เช่น tachycardia และ fibrillation
2. หลอดเลือดโคโรนารีมีการตีบแคบอย่างมากและหลายแขนง
3. Ventricular dysfunction อย่างมาก ที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ในผู้ป่วยที่มี ventricular aneurysm หรือผู้ที่ฟื้นจากการตายกะทันหันโดยการกู้ชีวิต เป็นต้นอย่างไรก็ตาม Ventricular dysfunction มักเกิดร่วมกับการมี ventricular premature beat แม้ว่าความผิดปกติ

ทั้งสองต่างมีความเป็นอิสระต่อกันในการพยากรณ์โรค และเสริมผลต่อกันในการทำให้เกิดการตายกะทันหัน

4. หัวใจมีความผิดปกติในการนำไฟฟ้าหรือ ventricular repolarization ผู้ป่วยโรคหัวใจจากการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าที่บันทึกขณะพักแสดงถึงโอกาสที่จะเกิดการตายกะทันหันได้ง่าย ได้แก่ การนำไฟฟ้าผิดปกติ QT ยาวมาก และมีการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment และ T-wave (พยางค์ จูฑา, 2536)

ปัจจัยบางประการที่บ่งถึงความเสี่ยงในการตายกะทันหัน

มีภาวะบางอย่างที่เคยรายงานว่าทำให้มีความเสี่ยงในการตายกะทันหันสูง เช่น ความดันเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความอ้วน เวนทริเคิลซ้ายโตแบบมีกล้ามเนื้อหนา อย่างไรก็ตามภาวะเหล่านี้ที่พบในผู้ป่วยซึ่งเคยมีกล้ามเนื้อตาย ไม่อาจใช้เป็นเครื่องพยากรณ์ว่าคนไหนจะเกิดการตายกะทันหันขึ้น การตายเร็วหรือช้าไม่มีความเกี่ยวข้องกับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ความดันเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ left ventricle hypertrophy อายุของผู้ป่วย หรือเคยเป็นโรคหัวใจโคโรนารีมาก่อน (พยางค์ จูฑา, 2536)

โดยการสังเกตว่า ventricular tachycardia ในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มักมี ventricular premature beat นำมาก่อน ทำให้คิดว่าภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะนี้อาจใช้เป็นเครื่องพยากรณ์การตายกะทันหันได้ หรือ ventricular premature beat ที่มีลักษณะบางอย่าง เช่น เกิดบ่อย coupling interval สั้น multifocal และสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม เป็นสิ่งที่ชี้ว่ามีความเสี่ยงในการตายกะทันหันสูง แต่การศึกษาต่อมาแย้งอุบัติการณ์ของการตายกะทันหันไม่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว ถ้าเพียงแต่พบว่ามี ventricular premature beat เท่านั้นไม่เป็นการเพียงพอที่จะคาดการณ์ว่าจะเกิด ventricular tachycardia Ventricular fibrillation ขึ้น การรักษา ventricular premature beat ให้หายไปไม่สามารถลดอุบัติการณ์ของการตายกะทันหันได้ (พยางค์ จูฑา, 2536)

การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการตายกะทันหัน

การตายลักษณะนี้เกิดขึ้นรวดเร็วมากและมักให้การรักษาได้ไม่ทัน การป้องกันเท่านั้นที่จะได้ผลในการลดอุบัติการณ์ของการตายกะทันหันได้ ประวัติการเจ็บป่วย ความผิดปกติที่ได้จากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยทั่วไป รวมทั้งลักษณะต่างๆของ premature

ventricular beat ที่เกิดขึ้นไม่อาจบอกถึงความเสี่ยงในการตายกะทันหันได้อย่างแน่นอน ปัจจุบันมีวิธีการ 2 อย่างที่อาจใช้ตรวจดูความเสี่ยงของผู้ป่วยได้

1. Programmed electrical stimulation ตรวจโดยการสอดสายสวนหัวใจเข้าทางหลอดเลือดไปสู่หัวใจ เมื่อใช้กระแสไฟฟ้าภายนอกกระตุ้นตามวิธีการ แล้วเกิด sustained ventricular tachycardia หรือ tachycardia ได้ ผู้ป่วยนั้นก็จะมีความเสี่ยงต่อการตายกะทันหันสูง จำเป็นต้องหาทางป้องกันรักษา

2. การหา QRS duration โดย signal average เป็นการวัดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นของ QRS จนถึงส่วนท้ายของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เรียกว่า delayed ventricular activation (เป็นศักย์ไฟฟ้าที่ทำให้เกิดคลื่นไฟฟ้าเล็กๆ ที่ส่วนหลังของ QRS complex) โดยวิธีการทางไฟฟ้าและ computer (signal averaging) ถ้าระยะเวลาดังกล่าวสั้นผิดปกติ แนวโน้มจะเกิด ventricular tachycardia และ fibrillation ก็มากขึ้น วิธีนี้เป็น non-invasive

การรักษาเพื่อป้องกันการตายกะทันหัน

การรักษาทางยา

1. หลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ยาที่อยู่ในกลุ่ม beta-adrenergic blocking สามารถลดอุบัติการณ์ของการตายกะทันหันและการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจได้ (Antezano , and Hong , 2003)
2. ยาที่เป็น hypertrophic cardiomyopathy การใช้ amiodarone อาจมีประโยชน์ในการป้องกันการตายกะทันหันได้
3. Long QT-syndrome ตอบสนองดีต่อยากลุ่ม beta-adrenergic blocking agent
4. ยาต้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจอื่นๆยังไม่อาจสรุปได้ว่าสามารถป้องกันการตายกะทันหันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีรายงานว่าเมื่อให้ยาขนาดสูงมาก(แต่ไม่ถึงกับเกิดพิษ) จนสามารถลด ventricular premature beat ชนิดร้ายแรงได้ ทำให้การตายกะทันหันลดลงก็ตาม

การประเมินสมรรถภาพของยาต่อการป้องกันการตายกะทันหันอาจทำได้ดังนี้

1. บันทึกการเกิดการเต้นผิดจังหวะของหัวใจด้วย Holter EKG monitor หรือ exercise stress test
2. Programmed electrical stimulation
3. เจาะเลือดดูระดับของยาว่าพอเพียงหรือไม่

4. ปรับระดับยาเป็นระยะๆ (วิทยา ศรีดามา, 2548)

การรักษาทางศัลยกรรม

- การผ่าตัดเพื่อขจัดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- การรักษาโดย cardiovertor /defibrillator
- การจี้เยื่อภายในหัวใจบริเวณที่เกิด arrhythmia (วิทยา ศรีดามา, 2548)

การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล หน่วยพยาบาลฉุกเฉิน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

1. Prehospital death (ประมาณ 50% ของการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย) เป็นการตายจาก Ventricular Fibrillation ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1 ชม. หลังจากมีอาการ
2. การตายในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 24-48 ชม. แรก ส่วนใหญ่เกิดจาก low cardiac out put ทั้งนี้หมายรวมความทั้ง Congestive Heart Failure และ Cardiogenic shock
3. นับตั้งแต่มีการรักษาด้วย reperfusion therapy พบว่าการตายในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจาก Ventricular Fibrillation ลดลง
4. อัตราตายของผู้ป่วย สัมพันธ์กับ infarct size การ limit infarct size ทำให้อัตราตายของผู้ป่วยลดลง
5. ความสำคัญของการบำบัดฉุกเฉินอยู่ที่
 - ความรวดเร็วในการคัดกรองและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม
 - ป้องกันและรักษาภาวะ sudden cardiac death
 (วิทยา ศรีดามา, 2548)

เป้าหมายของการรักษา

- ป้องกันความล่าช้าในการขอความช่วยเหลือ เช่น เรียกรถพยาบาล ตำรวจ หน่วยกู้ชีพ
- เพิ่มความรวดเร็วในการคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยและการสื่อสารกับโรงพยาบาลให้พร้อมรับผู้ป่วย
 - ให้การวินิจฉัยและรักษา Ventricular Fibrillation ที่ทำให้เกิด Sudden cardiac death ได้ในทันที
 - ให้การรักษาที่เหมาะสมเพื่อ limit infarct size (เช่น การฉีด fibrinolytic agent)

ก่อนถึงโรงพยาบาลในกรณีที่การเดินทางใช้เวลานาน

- Preserve LV function (วิทยา ศรีดามา, 2548)

สิ่งที่พึงสร้างขึ้นในชุมชน

- ให้การศึกษาแก่ประชาชนและชุมชนเพื่อให้รู้จักอาการของ Acute Myocardial Infarction และเห็นความจำเป็นของการรีบโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล
- ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ประจำรถฉุกเฉินและจัดหาอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะไปถึงผู้ป่วยได้ภายใน 5 นาทีและทำการ defibrillation ได้โดยเร็ว
- จัดทำระเบียบปฏิบัติ (Protocol) ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทำการคัดกรองผู้ป่วย Ischemic chest pain ตรวจ ECG 12 lead ให้ nitroglycerin และ aspirin ได้ทันที
- กำหนดภารกิจว่าโรงพยาบาลไหนควรเปิดรับรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินด้านหัวใจใน 24 ชม. และโรงพยาบาลใดที่มีความพร้อมที่จะทำ Percutaneous Coronary Intervention ได้ทันที (วิทยา ศรีดามา, 2548)

Early access, Early Defibrillation และตรวจ ECG ก่อนถึงโรงพยาบาล

ชุมชนจะต้องประสานงานกับหน่วยพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency service system) เพื่อให้การคัดกรองและรักษาผู้ป่วย ischemic chest pain โดยเร็ว ด้วยการ

1. การสร้างระบบเรียกทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพ

1.1 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทนเจ็บหน้าอกอยู่นานเกิน 2 ชม. ก่อนที่จะไปหาแพทย์หรือโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล ทำให้ได้รับการรักษาช้า

1.2 แพทย์และพยาบาลควรให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะ AMI และ ACS และความสำคัญของการรีบขอความช่วยเหลือ เช่น เรียกรถพยาบาล

1.3 ผู้ป่วยที่รู้ตัวอยู่แล้วว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มักจะทนเจ็บหน้าอกอยู่นานกว่าคนทั่วไป

1.4 การให้การศึกษาในชุมชนควรมุ่งทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเอง มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการ และหาทางลดความชักช้าในการไปโรงพยาบาล

2. การให้เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลเข้าถึงตัวผู้ป่วยภายใน 5 นาทีหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก

2.1 ระยะเวลา 5 นาทีต่อจากนั้น มีโอกาสเกิด Ventricular Fibrillation /

Ventricular Tachycardia สูงมาก

2.2 ระเบียบปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ประจำรพพยาบาลควรกำหนดให้ใช้ยาไนเตรทอมได้ลิ้นและให้รับประทาน aspirin ได้ทันที และควรรู้ว่าจากจุดที่ผู้ป่วยอยู่ ต้องนำผู้ป่วยส่งไปที่โรงพยาบาลใด

3. การให้พนักงานประจำรพพยาบาลได้รับการฝึกอบรมและมีอุปกรณ์พร้อมที่จะทำ defibrillation

3.1 ควรให้พนักงานประจำรพพยาบาลทุกคนได้รับการฝึกอบรมและมีอุปกรณ์พร้อมที่จะทำ defibrillation

3.2 รพพยาบาลทุกคันควรมี defibrillator ประจำและมีพนักงานที่ทำ defibrillation ได้

4. ให้รพพยาบาลวิ่งอยู่ในเมืองใหญ่มี defibrillator และพนักงานประจำสามารถทำ ECG 12 lead ได้ ทั้งนี้เพื่อ

4.1 ร่นระยะเวลาให้ได้รับ fibrinolytic agent เร็วขึ้น
(วิทยา ศรีดามา, 2548)

การดูแลนอกโรงพยาบาล

คำแนะนำสำหรับทุกชุมชน

1. คำแนะนำที่ได้ผลและมีหลักฐานสนับสนุนดีแน่นอน (class I)

1.1 ควรมีระบบเรียกความช่วยเหลือผ่านโทรศัพท์หมายเลขเดียว (911 ในสหรัฐอเมริกา 1669 ในประเทศไทย หรือโทรศัพท์แจ้งโรงพยาบาลใกล้บ้าน สำหรับ Emergency service system โรงพยาบาลพนมสารคาม คือ 038 – 551444 / 038-551888 ต่อ 191 และ 199)

1.2 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่พนักงานสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงได้ทันเวลา รวมทั้งการทำ intubation และการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ

1.3 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่มีเครื่อง defibrillator
(วิทยา ศรีดามา, 2548)

2. คำแนะนำที่ได้ผลและมีหลักฐานสนับสนุนดีพอควร(class IIa)

2.1 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่พนักงานประจำรถพยาบาลสามารถทำ defibrillation ได้

2.2 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่พนักงานประจำรถพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดและตัดสินใจแจ้งโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยล่วงหน้าได้ ซึ่งรวมถึง

2.3 ควรทำ ECG 12 lead ณ ที่นั้นแล้วอ่านผลโดยเครื่องอ่าน หรือโดยส่งผ่านโทรศัพท์ไปให้แพทย์อ่านจนสามารถแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 พวก (injury ,ischemic, low risk) ได้ทันที

2.4 ควรให้การรักษาเบื้องต้น ณ ที่นั้น (MONA, Morphine, oxygen, nitrate, aspirin)

2.5 ควรฉีด fibrinolytic agent ในรถพยาบาล ในสถานการณ์เฉพาะ ได้แก่

2.5.1 การเดินทางถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานเกิน 60 นาที

2.5.2 มีแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

2.5.3 มีแพทย์เป็นผู้อ่าน ECG หรือมีแพทย์อยู่ด้วยในรถพยาบาล หรือในบ้านที่จะทำการฉีดยา (วิทยา ศรีตามมา, 2548)

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic stable angina)

คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) โดยมีระยะเวลาที่เริ่มมีอาการมานานมากกว่า 60 วัน พยาธิสภาพเกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งและหนาตัว (atherosclerosis) จนทำให้รูของหลอดเลือดตีบ เลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ(coronary blood flow)ลดลง จึงเกิดความไม่สมดุลระหว่างการนำออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ(myocardial oxygen supply)และความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand or consumption) ดังนั้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการเมื่อยออกแรงทำงานเพราะกล้ามเนื้อหัวใจที่บีบตัวเพิ่มขึ้นต้องอาศัยพลังงานจาก ATP ซึ่งต้องใช้ออกซิเจนในการสร้าง

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) ที่สำคัญคือ อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (contractility) และแรงที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว (wall tension) ดังนั้นการประเมินความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand or consumption) สามารถดูได้จากค่าที่เรียกว่า rate - pressure product หรือ double product โดยนำอัตราการเต้นหัวใจและความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) ในขณะนั้นมาคูณกัน (วรมนต์ บำรุงสุข, 2548) โดยสรุปคือ

ปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ ได้แก่ การนำออกซิเจนหรือเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ (oxygen myocardial supply) ลดลง และ กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจน (oxygen myocardial demand) มากขึ้น (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

Angina pectoris มีลักษณะเฉพาะ (typical angina) คือ เจ็บลิ้นๆ เป็นอาการที่แสดงถึงความไม่สุขสบายในทรวงอก ลักษณะอาการเป็นแบบแน่นๆ ปวดเหมือนถูกกดทับด้วยของหนักๆ ที่กลางอกหรืออกซ้าย และอาจมีอาการร้าวไปที่อื่นได้ อาการปวดเกิดจากปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการขาดเลือดที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอกับความต้องการ (ผ่องพรรณอรุณแสง, 2548; วรมนต์ บำรุงสุข, 2548; Fenton et al., 2006) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการ Metabolism ผลทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น kinin, Bradykinin, adenosine ซึ่งกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกตรงผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี และกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดและส่งผ่านไป Cardiac plexus ไปตาม Cervical และ Thoracic Spinal Segment โดยส่งผ่านทาง Substantia Gelatinosa (SG) และ T-cell ส่งกระแสประสาทเข้าสู่สมองส่วน Thalamus และ Cortex ซึ่งจะก่อให้เกิดการรับรู้แปลความรู้สึกต่างๆ คือ ความรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดแน่นในทรวงอกเป็นแนวกว้างตามแขนงของเส้นประสาทสันหลังตั้งแต่ระดับกระดูกลงไปที่บริเวณท้อง และอาจมีร้าวไปที่บริเวณไหล่หรือต้นแขนด้านใน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ผิวของร่างกาย (Somatic pain) และระดับ C₈ ถึง T₂ (อยู่ใกล้ rib 2 ลงมา) ซึ่งจะเป็นระดับเดียวกับปลายประสาทรับรู้ความรู้สึกจากกล้ามเนื้อหัวใจหรือเยื่อหุ้มหัวใจ (Visceral pain) เข้าสู่สมองส่วนกลาง แปลความรู้สึกผ่านผิวหนังที่เรียกว่า Refer pain ทั้งนี้การรับรู้ถึงความปวดจะทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองออกทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ดังนั้นความหมายที่แท้จริงของ Angina pectoris ไม่ใช่หมายถึงอาการเจ็บหน้าอกอย่างเดียว แต่เป็นความรู้สึกแน่นหน้าอกเหมือนหายใจไม่ออก หรือไม่สุขสบายในอก ซึ่งบ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด สำหรับการรับรู้อาจมีหลายลักษณะ คือ แน่นๆเหมือนถูกกดทับ หรือ จุกๆ (pressing) เจ็บเหมือนหัวใจถูกบีบเค้นหรือบีบรัด ทำให้หายใจไม่ออก แสบร้อน เป็นต้น จากการศึกษาของ ปฏิพร บุญญาพัฒนกุล (2540) ได้นิยามอาการของ Acute Coronary Syndrome คือ อาการแน่นๆอึดอัดหรือปวดบริเวณหน้าอกซ้าย (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการไม่เหมือนที่กล่าวข้างต้น (Atypical angina) เช่น เจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่และดีขึ้นเมื่อหยุดพักหรืออมยา nitroglycerine หรือเกิดกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง เหงื่อออก อาการดังกล่าวก็อาจเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเช่นกัน (วรมนต์ บำรุงสุข, 2548)

การนำออกซิเจนหรือเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ(oxygen myocardial supply) ลดลง เกิดได้จากหลายปัจจัย ที่สำคัญ คือ เกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการมี atherosclerosis ของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary atherosclerosis) และพบว่าหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบตันมากกว่าร้อยละ 50 ของพื้นที่หน้าตัดของรูหลอดเลือด จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ีการทำงานเพิ่มได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; Gerard and Tazbir, 2001)

Angina pectoris มักเกิดขึ้นภายหลังออกกำลังกาย ปัจจัยจำเพาะที่กระตุ้นให้เกิดอาการ angina คือการเดินเร็วๆ หรือเดินขึ้นทางสูงชัน เดินในที่เย็นจัด เดินต้านลม หรือ หลังรับประทานอาหารปริมาณมากซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจน แต่ออกซิเจนที่ได้รับไม่เพียงพอกับความต้องการ การได้นอนพักผ่อนร่วมกับอมยาใต้ลิ้นประมาณ 1-5 นาที จะสามารถบรรเทาและลดระดับความรุนแรงของอาการ angina ได้ แต่ถ้าอาการ angina ยังคงเป็นนานกว่า 10 นาที แสดงว่าไม่ใช่ chronic stable angina แต่อาจเป็นอาการของ unstable angina, acute MI หรืออาจเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเลย เช่น อาการไม่สุขสบายในทรวงอกจาก esophageal spasm หรือ esophagitis (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

ชนิดของ Angina pectoris

1. Stable angina เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นพักๆ โดยต้องมีปัจจัยเหนี่ยวนำที่สามารถคาดการณ์ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ เช่น ระดับการออกกำลังกาย อารมณ์โกรธ และระดับปริมาณความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะคงที่ ไม่รุนแรงและเป็นไม่นาน ได้นอนพักหรืออมยาใต้ลิ้นอาการจะดีขึ้น

2. Chronic stable angina เป็นอาการไม่สุขสบายในทรวงอกเกิดจากการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายหนักๆซึ่งจะเป็นสาเหตุที่บ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นขณะที่มีข้อจำกัดในการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด แสดงว่ามี fixed coronary obstruction เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถเพิ่มอัตราการไหลเวียนของเลือดให้เพียงพอกับความความต้องการได้เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีตีบแข็ง ปกติแล้วหลอดเลือดสามารถขยายตัวได้ถึง 4-5 เท่าขณะออกกำลังกาย แต่ภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็งไม่สามารถขยายตัวได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายจึงทำให้เกิดอาการ

3. Unstable angina เดิมมีชื่อเรียกหลายชื่อได้แก่ crescendo angina ,intermediate coronary syndrome ,acute coronary insufficiency ,accelerated angina โดยจะต้องมี

ลักษณะอาการปวดแน่นหน้าอกที่มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่า 1 ข้อ ของอาการ angina ต่อไปนี้

3.1 new onset of angina ประวัติของอาการที่เกิดจากการออกกำลังกายมีความรุนแรงในระยะเวลาที่น้อยกว่า 2 เดือน และมีอาการที่ความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

3.2 rest angina คืออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นขณะพัก มักจะเป็นต่อเนื่องกันนานมากกว่า 20 นาที

3.3 crescendo angina เป็นอาการไม่สุขสบายหรือแน่นหน้าอกที่มีความปวดอยู่ในระดับรุนแรง ระยะเวลาสั้นขึ้น และบ่อยขึ้น ระยะของความปวดนานกว่า 10 นาที และอาการมีความถี่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆจาก Chronic stable angina ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็เจ็บหน้าอก(Becker, 1999 อ้างถึงใน จรียา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

การแบ่งความรุนแรงของอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตาม Canadian Cardiac Society (CCS)

Class	ลักษณะ
I	มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อเร่งรีบหรือทำงานหนัก ถ้าเดินหรือแค่ขึ้นบันได ไม่มีอาการ
II	มีอาการเจ็บหน้าอกเวลาเดินไกลหรือขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้น ขึ้นภูเขาหรือทางลาด มีอาการหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือมีอาการเวลาเครียดหรือโกรธ
III	มีอาการเมื่อออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย เช่น ขึ้นบันไดแค่ 1 ชั้น
IV	มีอาการบ่อยจนแทบจะทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ อาจมีอาการขณะนั่งพักเฉยๆ

การประเมินวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด

1. **ประวัติที่จำเพาะของโรคหัวใจขาดเลือด** จากการที่ผู้ป่วยเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มักบอกว่ามีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหารหนัก หลังการเหนื่อยล้าจากการหมกมุ่นทำงานมาหลายวัน อารมณ์เครียดจากปัญหาครอบครัวหรืองาน รวมทั้งประวัติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน บุหรี่ เป็นต้น (จรียา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

2. **ลักษณะอาการ/ ความรู้สึกปวด** เกี่ยวกับความปวดที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด มักมีอาการเจ็บหน้าอกโดยมักมีลักษณะดังนี้

- รู้สึกเหมือนถูกบีบรัดหน้าอก แน่น แสบๆ หายใจไม่สะดวก (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547) ระดับความปวดสำหรับกลุ่ม Stable angina ประมาณ 3-5 คะแนน (pain scale 0-10) และอาการดีขึ้นด้วยการนอนพักและอมยาใต้ลิ้น Unstable angina มักมีระดับความปวดตั้งแต่ 7-9 คะแนน สำหรับ Acute Myocardial Infarction จะมีระดับความปวดรุนแรงที่สุด คือ 10 คะแนน ร่วมกับความรู้สึกที่ตนเองกำลังจะตาย
- ตำแหน่งพบว่าร้อยละ 80-90 มักมีอาการเจ็บแน่นบริเวณกลางอก ออกด้านซ้าย มีบ้างที่เจ็บใต้ลิ้นปี่
- อาการร้าว มักมีปวดร้าวไปที่ไหล่ซ้าย ต้นแขนซ้าย อาจมีร้าวไปที่แขน ข้อศอก นิ้วมือซ้าย บางครั้งอาจร้าวไปที่ต้นคอ กราม
- ระยะเวลาที่เจ็บแน่นหน้าอก หากเป็น Stable angina มักแน่น/เจ็บ ระยะเวลาสั้นๆ มักไม่เกิน 5-10 นาที แต่ถ้าเป็น Unstable angina จะเป็นนานกว่า 15-30 นาที และหากเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเจ็บรุนแรงนานกว่า 30-60 นาที
- อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด จะเป็นลม เหงื่อแตก เวียนศีรษะ เหนื่อยเหมือนไม่มีแรง และอาจรู้สึกเหมือนมีแก๊สในท้อง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

แนวทางการประเมินอาการเจ็บหน้าอก (Angina Pectoris) ด้วยตัวอักษร P-Q-R-S-T
(Fleury, and Murdaugh, 1993)

P-QRS-T	ลักษณะคำถาม	ตัวอย่าง
P(Provoke)	ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการปวด	หลังอาหาร ขณะขึ้นบันไดหรือขณะพัก
Q (Quality)	ลักษณะอาการปวด/ไม่สุขสบาย	เหมือนถูกกดทับด้วยของหนัก, แน่นๆ อาการร่วม เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น
R (Radiation)	ปวดร้าวไปที่ไหน	คาง คอ ไหล่ หรือแขนซ้าย
S (Severity)	ประเมินระดับความรุนแรง ใช้ pain scale (0-10)	อาการที่เป็นมากที่สุดเท่ากับกี่คะแนน
T (Timing)	เวลาที่เกิดอาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล	ระยะเวลาที่เกิดอาการ จนทำให้ต้องมาโรงพยาบาล เป็นถี่แค่ไหนใน 1วัน/สัปดาห์

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG 12 lead) สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ร้อยละ 50 โดยสามารถบอกได้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด ควรทำการ

ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะความผิดปกติบริเวณส่วนของ ST segment ได้แก่

3.1 ST elevation จะพบว่าส่วน ST segment จะยกขึ้นสูงกว่า baseline (TP segment) จากการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่มี ST elevation มักมีลิ่มเลือดอุดตัน (occlusive thrombus) ทำให้มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตลอดความหนาของผนังหัวใจ (transmural infarction) ดังนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาเพื่อให้ลิ่มเลือดที่อุดตันการเปิดออกอย่างรวดเร็วจะช่วยลดปริมาณกล้ามเนื้อหัวใจที่กำลังจะตายได้ ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณกว้างหรือโดยเฉพาะตลอดความหนาของชั้นกล้ามเนื้อจะเกิด Q wave ได้ตั้งแต่ 6 ถึง 14 ชั่วโมงหลังเริ่มต้นมีอาการ (เฉลี่ย 9 ชั่วโมง) และอาจอยู่ได้นานเป็นปีหรือตลอดไป ตั้งแต่ Q wave บอกว่ามี infarction เกิดขึ้น ไม่ได้หมายถึงระยะเวลาว่า acute หรือ old infarction

3.2 Non ST elevation คลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะเห็นว่ามี ST segment depression หรือ อาจมี inverted T เกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีความผิดปกติของส่วน ST segment เพียงชั่วคราว (transient or dynamic ST-T change) (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise stress test =EST) มีความไว (sensitivity) ประมาณ 68% และมีความจำเพาะ (specificity) ประมาณ 77% เป็นวิธีการที่ชักนำให้มีการเพิ่ม metabolic demand ซึ่งจะทำให้ตรวจพบอาการแสดงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ โดยการประเมินดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ผู้ป่วยกำลังวิ่งบนเครื่องวิ่งสายพานหรือปั่นจักรยานชนิดอยู่กับที่ตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่แพทย์ได้กำหนด โดยมีเป้าหมายให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 85 และต้องเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สัญญาณชีพและอาการที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย คือ ST depression >1-2 mm หรือมีอาการแน่นหน้าอก หมายถึงสนับสนุนการวินิจฉัยที่บ่งชี้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การตรวจชนิดนี้เป็นการตรวจที่นิยมใช้และหากผลการตรวจปกติหรือไม่ชัดเจน และยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก แพทย์มักแนะนำให้สวนหัวใจเพื่อช่วยยืนยันการวินิจฉัยที่ถูกต้อง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

5. การใช้รังสีไอโซโทป (Radioisotope image) โดยให้ผู้ป่วยวิ่งบนเครื่องวิ่งสายพานตามเวลาที่กำหนดหรือตามความสามารถและอาการผู้ป่วย แล้วฉีดสารกัมมันตรังสี (Thallium) เข้าทางหลอดเลือดดำแล้วถ่ายภาพกัมมันตรังสี หากบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดจะมีสารกัมมันตรังสีลดลงหรือไม่มีเลย เรียกว่า Cold spot (ราคาค่อนข้างแพงและตรวจแบบผู้ป่วยนอก) (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

6. การตรวจการเกาะกันของหินปูนในหลอดเลือดหัวใจ (Ultra-fast CT) เป็นการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจด้วยพลังแม่เหล็กที่ตัดผ่านไปด้วยความเร็วสูง สามารถเห็นลักษณะและ

ปริมาณหินปูนที่เกาะกันภายในหลอดเลือดโคโรนารีแต่ละเส้นได้ การตรวจชนิดนี้มีราคาแพง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

7. การตรวจสวนหัวใจโดยการฉีดสารทึบรังสี (Coronary angiography) เป็นวิธีการตรวจดูกายวิภาคของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ได้ผลค่อนข้างแม่นยำมาก ทำให้สามารถทราบพยาธิสภาพและลักษณะรอยโรคที่ตีบตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ว่ามี การตีบตันเท่าใด ตีบกี่เส้น คราบเลือดไขมันมีลักษณะอย่างไร เป็นลิ่มเลือดหรือเกร็ดเลือด มีหินปูนจับจนแข็งหรือไม่ ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีเป็นอย่างไร (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

8. การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนแสง (Intravascular ultrasound=IVS) เป็นวิธีการตรวจที่แม่นยำมากที่สุดที่สามารถถ่ายภาพลักษณะหลอดเลือดหัวใจได้อย่างละเอียด (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

9. Echocardiogram เป็นเครื่องตรวจที่เป็น Noninvasive สำหรับดูสมรรถนะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและ endocardial surfaces (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

10. การตรวจเลือดหาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (cardiac enzymes) มีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ acute coronary syndrome เมื่อมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (acute MI) เกิดขึ้น เอนไซม์ที่เป็นส่วนประกอบของกล้ามเนื้อหัวใจได้แก่ CK-MB Troponin T และ Troponin I จะปล่อยสู่กระแสเลือดและถูกตรวจพบได้ตามระยะเวลาและคุณสมบัติ ดังตาราง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

	ระยะเวลาเริ่มตรวจพบ	ระยะเวลาที่ค่าสูงสุด	ความจำเพาะ
Myoglobin	1-2 ชั่วโมง	1-4 ชั่วโมง	nonspecific
Cardiac troponins (Troponin T และ Troponin I)	3-12 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	specific
CK-MB	4-8 ชั่วโมง	24 ชั่วโมง	specific
CK	4-8 ชั่วโมง	20-24 ชั่วโมง	nonspecific
LDH	8-24 ชั่วโมง	3-6 วัน	nonspecific

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

สาเหตุและกลไกการก่อตัว Artherosclerotic plaque จนกระทั่งเกิดการปริแตกกลายเป็น มีก้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีนั้น มีหลายทฤษฎีที่สนับสนุนขั้นตอนและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็ง ดังนี้

1. เกิดการบาดเจ็บหรือทำลายผนังด้านในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Response to injury hypothesis) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการบาดเจ็บหรือทำลายของผนังด้านในสุดของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (endothelial cell) ปกติแล้ว ขอบ endothelial cell จะเรียบ แนบเชื่อมติดกัน หากมีสาเหตุที่เกิดจากการบาดเจ็บเรื้อรัง อาทิเช่น chronic hypercholesterolemia ,hypertention ,smoking ,stress เป็นต้น โดยปัจจัยดังกล่าวล้วนมีส่วนในการทำลายขอบของ endothelial cell ทำให้ขอบเนื้อเยื่อของ endothelial cell แยกออกจากกันหรือบางส่วนลอกหลุด มีเกร็ดเลือดมาเกาะกลุ่มกันตรงบริเวณที่มีรอยบาดเจ็บและแทรกเข้าสู่ชั้น Subendothelial layer เกิดการกระตุ้นให้หลั่งสาร Platelet-derived Growth Factor (PDGF) ซึ่งจะมีเม็ดเลือดขาวเกาะจับรวมกันเป็นกลุ่มก้อนดันให้ผนังด้านในสุดของหลอดเลือดคืบเข้าไปในรูหลอดเลือดแดง ทำให้รัศมีรูหลอดเลือดโคโรนารีตีบแคบลงได้

2. ไขมันในกระแสเลือด (Lipogenic hypothesis) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค โดยระดับไขมันแอลดีแอล (LDL-C) ที่สูงๆจะไปสะสมพอกบนเซลล์ผนังด้านในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ฉีกขาดหรือบาดเจ็บอันเนื่องมาจากผลของความดันโลหิตสูง สารนิโคตินจากบุหรี่ ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งและตีบ แต่ไขมัน เอชดีแอล (HDL-C) จะเป็นตัวช่วยป้องกันและชะลอการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง

3. การเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelets aggregation) ปกติเกร็ดเลือดจะลอยอยู่ในกระแสเลือด หากมีกระบวนการที่ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง การไหลเวียนเลือดจะช้าลง หรือคราบไขมันปริแตก จะมีการรวมตัวของเกร็ดเลือดไปจับที่ผิวด้านในผนังหลอดเลือดหรือคราบไขมัน เกิดการสะสมพอกพูนเรื่อยๆ จนเกิดรูรัศมีรูหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตันได้

4. The Inflammatory response hypothesis หลักฐานจากการศึกษาพบว่า การอักเสบและการติดเชื้อเรื้อรังจะเป็นปัจจัยที่เพิ่ม Macrophage และเกิดการอักเสบในชั้น subendothelium มีการปล่อย Proteolytic enzyme ออกมาจาก foam cell ทำให้ collagen matrix ของ fibrous cap ถูกทำลายและเกิดการปริแตกได้ง่าย

องค์การอนามัยโลกและคณะวิจัยในสหรัฐอเมริกา ได้มีการกำหนดและแบ่งขั้นตอนและระยะการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็งดังนี้

ระยะที่ 1 Fatty Streaks formation ลักษณะเป็นคราบไขมันสีเหลืองที่ประกอบด้วย macrophage หรือ smooth muscle ก่อตัวสะสมพอกในชั้น intimal หลอดเลือดแดง คราบไขมันนี้ จะไม่ทำให้การไหลเวียนของเลือดหยุดชะงัก จึงไม่มีอาการแสดงทางคลินิก จัดเป็นระยะที่ปลอดภัย อาการสามารถพบคราบไขมันดังกล่าวได้ทุกวัย ตั้งแต่ premature infant ถึงผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ การเกิด Fatty Streaks ในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 1 ปี มีโอกาสพบร้อยละ 45 หลังอายุ 1 ปี พบได้ ร้อยละ 100

ระยะที่ 2 Fibrous plaque เป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อจากระยะ Fatty Streaks ระยะนี้จะมี extracellular lipid core แทรกใน smooth muscle cell, macrophage และ foam cell พอกทับ Fatty Streaks กลายเป็น plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลือง-เทา พอกอยู่ติดผิวเยื่อชั้นในของหลอดเลือดแดงซึ่ง Fibrous plaque นี้ประกอบด้วย collagen และ smooth muscle cell ที่จะมีการกระตุ้นให้หลั่งสารต่างๆ เช่น fibrin , fibrinogen , albumin ,white blood cell calcium และ lipoprotein ระยะนี้สามารถ พบได้ในอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป การก่อตัวของ Fibrous plaque อาจหยุดชะงักหรือเพิ่มมากขึ้นได้ ตามปัจจัยเสี่ยงที่มี

ระยะที่ 3 Complicate or advanced lesion พบได้ในอายุมากกว่า 30 ปี เป็นระยะที่ คราบไขมันที่ก่อตัวจากระยะที่ 2 มีขนาดโตขึ้น เซลล์พังผืดมากขึ้น คราบไขมันอาจมีปริแตกหรือฉีก ขาด (Plaque rupture) ทำให้มีลิ่มเลือดพอกติดบนคราบไขมันร่วมกับกลไกการกระตุ้นสารต่างๆ เช่น เกร็ดเลือด เม็ดเลือดขาว เป็นต้น ซึ่งทำให้ขนาดของรัศมีรูหลอดเลือดเล็กลง และหากลิ่มเลือด มีขนาดใหญ่ หรือขนาดคราบไขมันที่มีลิ่มเลือดพอกติดมีการปริแตกอาจทำให้มีก้อนลิ่มเลือดที่มี ขนาดใหญ่พอที่จะอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายอย่าง เฉียบพลันได้ โอกาสของการเกิดคราบไขมันปริแตกขึ้นกับชนิดของคราบไขมันมากกว่าขนาดของ คราบไขมัน จากผลการศึกษาพบว่าคราบไขมันชนิดที่มีปริมาณไขมันมาก(soft lipid rich plaque) จะมีโอกาสเกิดการปริแตกได้ง่ายที่สุดที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและ ตายกะทันหันได้ (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Theroux and Fuster, 1998; Callans, 2003)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด Plaque rupture

1. การเสื่อมแข็งของผนังหลอดเลือดแดงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

2. ลักษณะของ Plaque ที่ง่ายต่อการปริแตกคือ Vulnerable plaque ได้แก่ plaque ที่มี fibrous cap บางและคลุมด้วยก้อนไขมันปริมาณมาก มี foam cell, macrophage จำนวนมากอยู่ใน subendothelium

3. ภายหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็น Vulnerable plaque แล้ว เกิดการกระตุ้นสารบางอย่าง ทำให้ plaque ปริแตกแล้วตามด้วยเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ สำหรับปัจจัยที่จะมีส่วนกระตุ้นการปริแตกของ plaque คือ

3.1 การหดตัวของหลอดเลือดแดงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด การสูบบุหรี่

3.2 แรงดึงต่อ plaque โดยตรง คือ การเพิ่มแรงในการไหลเวียนของเลือด เช่น ความดันโลหิตที่สูงขึ้นอย่างเฉียบพลัน หรือหลังการออกกำลังกาย/ ออกกำลังกายมาก ๆ

3.3 การระคายเคืองจากสารเคมีในบุหรี่

3.4 การอักเสบจากการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบขึ้นใน subendothelium ทำให้ fibrous cap ที่หุ้ม foam cell ถูกย่อยสลายและอ่อนนุ่ม (พยางค์ จูฑา, 2536)

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดดังนี้

1. **ความดันโลหิตสูง** ผู้ที่มีความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic pressure ที่สูงกว่า 140/85 มม.ปรอท หรือผู้ที่เฉพาะ Diastolic pressure ที่สูงเกินกว่า 90 มม.ปรอท พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและตายอย่างกะทันหันสูงได้ถึง 2 เท่า และมีโอกาสสูงถึง 4 เท่าต่อการเกิด Stroke นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับสูบบุหรี่และมีไขมันในเลือดสูงโดยเฉพาะไขมัน LDL-C นั้น จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 8 เท่า ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการดูแลรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ลดความเครียด และการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น โดยต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกินกว่า 140/90 มม.ปรอท แต่ถ้ามีเบาหวานหรือโรคไตความดันโลหิตต้องน้อยกว่า 130/85 มม.ปรอท ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดและชะลอการเพิ่มคราบไขมันในหลอดเลือด และช่วยป้องกันการทำลายเยื่อบุผนังในของหลอดเลือดแดงได้ (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548)

2. **ระดับไขมันในเลือดที่สูงผิดปกติ** ระดับไขมันที่มีส่วนทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ คือ LDL-C, VLDL, Triglycerides (TG), ส่วน HDL-C ที่มีค่าสูงๆจะเป็นตัวช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับ serum total cholesterol

ที่เกินกว่า 200 mg/dl (5-15 mmol/L) หรือมี LDL-C สูงกว่า 130 mg/dl (3.35 mmol/L) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ cholesterol ที่มีค่าสูงกว่า 200 mg/dl ขึ้นไป จะมีโอกาสเกิดโรคได้มากขึ้น ส่วนระดับ HDL-C ที่สูงเกินกว่า 45 mg/dl จะมีส่วนช่วยลดและป้องกันการเกิดโรคของหลอดเลือดแดงแข็งได้ แต่ถ้า HDL-C ที่ต่ำกว่า 35 mg/dl ร่วมกับมี serum total cholesterol ที่มีค่าสูงกว่า 200-239 mg/dl พบว่ามีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูง 3 เท่า (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

3. สูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่สำคัญและพบได้บ่อยในโรคหัวใจขาดเลือด ประเทศไทยพบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดย่อยละ 62.2 อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่และระยะเวลาที่สูบ และพบว่าปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากถึง 8 เท่า คือ สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

4. เพศ การศึกษาจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกาพบว่า เพศชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือนซึ่งมีเอสโตรเจนฮอร์โมนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ สำหรับประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงอายุที่ต่ำกว่า 50 ปี นั้นจะเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 5:1 (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

5. อายุ อุบัติการณ์ของอายุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศหญิงและชายแตกต่างกัน คือ เพศชายมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีหรือหลังหมดประจำเดือน สำหรับในประเทศไทยพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุ 28-75 ปี และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 4.2 แต่อัตราการตายในเพศหญิงช่วงอายุ 55-64 ปี สูงประมาณ 30 เท่าของเพศชายในช่วงระหว่างอายุเดียวกัน อาจเนื่องจากเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคเรื้อรังหลายชนิดมากกว่า เพศชายร่วมกับมีกายวิภาคหลอดเลือดแดงโคโรนารีของเพศหญิงที่มีขนาดเล็กและแคบกว่า เพศชาย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เพศหญิงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับความรุนแรงของโรคและอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

6. เบาหวาน ภาวะหลอดเลือดเสื่อมแข็ง (atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากในผู้ป่วยเบาหวานโดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัย hyperglycemia, hyperinsulinemia, abnormality of plasma lipid (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

7. ความอ้วน ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอ้วนสามารถคำนวณได้จากสูตรน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงที่เป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งจะเป็นค่า Body mass index (ค่าปกติควรมีน้อยกว่า 24) และการวัด

ความหนาของเอว ข้อแขน การมีน้ำหนักตัวที่อ้วนเกินไปจะมีผลต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือดเกือบทุกชนิด มีรายงานการศึกษาพบว่า ความอ้วนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มความถี่ของอาการเจ็บหน้าอกและเพิ่มอัตราการตายอย่างกะทันหัน(จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

8. **ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ** มีรายงานการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือ ในหนึ่งสัปดาห์หากออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้งๆละ 30 นาที พบว่าช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและได้ เพราะการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะสามารถช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL-C (< 40 mg/dl) และช่วยลดระดับไขมัน LDL-C ลดความดันโลหิต เพิ่ม myoglobin ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด และช่วยให้ผ่อนคลาย รวมทั้งช่วยลด fibrinolytic activity ซึ่งปัจจัยดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดหัวใจขาดเลือดทั้งสิ้น (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

9. **กรรมพันธุ์** ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียกรรมพันธุ์ในครอบครัวและจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วย อาทิเช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูงความดันโลหิตสูง อ้วน เครียด เป็นต้น (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

10. **ยาคุมกำเนิด** โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง (จริยา ตันติธรรม, พัทยา บันสุขสวัสดิ์, พิกุล ตันติธรรม และ สุทธิมา พงศ์พัฒนาวุฒิ. 2547; Fenton et al, 2006)

11. **บุคลิกภาพแบบเอ** เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่นเคร่งครัด ตรงเวลา ทะเยอทะยาน คาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบทำงานที่มีการแข่งขัน ชอบเอาชนะ ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย พูดเร็ว ใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานรีบเร่ง ชอบหมกมุ่นกับการเร่งทำงานให้เสร็จทันเวลา บางคนก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ เนื่องจากบุคลิกภาพแบบเอจัดเป็นภาวะเครียดชนิดเรื้อรังที่มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งสาร catecholamine กระตุ้น sympathetic activity เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและรบกวนการเกิดเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เร่งการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและตายกะทันหันได้ (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความก้าวหน้าในการบำบัด รวมทั้งเครื่องมือ เครื่องใช้ ตลอดจนความสามารถของบุคลากรในการให้การดูแล ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาถึงโรงพยาบาล มีอัตราการรอดชีวิตจากการเจ็บครั้งแรกถึงร้อยละ 70-80 และอัตราการรอดชีวิตจะลดลงในผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปี (Tazbir, and Gerard, 2001 อ้างถึงใน ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง ช็อคจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจฉีกขาดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่ม Unstable angina และ NSTEMI เสี่ยงต่อการเกิด Acute Myocardial Infarction และ Sudden cardiac death โดยการทำหัตถการขยายหลอดเลือดเร็วขึ้น

วัตถุประสงค์ของการบำบัดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ให้การบำบัดอย่างเร่งด่วน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการกำซาบเลือดโดยเร็วที่สุด ลดการเจ็บปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การฟื้นฟู ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแล

การบำบัดรักษาตามแนวทางของ American College of Cardiology(ACC) and American Heart Association(AHA) (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548) ดังนี้

1. การบำบัดโดยทันที ระหว่างรอความช่วยเหลือ หรือขณะนำส่งโรงพยาบาลหรืออยู่ในห้องฉุกเฉิน ต้องให้การบำบัดทันที โดยในรายที่รู้สึกตัวจะให้ยาแอสไพรินเคี้ยวและกลืนทันที ขนาดอย่างน้อย 160-325 มิลลิกรัม (แอสไพริน grain V) เชื่อว่าสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 23 พยายามทำให้ผู้ป่วยสงบ ยกศีรษะให้สูง คลายเสื้อผ้าบริเวณคอให้หลวม การนำส่งโรงพยาบาลต้องทำให้เร็วที่สุด และต้องได้รับออกซิเจน เปิดหลอดเลือดไว้เพื่อให้ยาและติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัวอาจต้องให้การช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลต้องให้ออกซิเจนทันที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และติดเครื่องเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การเสียชีวิตกะทันหันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักเกิดใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ และการบำบัดจะได้ผลดีหากเริ่มบำบัดภายใน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ แต่ 6 ชั่วโมงแรกหลังมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นช่วงเวลาความเป็นความตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดต้องเริ่มทันทีภายใน 30 นาทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

2. การลดอาการปวด เป็นการบำบัดเริ่มแรกที่มีความสำคัญอย่างมาก การลดอาการปวดทำได้โดย

2.1 การให้มอร์ฟีน 2-4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 5-15 นาที เพื่อช่วยลดอาการปวดและลดการใช้ออกซิเจน (ความปวดที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุกระตุ้น systemic sympathetic stimulation เพิ่ม peripheral vasoconstriction ,increased after load, increased heart failure, increased oxygen demand ,increased contractility) มอร์ฟีนจะไปช่วยลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ลดการไหลกลับของเลือดดำกลับสู่หัวใจ(Venous return) ลดการทำงานของหัวใจ ลด preload อาการข้างเคียงคือ ง่วงนอน ความดันโลหิตต่ำ สับสน คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก และที่สำคัญคือกดศูนย์การหายใจ

2.2 ให้ออกซิเจน เพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) ร่วมด้วย การให้ออกซิเจนจะลดบริเวณที่ขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดออกซิเจนไม่มาก (mild hypoxia)มักให้ออกซิเจนเข้มข้นร้อยละ 90-100 ประมาณ2-3 ลิตรต่อนาที ทางแคนนูลาหรือทางหน้ากาก (face mask) และเพิ่มอัตราการให้ออกซิเจนได้อีกกรณีมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยปอดบวมน้ำอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.3 การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อการประเมินการเต้นผิดจังหวะได้ทันการณ์ รวมทั้งเตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม(จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

3. การเพิ่มการกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจทำได้โดย

3.1 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta Blocker agent) เป็นยาช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและลด Preload จะมีผลทำให้ลดการทำงานและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ รวมทั้งช่วยเพิ่มการฟื้นฟูสภาพของคราบเลือดไขมันที่ปริแตก ช่วยป้องกันภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ช่วยลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและลดอัตราการตาย ยาในกลุ่มนี้ เช่น โพรพานอลอล มีโพรโพรอล ฯลฯ ข้อควรระวังคือ ยากลุ่มนี้จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวายหรือหัวใจเต้นช้าและ Heart block ได้

3.2 ยาไนเตรท (Nitrate) หรือ ไนโตรกลีเซอรินอมใต้ลิ้น หรือหยดให้ทางหลอดเลือดดำ ให้ซ้ำได้ทุก 5 นาที ยากลุ่มนี้เป็นยาขยายหลอดเลือดที่สามารถช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยลดปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจ (ลด preload) เป็นการลด Myocardial demand ทำให้สามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ช่วยการหดตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ไม่

ควรให้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต ซีสโตลิก ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท การเฝ้าระวังเมื่อให้ยา คือ วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที อาการข้างเคียงได้แก่ เวียนศีรษะ ไม่สุขสบาย ความดันโลหิตลดลง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

3.3 ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ได้แก่แอสไพรินและเฮพาริน สำหรับแอสไพรินเป็นยาที่ถูกที่สุดและใช้ได้ดีที่สุด ให้เพื่อช่วยยับยั้งการเกาะกันของเกร็ดเลือด ลดอัตราการตายและลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Reinfarction) ควรเริ่มให้เมื่อมีอาการทันที สามารถลดการเกิดStrokeได้ สามารถให้ร่วมกับ Anticoagulant จะลดอัตราการตายได้ดี (Fullwood, and Butler, 2000)

ยาด้านเกร็ดเลือดเพิ่ม ได้แก่ Clopidogrel (Plavix) โดยออกฤทธิ์ต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด โดยยับยั้งสาร Adenosine diphosphate (ADP) เริ่มด้วยการให้ยาขนาดม็ดละ 75 มิลลิกรัม จำนวน 4 เม็ด หลังจากนั้นรับประทานต่อวันละ 1 เม็ด(75 มิลลิกรัม)เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ถึง 9 เดือน

3.4 ยาละลายลิ่มเลือด(Anticoagulant agent) ได้แก่ Heparin ,Warfarin, Streptokinase และ Enoxaparin ฯลฯ ยาในกลุ่มนี้จะช่วยสลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้นกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ยังไม่ตายจะสามารถทำงานได้ตามปกติ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยานี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในสมอง ผู้ที่ตั้งครรภ์ และผู้ที่มีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

4. การบำบัดอื่นๆ เพื่อลดปัจจัยการทำหน้าที่ของหัวใจ

4.1 ยาด้านแคลเซียม (Calcium channel blocker) เป็นยาที่ช่วยให้หลอดเลือดหัวใจขยายตัว ลดแรงบีบตัวและลดอัตราการเต้นของหัวใจ เช่น diltiazem ข้อห้าม ในผู้ป่วยโรคหอบหืดเมื่อให้ยาปิดกั้นเบต้าแล้วการเต้นของหัวใจยังเร็ว

4.2 ยา ACE inhibitor (Angiotensin –Coverting Enzyme Inhibitor) เป็นยาขยายหลอดเลือดที่ช่วยลดและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดหัวใจวาย ลดการเกิด reinfarction, เพิ่มอัตราการรอดชีวิต ลดการเกิด plaque rupture ยาที่ใช้ได้แก่ captopril ,Enaril ,Zesinopril เป็นต้น

4.3 ยาลดไขมัน ที่นิยมใช้คือกลุ่ม HMG CoA reductase inhibitor หรือกลุ่ม Statin ได้แก่ Simvastatin (Zocor), Atrovastatin (Lipitor) มีฤทธิ์เป็น anti-inflammatory agents ช่วยลด infarct size and activity of lipid core และลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็น secondary prevention

4.4 ยาคลายความวิตกกังวลและยานอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยพักได้ ลดการใช้ออกซิเจนยาที่ใช้ เช่น Diazepam

4.5 ยาทำให้หัวใจชะงักชั่วคราว เพื่อไม่ให้เบ่งถ่าย ซึ่งจะส่งผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

4.6 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty หรือ PTCA)

4.7 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใหม่ (Coronary Artery Bypass Graft =CABG)

จะเห็นได้ว่าการปรับตัวหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนมีผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจัดว่ามีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การกลับไปทำงานและการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเผชิญกับความรู้สึกกลัว สูญเสียซึ่งเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง รวมทั้งต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาในระยะยาว ผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักมีปัญหาด้านจิตสังคม คือวิตกกังวล ซึมเศร้า เนื่องจากโรคที่เป็นแล้วและมีโอกาสเกิดซ้ำ มีความยากลำบากในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการ อาจทำให้รู้สึกท้อแท้ ในบางรายต้องเผชิญความเครียดอย่างต่อเนื่องจากแผนการรักษาที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง และไม่แน่ใจว่าตนเองจะมีชีวิตรอดได้นานเพียงใด และหากกลับไปบ้านและเกิดโรคซ้ำที่ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาล จะยิ่งเพิ่มความเศร้าเสียใจอย่างมาก(จริยา ตันติธรรม, 2536; จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีต้องเผชิญกับความเครียดที่ต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล APN จะเป็นผู้ที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญและปรับตัวกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดปัญหาด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547) และถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล แต่พยาธิสภาพและการเปลี่ยนแปลงด้านอาการของโรคจะก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนและพฤติกรรมดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัว และต้องการการสนับสนุนและให้กำลังใจจากผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

2. ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

ญาติใกล้ชิด ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน คำว่า ผู้ดูแล ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 หมายถึง ผู้เอาใจใส่ ปกป้องรักษา และปกครอง นอกจากนี้คำว่า ผู้ดูแล มาจากภาษาอังกฤษที่พบบ่อยอยู่หลายคำ เช่น “ Carer ” หรือ “Caregiver” หรือ “ Informal care” ผู้ดูแลอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคย

ได้รับการฝึกฝนมาก่อนและได้รับเงินค่าตอบแทน เรียกว่า “ Formal care” ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งก็คือผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ เราจะเรียกผู้ดูแลกลุ่มนี้ว่า “ Informal care” หรือ “ Carer” ซึ่งอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย (Bell and Gibbons, 1989 ; Twigg , 1992 อ้างถึงในศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546)

จากการศึกษาเพื่ออธิบายแนวคิด เรื่อง การดูแล โดยเพ็ญแข ชีวะะพันธ์ (2545) ได้แบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลไว้ 5 ทศนะ ได้แก่

2.1 การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อนลักษณะเฉพาะตัวของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

2.2 การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรมภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

2.3 การดูแลเป็นการแสดงความสนใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ มีความรู้สึกเอาใจเขามาใส่ใจเรา สนใจ เป็นห่วง ต้องการปกป้องและอุทิศให้ การดูแลพัฒนาขึ้นในบุคคลมี 4 ระยะเวลา คือ ความผูกพัน ความพยายามที่จะใกล้ชิด การปกป้องและการแสดงยืนยันความห่วงใย ถ้าการพัฒนาไม่ครบทั้ง 4 ระยะนี้ จะไม่ถือว่าเป็นการดูแล

2.4 การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด

2.5 การดูแลเป็นการปฏิบัติการ เพื่อเป็นการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทศนะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

ในสังคมไทยโดยทั่วไปผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือจะเป็นลักษณะที่เป็นญาติพี่น้อง ลูกหลาน จะมีบทบาทให้การดูแลซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูต่อกันอันเป็นค่านิยมที่สังคมไทยให้การยอมรับ และเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542)

ปัจจัยเบื้องต้นที่มีความสัมพันธ์กันกับความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและจัดเป็นปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ (คัทรียา รัตนวิมล, 2545)

คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีคุณลักษณะที่เหมาะสมจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ บทบาททางเพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บทบาททางเพศ จากการศึกษาของ มาลินี วงศ์สิทธิและศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน (อายุ ระหว่าง 40-59 ปี) สถานภาพโสด สมรส หรือมีบุตร อาชีพแม่บ้าน หรือประกอบอาชีพนอกบ้าน ซึ่งวิเคราะห์สรุปจากสถานการณ์ดังกล่าวว่า บทบาทภายในบ้านหรือในครอบครัวจะถูกมองว่าเป็นของผู้หญิงเกี่ยวเนื่องจากสัญชาติญาณความเป็นแม่ซึ่งเป็นบทบาทในธรรมชาติของผู้หญิงรวมทั้งบทบาททางสังคมที่เสมือนให้ผู้หญิงมีหน้าที่ให้ความดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลภายในบ้าน เช่นในเรื่องการประกอบอาหาร ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้าน และโดยทั่วไปพบว่าผู้หญิงจะสามารถทำงานซ้ำๆ ทำงานประจำได้ดีในขณะที่ผู้ชายช่วยทำบางอย่าง นานๆ ครั้งและไม่สม่ำเสมอ อีกประเด็นหนึ่งคือ ผู้หญิงมีระดับการศึกษาต่ำกว่าผู้ชายซึ่งสัมพันธ์กับการการทำงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าผู้ชาย จึงนิยมให้ผู้หญิงอยู่ดูแลที่บ้านและผู้ชายออกไปทำงานนอกบ้าน

อายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40-59 ปี) ทั้งนี้ เพราะขั้นตอนชีวิต (Life Course) ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันคือในวัยเยาว์ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากบิดามารดา เมื่อเติบโตขึ้นผู้ดูแลจะเข้าสู่ขั้นตอนของความเป็นผู้ใหญ่ และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดา ที่สูงอายุและด้วยวัย 40-59 ปี ผู้ดูแลมีฐานะมั่นคงเป็นปึกแผ่น หรือมีบุตรที่สามารถพึ่งพิงทางเศรษฐกิจได้ ดังนั้นบุคคลในวัยนี้จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่พร้อมจะเป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (มาลินี วงศ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงกลางคนนั้นมักจะต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นเพราะยังมีบทบาทหลายอย่างที่ต่อกรกระทำในเวลาจำกัด จึงทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทและเพิ่มความเครียดในบทบาทได้ (Given et al., 2001 อ้างถึงในคัทรียา รัตนวิมล , 2545)

ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเร็ม(Orem, 1991) เชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล การศึกษาทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการดูแลในด้านทั่วไป และความต้องการการดูแลตามปัญหาสุขภาพได้ดี รู้จักใช้ความรู้ ทักษะที่เคยมีในการแก้ไขปัญหา และผู้ดูแลที่มีการศึกษา จะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มาก

ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การศึกษาของคมสันต์ แก้วระยะ (2540) พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสนใจ และความเอาใจใส่ในการดูแล ผู้ดูแลที่เต็มใจ และมุ่งมั่นที่จะดูแลจากความรักใคร่ ผูกพัน ที่มีต่อผู้ป่วย และส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล

สำหรับงานวิจัยนี้ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่หรือน้องและบุตร โดยที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ชนิดที่เคยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือขาดเลือดเฉียบพลัน โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจ จากการฉีดสี และผล Echocardiogram ที่มีผล EF < 40% , ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด(Post- CABG), ผู้ป่วยหลังการทำหัตถการโดยขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือตาข่าย,ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับลิ้นหัวใจและเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหรือใส่เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำไม่น้อยกว่า 1 เดือนในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับ อาการและปัจจัยเสี่ยง การจัดหาอาหาร การให้ยา การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย แนวทางการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจัดเป็นองค์ประกอบทางสังคมที่สำคัญยิ่งต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; Cobb, 1976; Kristofferzon, 2006) และมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตต่อผู้ป่วย การดูแลช่วยเหลือที่ดี และถูกต้องจากญาติใกล้ชิดผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงของผู้ป่วยและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งอาจเสียชีวิตได้โดยไม่คาดคิด (Wilkinson, 2002) ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยจึงจัดเป็นผู้ดูแลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วย (จอมสุวรรณ์, 2541; ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2546)

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากสภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะส่งผลกระทบ คือ ก่อให้เกิดภาวะเครียดและความรู้สึกทางอารมณ์ของผู้ดูแล ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวจะมีความวิตกกังวล กระวนกระวาย สับสน ท้อแท้ หมดกำลังใจ กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต ความผาสุกในชีวิตลดลง เมื่อเกิดความเครียดมากขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2537; รัตรรณา อัญญ, 2545)

Nyamathi (1987) ได้ศึกษาคู่สมรสที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 คน ซึ่งสามีเข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่โรงพยาบาล พบว่า ระหว่าง 1 ปีแรกที่สามีอยู่ในภาวะที่ต้องเฝ้าระวัง ภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านอารมณ์ และหลังกลับจากโรงพยาบาลจะมีความสับสน คับข้องใจ และโกรธ ส่งผลกระทบต่อด้านเพศสัมพันธ์ และความขัดแย้งต่างๆ ตลอดจนกลัวการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ

Kettunen และคณะ (1999) ได้ศึกษาถึงผลกระทบต่อคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและความต้องการ การช่วยเหลือและสนับสนุน โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อศึกษาถึงความกลัว และอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นต่อคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะฟื้นสภาพ ในช่วงระยะหลังเกิดเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน เช่น อารมณ์เครียด และ กัดดัน(depressive mood) วิตกกังวล (anxiety) ไม่ปลอดภัย (unsafety) ไม่มีความสุข ด้านเพศสัมพันธ์ (sexual unwillingness) โดยทำการศึกษาจากคู่สมรสจำนวน 57 ราย และมีถึง 47 รายที่คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นเพศหญิง มีเพียง 10 รายที่เป็นเพศชาย ผลการศึกษา พบว่าคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความกลัวเกิดขึ้น ตามลำดับคือ กลัวในเรื่องของการฟื้นคืนสภาพ(Recovery Problems)ของผู้ป่วยมากที่สุด ถึง 93 % และรองลงมาคือ กลัวการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น 88%

O'Farrel, Murray and Hotz (2000) ได้ศึกษาภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 213 คน พบว่า คู่สมรส ร้อยละ 66 มีภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) สิ่งที่ทำให้เกิด Psychological distress ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาและการฟื้นสภาพของโรค อารมณ์ของผู้ป่วย การกลับเข้าไปทำงานและด้านการเงิน เพศสัมพันธ์ และความสิ้นหวังของผู้ป่วย

Horn, Fleury and Moore (2002) ได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัว ระหว่างการฟื้นสภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ระยะเวลาที่เกิดภาวะวิกฤติจากโรคหัวใจและช่วงฟื้นสภาพ จะส่งผลกระทบต่อภาวะกดดันด้านอารมณ์และจิตใจทั้งหมด

ผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว ผลกระทบทางอารมณ์ได้แก่ despair, fear, worry, anger, helplessness and exhaustion ซึ่งผู้ศึกษาและนักวิจัยหลายท่านได้นั้นเกี่ยวกับความสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญปัญหาและการปรับสภาวะทางอารมณ์ให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากบทบาทของครอบครัวถือว่าสำคัญที่สุดต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย บทบาทของสมาชิกในครอบครัวและความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่ามีคนคอยช่วยเหลือเมื่อตนลำบากและส่งผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย (รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

2. ผลกระทบทางด้านร่างกาย จากการที่มีสมาชิกในครอบครัวต้องเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรังทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือ ห่มเทแรงกายในการดูแลผู้ป่วย ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย ท้องผูก บางครั้งร่างกายทรุดโทรมมากส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยตามมา (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; รัตริตนา อੰนฎ, 2545)

Nyamathi (1987) ได้ศึกษาคู่สมรสที่เป็นภรรยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 คน ซึ่งสามีเข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่โรงพยาบาล พบว่า อาการจากสภาวะเจ็บป่วยของคู่สมรสนอกจากด้านจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อร่างกาย คือ ส่งผลต่อการนอนหลับ ความอยากอาหารและระบบการย่อยอาหารไม่ปกติ มีอาการใจสั่น

Kettunen และ คณะ (1999) ได้ศึกษาถึงผลกระทบต่อคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า อาการที่ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายของคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าจะมีอาการเหนื่อยล้า (Fatigue) นอนหลับไม่เพียงพอ (Sleep disturbance) มีภาวะต้องพึ่งพา(dependence)

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จากสภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลสูญเสียความเป็นส่วนตัวและเวลาเพราะต้องรับภาระในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป บางครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยและกิจกรรมต่างๆอันสืบเนื่องมาจากการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรัง ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ยาวนานทำให้ผู้ดูแลอาจต้องทำงานประจำหรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ทำให้ความเป็นอยู่ของครอบครัวลดลง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2537; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544; รัตริตนา อੰนฎ, 2545) ส่งผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

โดยสรุปคือ บทบาทของสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกภายในครอบครัว ส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพและการกลับเป็นซ้ำด้วยอาการกำเริบที่รุนแรง หรือ เสียชีวิตกะทันหันโดยไม่คาดคิด การแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่เหมาะสมทั้งในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน การมีความผูกพันและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มั่นคง รวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม จะเป็นการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตที่ดี มีความรัก ความเข้าใจเอื้ออาทร ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แต่ถ้การแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในด้านต่าง ๆ ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุทำให้สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

3.1 ความหมายของการปรับตัว

การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิตในโลก ตั้งแต่สัตว์เซลล์เดียว เช่น อะมีบา จนถึงมนุษย์ โดยธรรมชาติของมนุษย์บังคับให้มนุษย์ต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากสภาพของธรรมชาติที่อยู่รอบตัวมนุษย์หรือภายในตัวมนุษย์ก็ตาม ล้วนเป็นสิ่งรบกวนทำให้สภาพสมดุลที่เคยเป็นอยู่เสียไป ทำให้มนุษย์ทุกคนต้องพยายามปรับตัว เพื่อรักษาสมดุลของชีวิตไว้ (Selye, H. 1993: 7 อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพาศึกษา และ ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2540) ซึ่ง Selye ได้แบ่งการปรับตัวออกเป็น 2 แบบ คือ

1) กลุ่มอาการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome) เป็นการตอบสนองของร่างกายที่เป็นกลไกการป้องกันที่เหมือนกันของบุคคล ด้วยการหลั่งฮอร์โมนต่างๆในภาวะเครียด ทำให้มีผลกระทบต่อเนื้อเยื่อและการทำงานของเซลล์ในร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความไวหรือโอกาสเสี่ยงในการเกิดความเจ็บป่วยได้

2) การปรับตัวที่เฉพาะ (Specific Adaptation) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจที่สิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อสาเหตุการเกิดโรค

ดั่งมีนักวิชาการและผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของการปรับตัวไว้หลายท่าน
ดั่งนี้

Krohne and Laux (1982) ได้ให้ความหมายการปรับตัวว่า หมายถึง ผลรวมของกลยุทธ์ต่างๆที่บุคคลใช้กับสิ่งที่คุกคามต่อความสมดุลของจิตใจ ซึ่งเป็นได้ทั้งปฏิกิริยาที่แสดงออกต่อสิ่งเร้าภายนอก เช่น การหลีกเลี่ยง การต่อสู้ หรือปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นภายในต่ออารมณ์และกระบวนการคิด ได้แก่ การให้ความหมายใหม่หรือการปฏิเสธความจริง

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคลในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆในการเผชิญปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคมและสิ่งที่เกิดขึ้น ออกมาเป็นผลลัพธ์การปรับตัว 3 ด้าน คือ 1) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) 2) ด้านขวัญและความพึงพอใจ (Morale or Life Satisfaction) และ 3) ด้านสุขภาพของร่างกาย (Somatic Health)

Derogatis (1986) ได้ให้ความหมายการปรับตัวทางจิตสังคมว่า หมายถึงเป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม

Mishel (1988:231) มองการปรับตัวว่า เป็นพฤติกรรมทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Biopsychosocial Behavior) ที่เป็นผลจากการเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน(Uncertainty Event) และก่อให้เกิดความเครียด โดยการประเมินการปรับตัวจาก 1) การปรับตัวทางด้านจิตสังคม (Biopsychosocial Adjustment) 2) ภาวะสุขภาพ (Health) และ 3) คุณภาพชีวิต (Life Quality) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักที่ได้มาจาก Lazarus and Folkman (1984)

Roy and Andrews (1991) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการและการแสดงออกของความคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล โดยอาศัยการตระหนักและรู้ตัว(Conscious-Awareness) และมีการเลือกเพื่อให้มีการรวมกันหรือผสมผสานให้เข้ากันได้ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม

ละออ หุตางกุล (2535) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบมีชีวิตต่อสิ่งเร้า ที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร้องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวนหรือคุกคามคุณภาพหรือก่อให้เกิดเป็นความเครียดต่อระบบของร่างกาย การปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นการปรับตัวของ “คนทั้งคน” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้าน กาย จิต สังคม เมื่อเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวทางด้านใดด้านหนึ่ง จะก่อผลกระทบต่อ “คนทั้งคน” การปรับตัวจึงเป็นการทำหน้าที่อย่างเป็นทางการของชีวิตโดยรวม

กุลธิดา พานิชกุล (2536 : 16) ได้ให้ความหมาย การปรับตัว ว่าหมายถึงกระบวนการที่บุคคลมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในและภายนอกร่างกาย โดยปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิด เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การปรับตัวจึงนับได้ว่าเป็นความสามารถของสิ่งมีชีวิตในอันที่จะรักษาความสมดุลระหว่างภายในตนเองกับสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลแต่ละคนว่าระดับของสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบมากหรือน้อย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2544) ได้ให้ความหมาย การปรับตัว (Adjustment) เป็นกระบวนการที่บุคคลในการใช้ความพยายามในการปรับตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวลต่างๆ ฯลฯ จนกลายเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นๆสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพปัญหานั้นๆได้ ถ้าบุคคลปรับตัวแล้วสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุขนั้นแสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าหากบุคคลนั้นปรับตัวแล้วยังมีความทุกข์ใจ ว่าวุ่นไม่สบายใจอยู่ ความรู้สึกดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นผู้มีสุขภาพจิตไม่ดี และหากเรื้อรังและรุนแรงมากขึ้น อาจจะทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตประสาทได้

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) ได้ให้ความหมาย การปรับตัว (Adjustment) ว่าเป็นการช่วยให้เรายอมรับสถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วพยายามหาวิธีการแก้ไข จัดบำบัดแก้ปัญหาหรือสภาพการณ์ที่ค่อนข้างเลวร้าย หรือเลวร้ายมากๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเราให้บรรเทาเบาบางลง ซึ่งอาจจะพยายามแก้ไขด้วยตนเองหรือมีการแสวงหาบุคคลอื่นมาช่วยแก้ไขปัญหานั้น สุดท้ายเมื่อคลี่คลายและมีการแก้ไขแล้ว ความคิด ความรู้สึกของเราก็จะดีขึ้น ผ่อนคลายความตึงเครียดลงไปเมื่อความทุกข์หาย ความสุขสงบทางใจย่อมเกิดขึ้น

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ได้ให้ความหมายว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่มนุษย์ใช้เพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งจากภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไป โดยการใช้อุปกรณ์ประกอบในด้านต่างๆทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ให้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถบรรลุความต้องการของตนเองและเป็นการคงไว้ซึ่งความสมดุลในสภาพชีวิตของบุคคล

จากแนวคิดการปรับตัวในการให้หมายความหมายที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนั้น พอสรุปได้ว่ากระบวนการปรับตัวหมายถึง เป็นกระบวนการที่มนุษย์ใช้ในการประเมินเหตุการณ์และสิ่งเร้า เพื่อเผชิญปัญหาหรือสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยการผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคลเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิตและดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก

3.3 สาเหตุของการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดัน ซึ่งตามทฤษฎีวิวัฒนาการของ Charle Darwin (Lazarus, 1969 อ้างถึงใน นิภา นิธิยานน, 2530) เชื่อว่าสิ่งมีชีวิตต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาจึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ คนเราจึงต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอและต้องหาทางที่จะตอบสนองของความต้องการทั้งของตนเองและสังคมตลอดเวลา แต่บางครั้งมีอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถตอบสนองของความต้องการของตนเองได้จึงเกิดความเครียด เป็นเหตุให้บุคคลพยายามหาวิธีการต่างๆในการกำจัดความเครียดให้หมดไปด้วยการปรับตัว (กันยา สุวรรณแสง, 2533) แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัว มี 2 ประการ ดังนี้

3.2.1 แรงผลักดันภายนอก คือ ข้อเรียกร้องอันเกิดจากสภาพแวดล้อมและสังคม และบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี กฎหมาย ระเบียบวินัย ข้อบังคับ ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ ละออ หุตางกูล (2535) ที่กล่าวว่า การปรับตัวทางสังคม เป็นการปรับตัวทางพฤติกรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานกระบวนการทางบุคลิกภาพและทางกาย เกี่ยวข้องสำคัญกับการรักษาดุลยภาพท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม หรือวัฒนธรรม ที่พัฒนาเป็นองค์ประกอบของตนเอง กับส่วนที่มีอยู่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดและผลักดันให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อขจัดความขัดแย้งนั้น ความกดดันหรือความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ด้านสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์สูงมาก

3.2.2 แรงผลักดันภายใน คือ แรงกระตุ้นที่เกิดจากสภาพทางสรีระภายในร่างกาย และจากประสบการณ์ทางสังคมได้เรียนรู้ในอดีต และในปัจจุบันการปรับตัวของศาสตร์ด้านจิตวิทยายังขยายขอบเขตไปถึงความผิดปกติทางจิตใจ สภาวะทางกายและสังคมซึ่งเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการปรับตัว รวมทั้งอิทธิพลของสภาวะทางกาย จิต และสังคมที่มีผลต่อกระบวนการปรับตัวของบุคคล (นิภา นิธิยานน, 2530)

3.2.2.1 การปรับตัวทางกาย เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาดุลยภาพทางชีวภาพ ในขณะที่ระบบต้องเจริญเติบโต เปลี่ยนแปลงตามวัย และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา การปรับตัวทางกายอาศัยกระบวนการทางชีวเคมีในการกิน ย่อย ดูดซึม และใช้สารที่ต้องการ การขับถ่ายของเสีย เคลื่อนไหว และต่อสู้ป้องกันการชำรุดทำลาย ความล้มเหลวหรือบกพร่องในการปรับตัวด้านนี้ จะมีผลต่อพยาธิสภาพทางกาย ซึ่งเรียกร้องให้ต้องมีการปรับตัวเพิ่มขึ้น (ละออ หุตางกูล, 2535)

3.2.2.2 การปรับตัวทางจิตใจ เป็นการปรับที่เกี่ยวกับกระบวนการทางเคมีของระบบประสาทและกลไกทางบุคลิกภาพ เพื่อความสมดุลระหว่างพลังดล หรือแรงผลักดันของความต้องการกับสถานการณ์ที่เป็นจริงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งดำเนินไปทั้งโดยรู้ตัว (Consciously) และโดยไม่รู้ตัว (Unconsciously) เป็นกระบวนการที่อาศัยพื้นฐานทางกายภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ด้านข้อมูลข่าวสารจากสังคมและสิ่งแวดล้อมทั่วไป ซึ่งควบคุมโดยระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ และกระบวนการเรียนรู้ (ละออง หุตางกูร, 2534)

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอลคแมน

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและฟอลคแมน มีดังนี้

3.3.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situation factor) แบ่งออกเป็น

3.3.1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากในปัจจุบันและอนาคต

3.3.1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่บุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะต่อไปจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

3.3.1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นความเครียด เพราะเนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ

3.3.2 ปัจจัยตัวบุคคล (Personal factor)

3.3.2.1 ข้อผูกพัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด

3.3.2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อที่ตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำลาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจประเมินว่า คุกคาม สูญเสียหรือเป็นอันตราย

3.3.2.3 สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมิน ผู้ที่มีสติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง จึงอาจเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

3.3.3. การเผชิญความเครียด(Coping)

Lazarus and Folkman (1984) อ้างถึงใน บุญมา หลีสิน(2535) ได้ให้ความหมายการเผชิญปัญหาหรือความเครียดว่าเป็นความพยายามทางความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย

3.3.3.1 กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา

3.3.3.2 การผสมผสานระหว่างความคิด และการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3.3.3.3 ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละคน

3.3.4 กระบวนการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยกระบวนการเผชิญความเครียดของญาติหรือผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ถือเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยสิ่งทำให้เกิดปัญหา (Event) การประเมินปัญหา (Appraisal) และการเผชิญปัญหา(Coping) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

3.3.4.1 เหตุการณ์ (Event) สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ หรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวนั้น ความเจ็บป่วยถือว่าเป็นสิ่งทำให้เกิดปัญหาที่ญาติต้องประเมินตามกระบวนการในการเผชิญปัญหาต่อไป

3.3.4.2 การประเมินปัญหา (Appraisal) ในกระบวนการเผชิญปัญหา สิ่งที่สำคัญคือ การประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจ รวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามีอยู่ 3 ทาง ได้แก่

3.3.4.2.1 การประเมินครั้งแรก (Primary Appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อบุคคล ซึ่งประเมินได้ 3 ทาง คือ

- การไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ การที่บุคคลรู้สึกเฉยๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะไม่เกิดผลได้ผลเสียอะไรเลย

- เกิดผลทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (Benign positive) คือผลจากเหตุการณ์ส่งเสริมให้เกิดความสุข ความสนุก ความรัก

- เกิดความเครียด (Stress) ซึ่งเกิดจากการอันตรายหรือการสูญเสียหรือบุคคลหมดความสามารถ เกิดการเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจในตนเอง หรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคลที่รัก เป็นต้น

3.3.4.2.2 การประเมินครั้งที่ 2 (Secondary Appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนในอันที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลในการจัดการปัญหา โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยทำมา

3.3.4.2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติม และเพื่อติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้กระทำไปแล้ว

3.3.5 พฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินปัญหา ในการเผชิญปัญหาแต่ละครั้งนั้น บุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญหลายวิธีในเวลาเดียวกัน การเผชิญปัญหา มี 2 ชนิด คือ

3.3.5.1 การเผชิญปัญหาด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (Problem – focused coping) เป็นกลวิธีเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลายวิธีนำมาซึ่งน้ำหนักว่าวิธีไหนได้ผลดีอย่างไร เลือกวิธีที่เหมาะสมลงมือแก้ปัญหาซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์เรียนรู้ด้วยวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการยอมรับสถานการณ์ที่เป็นจริง

3.3.5.2 การเผชิญปัญหาด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (Emotion focused coping) เป็นกระบวนการเผชิญปัญหาด้วยการใช้ความคิด เช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียด เมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้นๆ การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง การมองในสิ่งที่ดีของเหตุการณ์นั้น และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้นเมื่อบุคคลผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาแล้วจะทำให้บุคคลมีการปรับตัว และแสดงพฤติกรรมออกได้เป็น 3 ประการ คือ

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในสังคม หรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติจะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน หากบุคคลเกิดความล้มเหลว ไม่แน่ใจหรืออ่อนแอ จะไม่ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคม

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นผลทางอารมณ์ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้น และเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบผลสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับผลของการเผชิญปัญหานั้น

หรือไม่ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการทำหายอาจทำให้ขวัญและกำลังใจดี สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบแก้ไขตามปัญหา มักมีขวัญและกำลังใจดีกว่าสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด

3. สุขภาพร่างกาย (Somatic health) เป็นผลจากการประเมินเหตุการณ์และวิธีการเผชิญปัญหา นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว ยังเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พื้นฐานความรู้ของผู้ดูแล ระบบสนับสนุนครอบครัวและสังคม ระบบสนับสนุนทางเศรษฐกิจ การรับรู้สภาวะสุขภาพ และประสบการณ์เดิมของผู้ดูแล (นิสากรโพธิ์ชัย, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.26

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Drory and Florian (1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็ง บุคลิกภาพแบบเอความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว ความร่วมมือของครอบครัวกับการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ภาวะสุขภาพ อาชีพการงาน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคมและความทุกข์ทรมานทางใจ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพทางเพศของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

Riegel and Dracup (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวด้านจิตสังคมในระยะ 1-4 เดือน หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน จะมีการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดีคือ มีความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธและ ความสับสนลดลง แต่มีความมีคุณค่าในตนเองและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น

Moser and Dracup (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจในการควบคุมกับการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า การรับรู้อำนาจในการควบคุม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Holahan (1997) ศึกษาและทำการทดสอบตัวแบบการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดและการปรับตัวทางจิตสังคม ซึ่งในการศึกษานี้วัดความเข้มเข้ร่าเป็นการปรับตัวทางจิตสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์การเผชิญความเครียดด้านการปรับตัว (Adaptive coping strategies) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มเข้ร่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมได้โดยตรง และพยากรณ์การปรับตัวทางจิตสังคมโดยอ้อมผ่านกลยุทธ์การเผชิญความเครียด

3.4 การประเมินการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายการปรับตัวว่า เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์หรือสิ่งเร้า และวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งจากบุคคลเอง จากสังคมและจากสิ่งที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) มาเป็นพื้นฐานแนวคิด และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้มีนักวิชาการได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

3.4.1 แบบวัดการปรับตัวที่สร้างขึ้นโดย กุลธิดา พานิชกุล (2536) ซึ่งใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป็นแนวคิดพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้วัดการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 54 ข้อ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวตามความต้องการทางด้านร่างกายใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ หมายเลข 1 หมายถึงปรับตัวได้น้อยเท่ากับ 1 คะแนน; หมายเลข 2 หมายถึงปรับตัวได้ปานกลาง เท่ากับ 2 คะแนน; หมายเลข 3 หมายถึงปรับตัวได้ดี เท่ากับ 3 คะแนน; หมายเลข 4 หมายถึงปรับตัวได้ดีมาก เท่ากับ 4 คะแนน ในส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัวในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ การปรับตัวด้านการพึ่งพา

ระหว่างกัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่เลยหรือเล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ซึ่งแบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีลักษณะในด้านบวกและด้านลบ คะแนนการปรับตัวเป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน จะมีค่าอยู่ระหว่าง 54-216 คะแนน คะแนนรวมสูงแสดงว่า ผู้ป่วยมีการปรับตัวดี คะแนนรวมต่ำแสดงว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวไม่ดี

การหาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิทางทฤษฎีการปรับตัว 3 ท่านและ อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 2 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวซึ่งได้ปรับปรุงตามคำแนะนำแล้ว ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .89 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

3.4.2 แบบวัดการปรับตัวของรุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น (2546) ที่สร้างจากแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์(2536) ซึ่งจันทรทิพย์สร้างขึ้นเองบางส่วน ร่วมกับการดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย(Psychosocial Adjustment to Illness) ของ Derogatis (1986) เพื่อให้ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีการประเมินการปรับตัว 3 ด้านคือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ เกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อครอบครัวและสังคม อาชีพการงาน จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1-6 สภาพแวดล้อมในสังคมจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 7-12 และด้านสัมพันธภาพทางเพศจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 13-18 ด้านขวัญและกำลังใจ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 19-24 และ ด้านสุขภาพทางกาย จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 25-30 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ดังนี้ คือ ไม่เป็นจริง เป็นจริงเล็กน้อย เป็นจริงปานกลาง และเป็นจริงมาก ในแบบสอบถามจะมีข้อความในด้านบวกจำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามในด้านลบจำนวน 16 ข้อ นำแบบวัดไปทดสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ตรวจสอบ ผลปรากฏว่าได้ปรับปรุงแก้ไขและตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อน จาก 33 ข้อเหลือ 30 ข้อ คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในโรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .85 และหลังจากเก็บข้อมูลจริงจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 130 คน นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอีกครั้งทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ .91 ส่วนรายด้านได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

การปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และสุขภาพทางกายเท่ากับ .87, .75 และ .63 ตามลำดับ

3.4.3 แบบวัดการปรับตัวของนิตยา โรจนทินกร (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดของจาโลวีก (Jalowice coping scale) เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยมีการประเมินการปรับตัว 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหาที่มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ และพฤติกรรมการปรับตัวด้านการจัดการกับอารมณ์ มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ บ่อยที่สุด บ่อยปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ตรวจสอบและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งของศิริราชและคอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบโลหิตและน้ำเหลือง และเป็นผู้ป่วยที่ต้องเข้ามารับรังสีรักษา ที่ หน่วยรังสีรักษามะเร็งโรงพยาบาลมหาราชานคร เชียงใหม่ จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .79

3.4.4 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness) ของ Derogatis (1986) ซึ่ง Moser, and Dracup (1995) ได้นำไปใช้ในศึกษาภาวะการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 176 คน และ Dracup, Moser, Taylor and Guzy (1997) ได้นำไปศึกษา ผลทางด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ภายหลังได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ คือ เคยได้รับการตรวจสวนหัวใจโดยการฉีดสีและมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือ เคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (Cardiac arrest) และหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด โดยมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม 337 คน ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care orientation) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (Vocational environment) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) ด้านสัมพันธ์ทางเพศ (Sexual relationships) ด้านสัมพันธ์ทางกับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) ด้านสัมพันธ์ทางสังคม (Social environment) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Psychological distress)

แบบวัดนี้มีทั้งหมด 45 ข้อ โดยในแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดย มอโร ชิเรลโล และเดอโรเกติส (1986) อ้างถึงใน เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้

1. ความตรงเชิงโครงสร้าง(Construct validity) โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยฮอดกินส์ 37 ราย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยฮอดกินส์ 38 ราย โดยที่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนี้ ไม่ใช้กลุ่มญาติผู้ป่วย 37 ราย นำคะแนนแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ค่าระหว่าง .01- .33 ($p > .05$) แสดงว่าเนื้อหาในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จากนั้นนำคะแนนของแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์กับคะแนนรวมพบว่า มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมได้ค่าระหว่าง .34 - .47 ($p < .05$) ยกเว้นด้านอาชีพการงานและด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล ได้ค่า .22 และ .08 ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่า เครื่องมือนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง

2. การทดสอบความตรงตามเกณฑ์(Criterion validity) ตรวจสอบจากการนำคะแนนที่ได้แต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานอื่น ด้านการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจเกี่ยวกับความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับ โดยใช้แบบวัด 3 –Point scale($r = .47$, $p < .001$) นอกจากนี้ด้านความไม่สุขสบายด้านจิตใจ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอ์เกอร์ (State – trait anxiety inventory) ค่า $r = .51$ ($p < .001$) และแบบวัด Symptom Checklist 90 Analogue Scale ของ Derogatis (1986) ได้ค่า $r = .47$ ($p < .001$)

3. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ กระทำในกลุ่มตัวอย่างซึ่งป่วยด้วยโรคฮอดกินส์ (Hodgkin' s disease) มาอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 37 ราย ใช้ผู้สังเกตการณ์ร่วมทั้งหมด 6 คน เพื่อให้การทดสอบความเที่ยงครั้งนี้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 2 คน นักศึกษาแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน ในขั้นดำเนินการนั้นผู้สังเกต 1 ใน 6 คน จะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดการปรับตัวด้านจิตสังคม(PAIS) พร้อมกันนั้นบุคคลที่เหลือ 1 ใน 5 จะเป็นผู้ร่วมสังเกต และให้คะแนนโดยใช้แบบวัดชุดเดียวกัน เมื่อครบ 37 รายแล้ว จึงนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยรวมได้เท่ากับ .83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง .33 - .82

แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา คุณาวัดน์ (2535) นำไปศึกษาการปรับตัวในสังคมของกลุ่มผู้ป่วยจอประสาทตาต้อ และได้ตัดด้านสัมพันธภาพทางเพศออก เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทยจะไม่เปิดเผยเรื่องทางเพศสัมพันธ์ และส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ยังไม่ได้แต่งงาน ไม่มีประสบการณ์ด้านการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง ทำให้เหลือข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ มีคะแนนรวม 0-117 คะแนน หาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจอประสาทตาต้อ จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90 และจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ในครั้งแรกได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และครั้งหลังได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93

จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ได้นำแบบสอบถามซึ่งแปลโดย มุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยได้ดัดแปลงด้วยการตัดข้อความบางข้อออกเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมะเร็ง คงเหลือเพียงข้อความในการปรับตัวด้านอาชีพ การงาน ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม ด้านความไม่สุขสบายทางใจ และได้เพิ่มข้อความสัมพันธภาพทางเพศ ซึ่งเป็นข้อความเดิมในแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการปรับตัว 2 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านขวัญและความพึงพอใจในชีวิต ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 4 ท่านและผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดและเคมีบำบัด 1 ท่าน หลังจากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 90 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .90

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ (2544) ได้นำแบบวัดการปรับตัวของ Derogatis (1986) กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ศึกษาสภาพปัญหาและการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 9 โรค จำนวน 180 ราย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวานและผู้พิการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 8 โรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน จำนวน 160 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 80 คน จำนวนเท่าๆกันโดยใช้ข้อความจำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้านเช่นเดียวกับ Derogatis (1986) ได้แก่ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านอาชีพการงาน ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางใจ ลักษณะของมาตรวัดเป็นแบบให้เลือกตอบ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก (Multiple choice) และได้ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และได้หาค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .94

สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้นำแบบวัดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ซึ่งแปลโดย มุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง และวัดการปรับตัว 7 ด้าน ตามแบบ Derogatis (1986) คือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีข้อความจำนวน 45 ข้อ ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ .82 หลังจากนั้นทำการทดสอบ

ความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2548) ได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้ให้มีความเหมาะสมกับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการดัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาตลอก ของ มุกดา คุณาวุฒินัน (2535) และได้ตัดด้านสัมพันธภาพทางเพศออก เช่นเดียวกับ มุกดา คุณาวุฒินัน (2535) เนื่องจากวัฒนธรรมของคนไทยจะไม่เปิดเผยเรื่องทางเพศสัมพันธ์ และส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นคนที่ยังไม่ได้แต่งงาน ไม่มีประสบการณ์ด้านการมีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงตามความเป็นจริง เหลือข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้านและได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้ในส่วนของมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่จริงที่สุด ไม่จริง ไม่แน่ใจ จริง จริงที่สุด เนื่องจากลักษณะของมาตราวัดเดิม (Likert scale) เป็นแบบให้เลือกตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก (Multiple choice) ทำให้คำตอบนั้นมีความหลากหลาย อาจทำให้ผู้ตอบเกิดความสับสนและยุ่งยากในการตอบ รวมทั้งเสียเวลาในการพิจารณาคำตอบ มากเกินไป คะแนนรวมของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการปรับตัวเท่ากับ .82 และนำแบบวัดการปรับตัวที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วไปใช้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 และหาค่าความเที่ยงซ้ำในครั้งหลังเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่มีความครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งถือเป็นการดูแล “คนทั้งคน” มาใช้ในการประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีทั้งความตรงและความเที่ยงเป็นที่น่าเชื่อถือ สามารถวัดการปรับตัวของผู้ดูแลได้ในหลายรูปแบบ และเนื่องจากเครื่องมือนี้เคยถูกนำไปใช้วัดในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโรคหัวใจมาแล้ว พบว่ามีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับที่น่าเชื่อถือสูง คือ .96 (Dracup, Moser, Taylor and Guzy, 1997)

3.5 การปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

การปรับตัวที่จะช่วยสร้างเสริมคุณภาพของจิตใจ ช่วยพัฒนาบุคลิกภาพ และยังมีผลให้บุคคลดำรงชีวิตในสังคมได้ดี คือ การปรับตัวด้วยพฤติกรรมที่ไม่มุ่งป้องกันตนเองจากความเป็นจริง เป็นพฤติกรรมซึ่งอาศัยความสามารถเรียนรู้และสติปัญญามองเห็นสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามความเป็นจริง สามารถเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการปรับตัว อาศัยความสามารถสะสมประสบการณ์และทักษะของสมอง ซึ่งช่วยให้สามารถนำมาใช้ประกอบกันในการแก้ปัญหาปัจจุบัน และวางแผนป้องกันหรือแก้ไขปัญหาในอนาคต พฤติกรรมระดับนี้อาจดำเนินไปทั้งโดยบุคคลผู้ตัว และควบคุมให้เป็นไปตามความมุ่งหมาย (ละออ หุตางกูล, 2535) ซึ่งด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้จึงถือเป็นหน้าที่ของทีมนักจิตวิทยาที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวให้กับผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

Skelton และ Dominian (1973) ได้ศึกษาภาวะเครียดของภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 65 ราย พบว่า จะสามารถส่งผลด้านสุขภาพในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยคือ มีอาการปวดท้อง ปวดศีรษะ หน้ามืด เป็นลม หรือในบางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอกและใจสั่น และต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ในบางรายต้องลาออกจากงาน ทำให้ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ภาระการเป็นผู้ดูแลของภรรยาผู้ป่วย ทำให้คู่สมรสเกิดการวิตกกังวล เครียด การปรับตัวไม่ดี และรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่พึงพอใจในชีวิต

Mayou และคณะ (1978) ได้ศึกษาผลกระทบด้านจิตใจและสังคมที่มีต่อภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 82 คน พบว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องหยุดงานหรือขาดงาน ขาดความสนใจหรือไม่มีเวลาในการทำความสะดวก ตกแต่งบ้านและสวน การดูแลคนอื่นในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนไป ขาดการติดต่อด้านสังคมกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด

Papadopoulos และคณะ (1980) ได้ศึกษาความกังวลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์และความต้องการของภรรยาผู้ป่วยหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 100 คน พบว่า มีคู่สมรส 76 คน ที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกลับคืนสู่ภาวะปกติ อีก 24 คน ไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิม ทั้งนี้เนื่องมาจากความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ เกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาการของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป หรือไม่มีการพูดคุยข้อมูลที่ดีพอระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส

Nyamathi (1987) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นภรรยา จำนวน 40 คน พบว่าใน 1 ปีแรกที่สามีเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คู่สมรสจะมี

ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนไป เนื่องจากเกรงว่าผู้ป่วยจะมีอาการกลับซ้ำได้อีก ผู้ดูแลจะมีอาการเครียด ซึมเศร้า และอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย บางครั้งมีอาการโกรธ สับสน

Ebbesen และคณะ (1990) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจจะส่งผลต่อด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

Miller และคณะ (1990) ได้ศึกษาบทบาทด้านครอบครัวในคู่สมรสของผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่า คู่สมรสที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ สับสน และรู้สึกผิด

Kleiber and Colleagues (1994) ได้ทำการศึกษาสภาวะทางอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยระยะวิกฤติ จำนวน 52 คน พบว่าคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลมักมีอาการกลัว วิตกกังวล โกรธ ซึ่งทีมพยาบาลต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวและผู้ดูแลเกิดการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วย

Theobald (1997) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าความกลัวเป็นสาเหตุแรกของคู่สมรสที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติหรือคู่สมรสจะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง

Kettunen และคณะ (1999) ได้ศึกษาผลกระทบของคู่สมรสหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การปรับตัวตลอดจนความต้องการในการช่วยเหลือและสนับสนุน พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นคู่สมรสต้องออกจากงานหรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย และนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความเบื่ออาหาร สุขภาพเสื่อมโทรม และประสบปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่าย บางรายจะประสบปัญหาทางเพศสัมพันธ์และสถานภาพสมรส ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลขาดความเป็นส่วนตัว สถานภาพสมรสเปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง

O'Farrell และคณะ (2000) ได้ศึกษาภาวะกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสภายหลังการฟื้นสภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า คู่สมรสซึ่งเป็นญาติผู้ดูแล มักเกิดอาการเบื่ออาหาร ปวดศีรษะ คู่สมรสซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลมักเกิดอาการเครียดและซึมเศร้า

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดและปัญหาของญาติผู้ดูแลที่บ้าน พบว่า เมื่อตกอยู่ในสถานะผู้ดูแลจะรู้สึกสูญเสียและโศกเศร้า ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีเวลาพักผ่อน เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย เมื่อญาติผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้า เมื่อญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีปัญหาในการปรับตัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะด้านจิตใจ คือ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวง่าย ไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกผูกติดกับผู้ป่วย

สำหรับญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี รูปแบบการช่วยเหลือในด้านการปรับตัว ถือเป็น การสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ซึ่งตามแนวคิดของ Cobb (1979) และ Schaefer และคณะ (1981) อ้างใน กุลธิดา พานิชกุล (2536) ที่มีความครอบคลุมและสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีดังนี้

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional support) จากความเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จะทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ อาจมีอาการกลัว วิดกกังวล ตึงเครียด หรือรู้สึกเฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย ไม่สนใจ บางครั้งมีอาการซึมเศร้าได้ (Kettunen et al., 1999) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องการการประคับประคองด้านอารมณ์ ต้องการความรักและมีผู้ดูแลเอาใจใส่ ต้องการระบายความรู้สึกคับข้องใจกับบุคคลที่ไว้วางใจได้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย สามารถเผชิญปัญหาและทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นด้วย

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Information support) หลังเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือ เรื่อง การปฏิบัติตน การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้น ผู้ดูแลต้องมีความรู้เพื่อช่วยผู้ป่วยในการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะกับโรคที่ยุ่งยาก บางครั้งผู้ดูแลอาจเกิดการท้อแท้หรือเบื่อหน่าย ถ้าผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องจากทีมสุขภาพหรือบุคคลรอบข้าง จะทำให้สามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาและภาวะเครียด ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีชีวิตได้ยืนยาวต่อไป

3) การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem support) ผลกระทบจากภาวะการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทเดิม บางครั้งต้องแยกตัวออกจากสังคมที่เคยอยู่ เคยทำงาน ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ถ้ามีบุคคลรอบข้างยอมรับฟังปัญหาและความคิดเห็น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกเป็นทุกข์ต่างๆออกมา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ของทีมสุขภาพหรือบุคคลรอบข้างจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความสามารถ ทำให้เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network of communication) บุคคลรอบข้างช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในสังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ซึ่งสามารถให้การช่วยเหลือโดยใช้วิธีกลุ่มดูแลกันเอง Support group หรือ Caregiving sharing group และให้พยาบาลหรือทีมสุขภาพเป็นผู้ชี้แนะ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม

5) การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงิน หรือการบริการ (Tangible support) ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยและการเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานของผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม บางครั้งต้องขาดงานหรือหยุดงานบ่อย ดังการศึกษาของ Skelton และ Dominian (1973) ได้ศึกษาภาวะเครียดของภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 65 ราย พบว่าระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ภรรยาต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ในบางรายต้องลาออกจากงาน ทำให้ประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mayou และคณะ (1978) ได้ศึกษาผลกระทบต่อจิตใจและสังคมที่มีต่อภรรยาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 82 คน พบว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ต้องหยุดงานหรือขาดงาน และจากการศึกษาของ Kettunen และคณะ (1999) ซึ่งศึกษาถึงผลกระทบของคู่สมรสหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การปรับตัวตลอดจนความต้องการในการช่วยเหลือและสนับสนุน พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลญาติผู้ดูแลซึ่งเป็นคู่สมรสต้องออกจากงานหรือขาดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยจะประสบปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่าย ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนจากญาติพี่น้อง คนรอบข้างและในด้านบริการจากที่บุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของสิทธิบัตร สังคมสงเคราะห์ และค่าลดหย่อนต่างๆ จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลง

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล

4.1 ความหมายการสนับสนุนด้านข้อมูล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 “ข้อมูล” หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริงหรือการคำนวณ โปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นการสอนและให้ความรู้อย่างหนึ่ง มีนักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลไว้มากมาย ดังนี้

กรองกาญจน์ อรุณรัตน์ (2536) ให้ความหมายการให้ข้อมูลไว้ คือ การวางแผนและการเตรียมวัสดุการเรียนการสอนหรือเนื้อหาอย่างมีระบบ การให้ความรู้ที่มีการจัดวัสดุการเรียนการสอนหรือเนื้อหาอย่างรอบคอบ หรือกระบวนการเพื่อพัฒนาการเรียนการสอนอย่างมีระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมและมีการนำไปทดลองใช้ เพื่อให้เชื่อได้ว่ากระบวนการดังกล่าวสามารถนำไปใช้ให้เกิดผลดีเป็นที่น่าพอใจ

อาภรณ์ ใจเที่ยง (2537) ให้ความหมายว่า เป็นการเตรียมการสอนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้าเพื่อเป็นแนวทางการสอนสำหรับผู้สอน ที่จะช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Kelly and Lewis (1987) ให้ความหมายว่า เป็นแผนที่จัดทำขึ้นเพื่อการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่จะส่งผลให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด

Rorden (1987) ให้ความหมายว่า โปรแกรมการให้ความรู้ คือ มาตรฐานในการสอน ให้ความรู้แก่บุคคลใด บุคคลหนึ่งหรือกลุ่มคนที่มีความต้องการด้านสุขภาพในเรื่องเดียวกัน โดยครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ

Perry (1981) อ้างถึงใน วนิดา อินทรธาดา (2538) ให้ความหมาย การให้ข้อมูลว่า หมายถึง การให้รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ ผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาและบริการพยาบาล ตลอดจนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะ และ การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง ตลอดจนคำแนะนำต่างๆตามแผนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ ความเชื่อและทักษะ และ สามารถมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วย (De Muth, 1989; Sundberg, 1989; Whitman et al, 1986)

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อการเรียนรู้ มีดังนี้

1.1 สภาพร่างกาย ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้า ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อาการเหล่านี้จะขัดขวางการรับรู้ต่อการสอนและการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ดังนั้นก่อนการสอน ผู้สอนต้องประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

1.2 สภาพอารมณ์และจิตใจ สภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลสูงมีอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด หรือกลัวมากจะขัดขวางกระบวนการรับรู้ ผู้สอนต้องประเมินสาเหตุของสภาพอารมณ์และจิตใจที่แปรปรวนของผู้ดูแล และบรรเทาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดพร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในการเรียนการสอน ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการสอน

1.3 อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้และความสามารถในการนำความรู้ไปปฏิบัติ โดยความสามารถในการเรียนรู้จะถึงขีดสูงสุดเมื่ออายุ 20-35 ปี หลังจากนั้นความสามารถในการเรียนรู้จะลดลงเรื่อยๆ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2537) แต่มีผู้วิจัยพบว่าชาวปัญญาของบุคคลจะเพิ่มไปได้เรื่อยๆจนกระทั่งอายุ 50 ปี จึงจะคงที่ และลดลงอย่างรวดเร็วในระยะก่อนเสียชีวิต 1 เดือน (Lewis and Collier, 1992)

1.4 การศึกษาและความรู้ที่เคยได้รับมาก่อน ผู้ที่ศึกษาจะมีความคุ้นเคยต่อการเรียนรู้ ทั้งการศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีขึ้น และความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิม เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันจะทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้รวดเร็ว

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน แสงภายในห้องมืดหรือสว่างมากเกินไป อุณหภูมิที่ต่ำหรือสูงมาก มีกลิ่นรบกวน บริเวณห้องเรียนมีผู้คนพลุกพล่านจะรบกวนการรับรู้และความสนใจของผู้เรียนทำให้การรับรู้ไม่ดี ดังนั้นในการเรียนการสอนต้องพิจารณาถึงสิ่งต่างๆเหล่านี้ และมีการควบคุมให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การ

3. กระบวนการเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ดีนั้นประกอบด้วย (Gessner, 1989; Sundberg, 1989)

3.1 การประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้ดูแลเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดความต้องการด้านความรู้ของผู้ดูแลให้ชัดเจน ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การรักษาที่จะได้รับพร้อมขั้นตอนและเหตุผลของการรักษา ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดและคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพ (ขนิษฐา นาคะ, 2534; Eardley, 1986) การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลสามารถใช้ความรู้ สติปัญญา ในการลดปฏิบัติการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุกคามตน จึงคลายความวิตกกังวล รู้สึกว่าสามารถทำนายเหตุการณ์ ควบคุมตนเองและสถานการณ์ได้ จึงสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดี (Devine and Cook, 1983 อ้างถึงใน สายชล จันทรวิจิตร, 2539)

3.2 การประเมินความพร้อมที่จะเรียน ความพร้อมของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้กระบวนการเรียนรู้ประสบผลสำเร็จ นั่นคือ การพิจารณาถึงสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงเจตคติและทักษะต่างๆของผู้เรียน พยาบาลมีหน้าที่กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความพร้อมที่จะเรียน โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนให้อบอุ่นเป็นกันเอง และยอมรับความเป็นบุคคลผู้ดูแล (Smeltzer and Bare, 1992)

3.3 การวางแผนการสอน การสอนอาจกระทำได้โดยไม่ต้องมีการเตรียมการสอนล่วงหน้า แต่การสอนผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ผู้สอนควรมีการวางแผนการสอนไว้ล่วงหน้า ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ การเลือกเนื้อหาที่จะสอน เลือกวิธีการสอน และการประเมินผล แล้วจัดทำไว้ให้พร้อมที่จะสอนได้ต่อไป (อรพรรณ ลีอนุญวรัชชัย, 2543) โดยวัตถุประสงค์ของการสอน การให้ความรู้จะมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนใน 3 ด้าน คือ (Sundberg , 1989)

3.3.1 ความรู้ เน้นให้ผู้เรียนเกิดการจดจำสิ่งที่ได้เรียนไปแล้ว เพื่อเพิ่มความสามารถในด้านการคิดและสติปัญญาขึ้นจนสามารถวิเคราะห์เป็นหลักการ สามารถแก้ปัญหาได้

3.3.2 เจตคติ เน้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกมีค่านิยม มีความชอบหรือไม่ชอบเพื่อปลูกฝังให้เกิดการปรับปรุงในค่านิยมที่มีอยู่เดิม

3.3.3 ทักษะหรือการปฏิบัติ มุ่งเน้นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความสามารถและความชำนาญเฉพาะอย่างการสอนที่มีการเตรียมการสอนล่วงหน้า จะให้ผลดีกว่าการสอนไปตามเหตุการณ์เฉพาะหน้า เพราะสามารถให้ความรู้ได้ครบถ้วนสมบูรณ์ และมีความต่อเนื่อง(Berger and Williams, 1992 อ้างถึงใน สายชล จันทรวิจิตร, 2539)

3.4 การดำเนินการสอน เป็นการปฏิบัติการสอน ให้เนื้อหาที่จัดเตรียมแก่ผู้เรียนซึ่งเนื้อหาที่ให้ต้องเป็นเนื้อหาที่สำคัญ มีความถูกต้องทันสมัย เป็นเนื้อหาที่ผู้เรียนสนใจสามารถเรียนรู้ได้โดยจัดลำดับเนื้อหาจากง่ายไปยาก (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; Rorden, 1987) การดำเนินการสอนสามารถกระทำได้หลายวิธีโดยวิธีการสอนที่นิยมปฏิบัติกันทั่วไป คือ

3.4.1 การสอนแบบบรรยาย หมายถึง การสอนที่ผู้สอนได้เตรียมศึกษาหาความรู้จากแหล่งวิชาการต่างๆมาเป็นอย่างดีเพื่อนำมาอธิบายให้ผู้เรียนฟัง โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนรับฟัง รับรู้ เกิดความเข้าใจ มีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงเจตคติและนำไปปฏิบัติ วิธีนี้สามารถให้ความรู้ได้สมบูรณ์ครบถ้วน ให้ความรู้กับผู้ดูแลได้เป็นจำนวนมากในแต่ละครั้ง ครอบคลุมเนื้อหาและรายละเอียดได้มาก ประหยัดเวลา แต่การบรรยายเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวจึงอาจเกิดความเบื่อหน่ายได้ เนื่องจากผู้ฟังสามารถตั้งใจฟังและให้ความสนใจต่อการสอนติดต่อกันได้เพียงไม่เกิน 45 นาทีเท่านั้น ดังนั้นควรใช้วิธีการอื่น ประกอบการบรรยาย เช่น การซักถาม การสาธิต (Sundberg, 1989)

3.4.2. การสอนแบบสาธิต หมายถึง การสอนแบบบรรยายประกอบการแสดงวิธีปฏิบัติพร้อมกันไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้ดูแลดู โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ(Sundberg, 1989) โดยสอนแล้วควรให้ฝึกปฏิบัติทันที

เพราะหากปฏิบัติในช่วงเวลาที่ห่างกันมากจะทำให้ลืม และนำความรู้มาสัมพันธ์กับการปฏิบัติไม่ได้ (ศิริพร สิงหนตร, 2531) การสอนแบบสาธิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (WHO, 1988 อ้างถึงใน สายชล จันทรวจิตร, 2539)

ขั้นตอนที่ 1 อธิบายสิ่งที่จะสาธิตโดยละเอียด เมื่ออธิบายจบลงเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม

ขั้นตอนที่ 2 ขึ้นสาธิต ผู้สาธิตแสดงเป็นขั้นตอน ทีละขั้น ช้าๆ ให้ผู้ดูแลทุกคนได้เห็นชัดเจน ขณะสาธิตอธิบายประกอบด้วยช้าๆ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามและสาธิตซ้ำ ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 ให้ตัวแทนของผู้ดูแล 1 คน สาธิตย้อนกลับและให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ สังเกตและแสดงความคิดเห็น

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้ดูแลทุกคนสาธิตย้อนกลับและผู้สอนสังเกตขณะทำพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุง

การสาธิตจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้สาธิตต้องมีความรู้ ความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ประกอบการสาธิตได้คล่องแคล่ว ผู้สอนต้องให้แนวทางแก่ผู้ดูแลในการสังเกตการสาธิต ผู้ดูแลสามารถมองเห็นการสาธิตได้ทั่วถึง ใช้เวลาในการสาธิตไม่เกิน 20-25 นาที และเมื่อการสาธิตสิ้นสุดลงให้ผู้ดูแลได้สาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินผลการสอน (Kelly and Lewis, 1987)

3.4.3 การสอนเป็นรายบุคคล เป็นวิธีการสอนที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลได้อย่างละเอียด ผู้ดูแลสามารถซักถามให้เข้าใจได้อย่างถ่องแท้ ผู้ดูแลได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของตนมากที่สุด ผู้ดูแลจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลผู้ทำการสอน และผู้สอนสามารถประเมินผลการสอนได้ทันที แต่การสอนเป็นรายบุคคลจะสิ้นเปลืองเวลาค่อนข้างมาก (Sundberg, 1989)

3.4.4 การสอนเป็นรายกลุ่ม เป็นวิธีการสอนที่มีผู้นิยมใช้อย่างแพร่หลาย เป็นการสอนโดยการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ของบุคคลภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ดูแลทราบว่ามิใช่ตนเองเท่านั้นที่ประสบปัญหา จึงเกิดความรู้สึกร่วม มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ กระตุ้นให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสอนวิธีนี้จะช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ไม่ต้องสอนเรื่องเดิมซ้ำบ่อยๆ โดยควรสอนเป็นกลุ่มย่อยๆ ไม่เกิน 7-10 คน เพื่อให้ผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กันได้อย่างทั่วถึง (Kelly and Lewis, 1987; Sundberg, 1989) ในการสอนไม่ว่าแบบใด ต้องสอนให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและจดจำได้ดีโดยมีการใช้สื่อประกอบการสอน การใช้สื่อการสอนจะช่วยนำเสนอบริบทข้อมูลไปสู่ผู้ดูแล ช่วยเพิ่มพูนการรับรู้ ความจำ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจในข้อมูลที่เสนอ ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ตั้งใจติดตามบทเรียน โดยใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่สอน เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน สภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นสื่อที่มีสาระ

ตรงกับเนื้อหาที่จะสอน นอกจากนี้ผู้สอนต้องใช้ภาษาและศัพท์ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ง่าย ให้ข้อมูลที่ชัดเจน เฉพาะเจาะจง สรุปเนื้อหาให้สั้นกะทัดรัด เรียงหัวข้อให้น่าสนใจ ย้ำในส่วนที่สำคัญ และควรแจกเอกสารไว้ให้ผู้ดูแลทบทวนด้วยตนเอง (ศิริพร สิงหนตร, 2531)

3.5 การประเมินผล เป็นการพิจารณา ตัดสินลงความเห็นเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหา กิจกรรมและอุปกรณ์ที่นำมาใช้ในการเรียนการสอนว่ามีความเหมาะสมเพียงใด รวมถึงประโยชน์ที่ผู้เรียนได้รับจากการเรียนการสอน(บุญชม ศรีสะอาด, 25327) การประเมินพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ด้านความรู้ สามารถประเมินได้โดยการสอบถามหรือทำแบบทดสอบ ส่วนวัตถุประสงค์ด้านทักษะใช้การสังเกต การซักถาม (Rorden, 1987)

ลักษณะของโปรแกรมการให้ข้อมูลและแผนการสอนที่ดี ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหาที่มีความชัดเจน สามารถอ่านเข้าใจง่ายและเข้าใจได้ตรงกัน มีรายละเอียดมากพอ ทั้งเขียนอย่างถูกต้องตามหลักวิชา เหมาะสมกับผู้เรียน หัวข้อในการสอนมีความสอดคล้องสัมพันธ์กันและนำไปใช้สอนได้จริง (Kelly and Lewis, 1987) จึงเกิดผลดีต่อผู้สอนและผู้เรียนอย่างมาก รวมถึงประโยชน์ต่อหน่วยงานด้วย

4.3 ประโยชน์ของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล มีประโยชน์ดังนี้ (ศิริพร สิงหนตร, 2531; อภรณ์ ใจเที่ยง, 2537 ; Sundberg, 1989)

1. ด้านพยาบาลซึ่งเป็นผู้สอน

1.1 ทำให้ผู้สอน สอนด้วยความมั่นใจ เมื่อมีความมั่นใจ จึงสอนได้อย่างคล่องแคล่วเป็นไปตามลำดับขั้นตอนอย่างราบรื่น เพราะได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าอย่างพร้อมมูล อีกทั้งมีทิศทางในการสอน มีการควบคุมให้การสอนเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามที่กำหนดไว้

1.2 ทำให้การสอนมีคุณค่าคุ้มกับเวลาที่เสียไป และการสอนมีประสิทธิภาพ ดีกว่าการสอนที่ไม่มีการเตรียมแผนการสอนไว้ล่วงหน้าเพราะผู้สอนได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนการสอนแล้ววางแผนแก้ไขไว้ก่อน พร้อมทั้งกำหนดทิศทางในการสอนไว้อย่างเหมาะสม มีจุดประสงค์ในการให้ความรู้ เมื่อผู้สอนสามารถสอนให้บรรลุจุดประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดความภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

1.3 ผู้สอนมีเอกสารสำหรับเตือนความทรงจำ ทำให้ไม่สอนซ้ำซ้อนหรือหลงลืม ทั้งยัง สามารถใช้เป็นแนวทางในการสอนในครั้งต่อไป ใช้ในการวางแผนวัดและประเมินผล นอกจากนี้สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นทำการสอนแทนได้ โดยผู้เรียนจะได้รับความรู้จากการสอนเหมือนกัน

1.4 ช่วยในการประสานงาน โดยสามารถแบ่งความรับผิดชอบออกไปไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการสอนของบุคลากรในทีมสุขภาพ

1.5 เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการสอน ให้ความรู้

1.6 ผู้เรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สอนและสิ่งที่ได้เรียนรู้ เพราะผู้สอนมีความพร้อมในการสอนสามารถสอนได้อย่างละเอียดเป็นไปตามขั้นตอน ผู้เรียนเกิดความเข้าใจส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพอใจ ชื่นชมในความสามารถของผู้สอนและยินดีที่ได้รับความรู้

2. ด้านผู้ดูแล

2.1 ด้านกายภาพ

2.1.1 ลดความเจ็บปวด เนื่องจากการให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและเจตคติได้ สามารถทราบถึงวิธีการดูแลและควบคุมบรรเทาความเจ็บปวดได้

2.1.2 ช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้เร็วขึ้น เนื่องจากการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ยอมรับการรักษาและความช่วยเหลือ มีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยฟื้นสภาพเร็ว ดังการศึกษาของ Cupples (1991) ที่ศึกษาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับความรู้หรือข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2.1.3 ผู้ดูแลสามารถพึ่งตนเองและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยได้ดี

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

2.2.1 ผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้ที่มีระบบระเบียบ ช่วยให้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง ผ่านการสอนที่ราบรื่น ก่อเกิดทัศนคติที่ดี ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและนำไปสู่การปฏิบัติ

2.2.2 ลดความรู้สึกลังเล สภาวะจิตใจและอารมณ์ในเชิงลบลง การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลคาดเดาได้ใกล้เคียงความเป็นจริง เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ผู้ดูแลจึงมีระดับความวิตกกังวลลดลง

และนอนหลับได้ดีขึ้น (Hartfield, Cason, and Cason, 1982; Rothrock, 1989 อ้างถึงใน สายชล จันทรวิจิตร, 2539) เมื่อความวิตกกังวลลดลง สภาพจิตใจและอารมณ์ในเชิงลบ เช่น ความรู้สึกหงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่มีสมาธิ เศร้าซึมจึงลดลง (Hill and Smith, 1985; Sheridan and Radmacher, 1992 อ้างถึงใน สายชล จันทรวิจิตร, 2539)

3. ด้านหน่วยงาน (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2537; Sundberg, 1989)

3.1 ทำให้ มีการทำงานอย่างมีระบบ ผู้บริหารสามารถใช้โปรแกรมการให้ความรู้หรือ ข้อมูลเป็นแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานได้

3.2 ใช้ความสามารถจากบุคลากรให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและหน่วยงานได้ สูงสุดจากการทำงานที่มีระบบ ลดระยะเวลาในการปฏิบัติการเตรียมสอน

3.3 ประหยัดงบประมาณ เพราะการกำหนดสิ่งต่างๆไว้อย่างชัดเจน ทำให้ทราบว่าจะ ทำขั้นตอนใด เมื่อใดและอย่างไร จึงใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมกับแผนการที่วางไว้

3.4 ใช้เป็นหลักฐานและข้อมูลในการจัดดำเนินงานของหน่วยงาน เช่น การประเมินผล ประจำปี การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน เป็นต้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์เป็นอย่างมาก และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตาม แนวคิดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้นอกจากจะเป็นการ พัฒนาในด้านความรู้ ความเข้าใจ สภาพปัญหา การจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วย และเป็นการช่วยให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี สามารถเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

4.4 การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนแก่ครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง และ จัดเป็น 1 ใน 3 ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationship) (Kristofferzon, 2006) ที่เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวก(Positive aspect of the relationship) ซึ่งจะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพ (House et al., 1988) ของผู้ป่วย และผู้ดูแล ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

4.4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์(Emotional Support) เป็นการให้ความสำคัญของ การให้ความเชื่อมั่น ไว้วางใจ เชื่อถือ เลื่อมใสศรัทธา การได้รับการยกย่อง ระลึกถึง และทำให้ รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ มีความผูกพันใกล้ชิด และรับฟังปัญหาเพื่อช่วยให้อุบัติการณ์ที่มี

ความเครียด สามารถเผชิญกับปัญหาได้ด้วยความมั่นใจ (House and Kahn, 1985 cited in Kristofferzon, 2006)

4.4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) จัดเป็นการให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะ และให้ข้อมูลในด้านต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ การที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม (Social Relationship) ทำให้มีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ เจตคติ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (House and Kahn, 1985 cited in Kristofferzon, 2006)

4.4.3 การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของหรือบริการ (Tangible Support or Instrument Support) ได้แก่ การสนับสนุนช่วยเหลือ แบ่งเบาภาระ (Practical aid) ด้านการเงิน (Money) แรงงาน (Labour) การให้บริการ ให้เวลา (time) การสนับสนุนทางสังคมนี้ จะสามารถให้บุคคลลดความเครียดได้

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.2

Moser (1994) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลส่งผลต่อทั้งทางด้านสุขภาพการและสุขภาพจิตในระยะฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นอย่างยิ่ง

จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ซึ่งนำผู้ดูแลซึ่งเป็นสมาชิกครอบครัวเข้ามา มีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จึงถือเป็นสิ่งสำคัญและไม่เกินความสามารถของผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัว การนำแนวคิดการปรับตัวทางจิตสังคม (Psychosocial Adjustment) ซึ่งเป็นแนวคิดการปรับตัวของ Derogatis (1986) มาใช้ ถือว่ามีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพทั้งผู้ป่วยเองและผู้ดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

5. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ที่ได้สรุปการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วยไว้ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care orientation) 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (Vocational environment) 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) 4) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ (Sexual relationships) 5) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) 6) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social environment) 7) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Psychological distress) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและผู้ดูแล เป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งที่ต้องเผชิญกับภาวะความกดดันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ปัญหาส่วนตัว ครอบครัว เศรษฐกิจ หน้าที่การงานและสังคม นอกจากนี้ตัวผู้ป่วยเองยังต้องทนทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังตกเป็นภาระของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนาน ความรู้สึกหงุดหงิด กลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต รู้สึกโกรธ ปรับตัวไม่ได้ จนไม่สนใจ ละเลย และให้การดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ, 2544) การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ถือเป็น การตอบสนองของความต้องการของบุคคล สนับสนุนช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมเพิ่มขึ้น มีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (นุสรา วิชัยโกวิทเทน, 2547; Moser and Dracup, 2000) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณค่าต่อสังคม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ, 2544)

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่สามารถส่งเสริมการปรับตัวของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยทบทวนจากงานวิจัย เอกสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแล หรือครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตลอดจนการพยาบาลที่สามารถสนับสนุน ช่วยเหลือการปรับตัวของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งจัดกระทำต่อตัวแปรที่ส่งผลต่อการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนและรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and Emotional support) เป็นขั้นตอนซึ่งมุ่งเน้นการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ถือเป็น การสนับสนุนทางสังคม อีกขั้นตอนหนึ่ง ซึ่ง Lazarus and Folkman (1984: 245-246) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต เป็นตัวดูดซับความเครียดและช่วยป้องกันอันตรายด้านสุขภาพ และสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ที่เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว โดยจะเป็นตัวกันชนผลกระทบต่อสุขภาพของความเครียด (Northouse, 1988:91 อ้างถึงใน รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) แรงแสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด คือ ครอบครัวผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลเข้าใจถึงบทบาท การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย รู้ถึงความต้องการของผู้ป่วยในระยะเจ็บป่วย ย่อมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สิ่งที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการทราบคือข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง (Horn, Fleury, and Moore, 2002) ซึ่งผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดเกี่ยวกับการรับประทานยา การจำกัดชนิดของอาหาร การออกกำลังกาย การเฝ้าสังเกตและติดตามอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนนิสัยและวิถีชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Weinman, 2000; Horn, Fleury, and Moore, 2002) และการจัดการด้านอารมณ์และความเครียด (Horn, Fleury, and Moore, 2002) ซึ่งในการให้ข้อมูลผู้วิจัยจะเน้นถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี(Atherosclerotic heart disease) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) อาการเตือนเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Heart attack warning signs) (Dracup, Moser, Taylor and Guzy, 1997)

สิ่งที่ผู้วิจัยเริ่มต้นจัดกระทำได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจโดยการแนะนำตัว พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร และเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ดูแลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Caregiving Sharing Group) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) โดยการรับฟัง(Listening) การมีอารมณ์ร่วม(Empathy) การสนับสนุนให้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน(Reassurance) ความเป็นมิตร(Companionship)และความเอาใจใส่(Concern)นอกจากนี้ยังจัดให้มีการให้คำปรึกษารายบุคคล จัดขึ้นเพื่อชี้แนะและจัดการกับปัญหาที่เฉพาะเป็นรายบุคคล ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการทำให้บุคคลมีความรู้สึกที่ตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของอารมณ์มนุษย์ (Morgan, Patrick and Charlton, 1984;

Smeltzer and Bare, 1992 อ้างถึงใน ล้ำยอง ทับทิมศรี, 2541) เพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักจัดการกับ อารมณ์และความรู้สึก และการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984)

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Cardiac Life Support Training) ซึ่งเป็นการสอนแบบสาธิต หมายถึง การสอนแบบบรรยายประกอบการแสดง วิธีปฏิบัติพร้อมกันไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้เรียนดู โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดความ เข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ(Sundberg, 1989) เนื้อหาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ การสังเกต อาการขณะผู้ป่วยหมดสติ การเปิดทางเดินหายใจ การดำเนินการช่วยเหลือและฝึกทักษะ โดย การใช้สื่อการสอนด้วยภาพนิ่ง จากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความ กระตือรือร้น และเป็นการตอบสนองความสนใจของคนยุคใหม่ที่สนใจสิ่งใหม่ๆ และเทคโนโลยีที่ ทันสมัย (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2543) นอกจากนี้ยังมีภาพเคลื่อนไหวประกอบคำบรรยาย จากสื่อวีดิทัศน์ ตามมาตรฐาน American Heart Association Guideline (2005) และ Shuster, 2006) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติจากหุ่นจำลอง โดย หุ่นจำลองจะสามารถแสดงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ จากสัญญาณไฟที่ตัว หุ่นจำลอง ทั้งนี้จะสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลลดความรู้สึก สภาพจิตใจและอารมณ์ในเชิงลบลง การ ให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วย คาดเดาได้ใกล้เคียงความเป็นจริง เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับ ผู้ดูแลหรือผู้ป่วย จึงเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2537; Sundberg, 1989) อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived Control) (Moser and Dracup, 2000)ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนาเรียอีกด้วย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนาเรียจะต้องเข้าร่วม โปรแกรม โดยใช้เวลาดังแต่เริ่มเข้าโปรแกรม จนถึงสิ้นสุดโปรแกรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ภิญญา หนูภักดี (2533) ได้ศึกษาถึง การเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า

1. การเผชิญภาวะวิกฤตทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งใช้อารมณ์ของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคมการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01

3. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถร่วมกันทำนายนการเผชิญภาวะวิกฤตดังนี้

3.1 กลุ่มตัวพยากรณ์ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไข ปัญหาของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ การสนับสนุนทางสังคม ทักษะทางสังคมและแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 41.49 ($R^2 = .4149$)

3.2 กลุ่มตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการประเมินสถานการณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 29.88 ($R^2 = .2988$)

วิไล พุกขรรมเย็น (2544) ได้ศึกษาถึงผลการเตรียมผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวใจเฉียบ โดยแผนการเตรียมผู้ดูแลให้ข้อมูล เกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การดูแลด้านการดูแลโดยทั่วไป การดูแลด้านการออกกำลังกาย การดูแลด้านการบริโภคอาหารและจัดอาหาร การดูแลด้านการพักผ่อน คลายความเครียด การดูแลด้านการให้ยาจำนวน 30 คน ทำการเตรียมผู้ดูแลทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ก่อนการทดลองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้ที่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 76.7 หลังการทดลองผู้ดูแลมีความรู้ที่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางเป็น ร้อยละ 56.7 และร้อยละ 36.7 และก่อนการทดลองผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลผู้ป่วย

สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 63.3 หลังการทดลองผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับพอใช้และระดับดี ร้อยละ 30.3 และร้อยละ 60.0

ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ (2545) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

- เพศ พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.25 เป็นเพศหญิง มีเพียงร้อยละ 29.75 ที่เป็นเพศชาย

- ความรู้ พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.50 มีความรู้ระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 19.20 มีความรู้ระดับต่ำ เพียงร้อยละ 5.30 เท่านั้นที่มีความรู้ระดับสูง

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง สูงถึงร้อยละ 76.00 รองลงมาร้อยละ 19.20 มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และร้อยละ 4.80 มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 72.7 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 15.50 และมีเพียงร้อยละ 11.80 เท่านั้นที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง สูงถึงร้อยละ 79.40 รองลงมา ร้อยละ 12.80 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 7.80 เท่านั้นที่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 66.00 รองลงมา ร้อยละ 22.00 ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และมีเพียงร้อยละ 12.00 เท่านั้นระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 82.20 รองลงมา ร้อยละ 9.30 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ และมีเพียง

ร้อยละ 8.50 เท่านั้นที่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 83.00 รองลงมาร้อยละ 11.00 มีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 6.00 เท่านั้นที่มีระดับพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

โดยสรุป ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 มีจำนวน 6 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและอาชีพ โดยตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด คือแรงสนับสนุนทางสังคม

Dracup, Moser and Marsden (1993) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของคู่สมรสและผู้ป่วยโรคหัวใจหลังฟื้นสภาพ โดยศึกษาในคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจ 49 คู่ ที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยและคู่สมรสมีความต้องการการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูล ในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพและอาการของโรค ด้านเพศสัมพันธ์ แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง คิดเป็น 46.2-48.8%
2. ผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการบอกเล่าและแสดงความรู้สึกของตนเองต่อบุคลากรทางการแพทย์คิดเป็น 37.5 และ 50%
3. ผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการบอกเล่าและแสดงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความโกรธและคับข้องใจ คิดเป็น 48.7 และ 51.4%
4. ผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการบอกเล่าและแสดงความรู้สึกของตนเองเกี่ยวกับความกลัว คิดเป็น 52.5 และ 52.6%
5. ผู้ป่วยและคู่สมรสต้องการบอกเล่าและขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ที่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ คิดเป็น 59.0 และ 59.5 %

Turton (1998) ได้ศึกษา ความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ในช่วง วันที่ 12-15 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

ความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ในช่วงวันที่ 12-15 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ชนิดของข้อมูลที่คู่สมรสต้องการเรียงลำดับคือ

1. การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย(Symptom management)
2. ปัจจัยเสี่ยง (Life-style factor or risk factor)
3. โภชนาการ(Dietary information)
4. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด(Psychological factors)
5. กายวิภาคและสรีรวิทยาของหัวใจ(Anatomy and Physiology)
6. การให้ยา (Drug information)
7. การออกกำลังกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Activity)

Kettunen et al (1999) ได้ศึกษา ผลกระทบของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อคู่สมรส และความต้องการการสนับสนุนของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 57 คน ในระยะหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่า

1. คู่สมรสมากกว่า 50% เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ
2. ได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ 48-50%
3. ต้องการสนับสนุนและพูดคุยปัญหา 33%
4. ต้องการให้ทีมสุขภาพให้ความสนใจต่อคู่สมรสของผู้ป่วยมากกว่านี้ 30%
5. ต้องการให้ทีมสุขภาพเข้าใจภาวะกดดันด้านจิตใจ 37%

O'Farrell Murray and Stephen (2000)ได้ศึกษา ภาวะกดดันด้านจิตใจ(Psychological distress) ในคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 213 คู่ ที่เคยเกิด Heart attack ที่อยู่ระหว่างการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า

1. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ มีความกดดันด้านจิตใจร้อยละ 66
2. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจอายุน้อยมีจำนวนมากกว่าคู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุมาก คิดเป็นร้อยละ 51.99
3. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา, การฟื้นฟูสภาพและการพยากรณ์โรค ร้อยละ 75.5
4. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีภาวะกดดันด้านอารมณ์ ร้อยละ 66.7
5. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงานและสถานะการเงินคิดเป็นร้อยละ 38.8
6. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 36.7

7. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความสิ้นหวัง ท้อแท้ คิดเป็นร้อยละ 36.1

Stewart et al (2000) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความเครียด แนวทางการเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและครอบครัวจำนวน 14 คู่ ผลการศึกษาพบว่า

1. คู่สมรสส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และความต้องการ การจัดการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป คิดเป็นร้อยละ 57
2. การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 50
3. การไม่เข้าใจข้อมูลก่อนจำหน่ายและการติดต่อสื่อสารที่ไม่เพียงพอระหว่างทีมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 50

โดยสรุปคือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ ต้องการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และวิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์จากทีมสุขภาพ

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

นุสรรา วิชัยโกวิทเทน (2547) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ประกอบไปด้วย การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวความคิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) และการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานพัฒนาตาม American Heart Association Guideline (2000) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.302 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.651 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.188 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.753 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

Dracup, Moser, Taylor and Guzy (1997) ได้ศึกษา ผลทางด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสี่ยงต่อภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ภายหลังได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง ดังนี้ คือ เคยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะหยุดหายใจกะทันหัน(Cardiac arrest)หลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือด โดยมีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม 337 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างนี้ต้องมีสมาชิกครอบครัวที่เป็นวัยผู้ใหญ่อาศัยอยู่ด้วย 1 คน โดยในแต่ละกลุ่มมีดังนี้คือ 1). ให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจเพียงอย่างเดียว 2). ฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 3.) ให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจเพียงอย่างเดียว ร่วมกับการ ฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 4). การ ฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า

1. สมาชิกครอบครัวมีสถานะของอารมณ์ด้านลบมากกว่า คือ กลุ่มที่ฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความมั่งร้ายสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. สมาชิกครอบครัว ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของตัวแปรตามระหว่างกลุ่มช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละช่วงเวลา
3. สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับกลุ่มการสนับสนุนทางสังคม มีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีกว่ากลุ่มช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเดียว และกลุ่มฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=.03$
4. ในระยะ 3 เดือน ผู้ป่วยที่สมาชิกครอบครัวได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเดียว มีการปรับตัวด้านอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P=.04$
5. ผู้ป่วยที่มีสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการฝึกช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมมีการปรับตัวทางจิตสังคมที่ดีกว่าที่ระยะ 3 เดือน กับ 6 เดือน และมีความวิตกกังวล ความมั่งร้ายที่ระยะ 6 เดือนน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม
6. ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีการปรับตัวทางจิตสังคมดีกว่า และมีความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์น้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพร่วมกับการให้สุศึกษา $P=.04$
7. ในระยะ 6 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มการฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเดียวมีความวิตกกังวลกับความไม่มั่งร้ายมากกว่า และมีการปรับตัวทางจิตสังคมที่แยกว่ากลุ่มการสนับสนุนทางสังคม

8. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการปรับตัวด้านการสมรสในผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม เมื่อแยกตาม เพศ และการศึกษา

Moser and Dracup (2000) ได้ศึกษา ผลของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้สึกต่อความสามารถในการควบคุม(Perceived) ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 219 คู่ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการให้ความรู้และสุขศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยง โดยวัดผลครั้งแรกและ 1 เดือนต่อมา ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มที่ฝึก CPRและการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่ม CPRและการให้ความรู้และสุขศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงความสามารถในการควบคุมตนเองสูง และมีระดับของความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและความมั่งร้ายต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

2. คู่สมรสที่ได้รับการฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพมีระดับของความกังวลใจ,ความซึมเศร้าและความมั่งร้ายลดลง และมีความสามารถในการควบคุมตนเองสูงขึ้น $P = .001$

3. ความสามารถในการยอมรับมีความสำคัญต่อผลของการฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจของคู่สมรสหลังได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

4. เพศ,อายุ,ระดับการศึกษา พบว่าไม่มีผลกระทบต่อภาวะความกดดันด้านอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจ (กล้ามเนื้อหัวใจตาย,ผ่าตัดหัวใจ,เปลี่ยนลิ้นหัวใจ)

5. ความสามารถในการควบคุมและการรับรู้ของ กลุ่มควบคุม ,กลุ่มที่ฝึก CPRและการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่ม CPRและการให้ความรู้และสุขศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยง หลังจาก 1 เดือนไปแล้ว พบว่า ในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนสถานะด้านอารมณ์ แต่ไม่เปลี่ยนในกลุ่มควบคุม

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .6353$, $p < .001$) ซึ่งสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.1 จากคะแนนเต็ม 125 คะแนน โดยได้จากคู่สมรสและบุตรมากที่สุด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2544) ได้ทำการศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 9 โรค กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ศึกษาสภาพปัญหาและการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 9 โรค จำนวน 180 ราย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวานและผู้พิการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 8 โรค ได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน จำนวน 160 ราย โดยการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคและสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการให้คำปรึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปรับตัวของญาติผู้ป่วยหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร (2547) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วย และสนับสนุนความต้องการด้านกำลังใจ การระบายความรู้สึกและการลดความวิตกกังวล ผลการทดลองพบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัว มีค่าเฉลี่ยโดยรวมหลังการทดลองสูงกว่าสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

1.1 การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง การจัดการเรื่องอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ฯลฯ การบริหารความเครียด การปรับรูปแบบการทำงานและการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม การมาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพและการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

1.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยเปิดโอกาสให้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ระบายความวิตกกังวล และปรึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การทำงาน เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ระหว่างที่ญาติเจ็บป่วย ฯลฯ (Lazarus and Folkman, 1984)

2. การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยนำเสนอด้วยสื่อสไลด์ภาพนิ่ง

2.2 การนำเสนอภาพสถานการณ์จำลองจากตัวแบบทางสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2.3 การฝึกปฏิบัติในตัวแบบจากหุ่นจำลองโดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง

2.4 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในแต่ละฐาน (American Heart Association Guideline 2005)

การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1. ด้านการดูแลสุขภาพ
 2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ
 3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน
 4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ
 5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย
 6. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม
 7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ
- (Derogatis, 1986)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest -Posttest Control Group design) (Polit and Hungler, 1999: 292) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม O1 ————— O2

กลุ่มทดลอง O3 ——— X ——— O4

O1 และ O2 หมายถึง การวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

O3 และ O4 หมายถึง การวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและมีภาวะเสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่เข้ามารับการรักษาที่ตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้วิจัยได้ทำการ

□

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน (Burns and Grove, 2001) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ดังต่อไปนี้ (Inclusion criteria)
 - 1.1 อายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น
 - 1.2 เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยเกินกว่า 1 เดือน ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้องหรือบุตร
 - 1.3 ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคลมชัก และอาการทางจิตประสาท อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
 - 1.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจและมีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้
 - 1.5 ไม่มีภาวะทุพพลภาพ หรือเคยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
 - 1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความสมัครใจ
2. กำหนดคุณสมบัติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีภาวะเสี่ยงหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง อย่างน้อย 1 อาการ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ชนิดที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน(Cardiac arrest)
 - 2.2 ได้รับการวินิจฉัยจากการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization and Angiogram) พบว่ามีหลอดเลือดตีบหรือตันมากกว่า 1 หลอดเลือด
 - 2.3 ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง(Echocardiogram) พบว่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ(Ejection fraction) < 40%
 - 2.4 ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Post Coronary Artery Bypass Graft)
 - 2.5 ผู้ป่วยหลังทำหัตถการ (Percutaneous Coronary intervention) โดยการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือตาข่าย
 - 2.6 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease)
 - 2.7 ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดชั่วคราวหรือถาวร (Cardiac pacemaker or Automatic implantable cardioverter defibrillator)

3. เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครบทั้ง 3 ครั้ง หรือแสดงความจำนงขอออกจากการวิจัย

4. ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกในกลุ่มควบคุมก่อน โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องดังต่อไปนี้

4.1 เพศ โดยแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน (มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541)

4.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นิภา นิธยานน, 2530)

4.3 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร (คมสันต์ แก้วระยะ, 2540)

4.4 ระดับการศึกษา มีระดับใกล้เคียงกัน (Dracup et al., 1997; Orem, 1991) โดยทั้งคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันดังรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้รับการจับคู่จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระดับการศึกษาของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

คู่ที่	เพศ		อายุ(ปี)		ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		ระดับการศึกษา	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	หญิง	หญิง	42	43	ภรรยา	บุตร	มัธยมศึกษา	ประถมศึกษา
2	หญิง	หญิง	33	33	บุตร	บุตร	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
3	หญิง	หญิง	50	50	ภรรยา	บุตร	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
4	หญิง	หญิง	55	54	ภรรยา	ภรรยา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
5	หญิง	หญิง	38	39	บุตร	บุตร	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
6	หญิง	หญิง	50	45	ภรรยา	บุตร	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
7	หญิง	หญิง	40	35	บุตร	บุตร	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
8	หญิง	หญิง	40	44	ภรรยา	ภรรยา	อนุปริญญา	มัธยมศึกษา
9	หญิง	หญิง	21	22	บุตร	บุตร	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
10	หญิง	หญิง	37	40	บุตร	บุตร	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
11	หญิง	หญิง	23	26	บุตร	บุตร	อนุปริญญา	ปริญญาตรี
12	หญิง	หญิง	50	54	ภรรยา	ภรรยา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
13	ชาย	ชาย	59	59	สามี	สามี	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
14	หญิง	หญิง	47	46	ภรรยา	บุตร	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา
15	หญิง	หญิง	59	59	ภรรยา	ภรรยา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
16	หญิง	หญิง	28	26	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
17	หญิง	หญิง	31	31	บุตร	บุตร	มัธยมศึกษา	มัธยมศึกษา
18	หญิง	หญิง	30	33	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
19	หญิง	หญิง	34	33	บุตร	บุตร	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี
20	หญิง	หญิง	45	43	ภรรยา	ภรรยา	ประถมศึกษา	ประถมศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ฯลฯ

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง ข้อมูลเกี่ยวกับเพศมีให้เลือก 2 ข้อ สถานภาพสมรสมีให้เลือกตอบ 4 ข้อ อาชีพเป็นข้อความให้เลือกตอบ 10 ข้อ รายได้มีให้เลือกตอบ 6 ข้อ ระดับการศึกษามีให้เลือกตอบ 6 ข้อ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีให้เลือกตอบ 6 ข้อ ปัญหาค่าใช้จ่าย มีให้เลือกตอบ 2 ข้อ การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรที่มสุขภาพมีให้เลือกตอบ 2 ข้อ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยให้ตอบแบบเติมคำในช่องว่าง

1.1.2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคครั้งแรกว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การรักษา โรคหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น เคยมีประวัติไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ ฯลฯ

ซึ่งแบบบันทึกการเจ็บป่วยนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากบันทึกในเวชระเบียน ส่วนคำแนะนำการดูแลและปัจจัยเสี่ยง ผู้วิจัยสอบถามญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1.2 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1.2.1 ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย

1.2.2 ผู้วิจัยศึกษาตามแนวคิดของ Derogatis (1986) ซึ่งมุกดา คุณวัฒน์ (2535) แปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ศึกษาในผู้ป่วยจอประสาทตาต้อกระจก แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน

1. ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care orientation) หมายถึง ความสามารถ ความคาดหวัง และเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพของของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ เอาใจใส่

ดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือดูแลและได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพ

2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (Vocational environment) หมายถึง การรับรู้ของของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะการทำงานของตนเอง เมื่อญาติเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งประเมินได้จากการให้ความสำคัญในการทำงาน ปัญหา อุปสรรค และเป้าหมายในการทำงาน ในขณะที่ดูแลญาติที่ประสบภาวะเจ็บป่วย

3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือพึ่งพากันและกันในการทำงาน งานบ้านและช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมถึงความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้านและญาติ เมื่อคนในครอบครัวประสบภาวะเจ็บป่วย

4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ (Sexual relationships) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ในเรื่องสัมพันธภาพทางเพศ การความสุขและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง หรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ จนเป็นเหตุให้เกิดปัญหาระหว่างคู่ครอง

5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย (Extended family relationships) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสามารถในการติดต่อกับญาติที่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันเมื่อคนในครอบครัวประสบภาวะเจ็บป่วย

6. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social environment) หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับความสนใจในการใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมในสังคมต่างๆ รวมถึงการมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนๆ ในขณะที่คนในครอบครัวประสบภาวะเจ็บป่วย

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจของญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อต้องเผชิญกับการที่คนในครอบครัวที่ต้องประสบภาวะเจ็บป่วย จนทำให้มีอาการเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ตกใจง่าย เศร้าไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โกรธ หงุดหงิดง่าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่าในการที่จะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย หรือรู้สึกว่าตนเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

แบบสอบถามนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-135 คะแนน คะแนนการปรับตัวคิดจากคะแนน

ของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมต่ำหมายถึงการปรับตัวดี แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ(Multiple choice) ในข้อคู่จะเป็นคำถามทางลบ คะแนนจะกลับตรงกันข้ามกับทางบวก ส่วนในข้อคี่จะเป็นคำถามในทางบวก การให้คะแนนจะเรียงลำดับเป็นแบบลิกิต ดังนี้

ตัวเลือก ก) = 0

ตัวเลือก ข) = 1

ตัวเลือก ค) = 2

ตัวเลือก ง) = 3

ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดย มอโร ชิเรลโล และ เดอโรเกติสทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้ ความตรงเชิงโครงสร้าง(Construct validity) โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยฮอดกินส์ 37 ราย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยฮอดกินส์ 38 ราย นำคะแนนแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ค่าระหว่าง .01- .33 ($p > .05$) แสดงว่าเนื้อหาในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จากนั้นนำคะแนนของแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์กับคะแนนรวมพบว่า มีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมได้ค่าระหว่าง .34 - .47 ($p < .05$) ยกเว้นด้านอาชีพการงานและด้านสัมพันธ์ภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล ได้ค่า .22 และ .08 ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่า เครื่องมือนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง สำหรับการทดสอบความตรงตามเกณฑ์(Criterion validity) ตรวจสอบจากการนำคะแนนที่ได้แต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานอื่นพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์(State - trait anxiety inventory) ค่า $r = .51(p < .001)$ และแบบวัด Symptom Checklist 90 Analogue Scale ของ Derogatis (1986) ได้ค่า $r = .47 (p < .001)$

ลักษณะเครื่องมือ

ลักษณะเครื่องมือวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ความคิดเห็น ความรู้สึกและพฤติกรรมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ภายหลังที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม ของออร์พอร์น ลีอบุญวัชชัยและคณะ (2544) ซึ่งได้นำแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม ของ Derogatis (1986) นี้เพื่อทำการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 9 โรค กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่ศึกษาสภาพปัญหาและการปรับตัวในผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 9 โรค จำนวน 180 ราย ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิต

เวช โรคเอดส์ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวานและผู้พิการ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว 8 โรค ได้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางจิตเวช โรคเอดส์ โรคกระดูกและข้อ โรคเบาหวาน จำนวน 160 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 80 คน จำนวนเท่าๆกันโดยใช้ข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ แบ่งเป็น 7 ด้าน เช่นเดียวกับ Derogatis (1986) และได้ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และได้หาค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.947

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็น แบบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก(Multiple choice)

ตัวเลือก ก) = 4

ตัวเลือก ข) = 3

ตัวเลือก ค) = 2

ตัวเลือก ง) = 1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

แบบสอบถามนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 45-180 คะแนน คะแนนการปรับตัวคิดจากคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมสูงหมายถึงการปรับตัวดี และการคิดคะแนนรายด้านคิดได้จากคะแนนแต่ละข้อในด้านนั้นๆมารวมกัน โดยในแต่ละด้านมีคะแนนดังนี้

ด้านการดูแลสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน

ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน

ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-32 คะแนน

ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกลกัน จำนวน 4 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-16 คะแนน

ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน

ด้านสัมพันธภาพทางเพศ จำนวน 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน

ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ จำนวน 7 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนเพื่อแบ่งระดับการปรับตัวคิดจาก คะแนนรวมที่ได้ทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อ โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี คะแนนมาก หมายถึง ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการปรับตัวดี คะแนนน้อย หมายถึง ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการปรับตัวไม่ดี

ผู้วิจัยแปลผลคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน โดยใช้คะแนนเป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 45-89 คะแนน หมายถึง การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 90-134 คะแนน หมายถึง การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 135-180 คะแนน หมายถึง การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาไทยโดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน

1.1.2 อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอก ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอก ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 คน

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมโดยใช้เกณฑ์การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ซึ่งมีข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ให้ผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขดังนี้ คือ การปรับการใช้คำแทนคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแทนแบบทดสอบเดิมที่ใช้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งในการปรับลักษณะการใช้ภาษาและความครอบคลุมของแบบสอบถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และผลจากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมเท่ากับ .80

1.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมและการใช้ภาษา ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้เพื่อนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป(ภาคผนวก จ)

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลพนมสารคาม ฉะเชิงเทราและนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ประกอบไปด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986)ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการศึกษา ค้นคว้า จากตำรา เอกสารทางวิชาการ บทความและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ในการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยพัฒนาตาม American Heart Association Guideline 2005 โดยการอ้างอิงของเดิมจากสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ที่ถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานจากการประชุมเพื่อกำหนดคำแนะนำการช่วยชีวิตนานาชาติ 2000 และปรับเนื้อหาบางส่วนตามที่ประชุมนานาชาติ ปี 2005 ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติและการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ดังได้มีการทบทวนจากตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำราทางวิชาการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศถึงแนวทางในการให้ข้อมูล ความต้องการของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2.2 ศึกษาแนวคิดในการสร้างโปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2.3 ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากเอกสาร ตำราทางวิชาการและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศถึงปัญหาและภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2.4 กำหนดเนื้อหาในการให้ข้อมูลต่อญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยการสังเคราะห์ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับโครงสร้าง วัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลและการฝึกปฏิบัติ ในด้านเนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการและการประเมินผล ให้มีความครอบคลุม

2.5 สร้างเอกสารและสื่อประกอบการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามที่กำหนดไว้ คือ แผนการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับวิธีดีเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตาม(American Heart Association Guideline 2005) สำหรับประชาชนทั่วไป ของภาควิชาชีพสัจญญ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของโรงพยาบาลพนมสราคารามและคู่มือสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2.5.1 แผนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน สำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่ง Mills et al (1985) cited in Gilliss (1989) ที่รายละเอียดของโปรแกรม ได้กล่าวถึงความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ และรูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่พยาบาลให้ เกี่ยวกับพยาธิสภาพ อาการ อาการแสดง การรักษา ปัจจัยเสี่ยง การพักผ่อนและคลายความเครียด อาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การปฏิบัติตนช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมีความครอบคลุม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้สร้างและพัฒนา โดยการนำแนวคิดเรื่องการปรับตัวทางจิตสังคม ของ Derogatis (1986) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำโปรแกรมฯให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 7-10 คน โดยกำหนดให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเข้าร่วมโปรแกรมฯทั้งหมด เป็นจำนวน 3 ครั้ง จนถึงสิ้นสุดโปรแกรมฯดังกล่าว (ภาคผนวก จ)

2.5.2 คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ ที่เนื้อหาประกอบด้วย พยาธิสรีรภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ในเรื่อง การรักษา การรับประทุษร้าย การพักผ่อนและคลายความเครียด การออกกำลังกาย การดูแลเรื่องอาหาร หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบรุนแรงจนกระทั่งหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม ในการสร้างและพัฒนาเกี่ยวกับการปรับตัวทางจิตสังคม ตามแนวคิดของ Derogatis (1986) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งเนื้อหา ซึ่งตรงกับความต้องการของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และเป็นการส่งเสริม พัฒนาการปรับตัวของญาติใกล้ชิดตามโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน คู่มือมีทั้งหมด 16 หน้า ผู้วิจัยมอบให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ไว้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมการปรับตัวของญาติใกล้ชิดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง คนละ 1 เล่ม (ภาคผนวก จ)

2.5.3 สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตาม American Heart Association Guideline 2005 ของภาควิชาวิสัญญี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยาย ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของโรงพยาบาลพนมสธารคาม ฉะเชิงเทรา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 อายุรแพทย์โรคหัวใจ ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 1 คน

1.1.2 วิสัญญีแพทย์ ผู้มีความรู้ความชำนาญในด้านการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล และมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดและหัวใจ จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดและหัวใจ จำนวน 1 คน

1.1.5 พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 1 คน

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา ตลอดจนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้คือ แผนการสอนและโปรแกรม ให้ปรับปรุงในส่วนของกิจกรรมและเวลาให้สอดคล้องกัน ในส่วนของคู่มือ ปรับรูปภาพให้มีความชัดเจนและลดการใช้ตัวหนังสือลงในบางส่วนเนื่องจากเกรงว่าจะไม่เป็นการดึงดูดความสนใจของผู้อ่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน คำนวณความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้ง จนในที่สุดผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจึงนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขไปใช้ในการวิจัยต่อไป

2. การตรวจสอบความเที่ยง(Reliability)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 3 คน (Try out) ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหัวใจ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมของการนำเสนอ ระยะเวลาของกิจกรรมเป็นไปตามที่กำหนด

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความรู้ (Knowledge) โดยการประเมินความรู้ ความเข้าใจก่อนและหลังจากทำการทบทวนโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แบบประเมินความรู้เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรม ประกอบไปด้วย เนื้อหาที่เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับอาการ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายความเครียด การใช้ยา การจัดการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไป โดยมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 2 แบบคือ ถูก หรือ ผิด กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก ได้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบได้มากกว่า 80 % ขึ้นไปแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับรู้เป็นอย่างดี และถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนในการประเมินความรู้ต่ำกว่า 50 % ผู้วิจัยจะทำการทบทวนความรู้ซ้ำให้อีกครั้งและเปิดโอกาสให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสอบถามในข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจ เพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ขั้นตอนการประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีดังนี้

3.1.1 ศึกษาจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด และการดูแลสังเกตอาการผิดปกติตลอดจนการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

3.1.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือในด้าน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การพักผ่อนและผ่อนคลายความเครียด และการดูแลสังเกตอาการผิดปกติตลอดจนการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน โดยให้มีข้อคำถามแบบเลือกตอบ ถูกหรือผิดจำนวน 32 ข้อ

3.2 การประเมินการฝึกปฏิบัติ(Practice) โดยผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างจากการเข้าร่วมฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยหน้าที่ใช้ฝึกมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาลพนมสารคาม ฉะเชิงเทรา ซึ่งจะมีสัญญาณแสดงความต้องการ ไม่ถูกต้อง ทั้งตำแหน่งและความลึก และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างจากทักษะการฝึก เช่น การวางมือ ทำทางการปฏิบัติ จังหวะในการปฏิบัติ เป็นต้น

3.3 ตารางบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพื่อเป็นหลักฐานในการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตั้งแต่ครั้งที่ 1 จนถึง ครั้งที่ 3 ซึ่งถือว่าครบ 3 ครั้งตามระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยเครื่องมือกำกับการทดลอง ที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 อายุรแพทย์โรคหัวใจ ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 1 คน

1.1.2 วิทยุแพทย์ ผู้มีความรู้ความชำนาญในด้านการสอนและฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลวุฒิปริญญาเอกทางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล และมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดและหัวใจ จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหอผู้ป่วยหนักโรคหลอดเลือดและหัวใจ จำนวน 1 คน

1.1.5 พยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาล ผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา ตลอดจนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คำนวณได้ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบอีกครั้ง จนในที่สุดผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วถือว่ามี ความตรงเชิงเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยต่อไป

2. การตรวจสอบความเที่ยง(Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ เพื่อประเมินความรู้อย่าง ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 10 คน (Try out) ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ณ คลินิกโรคหัวใจ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder – Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2550 ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลในการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมโดยผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลักสูตร วิทยากร (ครู ก.) ณ ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจากหน่วยงาน และอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากสมาคมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงจากหน่วยงาน เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทดลองดำเนินการให้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 คน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

1. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัยและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลเพื่อพิจารณาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารียินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากบันทึกประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที และนัดญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอีกครั้งที่ 2 สัปดาห์ ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพื่อพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาประจำเดือน

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานทั้งหมด 4 ครั้ง และมีระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 3 วัน มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นรายบุคคลที่คลินิกโรคหัวใจ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ตามที่ได้นัดหมาย เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัยและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพื่อพิจารณาในการเข้าร่วมการวิจัยหากญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและบันทึกประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้นัดหมายในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป ใช้เวลา 30 นาที นัดหมายกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ ตามวัน เวลาและสถานที่ที่กำหนด โดยจัดการทดลองเป็นรายกลุ่มๆละ 7-10 คน

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ห้องประชุมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเปิดกลุ่ม แนะนำตัวกับสมาชิก สร้างสัมพันธภาพ และประเมินความรู้ด้านข้อมูลในการดูแลของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนการทดลอง(Pre-test) ใช้เวลา 15 นาที หลังจากนั้นให้ข้อมูลญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบรายกลุ่ม โดยใช้การอธิบายประกอบคู่มือ สำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การจัดการกับอาการและปัจจัยเสี่ยง การพักผ่อนและคลายความเครียด การใช้ยา อาหาร โภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การติดต่อกับหน่วยรพพยาบาลเคลื่อนที่ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและรถกู้ชีพในชุมชน ฯลฯ ใช้เวลา 30 นาที

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทั้งสี่วิธีดี และการ สาธิตจากหุ่นจำลอง ใช้เวลา 30 นาที

- ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันให้ฝึกกลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจริงตามสถานการณ์จำลอง ใช้เวลา 60 นาที

- ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม โดยให้ระบายนามความวิตกกังวล โดยพยาบาล ช่วยแนะนำ ชี้แนะ ตลอดจนสนับสนุนและเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนกับกลุ่มตัวอย่างอื่น (Caregiving Support Group) ใช้เวลา 30 นาที นัดหมายกับญาติผู้ดูแลครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ เพื่อทบทวนความรู้ ความเข้าใจ ใช้เวลาปิดกลุ่มและนัดหมาย 15 นาที

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ห้องประชุม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้เวลาเปิดกลุ่ม 15 นาที ต่อจากนั้นทบทวน ความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดง การจัดการกับอาการและปัจจัยเสี่ยง การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การให้ยา อาหาร โภชนาการและการออกกำลังกาย ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินใช้เวลา 30 นาที ต่อจากนั้นให้มีการทบทวนการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยใช้หุ่นจำลองโดยผู้วิจัยสร้างสถานการณ์จำลองจากกลุ่มอาการของผู้ป่วยและประเมินการฝึกปฏิบัติจากสัญญาณแสดงของหุ่นจำลองและเทคนิคการปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ใช้เวลา 60 นาที เพื่อประเมินความรู้หลังการทดลอง ใช้เวลา 15 นาที ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลใช้เวลา 45 นาที และนัดหมายกับญาติผู้ดูแลครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ ใช้เวลาปิดกลุ่มและนัดหมาย 15 นาที

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยพบญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่ตึกห้องประชุม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้เวลาเปิดกลุ่มและทักทาย สอบถามสภาพปัญหา เป็นเวลา 15 นาที ต่อจากนั้นประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยปิดกลุ่มและกล่าวขอบคุณ ใช้เวลา 15 นาที

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2550 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2550 รวม ระยะเวลา 1 เดือนครึ่ง ที่คลินิกโรคหัวใจ ประชุม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา มีวิธีการเก็บข้อมูล ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยเริ่มนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตามวัน ดังนี้

วันที่ 1 มีนาคม 2550 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 1

วันที่ 15 มีนาคม 2550 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 2

วันที่ 22 มีนาคม 2550 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 3

กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยเริ่มนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตามวัน ดังนี้

วันที่ 2 มีนาคม 2550 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 1

วันที่ 16 มีนาคม 2550 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 2

วันที่ 23 มีนาคม 2550 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ครั้งที่ 3

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจในวันแรกหลังจากที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยขอให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมหลังจากครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 3 โดยผู้วิจัยนัดหมายญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีกลับมาตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจอีกครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พร้อมกับผู้ป่วยในวันครบนัดที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อรับยาต่อเนื่อง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจในวันแรกหลังจากที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ต่อมาผู้วิจัยขอให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมซ้ำอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งเป็นวันสิ้นสุดการทดลอง และผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตอบแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ส่วนการฝึก

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ทดสอบความถูกต้องของการฝึกปฏิบัติขณะดำเนินการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำแผนดำเนินการทดลอง และติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกและหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง การขอยืมใช้อุปกรณ์ เช่น หุ่นจำลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินงาน และขอใช้สถานที่ในการดำเนินการทดลอง ตลอดจนเจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกในระหว่างจัดกิจกรรมตามวัน เวลาที่จัดกิจกรรมต่างๆ
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองโดยวิธีจับคู่ (Matched pair) โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้ว จึงดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลอารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม

ของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตามวันและเวลาที่กำหนด และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหัวใจของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป Statistical Package for Social Science for Window (SPSS/FW)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สิ่งในกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยและการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มี การบังคับใดๆ คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science for Window (SPSS-FW) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
3. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติ ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ ที (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสถิติทดสอบ ที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทำการทดสอบในข้อ 6

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสถิติทดสอบ ที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
ประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม	ประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม
<p>สัปดาห์แรก</p> <p>ได้รับการพยาบาลตามปกติ</p> <p>ขั้นที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support)</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>การสนับสนุนด้านข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีได้รับข้อมูลในเรื่องของ การใช้ยา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ <p style="padding-left: 20px;"><u>การสนับสนุนด้านอารมณ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีไม่ได้พูดคุยหรือระบายความรู้สึก และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีคนอื่น หรือโอกาสพูดคุยกับพยาบาลเท่าที่จะทำได้ <p>ขั้นที่ 2 การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการฝึกปฏิบัติจริง 	<p>ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน</p> <p>สัปดาห์แรก การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (เวลา 9.00-12.00น.)</p> <p>ขั้นที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support)</p> <p style="padding-left: 20px;"><u>การสนับสนุนด้านข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี ใช้เวลา 15 นาที - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีที่ประกอบไปด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี อาการ อาการแสดง บัญชีเสี่ยง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี (ใช้เวลา 30 นาที) <p style="padding-left: 20px;"><u>การสนับสนุนด้านอารมณ์ (รายกลุ่ม)</u></p> <p>จัดสถานที่ในการพูดคุยกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การในการดูแล การรับฟัง การสนับสนุนให้ความเข้าใจแก่กัน ระหว่างญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี ได้ซักถามปัญหา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติม พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการแก้ปัญหา (ใช้เวลา 30 นาที)</p> <p>ขั้นที่ 2 การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training)</p> <p>การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี ใช้เวลา 15 นาที - การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีพโดยใช้สื่อภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และวีซีดีที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในโรงพยาบาล ใช้เวลา - การสาธิตการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลา 30 นาที - การฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในโรงพยาบาลร่วมกับการประเมินจากผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ใช้เวลา 60 นาที

กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
	<p>สัปดาห์ที่ 2 (เวลา 9.00-11.30น.)</p> <p>ขั้นที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูล (Informational support)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนความรู้เกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีที่ประกอบไปด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี อาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี (ใช้เวลา 30 นาที) <p>ขั้นที่ 2 การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตโดยใช้สื่อวีซีดีที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล ใช้เวลา 15 นาที - การฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในโรงพยาบาลร่วมกับการประเมินจากผู้ฝึกใช้เวลา 30 นาที <p>การสนับสนุนด้านอารมณ์ (รายบุคคล) ใช้เวลา 45 นาที</p> <p>เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัว การจัดการกับปัญหา สถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข</p> <p>ผู้วิจัยดำเนินการ โดยบอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยญาติใกล้ชิดและครอบครัวจะได้รับเป็นหลัก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายขั้นตอนในการดำเนินการ โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน คนละ 5-7 นาที ในการเข้าร่วมกิจกรรม 2. ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยบอกถึงปัญหาและอุปสรรคจากการนำความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติจริง 3. ผู้วิจัยแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ญาติใกล้ชิดซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วย <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินความรู้จากการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (เครื่องมือก้ำกับการทดลอง) ใช้เวลา 15 นาที - สรุปและปิดกลุ่ม ใช้เวลา 15 นาที
	<p>สัปดาห์ที่ 3 (9.00- 10.00น.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพูดคุยประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรค พยาบาลช่วยแนะนำและชี้แนะข้อสงสัย ตลอดจนการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี ใช้เวลา 30 นาที - ประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม ใช้เวลา 30 นาที
ประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม	ประเมินการปรับตัวทางจิตสังคม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย และภาพประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตารางที่ 4)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตารางที่ 6)

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 7)

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 8)

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน จำแนกตาม เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาค่าใช้จ่าย การได้รับคำแนะนำ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม n = 20		กลุ่มทดลอง n = 20		รวม n = 40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	1	5	1	5	2	5
หญิง	19	95	19	95	38	95
2. อายุ (ปี)						
20-29	3	15	3	15	6	15
30-39	6	30	6	30	12	30
40-49	6	30	5	25	11	27.5
50-59	5	25	6	30	11	27.5
อายุเฉลี่ย (\bar{X})	40.75		40.85		40.80	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	10.92		11.49		11.06	
3. สถานภาพสมรส						
คู่	20	100	20	100	40	100

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	n = 20		n = 20		n = 40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ

4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

สามี	1	5	1	5	2	5
ภรรยา	5	25	9	45	14	35
บุตร	14	70	10	50	24	60

5. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา	8	40	8	40	16	40
มัธยมศึกษา	7	35	7	35	14	35
อนุปริญญา	2	10	1	5	3	7.5
ปริญญาตรี	3	15	4	20	7	17.5

6. อาชีพ

รับราชการ	2	10	1	5	3	7.5
รับจ้าง	9	45	8	40	17	42.5
ค้าขาย	4	20	7	35	11	27.5
ธุรกิจส่วนตัว	1	5	-	-	1	2.5
เกษตรกร	1	5	2	10	3	7.5
แม่บ้าน	3	15	2	10	5	12.5

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	n = 20		n = 20		n = 40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7. รายได้ (บาท/เดือน)						
0-1,500	1	5	-	-	1	2.5
1,501-3,000	2	10	1	5	3	7.5
3,001-5,000	3	15	7	35	10	25
5,001-10,000	5	25	7	35	12	30
10,001-20,000	7	35	4	20	11	27.5
20,001 ขึ้นไป	2	10	1	5	3	7.5
8. ปัญหาค่าใช้จ่าย						
ไม่มี	17	85	19	95	36	90
มี	3	15	1	5	4	10
9. เคยได้รับคำแนะนำ						
เคย	3	15	4	20	7	17.5
ไม่เคย	17	85	16	80	33	82.5
10. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย						
0 - 2 ปี	14	70	13	65	27	67.5
มากกว่า 2- 4 ปี	3	15	2	10	5	12.5
มากกว่า 4-6 ปี	2	10	5	15	7	17.5
มากกว่า 6-8 ปี	1	5	-	-	1	2.5

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศ

หญิงคิดเป็นร้อยละ 95 มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และช่วงอายุ 40-49 ปี, 50-59 คิดเป็นร้อยละ 27.5 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 15 สถานภาพสมรสมีสถานภาพคู่ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 27.5 ระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนมากมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาเป็นภรรยาของผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 35 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมากอยู่ในช่วง 5,001-10,000บาท คิดเป็นร้อยละ 30 และส่วนมากไม่เคยได้รับคำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 82.5 และไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 90 ญาติใกล้ชิดส่วนมากดูแลผู้ป่วยนานเป็นเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปถึง 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้น
กะทันหันจำแนกตาม เพศ อายุ กลุ่มอาการของโรคโคโรนารี และปัจจัยเสี่ยง

กลุ่มควบคุม

กลุ่มทดลอง

รวม

ข้อมูลทั่วไป	n = 20		n = 20		n = 40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	12	60	13	65	25	62.5
หญิง	8	40	7	35	15	37.5
2. อายุ (ปี)						
21- 40	2	10	4	20	6	15
41-60	13	65	9	45	22	55
61-80	5	25	7	35	12	30
3. กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี						
- IHD*	7	35	7	35	14	35
- Post PCI**	8	40	8	40	16	40
- Post CABG***	5	25	5	25	10	25
4. ปัจจัยเสี่ยง						
- อาหาร	1	5	1	5	2	5
- HT	4	20	5	25	9	22.5
- DM	1	5	2	10	3	7.5
- ไชมันในเลือดสูง	7	35	5	25	12	30
- อ้วน	1	5	1	5	2	5
- สูบบุหรี่	3	15	1	5	4	10
- > 2-3 ปัจจัย	3	15	5	25	8	20

หมายเหตุ IHD *= Ischemic Heart Disease , Post PCI** = Post Percutaneous Coronary Intervention, Post CABG***= Post Coronary Artery Bypass Graft

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.5 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่พบบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยที่มีเลือดหัวใจตีบหลังทำการฟื้นฟูให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ (PCI=

Percutaneous Transluminal coronary intervention) โดยขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือตาข่าย คิดเป็นร้อยละ 40 และมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด คิดเป็นร้อยละ 35 โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้แก่ ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 22.5 และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 2-3 ปัจจัย คิดเป็นร้อยละ 20



สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้าน ข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การปรับตัว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	N=20		n=20				
	X	SD	X	SD			
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	23.05	2.52	22.45	3.59	.61	38	.54
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ	19.05	1.27	17.7	2.9	1.88	38	.07
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน	24.95	1.79	24.25	3.44	.80	38	.42
4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ	16.45	3.34	13.70	3.37	2.58	38	.01**
5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย	12.55	1.27	12.75	1.88	.39	38	.69
6. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	17.95	3.51	19.05	2.18	1.09	38	.28
7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	19.55	2.03	20.10	3.04	.67	38	.50
การปรับตัวโดยรวม	133.55	8.71	130	13.09	1.00	38	.31

**p<.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 133.5 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 130 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันในด้าน การดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับ

อาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการปรับตัวด้านสัมพันธภาพทางเพศ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ

สนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง แยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	X	SD	X	SD			
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	22.45	3.59	29.25	1.68	10.25	19	.00**
2. ด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	17.70	2.93	21.20	.95	5.37	19	.00**
3. ด้านสภาพแวดล้อม ภายในบ้าน	24.25	3.44	28.55	2.01	4.82	19	.00**
4. ด้านสัมพันธภาพ ทางเพศ	13.70	3.37	18.50	3.64	7.41	19	.00**
5. ด้านสัมพันธภาพกับ ครอบครัวขยาย	12.75	1.88	14.75	.85	4.41	19	.00**
6. ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	19.05	2.81	22.60	1.78	5.14	19	.00**
7. ด้านความไม่สุขสบาย ทางจิตใจ	20.10	3.04	24.55	1.84	6.79	19	.00**
การปรับตัวโดยรวม	130.00	13.09	159.40	8.50	10.33	19	.00**

**p<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองเท่ากับ 130.00 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 159.4 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่าในกลุ่มทดลองหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการ

ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่าก่อนการทดลอง



สถาบันวิทยบริการ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การปรับตัว	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	20.85	2.00	29.25	1.68	14.34	19	.00**
2. ด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	17.65	1.63	21.20	.95	8.40	19	.00**
3. ด้านสภาพแวดล้อม ภายในบ้าน	23.75	1.44	28.55	2.01	8.66	19	.00**
4. ด้านสัมพันธภาพ ทางเพศ	16.35	2.05	18.50	3.64	2.29	19	.00**
5. ด้านสัมพันธภาพกับ ครอบครัวขยาย	12.05	1.23	14.75	.85	8.05	19	.00**
6. ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	17.25	1.44	22.60	1.78	10.40	19	.00**
7. ด้านความไม่สุขสบาย ทางจิตใจ	19.60	1.60	24.55	1.84	9.04	19	.00**
การปรับตัวโดยรวม	127.50	5.25	159.4	8.50	14.26	19	.00**

**p<.05

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 127.5 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 159.4 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ t-test พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึก

ปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุม



สถาบันวิทยบริการ

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ แยกเป็นรายด้านและโดยรวม

การปรับตัว	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1. ด้านการดูแลสุขภาพ	23.05	2.52	20.85	2.00	2.69	19	.01**
2. ด้านสภาพแวดล้อม เกี่ยวกับอาชีพ	19.05	1.27	17.65	1.63	3.90	19	.00**
3. ด้านสภาพแวดล้อม ภายในบ้าน	24.95	1.79	23.75	1.44	2.53	19	.02**
4. ด้านสัมพันธภาพ ทางเพศ	16.45	3.34	16.35	2.05	.16	19	.87
5. ด้านสัมพันธภาพกับ ครอบครัวขยาย	12.55	1.27	12.05	1.23	1.36	19	.18
6. ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม	17.95	3.51	17.25	1.44	.88	19	.38
7. ด้านความไม่สุขสบาย ทางจิตใจ	19.55	2.03	19.60	1.60	.08	19	.93
การปรับตัวโดยรวม	133.55	8.71	127.50	5.25	2.90	19	.00**

**p<.05

จากตารางที่ 7 พบว่า ในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนการทดลองเท่ากับ 133.55 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 127.50 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ t-test พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การปรับตัวด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของการปรับตัวทางจิตสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของการปรับตัวทางจิตสังคมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมหลังการทดลองใกล้เคียงกับก่อนการทดลอง



สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนการปรับตัว			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	126	128	120	155
2	136	132	115	161
3	134	129	138	152
4	107	127	136	152
5	125	118	122	166
6	149	133	141	157
7	121	127	148	153
8	131	131	157	171
9	137	131	140	172
10	139	126	133	164
11	134	123	129	165
12	138	128	119	161
13	133	126	115	160
14	139	126	132	162
15	139	121	127	162
16	136	138	129	163
17	139	122	112	161
18	138	136	139	156
19	138	129	142	163
20	132	119	106	132
\bar{X}	133.55	127.50	130.00	159.40
SD	8.71	5.25	13.09	8.50

จากตารางที่ 8 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 127.5 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมเท่ากับ 159.4 และค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ได้แก่ การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โคโรนากรุปที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่ากรุปที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2. การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและมีภาวะเสี่ยงหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่เข้ามารับ

การรักษาที่ตีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมด 40 คน (Burns and Grove, 2001) เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (Matched pair) เป็นการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนและเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน (มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) อายุของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นิภา นิธยาน, 2530; นุสรา วิชย์โกวิทเทน, 2547) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (คมสันต์ แก้วระยะ, 2540) และมีระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน (Dracup et al., 1997)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ประกอบด้วย อายุ เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัญหาค่าใช้จ่าย การได้รับคำแนะนำเรื่องโรคหัวใจ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

1.2.2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ชื่อผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1.2 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตามแนวคิดของ Derogatis (1986) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาและดัดแปลงจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) ของ อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคณะ (2544) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน

1. ด้านการดูแลสุขภาพ (Health care orientation)
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ (Vocational environment)
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน (Domestic environment)
4. ด้านสัมพันธ์ภาพทางเพศ (Sexual relationships)
5. ด้านสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวขยาย (Extended family relationships)
6. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม (Social environment)

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ (Psychological distress)

แบบสอบถามนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 45-180 คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก (Multiple choice) ตัวเลือก ก) = 4 ตัวเลือก ข) = 3 ตัวเลือก ค) = 2 ตัวเลือก ง) = 1 คะแนนการปรับตัวคิดจากคะแนนของทุกข้อมารวมกัน คะแนนรวมสูงหมายถึงการปรับตัวดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 แผนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ พยาธิสรีรวิทยาของโรค อาการและอาการแสดง สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง การจัดการเกี่ยวกับอาการ อาหาร การรับประทานยา การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือหัวใจหยุดเต้น

2.2 คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2.3 สื่อวีดิทัศน์ ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาล

พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 แบบประเมินความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับโรคหัวใจและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

3.2 การประเมินการฝึกปฏิบัติ(Practice)

3.3 ตารางบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2550 ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลในการวิจัย ตลอดจนการเตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

2. ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลพนมสารคาม ฉะเชิงเทรา นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทราเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในด้านการจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองโดยวิธีจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติโดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัยและเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลเพื่อพิจารณาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หากญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารียินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลจากบันทึกประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วย หลังจากนั้นให้ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมและแบบประเมินความรู้ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 30 นาที และนัดญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอีกครั้งอีก 2 สัปดาห์ ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อ

ประเมินผลซ้ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมาพร้อมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพื่อพบแพทย์ตามนัดเพื่อรับยาประจำเดือน

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจງวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยอธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามเพื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทั้งหมด 3 ครั้งๆละ 7-10 คน โดยครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 ห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 3 เป็นเวลา 1 สัปดาห์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

5. ผู้วิจัยนัดหมายญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีกลับมาตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมซ้ำ ในสัปดาห์ที่ 3 หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Science for Window (SPSS-FW) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่และคำนวณค่าเฉลี่ยร้อยละ
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov test แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test
3. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ ที (Paired t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสถิติทดสอบ ที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงจะทำการทดสอบในข้อ 6

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสถิติทดสอบ ที (Independent t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังการทดลองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ผลจากการศึกษาวิจัยและผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีการปรับตัวทางจิตสังคมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นการสนับสนุนแนวคิดของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ของ Lazarus and Folkman (1984: 245-246) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หรืออีกนัยหนึ่งคือ การจัดกระทำที่ให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหัน โดยการให้ข้อมูลและความรู้ตลอดจนการชี้แนะ ให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและซักถามปัญหา รวมถึงการปรับระดับระบองด้านจิตใจจัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา และตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดและวิตกกังวลได้ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ นอกจากนี้เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ยังมีความสัมพันธ์ กับการปรับตัว (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) เนื่องจาก การสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์จะช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและการดำรงชีวิต เป็นตัวดูดซับความเครียดและช่วยป้องกันอันตรายด้านสุขภาพและสามารถทำให้บุคคลปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Mills et al., 1985) ได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในฐานะที่ผู้วิจัยซึ่งเป็นทีมสุขภาพได้ตระหนักเห็นความสำคัญในการจัดรูปแบบการช่วยเหลือขึ้นโดยการนำรูปแบบการสอนแบบบรรยายและสาธิต สำหรับการปฏิบัติการสอน ได้มีการจัดเตรียมเนื้อหาที่เหมาะสมให้แก่ผู้เรียนโดยเนื้อหาที่ให้ต้องเป็นเนื้อหาที่สำคัญ มีความถูกต้องทันสมัย เป็นเนื้อหาที่ผู้เรียนสนใจ สามารถเรียนรู้ได้โดยจัดลำดับเนื้อหาจากง่ายไปยาก (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; Rorden, 1987) ไม่ใช่ศัพท์ทางการแพทย์ (เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร, 2548) สิ่งที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการทราบคือข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง (Horn, Fleury, and Moore, 2002) ซึ่งผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยตามแผนการรักษาที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัดเกี่ยวกับการรับประทานยา การจำกัดชนิดของอาหาร การออกกำลังกาย การเฝ้าสังเกตและติดตามอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนนิสัยและวิถีชีวิตเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Weinman, 2000; Horn, Fleury, and Moore, 2002) และการจัดการด้านอารมณ์และความเครียด (Horn, Fleury, and Moore, 2002) ซึ่งในการให้ข้อมูลผู้วิจัยจะเน้นถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Atherosclerotic heart disease) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) อาการเตือนเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Heart attack warning signs) (Dracup, Moser, Taylor and Guzy, 1997) ส่วนใน

การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะประกอบไปด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติและอาการนำเมื่อหัวใจหยุดเต้น ประโยชน์ของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ขั้นตอนและวิธีการประเมินความรู้สึกผู้ป่วย การช่วยหายใจและการกดหน้าอก เพื่อช่วยแก้ไขระบบไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนเข้าร่างกายตาม American Heart Association Guideline (2005) ที่ใช้สอนในประชาชนทั่วไป และคณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต และสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2544) ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสอนแบบบรรยายและสาธิตประกอบการแสดงวิธีปฏิบัติพร้อมกันไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันดู ซึ่งมีจุดประสงค์ให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ(Sundberg, 1989) หลังจบการสอนแบบบรรยายให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติทันที เพราะหากปฏิบัติในช่วงเวลาที่ห่างกันมากจะทำให้ลืม และนำความรู้มาสัมพันธ์กับการปฏิบัติไม่ได้ (ศิริพร สิงหนตร, 2531) หากผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่รุนแรงและไม่คาดคิดมาก่อน อาจทำให้ไม่สามารถหาวิธีที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหาได้ ดังนั้นการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จึงเหมาะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived control) ให้กับผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น(Moser and Dracup, 2000) สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stewart et al., 2000)

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยได้ซักถามปัญหา ระบายความรู้สึก ข้อสงสัยจากผู้วิจัยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์จึงเป็นการให้ความสำคัญของการให้ความเชื่อมั่นไว้วางใจ เชื่อถือ เลื่อมใสศรัทธา การได้รับการยกย่อง ระลึกถึง และทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่ มีความผูกพันใกล้ชิด และรับฟังปัญหาเพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความเครียด สามารถเผชิญกับปัญหาได้ด้วยความมั่นใจ (House and Kahn, 1985 cited in Kristofferzon, 2006) การที่ผู้ดูแลได้รับการดูแล เอาใจใส่ ยกย่อง เห็นอกเห็นใจ ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ซึ่งถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญอย่างยิ่ง (House et al., 1988) จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและร่วมในการรับฟังปัญหาของผู้ดูแลพบว่า ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยที่เป็นคู่สมรสจะมีความเครียดและวิตกกังวลว่าเมื่อตื่นขึ้นมาจะพบว่าคู่สมรสของตนหยุดหายใจไปแล้ว จึงมีอาการนอนไม่หลับและมักตื่นบ่อยเพื่อดูอาการผู้ป่วย เนื่องจากผลการตรวจโดยการฉีดสีและตรวจสวนหัวใจพบว่า เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบและตัน 3 เส้น ซึ่งรอคิวการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ หรือในบางรายจะกังวลว่า"หลอดเลือดที่ได้รับการทำบอลลูนหรือใส่ลวดตายเกิดการตีบตัน" และอีกหลายรายกังวลจากอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น โดยเฉพาะในรายที่เคยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นมาก่อนสิ่งที่ผู้วิจัยสนับสนุนแก่ผู้ดูแลคือข้อมูลและสัญญาณเตือนเมื่อมีอาการผิดปกติหรือ

สถานการณ์ฉุกเฉิน ตลอดจนประสานงานกับองค์กรแพทย์เรื่องการดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วย และในการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยการชี้แนะ ให้คำแนะนำและยกย่อง ให้กำลังใจแก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหัน ซึ่งถือเป็นการ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (House, 1981) สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (รัตนา อยู่เปลว, 2543) นอกจากนี้การได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนจากทีมสุขภาพ ครอบครัวและเพื่อน จะส่งผลให้มีการปรับตัวด้านจิต สังคมที่ดีคือ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความโกรธและความสับสนลดลง แต่มีความมีคุณค่า ในตนเองและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น (Riegel and Dracup, 1992)

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน ถือเป็นการตอบสนองความต้องการของบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือให้ญาติใกล้ชิดซึ่ง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันเป็นการให้ความรู้ หรือการสนับสนุนด้านข้อมูลทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดเดาได้ใกล้เคียงความเป็นจริงเมื่อเหตุการณ์ นั้นเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผู้ดูแลจะเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และความเครียดที่ เกิดขึ้นได้ (อารภรณ์ ใจเที่ยง, 2537; Sundberg, 1989) มีความสามารถในการควบคุมเพิ่มขึ้น มีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (นุสรา วิชัยโกวิทเทน, 2547; Moser and Dracup, 2000) ซึ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณค่าต่อสังคม (อรพรรณ ลือบุญวิรัชชัย และคณะ, 2544)

จากขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยได้จัดกระทำให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการ หยุดหายใจกะทันหันจนสิ้นสุดเป็นเวลา 3 ครั้ง โดยโปรแกรมมีความเหมาะสมชัดเจนคือ ขั้นตอน ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ระยะเวลาและการประเมินผล ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันจะได้รับการสนับสนุนที่ตรงตามความ ต้องการ การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และสามารถเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อ เจตคติ อีกทั้งยังเป็น แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (House and Kahn, 1985 cited in Kristofferzon, 2006) ช่วยให้ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก และการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984)

และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจ หยุดเต้นกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัว

โดยรวมดีกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่า ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้ที่มีระบบระเบียบ ช่วยให้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง ก่อเกิดทัศนคติที่ดี ญาติใกล้ชิดมีความพึงพอใจและนำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในเรื่องการดูแลทั้งสุขภาพของตนเองและผู้ป่วยพร้อมกันไป การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลคาดเดาได้ใกล้เคียงความเป็นจริง เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับญาติใกล้ชิดจึงเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ญาติใกล้ชิดจึงมีระดับความวิตกกังวลลดลงและนอนหลับได้ดีขึ้น (Hartfield, Cason, and Cason, 1982; Rothrock, 1989 อ้างถึงใน สายชล จันทรวิจิตร, 2539)

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า จากภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือและอยู่ในระยะพึ่งพาส่งผลให้ผู้ดูแลต้องหยุดงานบ่อย หรือต้องลาออกจากงานเพื่อทำการดูแลผู้ป่วย (Skelton and Dominian, 1973; Mayou, Foster and Williamson, 1978) แต่เมื่อญาติใกล้ชิดได้รับความรู้และสามารถพยากรณ์โรคได้ มีการเฝ้าติดตามอาการและปัจจัยเสี่ยงเป็นระยะ สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์กับสมาชิกครอบครัวอื่นที่พักอาศัยอยู่ด้วยกันให้สามารถดูแลผู้ป่วยในขณะที่ผู้ดูแลออกไปทำงานในบางช่วงเวลาได้ เนื่องจากบริบทของครอบครัวไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีความอบอุ่น ผูกพันกับญาติพี่น้อง สมาชิกในครอบครัวจึงช่วยเข้ามามีบทบาทแทนในบางเวลา (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) ส่งผลทำให้ความสามารถในการปรับตัวญาติใกล้ชิดในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่อยู่ในบทบาทของหัวหน้าครอบครัว บทบาทหน้าที่ในครอบครัวอาจลดลง (Papadopoulos et al., 1980; Miller et al., 1990) ก่อให้เกิดปัญหาค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว (Skelton and Dominian, 1973) ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดมากยิ่งขึ้น การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะช่วยให้ญาติใกล้ชิดสามารถปรับบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบภายในบ้านและดูแลแบ่งปันความช่วยเหลือกับสมาชิกครอบครัวอื่นที่อยู่ในบ้านเดียวกันได้อย่างเหมาะสม (อิติมา วทานีย์เวช, 2540) อันจะส่งผลต่อการปรับตัวและแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้เป็นอย่างดี (กุลธิดา พานิชกุล, 2536)

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพทางเพศดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อญาติประสพภาวะเจ็บป่วย สัมพันธภาพระหว่างสามี ภรรยา ความสนใจในเรื่องเพศหลังการเจ็บป่วย การมีเพศสัมพันธ์ ความสุขและความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา มักเกิดขึ้นได้ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และคณะ, 2544) หลังได้รับการให้ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้ตอบสนองของความต้องการพื้นฐานอันเป็นองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของบุคคล ญาติใกล้ชิดจะสามารถกล้าที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวในด้านเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นด้วย (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) อีกนัยหนึ่งคือบริบทของสังคมไทยไม่นิยมเปิดเผยในเรื่องเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีความอาย (มุกดา คุณาวัฒน์, 2535) จึงอาจส่งผลทำให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยไม่กล้าตอบแบบสอบถามที่ตรงกับความเป็นจริง

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การเสริมสร้างความมั่นใจโดยการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับญาติใกล้ชิด จะช่วยให้ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ยอมรับในสภาพความเจ็บป่วยและมีการติดต่อสื่อสารกันมากขึ้น

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านสัมพันธภาพ ทางสังคมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อญาติใกล้ชิดผู้ป่วยต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วย รู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคมและเหงา ขาดเพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้าได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดการติดต่อด้านสังคมกับบุคคลอื่น (Mayou, et al., 1978) ภาระจากการดูแลทำให้ญาติใกล้ชิดขาดความเป็นส่วนตัว สถานภาพสมรสเปลี่ยนแปลงไป การทำกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง Kettunen และคณะ (1999) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แก่ผู้ดูแล ครอบครัวและสังคม ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; Cobb, 1976; Kristofferzon, 2006) ซึ่งเมื่อบุคคลผ่านกระบวนการ

เผชิญปัญหาจากการเรียนรู้แล้วจะทำให้บุคคลมีการปรับตัว และมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่เหมาะสม (วรภารณ์ นาครัตน์, 2533; กุลธิดา พานิชกุล, 2536)

ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อการหยุดหายใจกะทันหันกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีการปรับตัวทางจิตสังคมด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จัดเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ ในระยะเวลาอันรวดเร็วขึ้น (Lazarus and Folkman, 1984: 245-246) ทำให้ญาติใกล้ชิดซึ่งดูแลผู้ป่วยได้รับการตอบสนองให้เกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกมีเสถียรภาพมั่นคงและมีคุณค่าสำหรับบุคคลอื่น บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นการบรรเทาความรู้สึกด้านลบ สามารถควบคุมตนเองในการแก้ปัญหาเกิดพลังและแรงจูงใจในการเผชิญปัญหาต่ออุปสรรคต่างๆอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยของญาติ อิทธิพลจากการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานช่วยให้ญาติใกล้ชิดรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อารมณ์และการรับรู้นี้จะส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆภายในร่างกายซึ่งมีผลต่อการปรับตัว (กุลธิดา พานิชกุล, 2536)นอกจากนี้ยังเพิ่มความสามรถในการควบคุม(Perceived control) ให้กับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น(Moser and Dracup, 2000) สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Stewart et al., 2000)

การปรับตัวทางจิตสังคมในญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวครอบครัวให้มีการปรับตัวในการเผชิญกับความเครียดและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กุลธิดา พานิชกุล, 2536; นิสากร โพธิ์ชัย, 2541) โดยมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมรวม 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ อันจะส่งผลโดยตรงต่อการปรับตัวของผู้ดูแล

(Derogatis, 1986) การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จะช่วยให้ลดความเครียดและวิตกกังวลระหว่างดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพ (Hickey, 1990; Moser, Dracup and Marsden, 1993; Turton, 1998; Moser and Dracup, 2000) โดยปกติ ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจมีความต้องการข้อมูลด้านการรักษาพยาบาล พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลเรื่องอาหาร การให้ยา รับประทาน การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ปัจจัยเสี่ยง การมีเพศสัมพันธ์ (Lowvorn, 1982 cited in Gillis et al., 1989; Hartford, Wong and Zakaria, 2002) Lazarus and Folkman (1984) ได้กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี และสามารถทำให้บุคคลปรับตัวได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและการดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน (Mills et al., 1985) การนำกิจกรรมการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมกับการให้ข้อมูล เป็นการช่วยให้ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายความรู้สึกและความวิตกกังวล และช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นการช่วยให้ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (House, 1981) สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (รัตนา อยู่เปลว, 2543) ซึ่ง Dracup และคณะ (1997) ที่ศึกษาการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการให้ความรู้ และสนับสนุนด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการให้ความรู้และสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) และมีความเครียดลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาตามลำพัง เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2546) การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกันจากแพทย์ พยาบาล กลุ่มผู้ดูแลด้วยกันเอง เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดกำลังใจและความหวัง เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอันเป็นองค์ประกอบในการดำเนินชีวิตของบุคคล เมื่อได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสม

การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า การที่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้รับการสอนและคำแนะนำอย่างไม่มีแบบแผน ไม่มีการเตรียมความพร้อมในตัวผู้สอน เนื้อหาที่สอน และตัวผู้เรียน ตลอดจนสถานที่ที่ใช้ในการสอนไม่เอื้อต่อการเรียนรู้ ทำให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันไม่ได้รับความรู้ที่ครบถ้วน และการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับแรงสนับสนุนจาก

ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำได้ ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และอาจเสียชีวิตได้โดยไม่คาดคิด (Wilkinson, 2002) การสอนแบบสาธิต เรื่อง การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยมีจุดประสงค์ให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ (Sundberg, 1989) กรณีที่ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์และการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จะทำให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญและตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดได้ และไม่สามารถวางแผนหรือหาทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้า มีความรู้สึกด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว และเครียด ส่งผลทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว (Lazarus and Folkman, 1984)

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้พบว่าในระยะเวลา 1 เดือนหลังจากที่ญาติใกล้ชิดซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยของการปรับตัวโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ในเรื่องของการเผชิญความเครียดถือเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยสิ่งที่เกิดปัญหา (Event) เมื่อเกิดปัญหาจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ มีผลขัดขวางการดำเนินชีวิตและการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยการประเมินปัญหา (Appraisal) ก่อให้เกิดกระบวนการทางความคิด (Cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหาการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งต้องผ่านกระบวนการในการตัดสินใจ แยกแยะปัญหา และเลือกวิธีในการจัดการกับปัญหา และแนวคิดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) ทั้งนี้เพื่อเป็นการสนับสนุนแบบแผนของโปรแกรมที่จัดทำขึ้นเพื่อการเรียนรู้อย่างมีระบบ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่จะส่งผลให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีภาวะสุขภาพดีที่สุด (Kelly and Lewis, 1987)

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1.1 พยาบาลในหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนควรตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลแบบผสมผสานโดยนำรูปแบบการดูแลด้านร่างกายและการดูแลด้านจิตใจไปพร้อมๆกัน ตลอดจนคำนึงถึงความสำคัญของการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างร่างกาย แรงใจและการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยลดอาการกำเริบที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตและใช้เวลาอยู่กับครอบครัวมากกว่าทีมสุขภาพ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ยังช่วยส่งเสริมการปรับตัวทั้งผู้ป่วยและญาติให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

1.2 ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ไปใช้เพื่อประกอบในสอนและให้คำแนะนำญาติ เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกรายบรรจุลงในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge Planning) และเพื่อประกอบในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจของแพทย์ (Clinical Practice Guideline: CPG) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลและป้องกันการสูญเสียก่อนเวลาอันสมควรของญาติ

2. ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ไปใช้ ในโรงพยาบาล และประสานงานกันแบบสหสาขาวิชาชีพ จัดรูปแบบในการดูแลช่วยเหลือ (Care map) ร่วมกัน เพื่อให้ส่งผลกระทบต่อสภาวะโรคของผู้ป่วยและสภาพจิตใจของทั้งผู้ป่วยและญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลต่อไป

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

ในด้านการศึกษาพยาบาล ผู้ที่ทำหน้าที่ในด้านการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ควรจัดให้มีหลักสูตรการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ตลอดจนการฝึกหัดให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและด้านจิตใจบรรจุในหลักสูตร ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและญาติในภาวะวิกฤตและเร็วจริงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในด้านผลของการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลอารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในระยะเวลา 6 เดือนถึง 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในด้านประสิทธิผลของการนำทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานไปใช้ในสถานการณ์จริงของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันหลังการวิจัย 1 ปี ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่พบเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบในการช่วยเหลือและให้ความรู้สำหรับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป
3. ควรนำข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำและจัดโปรแกรมการสอนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบุคคล เพื่อเน้นถึงความจำเป็นในการปรับวิถีชีวิตและการจัดทำกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟู เป็นสิ่งที่ช่วยลดการก้าวหน้าของโรคและลดการกลับเป็นซ้ำอีก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์. (2536). กระบวนการเขียนบทเรียนโปรแกรม. เชียงใหม่ : ภาควิชา
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรองกาญจน์ อรุณรัตน์. (2536). **กระบวนการเขียนบทเรียนโปรแกรม**. เชียงใหม่ : ภาควิชาเทคโนโลยีทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2546). **พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- กันยา สุวรรณแสง. (2533). **การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว**. กรุงเทพมหานคร: บ้างสาส์น.
- กุลธิดา พาณิชกุล. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต (Thai Resuscitation Council) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2544). **คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง ค.ศ. 2000 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.
- คมสัน แก้วระยะ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ กับความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เขตเทศบาล จ.เพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คัทธिया รัตนนิมล. (2545). **ความเครียดในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพากรณีศึกษาในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยา ตันติธรรม. (2536). **รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา ตันติธรรม และคณะ. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต**. กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณการ.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). **ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรังวารสารพยาบาล 47(3):147-157**.
- จารุวรรณ มานะสุการ. (2544). **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราพร ศิริรัตน์. (2544). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย**

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราพร เกตพิชญ์วัฒนา. (2542). Katanyu Katavedi and caregiving for frail elderly.

วารสารพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 12 : 51-54.

ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2535). **การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย
โรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทัศนีย์ ภู่อ่าง. (2546). **ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้ด้าน
สุขภาพต่อความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิตติมา วทานีย์เวช. (2540). **ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการ
รับรู้ของตนเองและของพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาพร แก้วนิมิตชัย. (2530). **การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิภา นิธิยานน. (2530). **การปรับตัวและบุคลิกภาพจิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต.**
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

นิสากร โพธิ์ชัย. (2541). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของ
บุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาล
ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นุศรา วิษย์โกวิทเทน. (2547). **ผลของโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการ
สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญชม ศรีสะอาด. (2537). **การพัฒนาการสอน.** กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.

บุญมา หลีสิน. (2535). **บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต
: ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี.** วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- เบญจมาภรณ์ วงษ์ไกร. (2548). **ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความต้องการของครอบครัวต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฏิพร บุญยาพัฒน์กุล. (2540). **A Study of Symptom Experiences, Symptom Outcomes and Symptom Management Strategies of patients with Acute Ischemic Syndrome.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). ประเด็นจริยธรรม: การช่วยฟื้นคืนชีพหรือการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ **รามาศิษย์พยาบาลสาร.** 6(1):2-5.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.**
 ขอนแก่น : หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พวงค์ จุฑา. (2536). การตายกะทันหันจากหัวใจ “ **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**” สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- พนิตร์ มะลิสุวรรณ. (2548). **มารู้จักหัวใจกันดีกว่า “ เป็นโรคหัวใจทำอย่างไรดี”**
 คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดและรักษาโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อัลฟา มิเลเนียม จำกัด.
- พิมพร ลีละวัฒนากุล. (2546). **ผลของดนตรีประเภทผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญแข ชีวะพันธ์. (2545). **คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา: กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภิญญา หนูภักดี. (2533). **การเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2541). **ครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.** วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- มุกดา คุณาวัฒน์. (2535). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความพร้อมในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาโลก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. ราชามาธิบติเวชสาร 2(1): 84-93.**
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). **การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย. ราชามาธิบติพยาบาลสาร. 9(2): 156-165.**
- รังสิมา โตสงวน. (2542). **ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดของคิงในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง ต่อการรับรู้ประสบการณ์การผ่าตัด ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลสาธาณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา อยู่เปลว. (2543). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขา วิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัตร์ตนา อ้นภู. (2545). **ความเข้มแข็งอดทนและความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ละออ นุตากร. (2534). **การปรับตัวของมนุษย์ : หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม (Principle implied to biopsychosocial nursing)**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.

- ลัดดาวัลย์ อ้นเมฆ. (2545). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ลำยอง ทับทิมศรี. (2541). **ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วราภรณ์ ตระกูลสุชาติ. (2545). **จิตวิทยาการปรับตัว.** พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วราภรณ์ นาครัตน์. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญ ความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วศิน พุทธารีย์ และสุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2546). Evidence Based Clinical Practice Guideline. **ตำราอายุรศาสตร์ 4.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนา น้ำเพชร. (2538). **คุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต.** **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย.** 8(2): 1-2.
- วันดี ไตสุขศรี. (2539). **ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาวะในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทยา ศรีดามา. (2546). **ตำราอายุรศาสตร์ 4.** โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หน้า 84-101.
- วิทยา ศรีดามา. (2548). Evidence-Based Clinical Practice Guideline **ทางอายุรกรรม.** พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภู่วรรุฒิพานิช. (2537). **การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล.** **วารสารพยาบาลศาสตร์.** 12(4):33-38.
- วิไล พุกขร่วมเย็น. (2544). **ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวใจเฉียบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริพร สิงหนธร. (2531). **หลักการสอนผู้ป่วย**. เชียงใหม่: ภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพันธุ์ สาส์ตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 13(5) : 1-11.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2**. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: หจก. วี. เจ. พรินติ้ง.
- สัจจา ทาโต. (2548). **เอกสารประกอบการสอน รายวิชา วิธีวิทยาการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. (เอกสารอัดสำเนา).
- ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2547). **จำนวนตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2541-2546**. [ระบบออนไลน์]. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สายชล จันทวิจิตร. (2539). **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง ในฐานะผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2548). **สาธารณสุขไทย 2544-2547**. [ระบบออนไลน์]. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา: [http : // www.moph.go.th/ops/health_48](http://www.moph.go.th/ops/health_48) [1 มกราคม 2549].
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). **จำนวนตายด้วยสาเหตุสำคัญต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2549**. [ระบบออนไลน์]. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แหล่งที่มา : [http : // www.moph.go.th](http://www.moph.go.th) [18 พฤษภาคม 2549].
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). “ครอบครัวในฐานะผู้ดูแล” **การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญของการดูแล**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล และคณะ. (2546). **การดูแลผู้สูงอายุ คุณภาพที่คาดหวัง : การอบรมวิชาการประจำปีว่าด้วยผู้สูงอายุ**. 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม: กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิณี วัฒนกุล. (2547). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเชื่อมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุมาพร บรรณสาร. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยกับการปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2540). **แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). **การคิดอย่างมีวิจารณญาณ: การเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส แอนด์ กราฟฟิค .

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ. (2544). **พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในโรงพยาบาลและในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัย. ทูลสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2544.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ. (2548). **พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในโรงพยาบาลและในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร**.

วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 19 (1): 72-88.

อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ. (2549). **สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี พ.ศ. 2547**.

สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

อาภรณ์ ใจเที่ยง. (2537). **หลักการสอน**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.

ภาษาอังกฤษ

American Heart Association in collaboration with international liaison Committee on Resuscitation. (2005). **Guideline for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care :International Consensus on Science**. *Circulation*.; 112: IV12-IV17.

Antezano, E. S., and Hong, M. (2003). **Sudden Cardiac Death**. *Journal of Intensive Care Medicine* .18 (6): 313-329.

- Beach, E. K., et al. (1992). The Spouse : A Factor in recovery After acute myocardial infarction. **Heart & Lung**. 21(1): 30-38.
- Boutin-Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support : A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. **Heart & Lung**. 34(1): 22-30.
- Braunwald, E., and Gotto, A. M. (2005). Introduction: Atherosclerotic cardiovascular disease. **The American Journal of Cardiology**. 96 (5A): 1-2.
- Bull, M.J. (1990). Factors Influencing family Caregiver burden and health. **Western Journal of Nursing Research**. 12 (6) : 758-770.
- Burns, N., and Grove, S. K. (2005). **The Practice of nursing research : Conduct ,critique and utilization**. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders.
- Callans, D. J. (2002). Management of the patients Who has been Resuscitated from Sudden Cardiac Death. **Circulation**. 105: 2704 -2707.
- Caplin, M.S., and Sexton, D.L. (1988). Experienced by spouses of patients in a Coronary Care Unit with Myocardial Infarction. **Focus on Critical Care**. 15 (10) : 31-40.
- Cummins, R.O., and et al. (2003). The Acute Coronary Syndrome , Part 1: Guidelines for Management of patients with possible or probable Acute Myocardial Infarction. In ACLS: Principles and Practice. **American Heart Association**. : 377-428.
- Cobb, L. A., Werner, J. A., and Trobaugh , G.B. (1980). Sudden Cardiac Death : I.A. decade,s experience with out-of-hospital resuscitation. **Medical Concepts Cardiovascular Disease**. 49:31-36.
- Derogatis, L. R. (1986). The Psychosocial Adjustment to illness Scale (PAIS). **Journal of Psychosomatic Research**. 30: 77-91.
- Dewood, M. A., Spores, J., and Notske, R., et al. (1980). Prevalence of total coronary Occlusion during the early hours of transmural myocardial infarction. **New England Journal of Medicine**. 303 (11): 897-902.
- Dracup, K., et al. (1994). Is Cardiopulmonary Resuscitation Training Deleterious for Family Members of Cardiac Patients? **American Journal of Public Health**.

84 (1): 116-118.

- Dracup, K., Moser, D.K., Taylor, S.E., and Guzy, P.M. (1997). The Psychological Consequences of Cardiopulmonary Resuscitation Training for Family Members of Patients at Risk for Sudden Death. **American Journal of Public Health**. 87(9): 1434-1439.
- Dracup, K., et al. (2004). Emotional well-being in spouses of patients with advanced heart failure. **Heart & Lung**. 33 (6): 354-361.
- Drory, Y., and Florian, V. (1991). Long-term psychosocial adjustment to coronary artery disease. **Archives Physical Medicine and Rehabilitation**. 72: 326-331.
- Dougherty, C.M., Benoliel, J.Q., and Bellin, C. (2000). Domains of nursing intervention after sudden cardiac arrest and automatic internal cardioverter defibrillator implantation. **Heart & Lung**. 29 (2): 79-86.
- Dougherty, C.M., Pyper G.P., and Benoliel, J.Q. (2004). Domains of concern of Intimate Partners of sudden cardiac arrest survivors after ICD implantation. **Journal of Cardiovascular Nursing**. 19 (1): 21-31.
- Ebbesen, L.S., Guyatt, G.H., McCarteney, N., and Oldridge, N.B. (1990). Measuring Quality of Life in Cardiac spouses. **J Clin Epi**. 43(5): 481-7.
- Fenton, D. E. et al. (2006). Myocardial Infarction. **E-Medicine instant access to the minds of medicine**.
- Fleury, J., and Murdaugh, C. (1993). Patient with Coronary artery disease. In Clochesy, J.M. et al. (editor) **Critical Care Nursing**. Philadelphia.: W. B. Saunder Company ; 257-295.
- Fox, C. S., Evan, J. C., Larson, M. G., Kannel, W. B., and Levy, D. (2004). Temporal Trends in Coronary Heart Disease Mortality and Sudden Cardiac Death From 1950 to 1999. **Circulation**, 110 : 522-527.
- Fullwood, J., and Butler, G. (2000). New Strategies in The Management of Acute Coronary Syndrome. **Nursing Clinics of North America**. 35(12).
- Gerard, P., and Tazbir, J. (2001). Management of clients with functional cardiac disorder. Chapter 6: **Medical-surgical nursing: clinical management**

- for positive outcomes. 2(6) 1515-1549.
- Gilliss, C.L., Highley, B.L., Roberts, B.M., and Martinson, I.M. (1989). The Family and cardiac illness. **Toward a Science of Family Nursing**. Health Sciences Division. 22: 344-356.
- Goraya, C. Y., Jacobsen, S. J., Kottke, T. E., Frye, R. L., Weston, S. A., and Roger, V. L. (2003). Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death : A 20-Year Population based Study. **American Journal of Epidemiology**. 157: 763-770.
- Hanna, I.R., and Wenger, N.K. (2005). Secondary Prevention of Coronary Heart Disease in Elderly Patients. **American Family Physician**. 71 (12): 2289 - 2296.
- Hartford, K., Wong, C., and Zakaria, D. (2002). Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery : Effects of anxiety. **Heart & Lung**. 31 (3): 199-206.
- Hickey, M. (1990). What are the needs of families of critically ill patients ? A Review of literature since 1976. **Heart & Lung** .19 : 401-415.
- Hilbert, G. A. (1985). Spouse Support and Myocardial Infarction Patient Compliance. **Nursing Research**. 34 (4): 217-220.
- Holahan, R.J., and Holahan, C.J. (1997). Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. **Psychology and Health**. 12 : 345-359.
- Horn, E.V., Fleury, J., and Moore, S.M. (2002). Family interventions during the trajectory of recovery from cardiac event :An integrative literature review. **Heart & Lung**. 31 (3): 186-198.
- Karner, A. M., Dahlgren, M. A., and Bergdahl, B. (2004). Rehabilitation after coronary heart disease : spouses ' view of support . **Journal of Advanced Nursing**. 46 (2): 204-211.
- Kelly, P. J., and Lewis, J. L. (1987). **Education and Health**. Oxford : Peramon.
- Kettunen, S., Solovieva, S., Laamanen, R., and Santavirta, N. (1999). Myocardial infarction Spouses ' reactions and their need of support. **Journal of Advanced Nursing**. 30(2): 479-488.
- Kristofferzon, M-L. (2006). **Life after Myocardial Infarction in Swedish Women and Men. Coping, Social support and Quality of Life over the first year**. Acta

- Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 11. p 15-16.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal ,and coping**. New York : Springer Publishing.
- Leske, J. S. (2002). Intervention to decrease family anxiety: protocols for practice. **Critical Care Nurse**. 22 (6): 61-65.
- Lewis, S .M., and Collier, I.C. (1992). **Medical-Surgical nursing: Assessment and Management of clinical problem (3rd ed)**. St. Louis: Mosby Year Book.
- Mayou, R., Foster, A., and Williamson, B. (1978). The Psychological and Social effects of Myocardial Infarction on wives. **British Medical Journal** . 1: 699-701.
- Meisel, M. (1991). Psychosocial implication in care of the critically ill patient and family. In J. T. Dolan (Ed.), **Stress and Coping an anthology (3rd ed**. New York : Columbia University Press. pp. 245-257.
- Miller, S. P., Wikoff, R., Mc Mahon, M., Garrett, M.J., and Ringel, K. (1990). Marital functioning after cardiac surgery. **Heart & Lung**. 19(1): 55-61.
- Moore, S. (1994). Psychologic distress of patients and their spouses after Coronary Artery Bypass Surgery. **Clin Issues**. 5 (1): 59-65.
- Moser, D. K., Dracup, K., and Marsden. (1993). Needs of recovering cardiac patients and their spouses : compared views. **Brit. J. Nurs. Stud**. 30(2): 105-114.
- Moser, D. K., and Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : The Influence of perceived control. **Heart & Lung**. 24 (4): 273-280.
- Moser, D. K., and Dracup, K. (2000). Impact of Cardiopulmonary Resuscitation Training on Perceived Control in Spouses of Recovering Cardiac Patients. **Research in Nursing & Health**. 23: 270-278.
- Nyamathi, A.M. (1987). The Coping responses of female spouses of patients with myocardial infarction. **Heart & Lung**.16(1): 86-92.
- O'Farrell, P. Murray, J., and Hotz, S.B. (2000). Psychological distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. **Heart & Lung**. 29 (2): 97-104.
- Orem, D.E. (1991). Nursing: Concept of Practice. 4th ed. St. Loius : Mosby year book.

- Papadopoulos, C., Larrimore, P. Cardin, S., and Shelley, S.I. (1980). Sexual concerns and Needs of the Postcoronary patients, s wife. **Arch Intern Med.** 140 : 38-41.
- Platz, E., Scheatzle, M. D., Pepe P.E., and Dearwater, S.R. (2000). Attitudes towards CPR training and performance in family members of patients with heart disease. **Resuscitation** 47: 273-280.
- Polit, D.F., and Hungler, B.D. (1999). **Nursing Research : Principle and methods.** 6th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Rea, T.D., et al. (2004). Incidence of Out-of-Hospital Cardiac Arrest. **The American Journal of Cardiology.**93: 1455 -1460.
- Riegel, B. (1989). Social support and psychological adjustment to chronic coronary heart disease: Operationalization of Johnson 's behavioral system model. **Advance in Nursing Science.** 11: 74-84.
- Rorden, J. W. (1987). **Nurses as health teachers: A practical guide.** Philadelphia: W. B. Saunders.
- Shuster, M. (2006). 2005 Emergency cardiovascular care guidelines. **Journal of Canadian Association of Emergency Physicians.**; Jan 2006;8, 1; Proquest Nursing & Allied Health Source pp.37-42.
- Skelton, M., and Dominian, J. (1973). Psychological Stress in wives of patients with Myocardial Infarction. **British Medical Journal.** (2): 101-103.
- Stewart, M., Davidsson , K., Meade, D., Hirth, A., and Weld-Viscount ,P. (2001). Group support for couples coping with a cardiac condition. **Journal of Advanced Nursing.** 33: 190- 199.
- Sundberg, M.C. (1989). Client Teaching. **Fundamentals of nursing with clinical procedure.** Boston Jones & Bartlett. (2nd ed.): 242-257.
- Theobald, K. (1997). The Experience of spouses whose partners have suffered a Myocardial Infarction : A Phenomenological study. **Journal of Advanced Nursing.** 26: 595-601.
- Theroux, P., and Fuster, V. (1998). Acute Coronary Syndrome : unstable angina and non-Q-wave myocardial infarction. **Circulation.** 97: 1195-1206.
- Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction : A study of the self-percieved information needs of patients and their spouse/partner

- compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*. 27: 770-778.
- Wang Wenru. (1996). **Family needs of Acute Myocardial Infarction patients during critical phase.** A Thesis submitted to graduate school in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of nursing science in medical and surgical nursing. Graduate school. Chiang Mai University.
- Weinman, J., et al. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*. 5: 263-273.
- Werf, V. D., et al. (2003). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 24: 28-66.
- Wilkinson. (2002). **Living with Advanced Congestive Heart Failure : A Guide for Family Caregivers.**The Washington Home Center for Palliative Care Studies A Division of RAND Corporation.
- Zheng, Z .J., Croft ,J. B., Giles, W.H., and Measah, G.A. (2001). Sudden Cardiac Death in the United States ,1989 to 1998. *Circulation*.104: 2158-2163.
- Zipes, D.P., and Wellens, H.J.J. (1998). Sudden Cardiac Death. *Circulation*. 98 : 2334-2351.
- Zipes, D.P., et al. (2006). ACC/AHA/ESC Practice Guidelines. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death. *Journal of the American College of Cardiology*. 48(5): e 248-e346.

ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ	อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ผานิตรัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แพทย์หญิง ธิติมา ไชยกุล	นายแพทย์ 8 (ด้านวิสัญญีวิทยา) โรงพยาบาลเม็องจะเซ็งเทธา
แพทย์หญิง พรรณี เสถียรโชค	อายุรแพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์
พันตำรวจโทหญิง นภาพร เพชรศร	พยาบาล สบ.2 หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
นางสาวนุสรา วิชัยโกวิทเทน	พยาบาลวิชาชีพ 6 งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศษ 0512.11/ 2441



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

14 ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพนมสารคาม

เนื่องด้วย นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ ผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ โทร. 08-9097-3870

ที่ ศบ 0512.11/ 2393

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุพิชชา ทองประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ โทร. 08-9097-3890

ที่ ศษ 0512.11/ ๒3๙3

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุพิชชา ทองประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ รองผู้อำนวยการศูนย์การพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ โทร. 08-9097-3890

ที่ ศษ 0512.11/2393

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๘ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

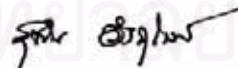
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง ธิดิมา ไชยกุล นายแพทย์ 8 (ด้านวิสัญญีวิทยา) เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ท่านาเรียน

แพทย์หญิง ธิดิมา ไชยกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ โทร. 08-9097-38๗0

ที่ ศธ 0512.11/ ๒393

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตต์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๙ ธันวาคม 2549

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

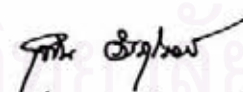
เรียน อาจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการศึกษาปฏิบัติกรช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ค.อ.หญิง ดร. อุทิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

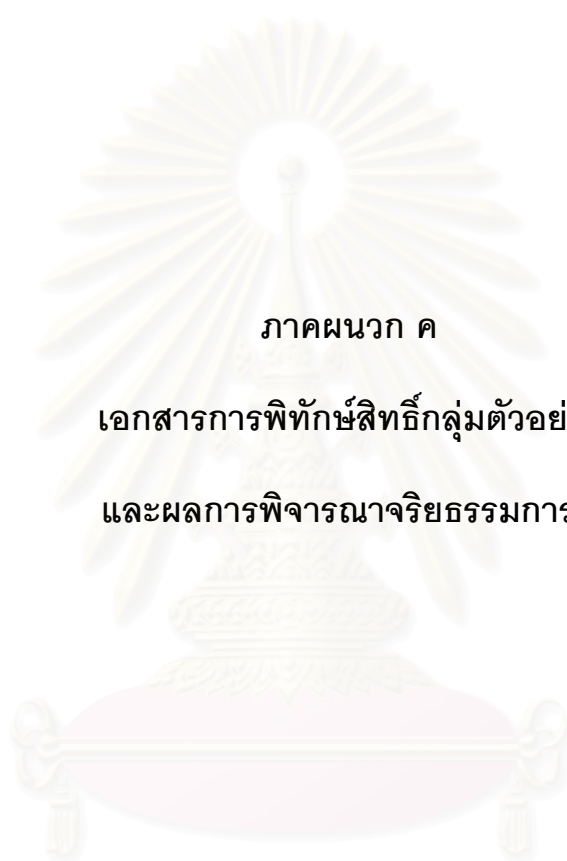
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9813

ชื่อนิสิต

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ โทร. 08-9097-3890



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

และผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วย
ฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
เลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวสุพิชชา ทองประสิทธิ์ ปฏิบัติงานที่
โรงพยาบาลพนมสารคาม อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ
และแนวทางในการศึกษาวิจัยรวมทั้งทราบผลดีและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม
ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้า
ร่วมการศึกษาวินิจฉัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆต่อ
ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้าที่ได้รับอยู่ในขณะนี้ ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าและญาติ
ของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย โดย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็น
ความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อ
หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าและผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของข้าพเจ้ามีความยินดีให้ข้อมูลส่วนตัว
และข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้และได้อ่าน
ข้อความข้างต้น มีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบวิจัยนี้

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (.....)

ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลือดหัวใจ
โคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์)

ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้ป่วย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน
2. ชื่อผู้วิจัย นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-3855-1444 0-3855-1888 ต่อ 191 , 199
โทรศัพท์ที่บ้าน 0-3883-7277 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-9097-3890
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุระหว่าง 20-59 ปี
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฏิบัติมีดังนี้
 - 5.1 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ในที่นี้ กลุ่มที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งขณะเข้าร่วมการวิจัยผู้ป่วยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และกลุ่มที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
 - 5.2 กลุ่มที่ 1 ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดการ

ปรับตัวทางจิตสังคมในวันแรกหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัย ตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมหลังจากครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 3 โดยผู้วิจัยนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยกลับมาตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมอีกครั้ง ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพนมสราคาราม จังหวัดฉะเชิงเทรา พร้อมกับผู้ป่วยในวันครบนัดที่ต้องมาพบแพทย์เพื่อรับยาต่อเนื่อง

5.3 กลุ่มที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยพบผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เวลา ประมาณ 15 นาที และขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมในวันแรกหลังจากที่ผู้เข้าร่วมวิจัยตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และนัดอีก 1 สัปดาห์ต่อมา สำหรับในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และ 2 ชั่วโมง 30 นาที ตามลำดับ เพื่อสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพอาการ อาการแสดง การให้ยา การพักผ่อน การรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกายและผ่อนคลายความเครียด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินหรือมีอาการผิดปกติ และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยมีการให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นรายกลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 2 ต่อจากนั้นวัดการปรับตัวทางจิตสังคมหลังการทดลองและกล่าวซักถามข้อสงสัย ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยในระหว่างที่ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยนอกเป็นอย่างดี

6. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมในการวิจัย

7. บุคคลที่ได้รับการติดต่อแจ้งข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสิทธิของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและในกรณีที่เกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ได้แก่ นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-3855-1444 0-3855-1888 ต่อ 191 , 199 โทรศัพท์ที่บ้าน 0-3883-7277 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-9097-3890

8. ข้อความที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย เป็นโดยสมัครใจ และประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องได้รับโทษ หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับ

9. ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับอยู่

10. ไม่ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของผู้เข้าร่วมการวิจัยยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ
11. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถือเป็นความลับ ไม่ว่าผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติของผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือจากข้อมูล que ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ให้ไว้จะถูกถอดเป็นรหัส การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาเพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น
12. จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่จะใช้ในการวิจัย ครั้งนี้จำนวน 40 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

172

ส่วนราชการ โครงการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ วิทยาลัยการสาธารณสุข โทร.88196

ที่ กก.พิจารณาจริยธรรม/ ๒๔ /2550

วันที่ 2๔ กุมภาพันธ์ 2550

เรื่อง แจ้งผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ ๒๘๖
ว.ด.ป. ๒๕๕๗ ส.ป. 2550
เวลา ๙.๐๐ น.

เรียน คณะศึกษาศาสตร์

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โครนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT COMBINED WITH BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING PROGRAM ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN CAREGIVERS OF CORONARY SYNDROME PATIENTS AT RISK OF SUDDEN CARDIAC ARREST) ของ นางศุภิษา ทองประสิทธิ์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดเรียบร้อยแล้ว

การนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาแล้วในวันจันทร์ที่ 19 กุมภาพันธ์ 2550 มีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ณ.วิ. วัฒนวงศ์โกศล

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย

กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิจัยและพัฒนา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ใบรับรอง 017/2550

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน
- THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT COMBINED WITH BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING PROGRAM ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT IN CAREGIVERS OF CORONARY SYNDROME PATIENTS AT RISK OF SUDDEN CARDIAC ARREST
- ผู้วิจัยหลัก : นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์
- หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้

๒๕๖๓

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสินประคิมฐ์)

.....เลขานุการ
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล)

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

- ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการ
ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
- ส่วนที่ 2 แผนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการ
ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน
- ส่วนที่ 3 คู่มือสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
- ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม และเครื่องมือ
กำกับการทำงาน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์แรก) ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย

การเปิดกลุ่มและแนะนำตัว(สร้างสัมพันธภาพ)	ใช้เวลา	15 นาที
การสนับสนุนด้านข้อมูลและความรู้ตามเนื้อหาที่กำหนดโดยผู้วิจัย	ใช้เวลา	30 นาที
การเรียนเนื้อหาการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากสไลด์ภาพนิ่งและสื่อวีดิทัศน์	ใช้เวลา	15 นาที
พักรับประทานอาหารว่าง	ใช้เวลา	15 นาที
การใช้หุ่นจำลองในการสาธิตการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย	ใช้เวลา	15 นาที
การฝึกปฏิบัติจริงของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จำลอง	ใช้เวลา	45 นาที
การเปิดโอกาสให้กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์และซักถาม	ใช้เวลา	30 นาที
การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป	ใช้เวลา	15 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม (ตามแผนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน)

1) การเปิดกลุ่มและแนะนำตัว (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความเข้าใจตนเองและสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการจัดการกับสภาพปัญหา

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ นางสาวสุพิชชา ทองประสิทธิ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำ

เหตุผลที่ดิฉันสนใจในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลัน สลับกับช่วงการฟื้นฟูสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพราะผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการดูแลและได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว นั้นจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางใจและญาติผู้ดูแลยังเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและลดอัตราเสี่ยงจากหัวใจหยุดเต้นอีกด้วย

สำหรับในวันนี้ดิฉันจึงได้เชิญท่านมาเพื่อเข้าร่วมในการฟังการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการ อาการแสดง การให้การดูแล เช่น การดูแลเรื่องประเภทของอาหาร

การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ขณะที่ท่านรับฟังการให้ความรู้และคำแนะนำ หากท่านมีข้อสงสัย ไม่สบายใจ หรือไม่เข้าใจการปฏิบัติ กรุณาซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกได้ทันที หรือหากมีแนวทางใดที่ท่านคิดว่าต้องการวางแผนในการดูแลร่วมกัน กรุณาแจ้งได้ สำหรับ

วัตถุประสงค์การใช้คู่มือ

1. เมื่อท่านอ่านและศึกษาจากคู่มือนี้แล้ว ท่านสามารถอธิบายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอธิบายแนวทางในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียดการพักผ่อนและการออกกำลังกายได้ถูกต้อง
2. อธิบายวิธีปฏิบัติกรช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และสามารถทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง

2) ขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูลและความรู้ตามเนื้อหาที่กำหนด (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี สามารถปรับตัวต่ออาการเจ็บป่วย สภาพปัญหา สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญ ตลอดจนดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สื่อ เสนอโดยสไลด์ ภาพนิ่งและอุปกรณ์จำลองรูปหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หมายถึง เกิดจากการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ และตันในที่สุด เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงส่งผลทำให้หัวใจบีบและคลายตัวผิดปกติและเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (พันธิตร ะลิสสุวรรณ, 2548) ภาวะที่มีการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด ซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนเนื่องมาจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน การตายของกล้ามเนื้อจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยหลอดเลือดที่อุดตัน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจน ถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลันสลับกับช่วงการฟื้นสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือเหลือจากผู้อื่น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นประโยชน์สำคัญในการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล และโดยเฉพาะจากญาติและ/หรือผู้ดูแลนั้น จะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจ

ของผู้ป่วย และเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอัตราเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หัวใจแบ่งเป็น 4 ห้อง เพื่อควบคุมการไหลเวียนของเลือดมีห้องทางด้านซ้าย 2 ห้อง คือ ห้องบนขวาและห้องล่างขวา ระหว่างห้องบนและห้องล่างมีลิ้นหัวใจกั้นอยู่ทั้งด้านซ้ายและด้านขวาหัวใจห้องล่างซ้ายต่อกับหลอดเลือดแดงใหญ่มีเลือดแดงที่มีออกซิเจน ซึ่งรับจากปอดจะถูกหัวใจด้านล่างซ้ายสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนเลือดที่ร่างกายใช้แล้วจะไหลกลับไปเข้าหัวใจด้านขวาทางหลอดเลือดดำ แล้วถูกส่งไปรับออกซิเจนที่ปอด ปอดจะจับคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ การไหลเวียนของเลือดทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้รับอาหารหัวใจประกอบด้วยหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำเลือดแดงมาเลี้ยงหัวใจ เมื่อเส้นเลือดเกิดการอุดตัน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจน จนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่หัวใจ

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ประวัติของอาการเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและทำให้ไขว้เขวคิดว่าเป็นโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคของถุงน้ำดี โรคฟัน เป็นต้น ประมาณครึ่งหนึ่งของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะมีอาการนำมาก่อน คือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก อาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่แขนทั้งสองข้าง ผิดกันแต่ที่อาการมักเกิดขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการที่แท้จริงขณะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรงคือ แน่นเจ็บหน้าอกมากบริเวณกลางหน้าอก ร้าวไปไหล่แขนทั้งสองข้างจนถึงมือ มักเป็นขณะพัก เป็นนานกว่า 30 นาที จนถึงหลายชั่วโมง อาจจะมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น

- อาการหายใจลำบาก แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก
- มึนงง หน้ามืด จะเป็นลม
- คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกทั่วตัว

อาการจะดีขึ้นเมื่อมีการจัดการอาการ โดยหยุดทำกิจกรรม การจัดทำหรือได้อมยาใต้ลิ้น (Isordil) จะช่วยให้อาการทุเลา ถ้ายังไม่หายเจ็บหน้าอกอมยาซ้ำได้อีก 1 เม็ด ห่างกัน 5 นาที แล้วนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

ตำแหน่ง ที่มีอาการเจ็บเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อขาดเลือดหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

1. เจ็บแน่นบริเวณหน้าอก
2. เจ็บหน้าอกร้าวไปที่คอ กราม และฟัน

3. เจ็บหน้าอกร้าวไปที่แขน
4. เจ็บที่ลิ้นปี่
5. เจ็บที่ลิ้นปี่ร้าวไปที่คอ กรามและแขน
6. เจ็บบริเวณคอและกราม
7. เจ็บบริเวณไหล่ซ้ายและแขนทั้งสองข้าง
8. เจ็บบริเวณสะบัก

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1. กรรมพันธุ์
2. ความดันโลหิตสูง
3. ระดับไขมันในเลือดที่สูงผิดปกติ
4. สูบบุหรี่
5. อายุ
6. เพศ
7. เบาหวาน
8. ความอ้วน
9. ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
10. ยาคุมกำเนิด
11. อื่นๆ เช่น โรคเก๊าท์, คนที่มีบุคลิกภาพกระดูกหรือรู้น ฯลฯ

(จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

การตรวจวินิจฉัย เพื่อหาสาเหตุและระดับความรุนแรงของโรคมีดังนี้

1. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก(CXR)เพื่อดูเงาและขนาดของหัวใจ
2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(ECG)
3. การตรวจคลื่นสะท้อนเสียงหัวใจ (Echocardiography) เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจและการทำงานของลิ้นหัวใจ
4. การทดสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกาย(Exercise stress testing) โดยการให้ผู้ป่วยเดินบนสายพานขณะติดเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา และค่อยๆเพิ่มการออกกำลังกายขึ้น ดูการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. การตรวจด้วยสารกัมมันตรังสี(Radio-nuclidescanning)ใช้ในผู้ป่วยบางรายที่ทดสอบด้วยวิธีอื่นไม่ได้ผล
6. การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (Ultrafast CT)

7. การตรวจสวนหัวใจและฉีดสารทึบรังสีดูหลอดเลือดหัวใจ(Cardiac Catheterization angiogram) (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และคณะ, 2544)

การบำบัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1. การรักษาทางยา เช่น ยาต้านเกร็ดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ ฯลฯ
2. การขยายหลอดเลือดหัวใจ(PTCA) ด้วยบอลลูน หรือตาข่าย ในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และในรายที่รักษาทางยาแล้วไม่สามารถควบคุมอาการได้
3. การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ(CABG) กรณีที่รักษาทางยา ขยายหลอดเลือด ด้วยบอลลูนหรือตาข่ายแล้วไม่ได้ผล

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1. **การรับประทานยา** และการใช้ยาระงับความเจ็บปวดตามแพทย์รักษา ควรรู้จักชื่อยา ประโยชน์และอาการข้างเคียง รับประทานสม่ำเสมอ ไม่ซื้อยารับประทานเอง ถ้าจะเดินทางควรเตรียมยาให้พร้อมและเพียงพอ การเก็บยาระมัดระวังไม่ให้ร้อนหรือถูกความชื้น ไม่ควรปรับยาหรือซื้อยารับประทานเอง ทำตารางการรับประทานยาหรือให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเตือน ยาอมใต้ลิ้นควรพกติดตัวไว้ตลอดเวลา
2. **การพักผ่อน** เป็นหลักสำคัญ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง เนื่องจากมีการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจในขณะที่หัวใจได้รับการซ่อมแซมการพักผ่อนจะช่วยให้ผ่อนคลายและจิตใจแจ่มใส
3. **อาหาร** จะให้อาหารอ่อนย่อยง่าย แคลอรีต่ำ โดยแบ่งเป็นหลายๆ มื้อๆ หน่อยๆ แต่อาหารควรเป็นอาหารที่มีไขมันน้อย ลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล เกลือ เป็นต้น หลีกเลี่ยงอาหารพวกกะทิ เนื้อสัตว์ที่ติดมัน หอยนางรม กุ้ง ปลาหมึก ตับ ไต ม้าม ไข่ปลา เครื่องในสัตว์ และอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาจ๋า เนื้อเค็ม ปลาเค็ม อาหารกระป๋อง ฯลฯ
4. **การขับถ่ายอุจจาระ** ควรป้องกันอาการท้องผูก โดยการให้อาหารที่มีกากและเส้นใย ผักผลไม้ และให้ยาระบาย ตามแพทย์สั่ง
5. **การให้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์** เพื่อให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ และลดกิจกรรมที่จะทำให้การใช้ออกซิเจนมากขึ้น
6. **หลีกเลี่ยง** การดื่ม สุรา ชา กาแฟ เพราะมีผลกระตุ้นการทำงานของหัวใจ
7. **การออกกำลังกาย** ควรเริ่มด้วยการอบอุ่นร่างกาย และ ควรออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น การเดิน รำมวยจีน วิ่งเหยาะๆ ฯลฯ วันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง
8. **การผ่อนคลายความเครียด** เช่น พุดคุยและระบายความวิตกกังวลกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด หาที่เงียบๆ ฟังเพลงเบาๆ หางานอดิเรกที่น่าสนใจทำ ผักทำสมาธิหรือโยคะ หรือใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ หรือวิธีอื่นที่ทำให้ท่านสบายใจ

9. การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น

- เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก
- ใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที หรือน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที
- หอบเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติ
- มีนงงศีรษะ หรือหน้ามืดเป็นลม หมดสติ ควรรีบพาไปพบแพทย์ทันที

10. ไปพบแพทย์ตรวจตามนัด สม่ำเสมอหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ

แนวทางการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินหรืออาการผิดปกติที่รุนแรงเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการเจ็บพลันที่พบได้บ่อย คือ อาการหัวใจขาดเลือด หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งอาการนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

ภาวะหัวใจหยุดเต้น หมายถึง การไหลเวียนของเลือดหยุดลงโดยสิ้นเชิง ซึ่งทราบได้จากการหมดสติ ไม่มีการเคลื่อนไหว ไม่มีอาการไอ คลำชีพจรไม่ได้ ไม่มีการหายใจอย่างที่เป็นการปกติ ภาวะหัวใจหยุดเต้นที่เกิดจาก กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจตีบหรือที่เรียกกันว่า หัวใจวาย

การช่วยชีวิตเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือหัวใจหยุดเต้น มีดังนี้

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก อาจมีอาการหน้ามืด คล้ายจะเป็นลมร่วมด้วย ซึ่งจะเป็นการเสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

เมื่อผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี และบ่นว่ามีอาการเจ็บหน้าอก อาจมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด คล้ายจะเป็นลมร่วมด้วยให้ผู้ป่วยอมยา (Isordil) ได้ลิ้นทันที และให้นอนราบเพื่อหยุดพัก นำผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ปลอดภัยและสามารถทำการเคลื่อนย้ายได้สะดวก หลังจากอมยาได้ลิ้น 5 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้อมยาซ้ำได้อีก 2 ครั้ง ติดต่อกันทุกๆ 5 นาที หากอมยาครบ 3 ครั้ง อาการเจ็บหน้าอกไม่ลดลงให้รีบนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดหรือเรียกรถพยาบาล โดยใช้หมายเลข 1669 หรือหมายเลขโรงพยาบาลพนมสราคาราม 0-3855-1444,0-3855-1888 ต่อ 191 หรือ199 เพื่อเรียกรถฉุกเฉิน หากอยู่ไกลจากโรงพยาบาลให้เรียกรถกู้ชีพในท้องถิ่น หมายเลข 0-3883-6693

เมื่อผู้ป่วยหมดสติ ให้ปฏิบัติดังนี้

1. **เรียกดูว่ารู้ตัวหรือไม่** โดยควรมองดูรอบตัวว่าผู้ป่วยนอนอยู่ในที่ปลอดภัยก่อน แล้วจึงเข้าไปยังข้างตัวผู้ป่วย สะกิดหรือเขย่าแขนผู้ป่วยเบาๆ พร้อมทั้งตะโกนถามว่า “คุณๆ เป็นอย่างไรบ้าง ”

2. **เรียกหาความช่วยเหลือ** หากผู้ป่วยหมดสติ ให้ขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่บริเวณนั้นและขอให้ใครคนใดคนหนึ่งโทรศัพท์หมายเลข 1669 ซึ่งเรียกรถพยาบาลได้ทุกจังหวัด หรือหมายเลข 191 เพื่อให้ตำรวจเรียกรถพยาบาล ถ้ารถพยาบาลฉุกเฉินในพื้นที่โทรศัพท์หมายเลข 0-3855-1444, 0-3855-1888 ต่อ 191 หรือ 199 เพื่อเรียกรถฉุกเฉิน หากอยู่ไกลจากโรงพยาบาล ให้เรียกรถกู้ชีพในท้องถิ่น หมายเลข 0-3883-6693 เพื่อนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

3. **จัดผู้ป่วยหมดสติในท่านอนหงาย** ถ้าผู้ป่วยหมดสติอยู่ในท่านอนคว่ำ ให้พลิกผู้หมดสติมาอยู่ในท่านอนหงาย บนพื้นราบแข็ง แขนทั้งสองข้างเหยียดอยู่ข้างลำตัว

4. **ทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยเร็ว** โดยการ

- เปิดทางเดินหายใจ
- ตรวจดูการหายใจ
- เป่าลมเข้าปอด
- กดนวดหน้าอก

5. **ส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด** เพื่อทำการช็อกหัวใจ

3) การเรียนเนื้อหาการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากสไลด์ภาพนิ่ง และสื่อวีดิทัศน์ (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดความมั่นใจในการดูแล และเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control)แก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

สื่อ สไลด์ภาพนิ่ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและสื่อวีซีดี เรื่องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตาม Guideline American Heart Association (2005) สำหรับประชาชนทั่วไป ของศูนย์กู้ชีพเรนเนอร์ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งอ้างอิงมาจากภาควิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

4) **พักรับประทานอาหารว่าง** (ใช้เวลา 15 นาที)

5) **การใช้หุ่นจำลองในการสาธิตการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน** โดยผู้วิจัยและผู้ช่วย ผู้วิจัย (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control)แก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

สื่อ หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลจำนวน 2 ตัว โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยควบคุมดูแล ตัวละ 2 คน

ลักษณะของการสาธิต ผู้วิจัยบอกขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยหมดสติ การขอความช่วยเหลือ การตรวจทางเดินหายใจ เปิดทางเดินหายใจ การช่วยหายใจโดยการเป่าปาก และการกดนวดหน้าอกทีละขั้นตอนอย่างช้าๆ และให้ผู้ช่วยผู้วิจัยปฏิบัติตาม ดังนี้

1. เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้นหรือหยุดหายใจหรือกำลังจะหยุด ประเมินการรู้สึกตัวโดยการเรียกและตีเบาๆที่แขนหรือขา และพูดข้างหูให้ดังพอที่ผู้ป่วยได้ยิน ดูจากการที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนอง

2. เรียกให้คนช่วย หรือโทรศัพท์แจ้งหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) 1669 เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลพนมสราคาราม 038-551444 หรือ 038-551888 ต่อ 191 หรือ 199 สำหรับเบอร์โทรศัพท์หน่วยกู้ชีพในชุมชน 038-836693

3. จัดท่าผู้ป่วย ให้นอนหงายบนพื้นราบที่แข็งพอควร จับผู้ป่วยอ้าปากดูว่ามีอะไรอยู่ในช่องปากหรือไม่ เช่น เศษอาหาร ฟันปลอมชนิดถอดได้ เศษฟันหัก ถ้ามีให้ใช้มือกวาดออกให้หมด (แนะนำไม่ให้เสียเวลากับขั้นตอนนี้มากเกินไป อาจจะทำให้การช่วยชีวิตไม่ทันเวลา)

4. เปิดทางเดินหายใจ(A=Airway)โดยใช้วิธีดันหน้าผากและยกคาง ให้น้ำหนักขึ้น จะช่วยไม่ให้ลิ้นตกลงไปปิดกั้นทางเดินหายใจ

เนื่องจากในคนที่หมดสติ กล้ามเนื้อจะคลายตัว ทำให้ลิ้นตกลงไปอุดทางเดินหายใจ นอกจากนี้ในกรณีผู้ป่วยหมดสติยังหายใจได้ ในจังหวะหายใจเข้าจะเกิดแรงดูดเอาลิ้นลงไปอุดกั้นทางเดินหายใจมากกว่าเดิม ต้องช่วยยกกระดูกขากรรไกรล่างขึ้น ลิ้นซึ่งอยู่ติดกับกระดูกขากรรไกรล่างจะถูกยกขึ้นทำให้ทางเดินลมหายใจโล่งเปิดโล่ง การเปิดลมหายใจมี 2 วิธี คือ

4.1 วิธีดันหน้าผากและคาง โดยการเอาฝ่ามือข้างหนึ่งดันหน้าผากเอาไว้และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งคางขึ้น ใช้นิ้วมือคางเฉพาะกระดูกขากรรไกรล่างโดยไม่กดเนื้ออ่อนใต้คาง ให้น้ำหนักผู้ป่วยเงยขึ้นจนฟันล่างถูกคางขึ้นมาจนเกือบชนกับฟันบน

4.2 วิธียกขากรรไกรล่าง โดยผู้ดูแลผู้ป่วยไปอยู่ทางศีรษะของผู้ป่วย วางมือทั้งสองข้างไว้ที่บริเวณแก้มซ้ายและขวาของผู้ป่วยให้นิ้วหัวแม่มือกดยันที่กระดูกขากรรไกรล่างตรงใต้มุมปากทั้งสองข้าง นิ้วที่เหลือทั้งหมดเกี่ยวกระดูกขากรรไกรล่าง เอาศอกยันบนพื้นที่ผู้ป่วยนอนอยู่ แล้วดึงกระดูกขากรรไกรล่างขึ้นมา

5. ทำการตรวจดูว่าผู้ป่วยหายใจหรือไม่โดย

- ผู้ช่วยเหลือนั่งคุกเข่าใกล้กับไหล่ผู้ป่วย มือข้างหนึ่งกดหน้าผากผู้ป่วย พร้อมกับใช้มืออีกข้างหนึ่งเชยคางผู้ป่วย ยกให้น้ำหนักขึ้น

- ผู้ช่วยเหลือนั่งก้มตัวลง เอียงหน้าให้หูอยู่ใกล้ปากและจมูกของผู้ป่วย ตามองไปที่หน้าอก เพื่อดูการเคลื่อนไหวของทรวงอกผู้ป่วยว่าขยับขึ้นลงตามการหายใจหรือไม่

- หูฟังเสียงลมหายใจ

- แก้มสัมผัสกับปลายจมูกผู้ป่วย เพื่อสังเกตลมหายใจของผู้ป่วย และสังเกตคุณลักษณะการหายใจว่าปกติหรือไม่

6. ถ้าผู้ป่วยไม่หายใจ ให้ช่วยหายใจโดยการเป่าปาก (B=Breathing) โดยผู้ช่วยเหลือสุดลมหายใจเข้าเต็มที่แล้วประกบปากผู้ป่วยให้แน่น เป่าลมเข้าปากผู้ป่วยซ้ำๆ 2 ครั้ง บีบจมูกผู้ป่วยให้แน่นขณะเป่าปาก ขณะเป่าปากควรสังเกตว่าทรวงอกขยายหรือไม่ ถ้ายังไม่ขยายให้จัดทำเปิดทางเดินหายใจใหม่ (ควรทำในกรณีบุคคลใกล้ชิดและไม่มีโรคติดต่อ)

7. ก่อนนวดหัวใจให้ใช้มือคลำเส้นเลือดแดงใหญ่บริเวณลำคอผู้ป่วย(Carotid artery) ซึ่งทอดอยู่ด้านข้างบริเวณลำคอทั้ง 2 ด้าน เมื่อพบว่าชีพจรไม่เต้นจึงเริ่มลงมือนวดหัวใจ โดยใช้ให้วางตำแหน่งมือกึ่งกลางระหว่างหน้าอกและบราวนม ผู้ป่วย เหนือกระดูกลิ้นปี่ ประมาณ 2 ถึง 3 นิ้วมือ แล้ววางสันมือทั้ง 2 ข้าง แขนเหยียดตรง โน้มตัวไปข้างหน้า ตั้งฉากกับหน้าอก

8. กดหน้าอก 30 ครั้งติดต่อกัน (C=Circulation) ให้กระดูกหน้าอกยุบลึกประมาณ หนึ่งนิ้วครึ่ง ถึง สองนิ้ว โดยนับจังหวะ 1 และ 2 และ 3 ...สิบเอ็ด สิบสอง...ยี่สิบ ยี่สิบเอ็ด...30 ไม่กดนวดแบบกระแทกเพราะอาจทำให้กระดูกซี่โครงหักได้ การนวดหัวใจให้ทำสลับกับเป่าปาก 2 ครั้ง ทำต่อเนื่องกันครบ 5 รอบและเริ่มจับชีพจรใหม่ ทุก ๆ 5 รอบ ถ้ายังไม่หายใจให้ทำต่อไปอย่างต่อเนื่องจนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัว หรือจนกว่าจะถึงโรงพยาบาล (ควรเปลี่ยนผู้นวดหัวใจทุก 5 รอบ หรือ 2 นาที) เพื่อช่วยฟื้นคืนชีพในขั้นสูงจากแพทย์และทีมการพยาบาลต่อไป

9. รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเพื่อทำการช็อกด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า พร้อมทั้งให้ยากระตุ้นหัวใจทางหลอดเลือดดำโดยเร็ว

6) การฝึกปฏิบัติจริงของกลุ่มตัวอย่างในสถานการณ์จำลอง (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control) แก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

สื่อ หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลจำนวน 2 ตัว โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยควบคุมดูแล ตัวละ 2 คน (ประเมินการฝึกปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น)

ผู้วิจัยให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้ฝึกปฏิบัติจริงตามสถานการณ์จำลองทีละคน โดยครั้งแรกผู้วิจัยอธิบายทีละขั้นตอน ตั้งแต่ประเมินว่าผู้ป่วยหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น เรียกขอความช่วยเหลือ และทำการช่วยฟื้นคืนชีพโดยการ เปิดทางเดินหายใจ ตรวจดูการหายใจ ช่วยหายใจโดยการเป่าปาก ต่อจากนั้นจึงทำการนวดหัวใจ

7) ขั้นตอนการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการเปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และซักถามข้อสงสัย (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้และเข้าใจตนเอง เกี่ยวกับสภาพปัญหา สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญ
2. สามารถปรับตัวต่ออาการเจ็บป่วยของญาติ สภาพปัญหา สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญ
3. มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ผู้ป่วยที่ตนดูแล มีความมั่นใจในตนเองในการดูแลผู้ป่วยและดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างปกติสุขตามศักยภาพ

การสนับสนุนรายกลุ่ม (ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1)

ผู้วิจัยดำเนินการ โดยบอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวจะได้รับเป็นหลัก ดังนี้

1. อธิบายขั้นตอนในการดำเนินการ โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาทีในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยแนะนำตัว แนะนำข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติที่ตนเองดูแลอยู่ โดยผู้วิจัย เป็นสื่อคอยอำนวยความสะดวกและสร้างความเป็นกันเอง เพื่อให้ผู้เข้ากลุ่มทุกคนเกิดความไว้วางใจ และเปิดใจในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. ผู้วิจัยซักถามปัญหาของแต่ละคนที่ต้องประสบจากการดูแลผู้ป่วย และความต้องการในการช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้กลุ่มได้แลกเปลี่ยนแนวคิดและการแก้ปัญหาในการดูแลใน รายที่ประสบปัญหาใกล้เคียงกัน
4. ผู้วิจัยแนะนำเสริมเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหากว้างๆ และมอบแนวคิดเพื่อให้ผู้ดูแลนำไปทดลองปฏิบัติ
5. มอบเอกสารความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี คนละ 1 เล่ม
6. ผู้วิจัยซักถามปัญหาและให้กลุ่มร่วมกันสรุปแนวคิดที่ได้ และแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อเป็นการสร้างเสริมการปรับตัวของผู้ดูแล

ทุกท่านก็ได้รับความรู้และข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแล้วนะคะ บางท่านอาจจะตรงกับปัญหาที่ตนเองพบ บางท่านอาจเพิ่งได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง วันนี้เนื่องจากหลายท่านได้ผ่านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาแล้วทุกคน ดิฉันอยากให้ทุกท่านได้มีโอกาสเล่าถึงประสบการณ์และปัญหาของแต่ละท่านให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับทราบ หลังจากแนะนำตัวแล้ว ขอให้บอกอาการของผู้ป่วยที่ท่านได้ดูแลและการรักษาของแพทย์ตามที่ท่านทราบด้วยค่ะ หากท่านใดมีข้อเสนอแนะและประสบการณ์ดีๆโปรดแนะนำให้ในกลุ่มได้รับทราบบ้าง เริ่ม

จากท่านแรก เชิญแนะนำตัวเลยคะ (สมาชิกคนแรกแนะนำตัว บอกอาการผู้ป่วยที่ตนเองดูแล ปัญหาและการแก้ไขที่กระทำไปแล้ว) ขอเชิญสมาชิกแสดงข้อคิดเห็นได้เลยคะ ท่านใดประสบปัญหาแบบนี้.....บ้างคะ แล้วทำอย่างไรคะ.....ผู้วิจัยกระตุ้นกลุ่มให้มีปฏิสัมพันธ์กัน จากคนที่หนึ่ง สอง และสาม.....และเปิดใจในการเข้าร่วมทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยร่วมชี้แนะ สนับสนุน ข้อมูลเพิ่มเติมและให้กำลังใจ และกล่าวอำลากัน

8) การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรมสั้น ๆ ประเด็นและสรุปแนวคิดที่สำคัญ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ดิฉันขอขอบคุณทุกท่านที่ร่วมในโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในครั้งนี้ สำหรับความรู้และข้อมูลที่ท่านได้รับในวันนี้ดิฉันหวังว่าคงจะเป็นประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดิฉันคิดว่าทุกท่านมีความสามารถเท่าเทียมกัน สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ยากเกินไปนัก หากท่านมีข้อสงสัยให้ทำการทบทวนได้ในคู่มือที่แจกให้ หรือหากเกิดอาการผิดปกติหรือภาวะฉุกเฉินขึ้นกับผู้ป่วย ขอให้ท่านโทรศัพท์มาปรึกษาได้ ทีมงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามหมายเลขโทรศัพท์ของโรงพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง กำหนดการทบทวนความรู้ในครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ตามวันที่ เวลา ที่กำหนด ส่วนสถานที่ใช้สถานที่เดิมคือ ห้องประชุมวรรณศิริ โรงพยาบาลพนมสารคามแห่งนี้ ดิฉันจะโทรศัพท์เพื่อเตือนการนัดหมายครั้งต่อไปล่วงหน้า 2 วัน ถ้าทุกท่านไม่มีคำถาม ดิฉันขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบคุณคะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที	ประกอบด้วย
การเปิดกลุ่ม	ใช้เวลา 15 นาที
การทบทวนความรู้และประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 1	ใช้เวลา 30 นาที
การทบทวนฝึกปฏิบัติจริงจากหุ่นจำลอง	ใช้เวลา 30 นาที
การสนับสนุนรายบุคคล	ใช้เวลา 45 นาที
การประเมินความรู้(เครื่องมือกำกับการทดลอง)	ใช้เวลา 15 นาที
การปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป	ใช้เวลา 15 นาที

1) การเปิดกลุ่ม (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความเข้าใจตนเองและสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการจัดการกับสภาพปัญหา

วันนี้เรามาพบกันอีกครั้งนะคะ ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มาตามนัด เป็นอย่างไรบ้างคะ จากการที่เราได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีไปแล้วและยังได้มีโอกาสฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งเปรียบเสมือนการได้ช่วยชีวิตบุคคลที่เรารักและผูกพันไว้ให้มีชีวิตต่อไปได้ เราจะรู้สึกภาคภูมิใจมากเมื่อเขาได้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สำหรับในวันนี้หลายท่านอาจจะลืมเนื้อหาในบางส่วน ดิฉันจึงขอทบทวนความรู้ให้ใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ทุกท่านเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น ขอเชิญทุกท่านดูภาพสไลด์และวีซีดีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอีกครั้งหนึ่งค่ะ เชิญชมได้ค่ะ

2) ทบทวนความรู้และประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ จากครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดความมั่นใจในการดูแล และเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control)แก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากยิ่งขึ้น และสามารถเผชิญกับสภาพปัญหา สถานการณ์และสภาพแวดล้อมเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้

สื่อ สไลด์ภาพนิ่ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและสื่อวีซีดี เรื่องการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตาม Guideline American Heart Association (2005) สำหรับประชาชนทั่วไป ของศูนย์กู้ชีพเรนเนอร์ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งอ้างอิงมาจากภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ประกอบกับคู่มือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

โดยการทบทวนเนื้อหาแบบสรุปใจความสำคัญเหมือนการเข้าโปรแกรมฯในสัปดาห์แรก

3) การทบทวนฝึกปฏิบัติจริงจากหุ่นจำลอง (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน และเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control) แก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากยิ่งขึ้น

สื่อ หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการช่วยฟื้นคืนชีพของโรงพยาบาลจำนวน 2 ตัว โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยควบคุมดูแล ตัวละ 2 คน กระบวนการฝึกปฏิบัติเหมือนในสัปดาห์แรก

4) การสนับสนุนรายบุคคล (ใช้เวลา 45 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาความสามารถในการปรับตัว การจัดการกับปัญหา สถานการณ์ และสภาพแวดล้อมที่ต้องเผชิญได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข

ผู้วิจัยดำเนินการ โดยบอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ผู้ดูแลจะได้รับ โดยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวจะได้รับเป็นหลัก ดังนี้

1. อธิบายขั้นตอนในการดำเนินการ โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน คนละ 5-7 นาที ในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้ดูแลบอกถึงปัญหาและอุปสรรคจากการนำความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไปปฏิบัติจริง
3. ผู้วิจัยแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล

ดิฉันรู้สึกยินดีที่ทุกท่านเห็นความสำคัญของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เพราะนอกจากจะช่วยเหลือตัวผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นผลดีต่อตัวท่านเองในการปฏิบัติตนในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆอันจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ จากข้อมูลและความรู้ที่ท่านได้ดิฉันจึงใคร่ขอรับทราบปัญหาเป็นรายบุคคล เรียงไปตามลำดับ ท่านใดที่ไม่พบปัญหา หรือยังไม่ถึงคิว ขอเชิญชมภาพวีซีดี เพื่อรอสมาชิกไปเรื่อยๆ นะคะ ขอเชิญค่ะ

5) การประเมินความรู้(เครื่องมือกำกับการทดลอง) (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความรู้จากการให้โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ตามเกณฑ์การตอบถูก 80% ขึ้นไป

เครื่องมือ เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบประเมินความรู้ จำนวน 32 ข้อ (ตัวอย่างในภาคผนวก ง)

ในสัปดาห์ที่แล้ว เราได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและดิฉันได้มอบคู่มือให้ทุกท่านเพื่อนำไปทบทวนซ้ำ วันนี้ดิฉันขออนุญาตทุกท่านเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจอีกครั้งหนึ่งนะคะ หลังจากทำแบบประเมินความรู้แล้วดิฉันจะทำการเฉลยคำตอบที่ถูกต้องให้ท่านทราบนะคะ ถ้าไม่เข้าใจคำถาม ให้สอบถามได้ค่ะ

หมายเหตุ: เมื่อ ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ทำแบบทดสอบความรู้เสร็จสิ้นทุกคน ผู้วิจัยเฉลยคำตอบ และอธิบายเหตุผลให้ทราบเป็นรายข้อ โดยการให้เกณฑ์การตอบถูกเป็น 80% ถ้ากลุ่มตัวอย่างคนใดได้คำตอบที่ถูกต้องไม่ถึงเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการอธิบายซ้ำจนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง

6) การปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปผลการดำเนินกิจกรรมสั้นๆ ประเด็นและสรุปแนวคิดที่สำคัญ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ดิฉันขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มาเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นครั้งที่ 2 เหลืออีกครึ่งเดียว นะคะที่เราจะมาพบกัน ดิฉันอยากให้ทุกท่านได้นำความรู้ที่ได้กลับไปทบทวน และถ้าเป็นไปได้ควรอธิบายให้สมาชิกในครอบครัวได้รับทราบบ้าง เพื่อประโยชน์ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการแบ่งเบาภาระของท่านอีกด้วย ท่านใดมีข้อสงสัยเชิญซักถามได้นะคะ ดิฉันยินดีตอบและให้ความช่วยเหลือและหลังจากที่ว่างจากการดูแลผู้ป่วย ดิฉันอยากให้ทุกท่านมีเวลาออกกำลังกายวันละ 20-30 นาที และหางานอดิเรกง่ายๆ ทำ เช่น งานถักหรือจักสาน อ่านหนังสือ ฟังเพลง ซึ่งสามารถจัดทำอยู่ใกล้ๆ กับผู้ป่วยได้ ส่วนในเวลากลางคืนก่อนเข้านอน ดิฉันแนะนำให้ท่านหาวิธีสงบจิตใจโดยการสวดมนต์หรือนั่งสมาธิ สำหรับท่านที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน การนั่งให้ใช้เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือขวาทับมือซ้าย ปิดเปลือกตาเบาๆ ให้เริ่มด้วยการกำหนดลมหายใจเข้าออกช้าๆ เริ่มจากวันละ 5 นาที และนานขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้จิตใจท่านสงบและเยือกเย็นลงได้ (ดาราวรรณ ตีะปินตา, 2535) ลองไปปฏิบัติดูนะคะ สำหรับท่านที่ไม่ชอบการนั่งสมาธิ จะเลือกวิธีผ่อนคลายวิธีใดที่ท่านชอบหรือสะดวกก็ได้ค่ะ ในสัปดาห์หน้าดิฉันจะโทรศัพท์นัดล่วงหน้า 2 วันนะคะ แล้วพบกันตามวัน เวลา และสถานที่แห่งนี้นะคะ อย่าลืมนำคู่มือมาด้วยนะคะ และถ้ามีเวลาว่างกรุณาอ่านบททบทวนหรือนำผู้ป่วยไปด้วยนะคะ สวัสดีค่ะ ขอให้ทุกท่านเดินทางโดยปลอดภัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย

การเปิดกลุ่ม	ใช้เวลา 15 นาที
การวัดการปรับตัวทางจิตสังคม	ใช้เวลา 30 นาที
การปิดกลุ่มและกล่าวขอบคุณ	ใช้เวลา 15 นาที

1) การเปิดกลุ่ม (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และส่งเสริมความมั่นใจ ใ้วางใจให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

สวัสดิ์อีกครั้งนะคะ ขอบขอบคุณทุกท่านที่ให้ความเอาใจใส่และให้ความสนใจในการมาเข้าโปรแกรมฯตามนัด จากการทำทุกท่านได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีไปแล้ว ท่านใดได้นำความรู้ไปปฏิบัติจริงตามสภาพปัญหาบ้างคะ ดิฉันหวังว่าถ้าท่านได้นำความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ท่านจะสามารถปรับตัวได้ดี สามารถเอาชนะอุปสรรคและปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ดังนั้นจากการที่ท่านได้เข้าโปรแกรมฯครั้งนี้ซึ่งเป็นครั้งสุดท้าย ดิฉันจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมเหมือนที่ท่าน เคยตอบในวันที่พบกันครั้งแรก ที่ตีกลุ่มผู้ป่วยนอกด้วยคะ ขอบขอบคุณคะ

2) การวัดการปรับตัวทางจิตสังคม (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

เครื่องมือ แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม (ตัวอย่างในภาคผนวก ง) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมซ้ำอีกครั้ง เหมือนครั้งแรกที่พบกันที่ตีกลุ่มผู้ป่วยนอก

3) การปิดกลุ่มและกล่าวขอบคุณ (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมฯสั้นๆ ตลอดจนประเด็นสำคัญและสรุปแนวคิด และสร้างความเชื่อมั่น ความสามารถในการปรับตัวให้กับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ดิฉันขอขอบคุณทุกท่านที่ได้มาเข้าร่วมโปรแกรมฯจนครบทั้ง 3 ครั้ง ดิฉันหวังว่าทุกท่านได้นำความรู้ที่ได้กลับไปทบทวนและปฏิบัติให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยซึ่งเป็นญาติที่ใกล้ชิดที่สุดของท่าน ความรัก ความผูกพัน และการดูแลเอาใจใส่ที่ท่านมอบให้กับผู้ป่วยนี้ จะส่งผลทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ด้านร่างกายคือ อาการของโรคไม่กำเริบรุนแรง และหัวใจมีการฟื้นสภาพด้านจิตใจคือ ผู้ป่วยจะมีความสุขสบายใจจากการได้รับความเอื้ออาทรจากท่าน ซึ่งจะส่งผลต่อหัวใจคือผู้ป่วยไม่เครียด การใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง สร้างความสุขกายสุขใจทั้งครอบครัว และอย่าลืมสิ่งที่สำคัญยิ่งคือ การมาพบแพทย์ตามนัด และเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

หากท่านใดมีข้อสงสัย กรุณาโทรศัพท์กลับมาสอบถามได้ตามหมายเลขของโรงพยาบาลหรือพบ
กันที่คลินิกโรคหัวใจค่ะ สุดท้ายนี้ ดิฉันขอให้ทุกท่านเดินทางกลับโดยสวัสดิภาพตลอดจนมีสุขภาพ
กายและสุขภาพจิตดี สวัสดิ์ค่ะ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	เกณฑ์การประเมิน
<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและพยาบาล</p>	<p>ขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีดังนี้</p> <p>1. ขั้นตอน การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวสุพิชชา ทองประสิทธิ์ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำ</p> <p>เหตุผลที่ดิฉันสนใจในการศึกษาคั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเจ็บพลันสลับกับช่วงการฟื้นสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากญาติใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว เพราะญาติใกล้ชิดและสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด</p>	<p>นิสิตกล่าวทักทายแก่ผู้ป่วยและญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยโบหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส แนะนำตนเอง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย</p> <p>นิสิตชี้แจงรายละเอียดของการให้ความรู้พอสั่งเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ</p> <p>(ใช้เวลา 10 นาที)</p>	-	<p>นิสิตประเมินการตอบสนองของความสนใจของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในการเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	เกณฑ์การประเมิน
<p>2. เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์การใช้คู่มือโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี</p>	<p>ซึ่งการดูแลและได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว นั้นจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางใจและญาติผู้ดูแลยังเป็นสื่อกลางที่สำคัญที่จะส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยและลดอัตราเสี่ยงจากหัวใจหยุดเต้นอีกด้วย</p> <p>สำหรับในวันนี้ฉันจึงได้เชิญท่านมาเพื่อเข้าร่วมในการฟังการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการ อาการแสดง การให้การดูแล เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายความเครียด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการตรวจติดตามการรักษาตามแพทย์นัด แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ขณะที่ท่านรับฟังการให้ความรู้และคำแนะนำ หากท่านมีข้อสงสัย ไม่สบายใจ หรือไม่เข้าใจการปฏิบัติ กรุณาซักถามข้อข้องใจและระบายความรู้สึกได้ทันที หรือหากมีแนวทางใดที่ท่านคิดว่าต้องการวางแผนในการดูแลร่วมกัน กรุณาแจ้งได้ สำหรับวัตถุประสงค์การใช้คู่มือ</p> <p>เมื่อท่านอ่านและศึกษาจากคู่มือนี้แล้ว ท่านสามารถอธิบายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ อาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้</p>	<p>นิสิตมอบ "คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แก่ญาติใกล้ชิดผู้ป่วย คนละ 1 เล่ม</p>	<p>-</p>	<p>นิสิตประเมินการตอบสนองของความสนใจของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในการเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อ	เกณฑ์การประเมิน
3. เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	1. อธิบายแนวทางในการดูแลตนเอง ด้านการรับประทานยา โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การพักผ่อนและการออกกำลังกายได้ถูกต้อง 2. อธิบายวิธีปฏิบัติกรช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น และสามารถทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง			
4. เพื่อให้ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีทราบข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	2. ขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูล โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หมายถึง เกิดจากการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบ และตันในที่สุด เมื่อกลิ้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลทำให้หัวใจบีบและคลายตัวผิดปกติและเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (พันธิร์ มะลิสุวรรณ, 2548) ภาวะที่มีการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด ซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจน เนื่องมาจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน การตายของกล้ามเนื้อจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยหลอดเลือดที่อุดตัน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจน ถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการ	นิสิตให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องกลไกการทำงานของหัวใจ และโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยดูจากสไลด์ ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหว และคู่มือประกอบเนื้อหา (ใช้เวลา 30 นาที)		นิสิตประเมินจากการใช้การสังเกตการณ์แสดงออก ความสนใจของญาติใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น สีหน้า ท่าทาง การสนทนาซักถามและทดสอบความรู้ >80%

คู่มือ
สำหรับ
ญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี



จัดทำโดย
นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรคหัวใจป้องกันได้



ขอขอบคุณ
อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
: นายแพทย์วีโรจน์ ตันติโกศลุม

บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

คู่มือ สำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ให้ความรู้แก่ญาติใกล้ชิดและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งประกอบไปด้วย การทำงานของหัวใจ พยาธิสรีรวิทยา อาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง การจัดการอาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การเลือกรับประทานอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สำคัญยิ่งต่อความต้องการ สำหรับญาติใกล้ชิดที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ในการที่จะดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ในโอกาสนี้หวังเป็นอย่างยิ่งว่า ญาติใกล้ชิดที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จะได้ใช้คู่มือเล่มนี้ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้ป่วยสืบไป

นางสุพิชชา ทองประสิทธิ์
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ

เมื่อท่านอ่านคู่มือสำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเล่มนี้ ท่านสามารถ

1. อธิบายการทำงานของหัวใจ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตลอดจนอาการ และอาการแสดงได้ถูกต้อง
2. อธิบายถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ด้านการรับประทานยา โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และการออกกำลังกายได้ถูกต้อง
3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และหัวใจหยุดเต้นได้ถูกต้อง



ลำดับที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบบันทึกข้อมูลของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / หน้าข้อความที่ถูกต้องและเติมข้อความในช่องว่างให้ได้ใจความ
สมบูรณ์

1. ผู้ดูแล อายุ.....ปี
2. เพศ 1. () ชาย 2. () หญิง
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
 1. () บิดา 2. () มารดา 3. () สามี 4. () ภรรยา 5. () บุตร 6. () พี่หรือน้อง
4. สถานภาพสมรส
 1. () โสด 2. () คู่ 3. () หม้าย, หย่า, แยก
5. ระดับการศึกษา
 1. () ไม่ได้ศึกษา 2. () ประถมศึกษา
 3. () มัธยมศึกษา 4. () อนุปริญญา
 5. () ปริญญาตรี 6. () สูงกว่าปริญญาตรี
6. อาชีพ
 1. () ไม่มีอาชีพ 2. () รับราชการ
 3. () รับจ้าง 4. () รัฐวิสาหกิจ
 5. () ลูกจ้างบริษัท 6. () ค้าขาย
 7. () ธุรกิจส่วนตัว 8. () เกษตรกร
 9. () นักเรียน/นักศึกษา 10. () อื่นๆ ระบุ
7. รายได้ปัจจุบันเฉลี่ยต่อเดือน
 1. () 0-1,500 บาท 2. () 1,501- 3,000 บาท
 3. () 3,001- 5,000 บาท 4. () 5,001-10,000 บาท
 5. () 10,001-20,000 บาท 6. () 20,001 บาทขึ้นไป
8. ปัญหาค่าใช้จ่าย
 1. () ไม่มี 2. () มี ระบุ.....
9. เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ จากบุคลากรโรงพยาบาลหรือที่อื่นๆ
 1. () เคย
 2. () ไม่เคย
10. ท่านดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ.....
4. การรักษาที่ได้รับ.....
.....
5. โรคหรือสาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยง
 - ก) ชอบรับประทานอาหารประเภทติดมัน หรือไขมันสูง เช่น คอหมูย่าง แกงกะทิ เครื่องในสัตว์ ฯลฯ
 - ข) เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - ค) เป็นโรคเบาหวาน
 - ง) ไขมันในเลือดสูง
 - จ) อ้วน
 - ฉ) สูบบุหรี่
 - ช) ดื่มสุรา กาแฟ เป็นประจำ ฯลฯ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคม (สำหรับญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 45 ข้อ ข้อความประกอบด้วยการปรับตัวของผู้ดูแลซึ่งมี 7 ด้าน คือ 1. ด้านการดูแลสุขภาพ 2. อาชีพการงาน 3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ 5. ด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างกัน 6. ด้านสภาพแวดล้อมในสังคม 7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

แบบสอบถามนี้มี 4 ตัวเลือก กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย ล้อมรอบหัวข้อที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียว

ด้านที่ 1 ด้านการดูแลสุขภาพ

1. ข้อใดเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของท่านได้ดีที่สุด
 - ก. ฉันให้ความสนใจต่อสุขภาพของฉันอย่างมากตลอดเวลา
 - ข. ฉันเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองเกือบตลอดเวลา
 - ค. ฉันพยายามจะดูแลสุขภาพของตนเอง แต่บางครั้งไม่มีเวลาเพียงพอ
 - ง. การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่ฉันไม่คำนึงถึงมากนัก
2. ข้อใดอธิบายถึงการกระทำของท่านได้ดีที่สุด
 - ก. ฉันให้ความสนใจกับความเจ็บป่วยของฉันมากเป็นพิเศษ และทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันสามารถจะทำได้
 - ข. ฉันดูแลเอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วยของฉันในขณะนี้ดีพอควร
 - ค. ฉันพยายามทำทุกสิ่งทุกอย่างที่ฉันคิดว่าเป็นการดูแลสุขภาพ แต่บ่อยครั้งที่ลืมห่าง
 - ง. ฉันทำทุกอย่างเหมือนที่เคยทำและไม่กังวลหรือให้ความสนใจต่อการเจ็บป่วย
3. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการรักษาที่แพทยรักษาญาติของท่าน
 - ก. แพทย์ให้การรักษาได้อย่างดีเยี่ยม
 - ข. การรักษาของแพทย์เท่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ดีแล้ว
 - ค. การรักษาของแพทย์ในขณะนี้ มีบางอย่างอยากให้ปรับปรุง
 - ง. การรักษาของแพทย์ที่ได้รับในขณะนี้ไม่ถูกใจนัก
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

ด้านที่ 2 ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ

9. การเจ็บป่วยครั้งนี้นี้ของญาติท่าน ชัดขวางต่อการทำงาน(หรือการเรียน)ของท่านหรือไม่

10.....

11.....

12.....

13.....

14.....

ด้านที่ 3 ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

15. การเจ็บป่วยของญาติท่านครั้งนี้ ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างท่านกับสามีหรือภรรยา
เป็นอย่างไร

16.....

17.....

18.....

19.....

20.....

21.....

22.....

ด้านที่ 4 สัมพันธภาพทางเพศ

23. การเจ็บป่วยของญาติท่านครั้งนี้ ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านกับ
คู่ครอง หรือไม่

24.....

25.....

26.....

27.....

28.....

ด้านที่ 5 ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย

29. จากการเจ็บป่วยของญาติท่านครั้งนี้ ทำให้ท่านมีการติดต่อ(โดยตรงหรือทางโทรศัพท์)
กับญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันหรือไม่

30.....

31.....

32.....

ด้านที่ 6 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

33. ท่านมีความสนใจในการใช้เวลาว่างหรือทำงานอดิเรกเหมือนที่เคยทำมาก่อนที่ญาติของท่านเจ็บป่วยหรือไม่ เช่น ชมรายการโทรทัศน์ ตัดเย็บเสื้อผ้า ซักกรรยาน ออกกำลังกาย เป็นต้น

34.....

35.....

36.....

37.....

38.....

ด้านที่ 7 ความไม่สบายทางจิตใจ

39. ในระยะนี้ท่านเคยรู้สึกกลัว ตึงเครียด ตกใจง่าย หรือกังวลใจหรือไม่

40.....

41.....

42.....

43.....

44.....

45.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ.....หมายเลขที่.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 คำชี้แจง การตอบคำถามของท่านต่อไปนี้ ไม่มีการตอบผิดหรือถูกเป็นการประเมินสิ่งที่
 ท่านทราบ และตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อเป็นประโยชน์ในการแนะนำ
 เพื่อเตรียมผู้ดูแล จึงขอให้ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย
 / ในช่องว่าง

เลือกตอบ ถูก เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ถูกต้อง
 เลือกตอบ ผิด เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ไม่ถูกต้อง

รายการ	ถูก	ผิด
1. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นโรคที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ		
2. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้		
3. อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือ กล้ามเนื้อหัวใจตาย คือการเจ็บหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น หายใจลำบาก		
4. ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าผู้ป่วยอื่น		
5. โรคอ้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		

รายการ	ถูก	ผิด
18. ผู้ป่วยหลังเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรพักผ่อนอย่างวันละ6-8 ชม.		
19.		
20.....		
21.....		
22.....		
23.		
24.		
25.		
26. การช่วยฟื้นคืนชีพ จะกระทำเมื่อผู้ป่วยหมดสติ หรือหัวใจหยุดเต้น สังเกตได้จากการคลำชีพจรร่วมด้วย		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32. เบอร์โทรศัพท์เรียกขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน คือ 1669 หรือ เบอร์เรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมสารคาม 038- 551444 , 038-551888 ต่อ 191หรือ 199 หน่วยกู้ชีพชุมชน 038-836693		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ.....หมายเลขที่.....

ชุดที่ 2 การประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

การปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติไม่ได้
<p>การประเมินผู้ป่วยตามขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้สึกตัว โดยการเรียกชื่อ หรือตีที่ไหล่เบาๆ 2. เรียกขอความช่วยเหลือ 3. การเปิดทางเดินหายใจ <ul style="list-style-type: none"> - การจัดทำผู้ป่วย ด้วยการนอนหงาย - ตรวจดูทางเดินหายใจ (ตาดู หูฟัง แก้มสัมผัสปลายจมูกผู้ป่วย เพื่อประเมินลมหายใจ) - การจัดทำผู้ช่วยเหลือ ตำแหน่งที่อยู่ (ด้านข้าง ลำตัวผู้ป่วย บริเวณแนวไหล่) - ดันหน้าผากให้ศีรษะแหงนและ เขยคางผู้ป่วย - การตรวจสิ่งแปลกปลอมในปาก 4. การช่วยหายใจด้วยวิธีเป่าปาก <ul style="list-style-type: none"> - การเขยคาง บีบจมูก เป่าปาก 2 ครั้ง - หน้าอกผู้ป่วยยกสูงขึ้น ขณะเป่าปาก 5. การช่วยระบบไหลเวียนโลหิตด้วยการนวดหัวใจ <ul style="list-style-type: none"> - ตำแหน่งที่กดหน้าอก (เหนือลิ้นปี่ 2-3 นิ้ว) - ลักษณะการวางมือ แนวไหล่ ข้อศอก(ข้อศอกตั้งตั้งฉากกับแนวไหล่ของผู้ป่วย) - จังหวะในการกดนวดหน้าอก (กดหน้าอก 30 ครั้ง เป่าปาก 2 ครั้ง) - ความลึกในการกดนวดหน้าอก (1 นิ้วครึ่งถึง 2 นิ้ว) 		

หมายเหตุ.....

.....

.....

ชื่อ.....หมายเลขที่.....

ชุดที่ 3 ตารางบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

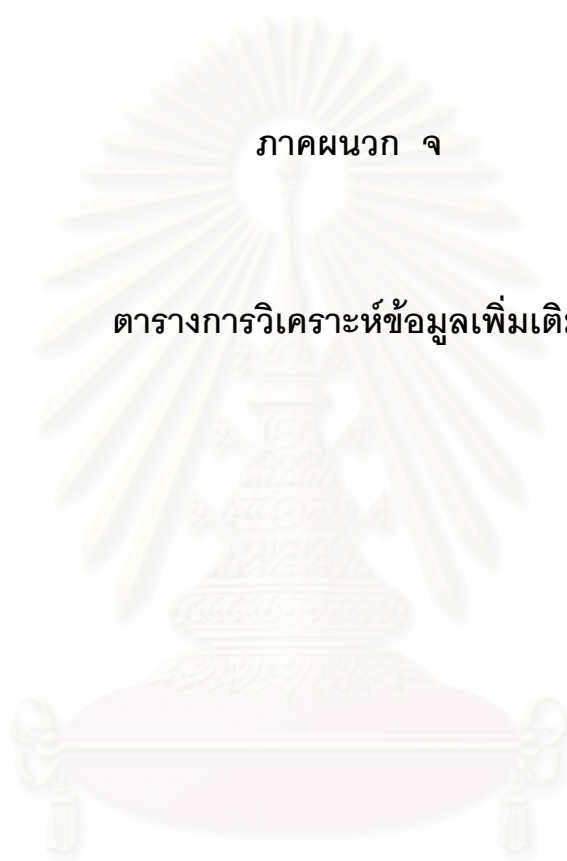
ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0) วันที่	ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) วันที่	ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) วันที่
มาตามนัด.....	มาตามนัด.....	มาตามนัด.....
ไม่มาตามนัด เหตุผล.....	ไม่มาตามนัด เหตุผล.....	ไม่มาตามนัด เหตุผล.....

หมายเหตุ.....
.....
.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 การแจกแจงข้อมูลการปรับตัว

NPar Tests

Descriptive Statistics

กลุ่มควบคุม

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
CPP	20	133.5500	8.71463	107.00	149.00
CPOS	20	127.5000	5.25657	118.00	138.00

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		CPP	CPOS
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	133.5500	127.5000
	Std. Deviation	8.71463	5.25657
Most Extreme Differences	Absolute	.216	.138
	Positive	.216	.088
	Negative	-.185	-.138
Kolmogorov-Smirnov Z		.965	.616
Asymp. Sig. (2-tailed)		.309	.843

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

Descriptive Statistics

กลุ่มทดลอง

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
EPP	20	130.0000	13.09480	106.00	157.00
EPOSP	20	159.4000	8.50634	132.00	172.00

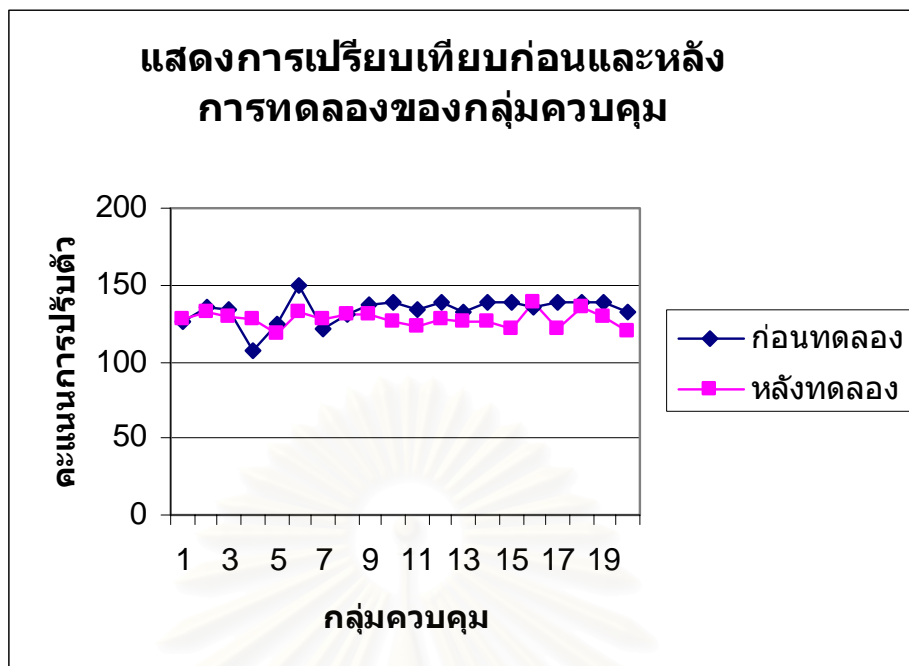
One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		EPP	EPOSP
N		20	20
Normal Parameters(a,b)	Mean	130.0000	159.4000
	Std. Deviation	13.09480	8.50634
Most Extreme Differences	Absolute	.080	.178
	Positive	.080	.119
	Negative	-.079	-.178
Kolmogorov-Smirnov Z		.357	.797
Asymp. Sig. (2-tailed)		1.000	.550

a Test distribution is Normal.

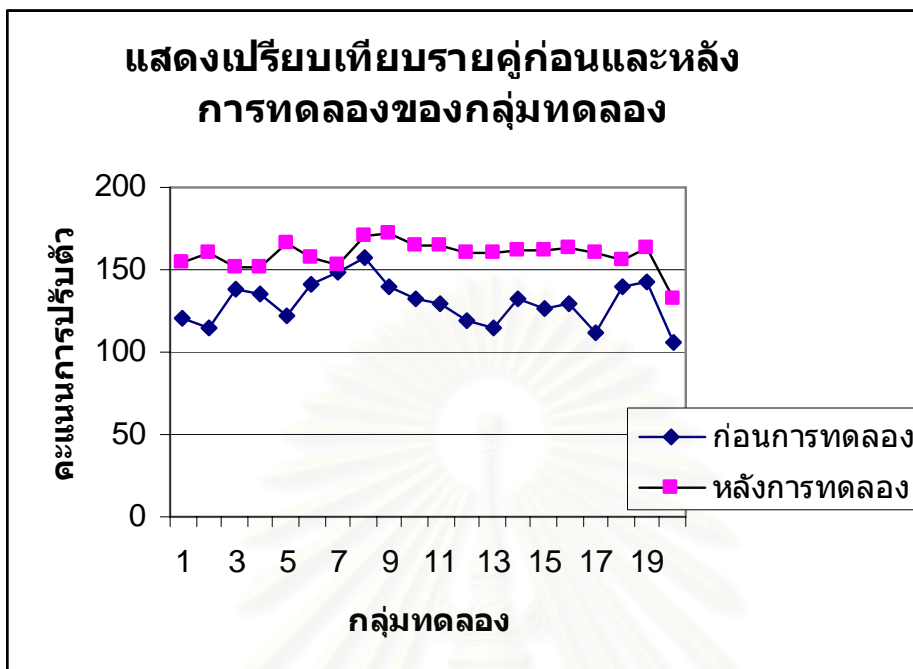
b Calculated from data.

จากตาราง พบว่า Sig. มากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ



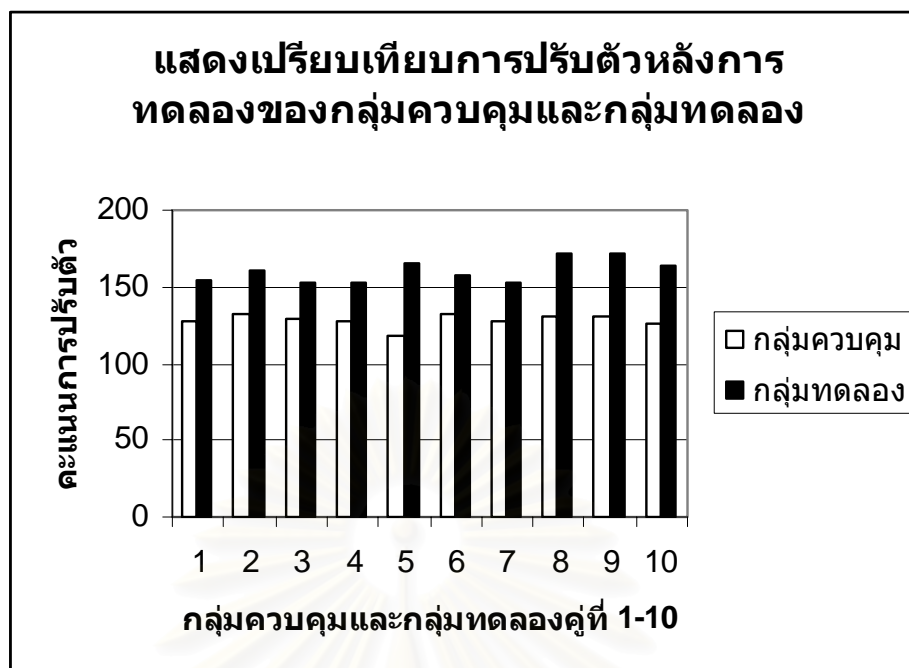
ภาพที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

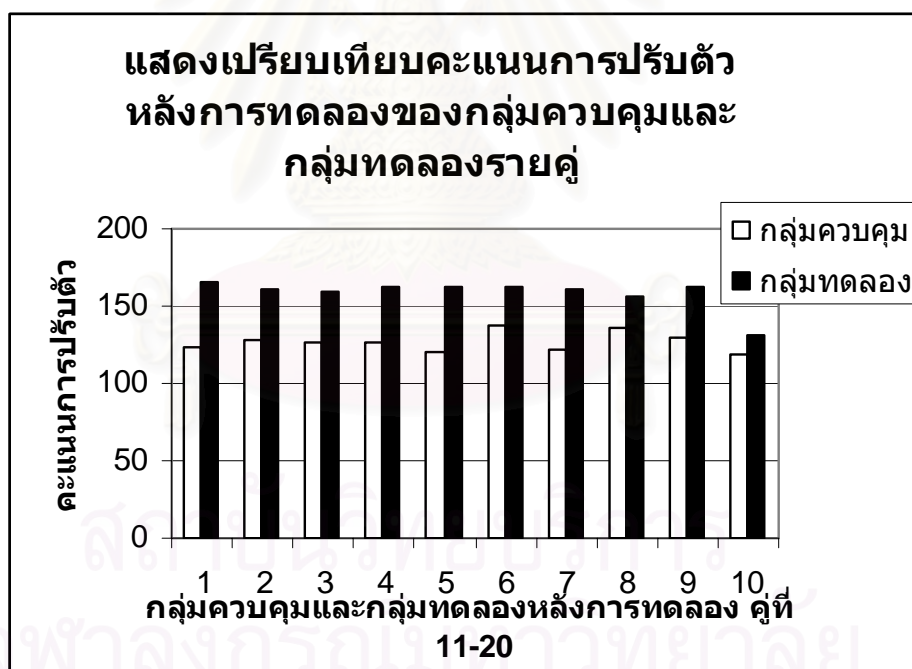


ภาพที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

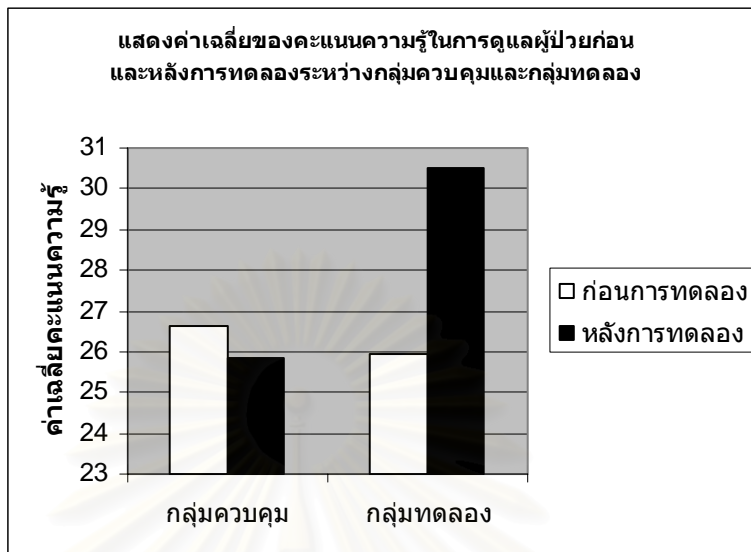


ภาพที่ 3



ภาพที่ 4

ภาพที่ 3 และ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวทางจิตสังคมโดยรวมหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเปรียบเทียบเป็นรายคู่ (คู่ที่ 1-20)



ภาพที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหันก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ นางสาวสุพิชชา ทองประสิทธิ์ เกิดวันที่ 10 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2509 ภูมิลำเนาเกิดที่จังหวัด ฉะเชิงเทรา สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น) ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีธัญญา นนทบุรี ปี พ.ศ. 2531 เข้ารับราชการในตำแหน่งพยาบาลเทคนิค 2 ที่โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา และลาศึกษาต่อในปี 2535-2537 จนสำเร็จหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง 2 ปี เทียบเท่าปริญญาตรี) ที่วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปี พ.ศ. 2537 และดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 3-7 ปฏิบัติงานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย