

ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย



นางสาว นุศรา วิชัยโกวิทเทน

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-53-2182-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING COMBINED WITH INFORMATIONAL
AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS
IN SPOUSES OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS



Miss Nussara Vichkovitten

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-53-2182-6

นุสรุรา วิชัยโกวิทเทน : ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและ
 อารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (EFFECTS OF
 BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING COMBINED WITH INFORMATIONAL AND
 EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN SPOUSES OF
 MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. ชนกพร จิตปัญญา อ. ที่ปรึกษา
 ร่วม : อ. ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์, 136 หน้า. ISBN 974-53-2182-6

การวิจัยที่ทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วย
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและ
 อารมณ์ และภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม
 การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่ม
 ตัวอย่างคือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิ
 ประสงค์ จำนวน 40 คน จัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยการจับคู่ให้มีลักษณะเหมือนกัน
 ในด้านเพศกับอายุของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิต
 ขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้
 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย
 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตาย ซึ่งเครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และมีค่าความเที่ยง
 จากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยเลขคณิต
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการ
 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่
 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการ
 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล
 ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

| | | |
|------------|--------------|-------------------------------------|
| สาขาวิชา | พยาบาลศาสตร์ | ลายมือชื่อนิสิต |
| ปีการศึกษา | 2547 | ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา |
| | | ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม..... |

4677575036: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING / PSYCHOLOGICAL DISTRESS / SPOUSES / MYOCARDIAL INFARCTION

NUSSARA VICHKOVITTEN: EFFECTS OF BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING COMBINED WITH INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN SPOUSES OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS.

THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., THESIS COADVISOR: SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D., 136 pp. ISBN 974-53-2182-6.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of basic cardiac life support training combined with informational and emotional support program on psychological distress in spouses of myocardial infarction patients, Sappasitthiprasong Hospital. The sample consisted of 40 patient's spouses who were assigned to an experimental group and a control group. The two groups were similar in sex and age. The experimental group received basic cardiac life support training combined with informational and emotional support program, which was developed from Ridner's (2004) concept of psychological distress. The control group received routine nursing care. Instruments used were a demographic data form and the Brief Symptom Inventory (BSI). The instruments were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the BSI was .97. The data were analyzed using Mean, Standard Deviation, and t-tests.

Results were as follows:

1. The psychological distress of spouses of myocardial infarction patients receiving basic cardiac life support training combined with informational and emotional support program at posttests two and three weeks post-intervention were significantly lower than that at pretest ($p=.05$).

2. The psychological distress in spouses of myocardial infarction patients receiving basic cardiac life support training combined with informational and emotional support program were significantly lower than those who received routine nursing care ($p=.05$).

| | | |
|----------------|-----------------|------------------------------|
| Field of study | Nursing Science | Student's signature |
| Academic year | 2004 | Advisor's signature |
| | | Co- Advisor's signature..... |

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างสูงของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์เพื่อการแก้ไข ข้อบกพร่อง รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดระยะเวลาของการทำ วิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์. พ.ต.ต. หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ ประธาน สอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งตลอดการศึกษ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบัน ต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานผู้ปวยนอก หัวหน้างานผู้ปวย ฉุกเฉินและฉุกเฉิน หัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ความร่วมมือที่เป็น ประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่สนับสนุนด้านเวลา เพื่อการศึกษา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) บัณฑิตวิทยาลัย และ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนร่วมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มี ให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ และสมาชิกครอบครัวทุกคน ที่คอยเป็น กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| สารบัญแผนภาพ..... | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| วัตถุประสงค์การวิจัย..... | 4 |
| คำถามการวิจัย..... | 4 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 5 |
| ขอบเขตการวิจัย..... | 8 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 8 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 9 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 11 |
| 1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย..... | 11 |
| 2. คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย..... | 21 |
| 3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจและการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ..... | 24 |
| 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ..... | 24 |
| 3.2 การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ..... | 25 |
| 4. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย..... | 27 |
| 5. โปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์.. | 34 |
| 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 37 |
| กรอบแนวคิดในการวิจัย..... | 41 |

สารบัญ (ต่อ)

| | หน้า |
|---|------|
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 42 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... | 42 |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 45 |
| การดำเนินการวิจัย..... | 52 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล..... | 56 |
| การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... | 56 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 55 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 61 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 69 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 73 |
| การอภิปรายผลการวิจัย..... | 73 |
| ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้..... | 77 |
| ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป..... | 77 |
| รายการอ้างอิง..... | 79 |
| ภาคผนวก | |
| ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ..... | 87 |
| ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลวิจัย..... | 89 |
| ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและผลการพิจารณาจริยธรรม การวิจัย..... | 94 |
| ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย..... | 100 |
| ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม..... | 132 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 136 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่..... | 44 |
| 2 | จำนวนและร้อยละของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้..... | 62 |
| 3 | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3..... | 64 |
| 4 | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม. | 65 |
| 5 | การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม..... | 66 |
| 6 | การแจกแจงของข้อมูลภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง..... | 133 |
| 7 | การแจกแจงของข้อมูลภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มควบคุม..... | 134 |
| 8 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคน..... | 135 |

สารบัญแผนภาพ

| แผนภาพที่ | | หน้า |
|-----------|-------------------------------------|------|
| 1 | แสดงตำแหน่งเจ็บหน้าอกในผู้ป่วย..... | 14 |
| 2 | แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย..... | 58 |
| 3 | แสดงขั้นตอนการทดลอง..... | 59 |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงที่เกิดอาการเฉียบพลัน (Acute) สลับกับช่วงการฟื้นสภาพ (Recovery) ต่อเนื่องกันไป (Horn, Fleury, and Moore, 2002) อาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Angina pectoris) การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) และการตายอย่างกะทันหันจากหัวใจ (Sudden cardiac death) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 73) การเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (จอม สุวรรณโณ, 2541) โดยเฉพาะการดูแลจากคู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด มีความรักใคร่ผูกพันห่วงใยเอื้ออาทร และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากที่สุด คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วย (Baines and Oglesby, 1992)

การดูแลและให้การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนที่เกิดจากสัมพันธภาพ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะวิกฤติหลังเกิดความเครียดได้ดี (Cutrona, 1996) การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วย (Friedman and King, 1994) ผลการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นสภาพประสบผลสำเร็จ ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอันตรายหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ขึ้นซ้ำ (Riegel, 1989; Beach, Malony, and Placia, 1992; Creasia, 1992 cited in Hupcey and Morse, 1995.; Moser, 1994, and Rankin, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า การช่วยเหลือดูแลและให้การสนับสนุนจากคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียด ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปรับตัว และพฤติกรรมสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วารสาร นาครัตน์, 2533; ชรัสนิกุล ยี่มบุญณะ, 2533; แพรว ระพี เรืองเดช, 2534; กุลธิดา พานิชกุล, 2536; พรทิพา ศุภราศี, 2538)

ในขณะที่ผู้สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จากการศึกษากลับพบว่าภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อผู้สมรสเป็นอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; จารุวรรณ มานะสุการ, 2544; Thompsom, Ersser, and Webster, 1995; Kettunen et. al, 1998; Svedlund and Axelsson, 2000; Lukkarinen and Kyngäs, 2003) โดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านจิตใจพบว่า ผู้สมรสมีระดับความรุนแรงของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ในระดับใกล้เคียงหรือมากกว่าผู้ป่วยด้วยซ้ำไป (ภิญญา หนูภักดี, 2533; Hilbert, 1993; Moser, Dracup, and Marsden, 1993) การศึกษาของ O'Farrell, Murray, และ Hotz (2000) พบว่า ผู้สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 66 เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ และอาการแสดงของภาวะความกดดันด้านจิตใจแสดงออกมาในลักษณะของ ความรู้สึกเครียด นอนไม่หลับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Klieber และคณะ (1994) และ Fleurry และ Moore (1999) ซึ่งพบว่า การตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ความซึมเศร้า โกรธ วิดกกังวล สิ้นหวัง กลัว รู้สึกผิดหวัง และอ่อนล้า ภาวะความกดดันด้านจิตใจเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านร่างกาย ทำให้ผู้สมรสเกิดความรู้สึกเบื่ออาหาร ร่างกายทรุดโทรม ท้องผูก นอนไม่หลับ และเหนื่อยล้า (จารุวรรณ มานะสุการ, 2544; Kettunen และคณะ, 1998)

ความกดดันด้านจิตใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้สมรสมีความใกล้ชิดและผูกพัน Ridner (2004) ได้สรุปสาเหตุของภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลว่าเกิดจาก

1. ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) หลายการศึกษาในกลุ่มผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นพบว่า สิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความกดดันด้านจิตใจประกอบด้วย ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการการติดต่อสื่อสาร และความต้องการในการช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตามลำดับ (Moser, Dracup and Marsden, 1993; Turton, 1998; Fleury and Moore, 1999; Svedlund and Axelsson, 2000; Webster, Thompson and Mayou, 2002; Lukkarinen and Kyngäs, 2003)

2. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตนเองได้ เช่น ไม่สามารถควบคุมสติ

ตนเองได้ และไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย (Moser and Dracup, 2000)

3. การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping) โดยพบว่าคู่สมรสของผู้ป่วยมักมีการเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์ และใช้การหลีกเลี่ยงและหนีจากปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการแก้ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มภาวะความกดดันด้านจิตใจมากขึ้นอีกตามลำดับ (Nyamathi et al, 1992; O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000) การศึกษาในประเทศไทยของภิญญา หนูภักดี (2533) พบว่าคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งใช้อารมณ์และการแก้ปัญหา

การพยาบาลที่สามารถป้องกันและลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นจะต้องเป็นการพยาบาลที่จัดกระทำต่อตัวแปรที่เป็นสาเหตุคือ 1) ต้องมีการให้ความรู้หรือข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วยและคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย Fleury และ Moore (1999) ได้ศึกษาความต้องการของครอบครัวและคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและสามารถแบ่งความต้องการออกเป็น 3 ด้านคือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) ความต้องการการติดต่อสื่อสาร (Communication) และความต้องการการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก (Comfort) ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยและคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ได้รับการตอบสนองจากเจ้าหน้าที่ 2) ต้องมีการส่งเสริมให้คู่สมรสมีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) สูงขึ้นและ 3) ช่วยเหลือสนับสนุนให้คู่สมรสสามารถใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Coping) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทยพบเพียง การศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเรื่องของการดูแลโดยทั่วไป การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและจัดอาหาร การพักผ่อนคลายเครียด และการใช้ยาเพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ (วิไล พงษ์พร้อมเย็น, 2544) ซึ่งยังไม่ครอบคลุมสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นการจัดกิจกรรมแบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน โดยกิจกรรมนั้นเป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นการสนับสนุนเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ซึ่งเป็น ข้อมูลที่คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความต้องการมากที่สุด (Turton, 1998) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการใช้กลุ่มปรึกษา จะมีประโยชน์ในการระบาย

ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นของคู่สมรส (Thompson and Meddis, 1990) 2) การฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู่ชีวิต การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นต้นแบบสัญลักษณ์เรื่อง การปฏิบัติการกู่ชีวิต การสาธิตการปฏิบัติการกู่ชีวิตโดยผู้วิจัยและคณะ และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่น ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการเรียนรู้จากต้นแบบสัญลักษณ์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สถานการณ์จริงจากข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียง การสาธิตการปฏิบัติการกู่ชีวิตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทักษะจากผู้วิจัยร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้หุ่นจำลองซึ่งจะมีสัญญาณแสดงให้ผู้ฝึกทราบว่าตนเองปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ร่วมกับการประเมินจากผู้ฝึก เป็นข้อมูลป้อนกลับที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำ

การใช้โปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งจัดกระทำต่อตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะสามารถทำให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจัดเป็นบริบททางสังคมที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมี ภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง ส่งผลให้คู่สมรสสามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแล และสามารถให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นอันตราย ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ สามารถลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์หรือไม่

2. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจของคู่สมรสที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000; Fleury and Moore, 1999; Klieber et al, 1994) ภาวะความกดดันด้านจิตใจนั้นส่งผลให้คู่สมรสไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเต็มความสามารถ (Moser and Dracup, 2000; O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000)

Ridner (2004) ให้ความหมายของความกดดันด้านจิตใจว่า หมายถึง ความไม่สุขสบายที่มีลักษณะเฉพาะ (unique discomfort) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวรตามแนวคิดของ Ridner ความกดดันด้านจิตใจเกิดจากปัจจัย 3 ด้าน คือ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม และการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการฝึกปฏิบัติการปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมปัจจัยทั้ง 3 ด้าน อันเป็นสาเหตุของภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support) การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นกิจกรรมแรกที่จัดขึ้นเพื่อลดปัจจัยด้านแรกคือ ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเป็นความต้องการมากที่สุดของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รองลงมาคือ ความต้องการการติดต่อสื่อสาร และความต้องการความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก (Fleury and Moore, 1999) การสนับสนุนด้านข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณาให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจากการศึกษาของ Turton (1998), และ Moser และ Dracup (2000) พบว่า ข้อมูลที่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการมากที่สุด ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติ

ตนเองเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้จ่าย และการออกกำลังกายตามลำดับ โดยการให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน พร้อมกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มซักถาม ร่วมกับการให้คำแนะนำ ส่วนความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอันดับรองลงมา คือ ความต้องการการติดต่อสื่อสาร และความต้องการการช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกนั้น จะเป็นสิ่งที่ได้รับการตอบสนองอยู่ในทุกระดับขั้นตอนของกิจกรรม และการสนับสนุนด้านอารมณ์จะเป็นกิจกรรมในการช่วยเหลือให้คู่สมรสมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Coping) โดยในระหว่างกิจกรรมจะเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความเครียดและระบายความวิตกกังวล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการเผชิญปัญหาร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน การกระตุ้นและชี้แนะ Dracup และคณะ (1997) ได้ศึกษาการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ หลังการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีการรับรู้และมีระดับการปรับตัวด้านจิตใจที่สูงขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกกู่ชีวิตเพียงอย่างเดียว Santavirta, Kettunen, และ Solovieva (2001) ศึกษาการเผชิญปัญหาของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรกของการฟื้นฟูสภาพ โดยศึกษาการตอบสนองทางอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของความกลัวและความกดดันในการเผชิญปัญหา ในระยะ 2 สัปดาห์- 4 เดือน หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความกลัวและความกดดันที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้คู่สมรสสามารถเผชิญปัญหาได้ในอนาคตและส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleury และ Moore (1999) ศึกษา Family- Centered Care ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ป่วยและคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2) การฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู่ชีวิต การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวแทนสัญลักษณ์เรื่องการปฏิบัติการกู่ชีวิต การสาธิตการปฏิบัติการกู่ชีวิตโดยผู้วิจัย และคณะ และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่น ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) เพิ่มขึ้นผ่านการเรียนรู้จากตัวแทนสัญลักษณ์ที่เป็นสื่อวีดิทัศน์เพื่อให้เกิดการเรียนรู้สถานการณ์จริงจากข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงประกอบการสาธิตการฝึกกู่ชีวิตเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทักษะจากผู้วิจัยร่วมกับการฝึก

ปฏิบัติจริงโดยการใช้หุ่นจำลองซึ่งจะมีสัญญาณแสดงให้ผู้ฝึกทราบว่าตนเองปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ ร่วมกับการประเมินจากผู้ฝึก เป็นข้อมูลป้อนกลับที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำ ผ่านกระบวนการการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ และประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ และเนื่องจากการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหันเป็นภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ ผู้ที่อยู่กับผู้ป่วยในขณะที่เกิดภาวะนี้มักเป็นคู่สมรส ดังนั้นการได้รับข้อมูลและการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะทำให้คู่สมรสที่ได้รับการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุม (perceived control) สูงขึ้นและมีความกดดันด้านจิตใจลดลง จากการศึกษาของ Moser และ Dracup (2000) ในการทดลองฝึกปฏิบัติการกู้ชีวิตให้กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ามีผลทำให้คู่สมรสมีความสามารถในการควบคุมมากขึ้น และระดับความกดดันด้านจิตใจลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Platz และคณะ (2000) ในการฝึกกู้ชีวิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ ครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย เพราะกลัวอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น กลัวว่าไม่มีความรู้เพียงพอและความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย และภายหลังการฝึกกู้ชีวิตแก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ผู้เข้ารับการฝึกส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสถึงร้อยละ 64 และมีความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น

จากการใช้โปรแกรมการฝึกปฏิบัติการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งมีความครอบคลุมการจัดกระทำต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยจึงคาดว่าจะทำให้ความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลงได้

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. ประชากรที่ศึกษา คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

2.2 ตัวแปรตาม คือ ภาวะความกดดันด้านจิตใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย

1) การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้ที่ตรงตามความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ตามลำดับ โดยการให้ข้อมูลเป็นรายกลุ่มพร้อมกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มซักถามร่วมกับการให้คำแนะนำ และการใช้ Support group ในระหว่างกิจกรรมจะเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ระบายความรู้สึกเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความเครียดและระบายความวิตกกังวล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการเผชิญปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน การกระตุ้นและชี้แนะแนวทาง

2) การฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู่ชีวิต การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวอย่างสัจธรรมเรื่องการบริหารกู่ชีวิต การสาธิตการปฏิบัติกู่ชีวิตโดยผู้วิจัยและคณะ และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่นจำลอง

การจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน รวมทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ห่างกัน 1 สัปดาห์

ภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) หมายถึง ภาวะทางอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวัดจากแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจที่ผู้วิจัยถอดความและ

แปลความจาก Brief Symptom Inventory (BSI) ของ Derogatis (1992) ประกอบด้วยการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจทั้ง 9 ด้าน คือ ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-Compulsion) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Sensitivity) ซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) มุ่งร้าย (Hostility) กลัว (Phobic anxiety) หวาดระแวง (Paranoid Ideation) และลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) มีข้อคำถามทั้งหมด 53 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำ เช่น ได้ 1 ถึง 2 คะแนน อยู่ในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง ได้ 2 ถึง 3 คะแนน อยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก และ ได้ 3 ถึง 4 คะแนน อยู่ในระดับ มากถึงมากที่สุด

คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง สามีหรือภรรยาที่อยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และให้การดูแลผู้ป่วยในเรื่องของอาการและปัจจัยเสี่ยง การจัดการอาการ การใช้ยา โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่ให้ความรู้แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ พร้อมทั้งบันทึก การประเมินสัญญาณชีพ การติดตามผลการรักษาและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจนพ้นภาวะคุกคามชีวิตจนถึงการฟื้นฟูสภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยคู่สมรสของผู้ป่วยจะได้รับความรู้ด้านสุขภาพในด้านสุขภาพเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พยาธิสภาพ ยาที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวต่างๆ ไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. **ทางด้านโรงพยาบาล** สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการให้การพยาบาลที่เป็นรูปธรรมและเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีการนำความรู้จากการวิจัยรองรับ (Evidence Based Practice) เพื่อป้องกันและลดระดับความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. **ทางด้านการศึกษา** นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการอบรมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกสามารถให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างเหมาะสม

3. **ทางด้านกรวิจัย** เป็นแนวทางการค้นคว้าและวิจัยพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับคู่สมรสหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจและการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ
 - 3.2 การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ
4. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 4.1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 4.2 ผลกระทบของการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 4.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
5. โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง โรคหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบอุดตัน จนทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ จนทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลักษณะการดำเนินของโรคจะมีทั้งช่วงที่เกิดอาการเฉียบพลัน (Acute) สลับกับช่วงการฟื้นสภาพ (Recovery) (Horn, Fleury, and Moore, 2002)

ภาวะของโรคที่เกิดอย่างเฉียบพลันและเป็นอันตรายถึงชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมากกว่า 90% ของภาวะนี้มีสาเหตุมาจากภาวะ

หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งจากปื้นไขมัน (Fibrous plaque) และต่อมา Fibrous plaque เกิดการฉีกขาดทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันขนาดของลิ่มเลือดมีผลให้การไหลเวียนเลือดภายในหลอดเลือดโคโรนารีลดลงหรือเกิดการอุดตันหลอดเลือด (วิเชียร ทองแดง, 2541: 165; กอบกุล บุญปราศรัย, 2546: 50)

พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดโคโรนารีอันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น เริ่มจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งเสริมด้วยความผิดปกติของเซลล์เอนโดทีเลียม เมื่อเกิดการฉีกขาดของ Fibrous plaque จะเหนี่ยวนำให้เกิดลิ่มเลือดเกาะติดผนังด้านในของหลอดเลือดโคโรนารี

ลิ่มเลือดขนาดเล็กจะไม่มีผลต่อการอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารี แต่แผลเป็นที่เกิดขึ้นจะทำให้ fibrous plaque มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นนี้อาจละลายได้เองโดยวิธีธรรมชาติด้วยสารละลายลิ่มเลือดจึงไม่เกิดการอุดตันตามมา ถ้า Fibrous plaque มีการฉีกขาดซ้ำใหม่หรือการฉีกขาดกินบริเวณลึก บาดแผลที่เกิดขึ้นจะมีขนาดใหญ่อุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีมีผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานจนเกิดกลุ่มอาการหลอดเลือดแดงโคโรนารีเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) อาจเป็นอาการเจ็บหน้าอกชนิด Unstable angina หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรุนแรงของกลุ่มอาการหลอดเลือดแดงโคโรนารีเฉียบพลันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการอุดตันหลอดเลือด ถ้าลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดบางส่วน หรืออุดตันหลอดเลือดทั้งหมดเพียงชั่วคราว โดยมีหลอดเลือดทางเบี่ยงมาช่วยทำให้มีเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อีกหรือเปิดทางให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ หากการอุดตันเกิดอยู่นานน้อยกว่า 20 นาทีผู้ป่วยจะมีการเจ็บหน้าอกชนิด Unstable angina ถ้าหากเป็นมากกว่า 20 นาทีถึง 2 ชั่วโมงจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดไม่มี Q wave ใน ECG (Non Q wave Myocardial infarction หรือ Non Q wave MI) แต่ถ้าลิ่มเลือดอุดตันปิดกั้นหลอดเลือดทั้งหมดนานจนเลือดไหลผ่านไม่ได้นานเกิน 2 ชั่วโมง ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนนานจนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดมี Q wave ใน ECG (Q wave MI) (Sabatine et al., 1998 อ้างถึงใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเซลล์ได้รับความเสียหาย ถึงระดับเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย ความเสียหายที่เกิดขึ้นจะแผ่กระจายเป็นวงกว้างมากขึ้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการอุดตัน และความรุนแรงของการอุดตัน (ขนาดของหลอดเลือด) ของหลอดเลือดโคโรนารีเส้นนั้น นอกจากนั้นความรุนแรงของความเสียหายยังกินลึกผ่านผนังหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย กล้ามเนื้อหัวใจมีหน้าที่บีบเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความลึกของ

ผนังหัวใจที่เสียหายนี้ถ้าพบตลอดแนวจากชั้นผิว (Epicardium) ชั้นกล้ามเนื้อหัวใจ (Myocardium) จนถึงชั้นใน (Endocardium) เรียกว่า Transmural myocardium infarct ซึ่งแสดงว่าการอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีรุนแรงจนปิดกั้นรูหลอดเลือดแดงทั้งหมดและเป็นเวลานานจนความเสียหายที่เกิดขึ้นตลอดความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจจนถึงเซลล์ตาย แต่ถ้าการขาดเลือดรุนแรงน้อยกว่าคือเกิดบริเวณใต้ผนังชั้นในของหัวใจ (Subendocardium) ซึ่งบริเวณนี้มีเลือดไปเลี้ยงลดลงในขณะกล้ามเนื้อหัวใจหดตัว เนื่องมาจาก

1. หลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจถูกกดทำให้เลือดส่งผ่านไปยังชั้น Subendocardium ลดลง
2. ความดันในช่องหัวใจล่างเพิ่มขึ้นจะไปกดหลอดเลือดในชั้น Subendocardium ของผนังหัวใจ

3. ชั้น Subendocardium ของผนังหัวใจมีหลอดเลือดทางเป็ยงมาเลี้ยงจำนวนน้อย

ถ้าพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่หลอดเลือดแดงโคโรนารีร่วมกับเซลล์ในชั้น Subendocardium ของผนังหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงลดลงในขณะหัวใจหดตัวทำให้เซลล์บริเวณนี้ขาดเลือดถึงชั้นได้รับความเสียหายจนเซลล์ตายเรียก Subendocardial infarct

อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สำคัญมีดังนี้

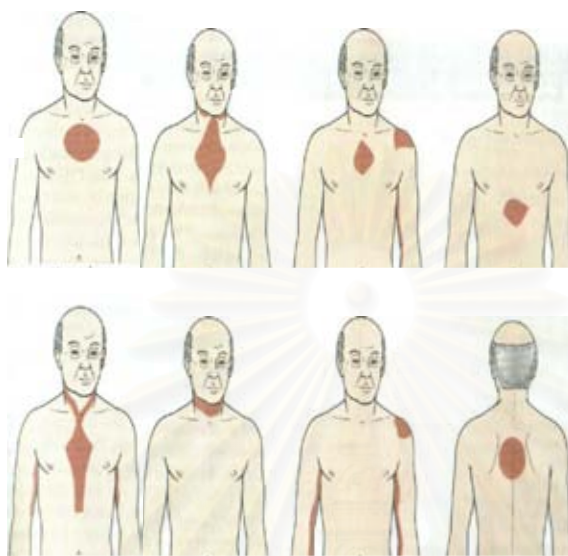
1. **อาการเจ็บหน้าอก** อาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดขึ้นในขณะใดก็ได้ เช่น ในขณะที่นอนพักหรือทำกิจกรรมอยู่ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ลักษณะอาการเจ็บหน้าอกที่พบบ่อยเรียงลำดับดังนี้ (คูไร ศรีแก้ว, 2543)

| | |
|-------------------------------|-------|
| 1.1 แน่น (Tight) | 93.2% |
| 1.2 กดทับ (Pressure) | 93.0% |
| 1.3 หนัก (Heaviness) | 92.5% |
| 1.4 บีบ (Crushing) | 91.3% |
| 1.5 ถูกแทง (Stabbing) | 91.1% |
| 1.6 ปวด (Aching) | 87.9% |
| 1.7 มีดบาด (Knifelike) | 87.7% |
| 1.8 ถูกแทงด้วยของแหลม (Sharp) | 87.4% |
| 1.9 ปวดแสบ (Burning) | 84.5% |
| 1.10 ถูกตัด (Cutting) | 83.1% |
| 1.11 บีบรัด (Constricting) | 77.8% |
| 1.12 ร้อน (Hot) | 30.2% |

1.13 เย็น (Cold)

23.5%

ตำแหน่งที่เจ็บหน้าอกในผู้ป่วย มีดังนี้



ที่มา: Lewis, Heitkemper, and Dirksen, 2000

1. บริเวณหน้าอกส่วนบน
2. ใต้กระดูกกลางอก แผ่ไปที่คอและขากรรไกร
3. ใต้กระดูกกลางอก แผ่ไปยังหัวไหล่และแขนซ้าย
4. บริเวณลิ้นปี่
5. บริเวณลิ้นปี่ แผ่ไปที่คอและขากรรไกร
6. บริเวณคอและขากรรไกร
7. บริเวณไหล่ซ้าย แขนด้านใน
8. บริเวณระหว่างกระดูกสะบัก

อาการเจ็บหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เวลาานานกว่า 20 นาที และอาการเจ็บหน้าอกจะไม่บรรเทาโดยการพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอริน (Porth, 1998 อ้างถึงใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

อาการเจ็บเกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานานจึงหลั่งสาร Adenosine และ lactate ซึ่งไปกระตุ้นปลายประสาทบริเวณนั้นๆ บริเวณเจ็บจากกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเจ็บร้าวไปบนทรวงอกระดับ C₇ ถึง T₄ (Sabatine et al., 1998 อ้างถึงใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

ประมาณ 25% ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งวินิจฉัยได้จากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นตามมาภายหลัง สำหรับผู้ป่วยเบาหวานบางคนอาจไม่รู้สึเจ็บเพราะเป็นโรค Peripheral neuropathy นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบเฉียบพลัน (Acute pericarditis) ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหน้าอกเหมือนมีของแหลมมาทิ่มแทง และเจ็บมากขึ้นขณะหายใจเข้าลึกๆ หรือขณะเปลี่ยนท่าซึ่งต่างจากการเจ็บหน้าอกจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Sabatine et al., 1998 อ้างถึงใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

2. อาการอื่นๆ ขณะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอกโดยปราศจากความเจ็บปวดจะไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการอาเจียน ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนอ่อนเพลียร่วมด้วยซึ่งเป็นการตอบสนองของประสาทซิมพาเทติก และไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ไปหลังสารเคททีโคลามีน มีผลให้เหงื่อแตก หัวใจเต้นเร็ว หน้ามืดหน้าซีดเนื่องจากหลอดเลือดหดตัว ใช้ภายใน 24 ชม. และยังคงมีอยู่นานเป็นสัปดาห์ เนื่องจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า กระสับกระส่าย วิตกกังวล อาการที่สัมพันธ์กับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ได้แก่ การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง มีผลให้หัวใจห้องล่างหดตัว ส่งเลือดออกมาในแต่ละครั้งลดลง ปริมาตรและความดันในหัวใจห้องล่างขณะคลายตัวเพิ่มขึ้น ความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายจึงเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจยืดหยุ่นไม่ดี ลามไปถึงหัวใจห้องล่างซ้าย และ Pulmonary vein การยืดขยายของปอดลดลงหายใจเร็ว ตื้น หรือหายใจลำบาก มีของเหลวคั่งในถุงลมปอดผู้ป่วยจะแสดงอาการ หอบเหนื่อย เยื่อ เยียว เรียกว่าภาวะนี้ว่าปอดบวมน้ำ (Sabatine et al., 1998 อ้างถึงใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดที่นำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่

1. อายุ การตีบตันของหลอดเลือดหัวใจจะพบได้บ่อยขึ้นและรุนแรงขึ้นตามอายุ ซึ่งมักพบในช่วงระหว่างอายุ 40-70 ปี
2. เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบว่าเพศชายจะเสียชีวิตด้วยโรคนี้เป็น 1.3 เท่าของเพศหญิง

3. กรรมพันธุ์ กรรมพันธุ์เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของการป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย บุตรหลานของผู้ป่วยเป็นโรคนี้มีโอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าบุตรหลานของผู้ที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. ระดับไขมันในเลือด การที่มีระดับไขมันในเลือดสูงจะมีโอกาสทำให้เกิดโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่มีระดับไขมันในเลือดต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อมีระดับไขมันในเลือดสูงมากเกินไป ไขมันจะตกตะกอนไปจับตามผนังของหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแดงแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายของหลอดเลือดย่อมลดน้อยลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก โดยปกติระดับไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร

5. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตปกติประมาณ 2-7 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงจะทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบ คดงอ และงอเล็กน้อย ทำให้จำนวนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง โอกาสที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก็จะสูงขึ้นตามลำดับ

6. การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหนึ่งส่งเสริมให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากนิโคตินในควันบุหรี่จะซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด ทำให้ผนังของหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง เลือดไหลไม่สะดวก โอกาสที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่สูบบุหรี่จะต้องสูดควันบุหรี่เข้าไปในปอด ในควันบุหรี่มีคาร์บอนมอนนอกไซด์อยู่ประมาณ 3-6 % เมื่อคาร์บอนมอนนอกไซด์เมื่อเข้าสู่กระแสเลือดจะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนไปใช้ โดยไปแทนที่กับออกซิเจนที่จับอยู่กับฮีโมโกลบินทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ง่าย

7. การออกกำลังกาย ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายจะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายหลายเท่า ได้มีรายงานถึงความแตกต่างระหว่างผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย บุคคลที่ทำงานโดยใช้แรงงานจะมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้น้อยกว่าบุคคลที่ทำงานเป็นผู้บริหาร

8. ความเครียดในการดำรงชีวิตจากการศึกษาเชื่อว่าความเครียดและวิถีทางในการดำเนินดำรงชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคนี้ บุคคลที่มีอารมณ์เครียดไม่ได้พักผ่อนเท่าที่ควรมีความวิตกกังวลตรากตรำต้องงานมากย่อมทำให้เกิดโรคนี้ได้ง่าย นอกจากนี้บุคคลที่มีบุคลิกลักษณะบางอย่าง เช่น มีความทะเยอทะยานสูง ขาดความอดทนและมีความเคร่งเครียด วิตกกังวลเกินควรก็จะเป็นเหตุให้เกิดโรคนี้ได้ง่ายขึ้น

9. สาเหตุอื่นๆ เช่น ความอ้วน โรคเก๊าท์ เชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่ ชนชั้น และระดับการศึกษา ก็เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้เช่นเดียวกัน

ปัจจัยเสี่ยงบางชนิดแก้ไขได้บางชนิดไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศชาย อายุ และประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว แต่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักจะมีปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ร่วมด้วย เช่น ผู้ชายมักจะมีสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันก็อาจจะมีความเสี่ยงเรื่องอื่นๆ เช่น ระดับไขมันสูงเหมือนกัน

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งเป็น

1. การจัดการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยที่น่าสงสัยจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล การประเมินสภาพผู้ป่วยและการจัดการควรเริ่มอย่างรวดเร็วภายใน 10 นาที และไม่ควรเกิน 20 นาที เพื่อให้เลือดไหลเวียนผ่านตำแหน่งที่อุดตันในหลอดเลือดโคโรนารีได้เร็วที่สุดโดย

American College of Cardiology and American Heart Association (ACC/ AHA) ได้กำหนดแนวทางในการจัดการผู้ป่วยที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่แผนกฉุกเฉินดังนี้ (Ryan et al., 1996 อ้างถึงใน กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

1.1 ให้ออกซิเจนเพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

1.2 ให้ไนโตรกลีเซอรินอมใต้ลิ้น ถ้าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ไม่ต่ำกว่า 90 มม.ปรอท หรืออัตราการเต้นของหัวใจไม่ต่ำกว่า 50 ครั้ง/ นาที หรือไม่เกิน 100 ครั้ง/ นาที ไนโตรกลีเซอรินอมใต้ลิ้น มีผลให้หลอดเลือดขยายและลดอาการเจ็บหน้าอก

1.3 ให้ Morphine 2-5 มก. IV ใช้บรรเทาอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงและลดความวิตกกังวลในขณะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ลดการทำงานของประสาทซิมพาเทติก ลดการใช้ ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการไหลกลับของเลือดดำเข้าสู่หัวใจ (Venous return) ลดการทำงานของหัวใจ ลด preload อาการข้างเคียง ง่วงนอน สับสน ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้และอาเจียน ท้องผูก ตาแห้ง และกดการหายใจ

1.4 ให้ Aspirin เพื่อยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ลดอัตราการตายและลดการเกิด MI ซ้ำ Aspirin ควรเริ่มให้เมื่อมีอาการ AMI ทันทีและให้ต่อไปถ้าไม่มีข้อห้ามอื่นๆ (ในกรณีที่เกิดเลือดออกผิดปกติ หรือภูมิแพ้) นอกจากยับยั้งเกล็ดเลือดมาเกาะกลุ่มแล้ว Aspirin ยังช่วยให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งแรงภายหลังจากรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) (Anderson and Willerson, 1993)

1.5 บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead เพื่อวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจเบื้องต้น ถ้าคลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงว่าเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องรีบได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน

1.6 เจาะเลือดหาระดับสารโมเลกุลใหญ่และเอนไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจตายในซีรัม เพื่อยืนยันการวินิจฉัย

1.7 ให้นอนพักบนเตียงติดเครื่อง ECG monitoring ไว้ เพื่อตรวจภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias)

1.8 ให้อายากลุ่ม Beta-blocker

1.9 ให้ anticoagulant ได้แก่ heparin warfarin และตามด้วยยาละลายลิ่มเลือด ใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.10 ให้ Angiotensin Converting Enzyme (ACE) inhibitor โดยการยับยั้งเอนไซม์ Angiotensin Converting Enzyme ซึ่งเปลี่ยน Angiotensin I ไปเป็น Angiotensin II มีผลให้หลอดเลือดขยายตัว

2. วิธีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น

2.1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) การใช้ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะได้ผลดีที่สุดถ้ารักษาภายใน 1-2 ชั่วโมงหลังเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสามารถให้ได้ภายใน 12 ชั่วโมงภายหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก

2.2 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty หรือ PTCA)

2.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่อุดตัน (Coronary Artery Bypass Grafting surgery หรือ CABG surgery) การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยวิธีผ่าตัด CABG มีน้อย อาจใช้ในกรณีที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือดและ PTCA ไม่ได้ผล

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบ่งได้ 2 ส่วน คือ ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก

ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกี่ยวข้องกับขนาดตำแหน่งและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1.1 ภาวะแทรกซ้อนจากโครงสร้างของหัวใจ (Mechanical complication) ถูกทำลาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจาก mechanical complication ซึ่งทำให้เกิดการไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (Circulatory failure) มักเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวอย่างรุนแรง (Severe left ventricular dysfunction) เพราะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้าง นอกจากนี้ยังมีบางรายที่อาจเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตายซึ่งนำไปสู่การทำงานที่ล้มเหลวของหัวใจด้านขวา และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เช่นกัน Mechanical complication อื่นๆ ที่เกิดได้ไม่มากนัก เช่น Rupture interventricular septum, Left ventricular free wall rupture, และ Papillary muscle rupture ซึ่งทำให้หัวใจไม่ตรัสรั่ว (Mitral regurgitation) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจเกิดร่วมกับการทำงานผิดปกติของหัวใจห้องล่างซ้ายหรือไม่ก็ได้

1.2 ภาวะแทรกซ้อนจากกระแสไฟฟ้าในหัวใจ (Electrical complication) ผิดปกติ ได้แก่ Ventricular หรือ Supraventricular premature extra-systole พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การตรวจพบเหล่านี้เป็นสิ่งที่ไม่ได้บ่งถึงการทำนายโรคและไม่อันตราย ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาใดๆ แต่ถ้าเกิดขึ้นบ่อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้า QRS complex มีรูปร่างแปลกๆ หลายลักษณะแล้วจะมีการทำนายโรคที่ไม่ดีนัก อย่างไรก็ตามการพยายามให้ยาเพื่อแก้ไขจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี เช่น Supraventricular arrhythmia, Bradycardia, และ Ventricular arrhythmia ซึ่งประกอบด้วย Ventricular fibrillation และ Ventricular tachycardia มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในช่วงปีแรกเกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล โดยเกือบทั้งหมดเกิดจาก Ventricular tachyarrhythmia การที่ผู้ป่วยได้รับการทำ cardiopulmonary resuscitation ร่วมกับการทำ Defibrillation อย่างรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้นมาก โดยเฉพาะถ้ามีผู้เห็นเหตุการณ์และสามารถทำ Cardiopulmonary resuscitation (CPR) ให้แก่ผู้ป่วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแล้วแพทย์ผู้ให้การรักษาคควรเฝ้าดูอย่างใกล้ชิดว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ และเมื่อตรวจพบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต้องให้การแก้ไขและรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย (นิธิ มหานนท์, 2543)

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รอดชีวิตกลับบ้านนั้นยังมีโอกาสเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 10 ภายในช่วง 1 ปีแรก เพราะกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดซ้ำหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดใหม่ ดังนั้นถ้าตรวจพบและป้องกันภาวะขาดเลือดให้แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ได้ก็จะช่วยลดอัตราการตายลง และเนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน (Sudden death)

จากการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่นำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านคือ

2.1 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และ Unstable Angina ภาวะที่หัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสิ่งสำคัญต่อการทำนายโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความเสี่ยงสูง (Myocardium at risk) ต่อการเกิดหัวใจตายซ้ำ (Reinfarction) ซึ่งถ้าเกิดขึ้นจะทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้นตามไปด้วย การรักษาด้วยยาหรือ Revascularization มีความจำเป็นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ซึ่งจะแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (Risk stratification) ต่อการเกิด Cardiac events (Sudden death, Acute infarct, Unstable angina) การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและ Unstable angina หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้อาจจะเกิดช่วงระยะเวลาใดก็ได้ แต่จะเกิดบ่อยในช่วง 2-3 เดือนแรก (นิตี มหานนท์, 2543)

2.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้างและมักเกิด 2-3 วันหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนี้นี้ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะถ้ามีภาวะช็อกร่วมด้วย ถ้าเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกผู้ป่วยควรได้รับการเอกซเรย์ฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจเพื่อพิจารณาแก้ไขด้วยการขยายหลอดเลือดหรือการผ่าตัดต่อหลอดเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการตายค่อนข้างสูง แต่ถ้าภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วงวันที่ 2 หรือ 3 และไม่มีควมรุนแรงนักอาจพิจารณาให้ยา Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) และ/ หรือยาขับปัสสาวะร่วมกับ Digitalis (นิตี มหานนท์, 2543; กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

2.3 การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (sudden death) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมักเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล การเสียชีวิตอย่างกะทันหันนี้มักเกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีสาเหตุมาจากการเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรงของหัวใจห้องล่าง (Ventricular arrhythmia) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเสียชีวิตก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะลดอัตราการตายจากการเสียชีวิตอย่างกะทันหันของผู้ป่วยที่เกิดนอกโรงพยาบาล มีข้อมูลที่ชี้ชัดว่าผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่มีผู้อยู่ในเหตุการณ์จะมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าที่เกิดขึ้นโดยไม่มีผู้รู้เห็น โดยผู้ที่รอดชีวิตนั้นมักได้รับการช่วยเหลือโดยการทำการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน ภายใน 4-5 นาที อย่างไรก็ตามในประเทศไทยขณะนี้ยังไม่มีระบบหรือนโยบายในการสอนการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยหรือชุมชนอย่างทั่วถึง การรอดชีวิตจากการเสียชีวิตอย่างกะทันหันนี้จึงยังเป็นเพียงโอกาสเท่านั้น (นิตี มหานนท์, 2543; กอบกุล บุญปราศภัย, 2546)

จากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นแม้จะได้รับการรักษาพยาบาลจนพ้นหายจากภาวะวิกฤตหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว ผู้ป่วยก็ยังไม่หายขาดจากโรคเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หลังจากผู้ป่วยกลุ่มนี้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตจากการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแล้ว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอีกมากมาย ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องควบคุมอาการของโรคโดยการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ การงดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การที่ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และอาจล้มเลิกความพยายามที่จะดูแลตนเอง (จรรยา ตันติธรรม, 2536) แม้จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลก็ตาม ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น

2. คุณสมบัติของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คุณสมบัติ หมายถึง บุคคลต่างเพศสองคนที่อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา โดยทั่วไปแล้วจะผ่านกระบวนการสมรสหรือการแต่งงาน ซึ่งเป็นพิธีการที่กำหนดโดยกฎหมายหรือประเพณีให้มีสิทธิและข้อผูกพันกัน (นพวรรณ จงวัฒนา, 2531)

คุณสมบัติของผู้ป่วยจัดเป็นองค์ประกอบทางสังคมที่สำคัญต่อการเกิดและการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย (Dhooper, 1990; Sotile, 1993) การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณค่ายิ่งต่อการดำรงชีวิตร่วมกันระหว่างสามีและภรรยา การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของอีกฝ่ายเป็นอย่างดี (Friedman and King, 1994) การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนที่เกิดจากสัมพันธ์ภาพและช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติหลังเกิดความเครียดได้ (Cutrona, 1996) คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเกิดเจ็บป่วย เพราะคู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด มีความห่วงใย ความเอื้ออาทร และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Baines and Oglesby, 1992)

สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากคู่สมรสจะการเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพประสบผลสำเร็จ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการลดอัตราการหรือโอกาสการเกิด Cardiac arrest ขึ้นซ้ำ (Riegel, 1989; Moser, 1994) และพบว่าผู้ที่มักอยู่กับผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นคือคู่สมรสนั่นเอง

ในขณะที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่จากการศึกษากลับพบว่าภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; จารุวรรณ มานะสุการ, 2544; Thompsom, Ersser, and Webster, 1995; Kettunen et. al, 1998; Svedlund and Axelsson, 2000; Lukkarinen and Kyngäs, 2003) โดยเฉพาะผลกระทบต่อด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ในระดับใกล้เคียงหรือมากกว่าผู้ป่วยด้วยซ้ำไป (ภิญญา หนูภักดี, 2533; Hilbert, 1993; Moser, Dracup, and Marsden, 1993)

ความเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดหัวใจและการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากเกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสซึ่งเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดของผู้ป่วย (Thompsom, Ersser, and Webster, 1995; Kettune et al, 1999; Svedlund and Axelsson, 2000; Lukkarinen and Kyngäs, 2003) ผลกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยต่อคู่สมรส สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ผลกระทบด้านจิตใจ จากการศึกษาพบว่าผลกระทบด้านจิตใจของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นในลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional distress) ดังมีการศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

Thompson และ Meddis (1990 cited in Fleury and Moore, 1999) ศึกษาความรู้สึกของภรรยาผู้ป่วย acute MI ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พบว่าภรรยาของผู้ป่วยจะมีความรู้สึกกังวลใจวิตกกังวลในเรื่องของผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะสุขภาพทั่วไป, การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ, กิจกรรมทางเพศ, สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและผู้ป่วย, ความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงาน, และความสามารถที่ผู้ป่วย acute MI สามารถปฏิบัติได้

Klieber และคณะ (1994) ศึกษาการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยขณะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการหลายชนิด ได้แก่ despair, joy, worry, anger, helplessness และ exhaustion

Fleurry และ Moore (1999) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วย acute MI พบว่าอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้แก่ despair , anger, worry, fear, frustration, guilt, helplessness และ exhaustion

O'Farrell, Murray, and Stephen (2000) ศึกษาภาวะ Psychological distress ของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 213 คน ที่เคยเกิด heart attack และอยู่ในระหว่างการเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า

- คู่สมรส ร้อยละ 66 มีภาวะ Psychological distress
- คู่สมรสที่อายุน้อยมี psychological stress มากกว่าผู้สูงอายุมาก
- Stress spouse ใช้ disengagement coping strategies มากกว่า nonstress spouse
- Stress spouse มี intimacy และ Family functioning ต่ำกว่า nonstress spouse
- สิ่งเร้าที่ทำให้เกิด Psychological distress ได้แก่
 1. ความกังวลเกี่ยวกับการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการพยากรณ์โรค
 2. อารมณ์ของผู้ป่วย
 3. ความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงานและการเงินของผู้ป่วย
 4. เพศสัมพันธ์
 5. ความสิ้นหวังของผู้ป่วย

Kettunen และคณะ (1999) ศึกษาผลกระทบของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้ป่วยต่อคู่สมรสในช่วงระยะหลังเกิดเหตุการณ์ 2 สัปดาห์ ถึง 4 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นคู่สมรสของผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นครั้งแรกจำนวน 57 ราย โดยเน้นศึกษาชนิดของความกลัวที่เกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่าชนิดของความกลัวที่เกิดขึ้นมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ กลัวปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการฟื้นฟูสภาพ (Recovery problems) การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขึ้นอีก การทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย การ overprotection และความวิตกกังวลของบุคคลใกล้ชิด

2. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลในครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลซึ่งอาจเป็น สามี ภรรยา หรือสมาชิกในครอบครัว เกิดความเครียด ความวิตกกังวล กลัว หรือเป็นห่วงกลัวว่าผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายที่รุนแรงจนถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องให้การดูแลที่ใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลา ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เบื่ออาหารรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม และอาจก่อให้เกิดโรคตามมาภายหลังได้ อาการทางกายที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ ท้องผูก นอนไม่หลับ หลับไม่สนิท ปวดหลัง เป็นต้น (จารุวรรณมานะสุการ์, 2544)

จากการศึกษาของ Kettunen และคณะ (1998) พบว่าผลกระทบด้านร่างกายของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ การนอนหลับที่ไม่เพียงพอ (Sleep disturbance) และความเหนื่อยล้า

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรคเรื้อรังซึ่งทำให้ต้องใช้จ่ายเงินค่อนข้างมากในการรักษาทั้งในขณะที่อยู่บ้านและช่วงเวลาที่เกิดอาการที่รุนแรงเฉียบพลันเช่น การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ อีกทั้งปัญหาหายได้ทีละลดลงจากเนื่องจากผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นหัวหน้าครอบครัวและอยู่ในวัยทำงานต้องขาดงาน หรือออกจากงาน และ/หรือ สมาชิกในครอบครัวต้องลางานบ่อย ต้องกลับบ้านเร็ว ไม่สามารถทำงานล่วงเวลาได้ หรือเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำงานได้อย่างเต็มที่เหมือนเดิม ทำให้ความเป็นอยู่ของครอบครัวเลวลง ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง (จารุวรรณมานะสุการ, 2544)

โดยสรุปจะเห็นว่าครอบครัวหรือคู่สมรส ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเรามักพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นมากโดยเฉพาะในช่วงระยะแรกหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายคือ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ พบว่าบางครั้งมีความเท่าเทียมหรือมากกว่าผู้ป่วย (Hilbert, 1993; Moser, Dracup, and Marsden, 1993) ผลกระทบที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ศักยภาพของคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรแสดงบทบาทในการส่งเสริมศักยภาพของคู่สมรสเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้คู่สมรสสามารถดำรงบทบาทของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจและการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ivo อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีการใช้ภาวะความกดดันด้านจิตใจในเรื่องของด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ ด้านจิตวิทยา และทางด้านสังคมศาสตร์ โดยมีผู้กล่าวถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้ดังนี้

Abeloff และคณะ (2000) กล่าวถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจว่า เป็นแนวคิดที่ว่ๆ ไปที่กล่าวถึงการทำหน้าที่การปรับตัวที่ไม่ถูกต้องเมื่อบุคคลเผชิญปัญหากับความเครียด

Miles และคณะ (1999) ศึกษาผลกระทบของมารดาที่มีบุตรป่วยในระยะวิกฤต 67 คน สิ่งที่มีอิทธิพลที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ มีผลมาจาก การศึกษา ความห่วงใยของครอบครัว ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ความวิตกกังวลในสุขภาพของบุตร และ

การทำหน้าที่บทบาทของมารดา ผลกระทบที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ได้แก่ ความกดดัน ความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งผลกระทบนี้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

Massé (2000) ศึกษาภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลทั่วไป พบว่า บุคคลทั่วไปอธิบายการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้เป็น 6 ประโยค คือ

1) หมดกำลังใจและมองไม่เห็นอนาคต (Demoralization and pessimism toward the future)

2) มีความกั๊กกั๊กและเครียด (Anguish and stress)

3) สูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-depreciation)

4) ไม่เข้าร่วมสังคม โดดเดี่ยว (Social withdrawal and social isolation)

5) สุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง (Somatization)

6) เก็บตัว (Withdrawal into oneself)

และ Massé ได้พยายามทำเครื่องมือในการวัด แต่ไม่ได้บอกสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ

Ridner (2004) กล่าวว่า ภาวะความกดดันด้านจิตใจ หมายถึง ความไม่สุขสบายที่มีลักษณะเฉพาะ (unique discomfort) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของบุคคล มีผลทำให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราวหรือถาวร และ Ridner ยังได้สรุปถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลนั้นเกิดจาก

1) ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need)

2) ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control)

3) การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมานั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้นิยามของ Ridner (2004) ที่ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจได้อย่างชัดเจน และ Ridner ยังได้วิเคราะห์แนวคิดเรื่องภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

3.2 การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจไว้หลายเครื่องมือ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการนำมาประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจนั้น จะขึ้นอยู่กับแนวคิดภาวะความกดดันด้านจิตใจที่ผู้ทำการศึกษานั้นสนใจ ปัจจุบันพบว่า มีแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจหลายชนิด ดังต่อไปนี้

3.2.1 แบบประเมิน Symptom Checklist-35-Revised (SCL-35R) แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของ SCL-90R ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Derogatis ในปี 1983 แบบประเมิน SCL-35R นี้ประกอบด้วย 35 ข้อคำถาม เพื่อประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้านคือ Somatization, Anxiety และ Depression แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความกดดันด้านจิตใจของบิดาและมารดาของเด็ก ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งจำนวน 195 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .97 (Yeh, 2003)

3.2.2 แบบประเมิน Profile of Mood State (POMS) ของ McNair และคณะที่สร้างขึ้นปี 1971 เป็นแบบประเมินภาวะอารมณ์ 6 ชนิด ได้แก่ ความเครียด ความซึมเศร้า ความโกรธ ความเหนื่อยล้า ความสับสน และความกระปรี้กระเปร่า แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามที่เป็นคำคุณศัพท์ 65 ข้อคำถาม ใช้มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้วัดความกดดันด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งปอด จำนวน 212 คน โดยความกดดันด้านจิตใจแปรผลจากค่าความไม่สมดุลทางอารมณ์ ซึ่งได้จากการรวมคะแนนของทุกข้อคำถาม ความไม่สมดุลทางอารมณ์มาก หมายถึง ความกดดันด้านจิตใจสูง มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .74- .91 (Uchitomi et al., 2003)

3.2.3 แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ที่สร้างขึ้นโดย Derogatis ในปี 1975 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 53 ข้อ แต่ละข้อใช้มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 213 คน โดย O' Farrell, Murray และ Hotz (2000) คะแนนความกดดันด้านจิตใจคำนวณโดยการรวมคะแนนของทุกข้อหารด้วยจำนวนข้อที่กลุ่มตัวอย่างเลือก คะแนนที่ได้เรียกว่า Global Severity Index (GSI) คะแนนรวมมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้มีความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90

3.2.4 แบบประเมิน Psychological Distress Manifestations Measurement Scale (PDMMS) พัฒนาโดย Massè ในปี 1998 แบบประเมินนี้มีลักษณะเป็นข้อคำถามให้ผู้ถูกประเมินประเมินอาการของตนเองจำนวน 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อคำถามใช้มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนมาก หมายถึง มีความกดดันด้านจิตใจสูง แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินความกดดันด้านจิตใจของประชาชนทั่วไปจำนวน 400 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93 (Massè, 1998; 2000)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ แบบประเมิน Brief Symptom Inventory (BSI) ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในระดับที่ยอมรับได้ ประกอบกับเครื่องมือนี้ได้เคยถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ามีค่าความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงในระดับสูง คือ .90 (O' Farrell, Murray and Hotz, 2000)

4. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผลกระทบด้านจิตใจของคู่สมรสที่เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000; Fleury and Moore, 1999; Klieber et al, 1994) ภาวะความกดดันด้านจิตใจนั้นส่งผลให้คู่สมรสไม่สามารถแสดงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและให้การสนับสนุนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสภาพได้อย่างเต็มความสามารถ (Moser and Dracup, 2000; O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000)

4.1 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากแนวคิดความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) ซึ่งได้ระบุว่าสาเหตุของความกดดันด้านจิตใจของบุคคลมีสาเหตุมาจาก ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) และการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าสาเหตุของการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รายงานการศึกษายืนยันว่าคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ได้รับการตอบสนอง ได้แก่การศึกษาของ Fleury และ Moore (1999) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรสร้อยละ 70 ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างเพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาของ Kettunen และคณะ (1999) ที่ศึกษาความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 57 คน พบว่า คู่สมรสร้อยละ 48-50 รายงานว่าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการและการสนับสนุนอย่างเพียงพอ และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Stewart และคณะ (2000) ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่รายงานว่าไม่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

ที่เพียงพอเพื่อนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเห็นความสำคัญและเข้าใจความต้องการของผู้ที่มีคู่สมรสเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัย เกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวและคู่สมรสของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายของ Fleury และ Moore (1999) แบ่งความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) **ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร (Information)** แม้ว่าการศึกษาความต้องการของคู่สมรสของผู้ป่วยมีมากมายแต่ผลการศึกษาส่วนใหญ่มักสอดคล้องตรงกันว่า ความต้องการอันดับแรกและเป็นความต้องการที่มากที่สุดคือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาของ Moser, Dracup และ Marsden (1993) ที่ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและคู่สมรส ในช่วง 5 เดือนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส จำนวน 49 คู่ พบว่า ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเป็นความต้องการที่สูงที่สุดทั้งผู้ป่วยและคู่สมรส สำหรับคู่สมรสความต้องการที่สูงที่สุดคือ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการที่ผู้ป่วยให้คะแนนในระดับสูงเช่นกัน ความต้องการของคู่สมรสในระดับสูงรองลงมาได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกหรืออารมณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงการฟื้นสภาพ และความต้องการเวลาที่เป็นอิสระโดยที่ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ความต้องการที่ให้ความสำคัญตรงกันทั้งผู้ป่วยและคู่สมรสคือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้น 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการฟื้นสภาพร่างกาย และ 3) สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว และได้ให้ข้อเสนอแนะในการให้การสนับสนุนคู่สมรสและให้ความรู้ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้คู่สมรสสามารถแสดงบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

Turton (1998) ศึกษาความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ในช่วงวันที่ 12- 15 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าชนิดของข้อมูลที่คู่สมรสต้องการเรียงตามลำดับ คือ

- 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) การใช้ยา (Drug information)
- 7) การออกกำลังกาย (Activity)

และข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมจากผู้วิจัยมีให้เลือกคือ ความต้องการความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตเมื่อผู้ป่วยเกิดหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน

Stewart และคณะ (2000) ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความเครียด แนวทางการเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและครอบครัวจำนวน 14 คู่ ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยและความต้องการของคู่สมรสส่วนใหญ่ ได้แก่ การจัดการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (ร้อยละ 57) การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย (ร้อยละ 50) การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เนื่องจากคู่สมรสยังไม่มีความพร้อมในการถูกจำหน่ายของผู้ป่วยและยังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพอย่างเพียงพอ (ร้อยละ 50) คู่สมรสโดยส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและวิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ ต้องการให้มีคนเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และระบุว่ายังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเพื่อนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

2) **ความต้องการการติดต่อสื่อสาร (Communication)** คู่สมรสของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักได้รับผลกระทบด้านการตอบสนองทางอารมณ์หลายชนิด ทำให้มีความต้องการการแนะนำ (Guidance) ข้อมูล และการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ การสื่อสารระหว่างบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้คู่สมรสได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองต้องการ และที่สำคัญคือการสื่อสาร การพูดคุยกับผู้อื่นจะทำให้คู่สมรสสามารถระบายอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ การสนับสนุนให้คู่สมรสได้พบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับผู้ที่เผชิญสภาพปัญหาเหมือนกัน ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของ กลุ่มผู้ดูแล หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Carers' group, Self-help group / Support group) กลุ่มสนับสนุนญาติ (Relative support group) หรือโปรแกรมการฝึกอบรม (Training program) จะทำให้คู่สมรสหรือผู้ดูแลมีความเครียดและความรู้สึกผิดลดลง เรียนรู้ว่าตนเองไม่ได้เผชิญปัญหาตามลำพัง และมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539; ศิริพันธุ์ สาส์ตย์, 2546) การให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มมีประโยชน์ในการระบายความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นของคู่สมรสได้ (Fleury and Moore, 1999; Kettunen, 1999; Webster, 2002)

Kettunen และคณะ (1999) ศึกษาผลกระทบของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อคู่สมรส และความต้องการการสนับสนุนของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 57 คน ในระยะหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 สัปดาห์- 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสมากกว่า 50% เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ และร้อยละ 48-50 รายงานว่า ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอต่อ

ความต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ร้อยละ 33 รายงานว่า ต้องการการสนับสนุนด้านการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น 30% ต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้ความสนใจกับคู่สมรสผู้ป่วยมากกว่านี้ 37% ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้าใจภาวะความกดดันด้านจิตใจที่เกิดขึ้น

3) ความต้องการการช่วยเหลือ อำนาจความสะดวก (Comfort) คู่สมรสมีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อคู่สมรสของผู้ป่วยได้รับการแนะนำ (Guidance) ข้อมูล และการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ความต้องการการช่วยเหลือ อำนาจความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาในโรงพยาบาลและคู่สมรสมีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านั้น เช่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการรับรู้ระบุปัญหา และการเตรียมการวางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยในอนาคต (Fleury and Moore, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่า คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังมีความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยความต้องการสูงสุดคือ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการติดต่อสื่อสาร และความต้องการการช่วยเหลือ อำนาจความสะดวก ซึ่งความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารนั้นประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้จ่าย และการออกกำลังกาย

4.1.2 ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย (Moser and Dracup, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Platz และคณะ (2000) ในการศึกษาทัศนคติในการฝึกกู้ชีพชีวิตให้แก่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าก่อนได้รับการฝึกกู้ชีพชีวิตครอบครัวของผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย เพราะกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้น กลัวว่าไม่มีความรู้เพียงพอและความเข้าใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย

4.1.3 การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping) ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลายการศึกษาพบว่า คู่สมรสของผู้ป่วยมักมีการเผชิญปัญหาโดยใช้อารมณ์ และใช้การหลีกเลี่ยงและหนีปัญหาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพบว่าการแก้ปัญหาเหล่านี้จะเพิ่มภาวะความกดดันด้านจิตใจมากขึ้นตามลำดับ (Nyamathi et al, 1992; O'Farrell, Murray, and Hotz, 2000) จากการศึกษาของ Santavirta, Kettunen, และ Solovieva (2001) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะแรกของการฟื้นฟูสภาพ โดย

ศึกษาการตอบสนองทางอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของความกลัวและความกดดันในการเผชิญปัญหา ในระยะ 2 สัปดาห์- 4 เดือน หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความกลัวและความกดดันที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จะช่วยให้คู่สมรสสามารถเผชิญปัญหาได้ในอนาคตและส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4.2 ผลกระทบของการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลกระทบของการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งต่อตัวคู่สมรสเองและผลกระทบที่ส่งผลถึงผู้ป่วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.2.1 ผลกระทบที่เกิดกับคู่สมรสเอง เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย อันเนื่องมาจากภาวะความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งจากหลายงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าภาวะความกดดันด้านจิตใจนั้นสามารถแสดงออกหรือเกิดอาการแสดงทางร่างกายได้ เช่น การศึกษาของ O'Farrell, Murray และ Stephen (2000) ที่พบว่าคู่สมรสที่มีภาวะความกดดันสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความรู้สึกตึงเครียด อาการนอนไม่หลับ เจ็บป่วยง่าย ซึ่งอาการเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไขที่สาเหตุย่อมส่งผลให้ภาวะสุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรมลงเป็นวงจรต่อเนื่องกันไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด นอกจากนี้จากการศึกษาดังกล่าวยังพบว่า คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความพึงพอใจในชีวิตสมรสและการทำหน้าที่ของครอบครัว

เมื่อคู่สมรสที่มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูงจำเป็นต้องให้การดูแลสนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่างๆตลอดเวลา ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายทรุดโทรม และอาจก่อให้เกิดโรคตามมาภายหลังได้ ซึ่งอาการทางกายที่เกิดขึ้นตามมา ได้แก่ ท้องผูก นอนหลับไม่สนิท ปวดหลัง การนอนหลับไม่เพียงพอ และความเหนื่อยล้า เป็นต้น (จารุวรรณ มานะสุการ์, 2544; Kettunen et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างระหว่างภาวะสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ดูแลกับผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล โดยวิธีการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) ของ Pinguart และ Sörensen (2003) เอกสารและงานวิจัยที่นำมาศึกษาเป็นผลงานที่ตีพิมพ์ในช่วงปี 1987 ถึงกลางปี 2002 ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลจะมีความเครียด (Stress) และความซึมเศร้า (Depression) สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล และจะมีความรู้สึกมีความสุข (Subjective well-being) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และสุขภาพทางกาย (Physical health) ต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล

นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ดูแลเป็นคู่สมรส (Spouse) จะทำให้มีความแตกต่างด้านความเครียด สุขภาพร่างกาย และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงมากยิ่งขึ้น

4.2.2 ผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วย เนื่องจากคู่สมรสของผู้ป่วยจัดเป็นองค์ประกอบทางสังคมที่สำคัญต่อการเกิดและการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Dhooper, 1990; Sotile, 1993) การสนับสนุนที่ได้จากคู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพจากโรคประสบความสำเร็จ และมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และการลดอัตราการเกิดหรือโอกาสการเกิด Cardiac arrest ขึ้นซ้ำ (Riegel, 1989; Moser, 1994)

คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะความกดดันด้านจิตใจขึ้นนั้น จะมีผลทำให้คู่สมรสไม่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะในระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังออกจากโรงพยาบาลซึ่งเป็นระยะที่ยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด ต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต และเป็นระยะที่มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ หรืออาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหันได้ ภาวะความกดดันด้านจิตใจนี้อาจทำให้คู่สมรสแสดงลักษณะการปกป้องผู้ป่วยมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น (Overprotectiveness) เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะเกิดอันตรายขึ้น อันเนื่องมาจากใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงสิ่งที้อาจก่อให้เกิดอันตราย การกระทำเช่นนี้จะก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้ามากขึ้น และพบว่าการกระทำนี้มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่ลดลงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Fleury and Moore, 1999)

4.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันและลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีกรพยาบาลใดที่เป็นแนวทางในการจัดการกับภาวะความกดดันด้านจิตใจโดยเฉพาะเจาะจง การพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแล/ครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งครอบครัวผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการปรับตัว และมีความพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย การพยาบาลที่พบส่วนใหญ่จึงเป็นลักษณะการสนับสนุนทางสังคมโดยพยาบาลหรือการสนับสนุนจากสาขาวิชาชีพ ประเด็นในการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งเน้นไปที่แนวคิดในการพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย แนวทางการพยาบาลที่มีอยู่ได้แก่

4.3.1 การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ญาติผู้ดูแลตระหนักถึงความสามารถและอำนาจในการ

จัดการควบคุมสถานการณ์ ใช้สถานการณ์พิจารณาตัดสินใจ และปฏิบัติการดูแลร่วมกับพยาบาล โดยทำการตกลงกันเพื่อให้มีการรับรู้ แปลความหมายข้อมูลเข้าใจตรงกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลซึ่งกันและกัน ตัดสินใจร่วมกันเพื่อกำหนดเป้าหมายและแผนการดูแลผู้ป่วย เลือกรูปแบบปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติ ประเมินผล และปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยหรือให้บรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวนั้นเกิดขึ้นภายใต้ระบบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย โดยอาศัยระบบการพยาบาล แผนสนับสนุนและให้ความรู้ (Education-supportive nursing system) ด้วยวิธีการช่วยเหลือหลายวิธี ทั้งการให้ข้อมูลและความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอน การอธิบาย การให้คำปรึกษาชี้แนะ การสาธิต เป็นต้น

การจัดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ มุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีการฟื้นฟูเร็ว อัตราการได้รับยาฆ่าและภาวะแทรกซ้อนลดลง เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จอม สุวรรณโณ, 2541)

การศึกษาผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาของ วิไล พงษ์พร้อมเย็น (2544) ที่ศึกษาผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของ King มาใช้ ผู้ดูแลจะเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการดูแลต่างๆ ไป การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและจัดอาหาร การพักผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยา หลังการทดลองพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการให้การดูแลสูงขึ้น

อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ให้สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ยังคงมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วย ไม่ได้มีการวัดผลลัพธ์ต่อผู้ดูแล และไม่ได้มีการศึกษาถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

4.3.2 การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล มีทั้งรูปแบบ Support-group โดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ หรือโดยกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน โดยมีเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเป็นผู้จัดเตรียมและส่งเสริมให้มีการสนับสนุนเกิดขึ้น ลักษณะการสนับสนุนได้แก่

4.3.2.1 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ การให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ การปฏิสัมพันธ์กันทำให้มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิดช่วยในการกระตุ้นในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างเหมาะสม

4.3.2.2 การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือการให้บริการ จะช่วยแบ่งเบาภาระซึ่งมีผลทำให้บุคคลคลายความเครียด และมีความสุขมากขึ้น เป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ซึ่งทำให้ตนเองรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกชีวิตนี้ไร้ความหมาย

4.3.2.3 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการได้รับความสำคัญ การได้รับการยกย่อง การได้รับความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่ หรือความรักความผูกพันใกล้ชิด ซึ่งผู้ที่ได้รับมีที่พึ่งพาและรู้สึกปลอดภัย การสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยทำให้บุคคลที่มีความเครียด สามารถเผชิญกับความไม่สุขสบายทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

การศึกษาในต่างประเทศได้ศึกษาผลของการให้การสนับสนุนแบบรายกลุ่มต่อคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การศึกษาของ Stewart และคณะ (2001) ที่ศึกษาการสนับสนุนแบบรายกลุ่มที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนการยอมรับพฤติกรรม (Affirmation support) พบว่า คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนที่ได้รับและมีผลในเชิงบวกต่อการเผชิญปัญหา ความมั่นใจ และสัมพันธภาพต่อคู่สมรส

อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลใดที่สามารถช่วยป้องกันหรือลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายถึงภาวะความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมทางการพยาบาลที่สามารถป้องกันหรือลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างครอบคลุม เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อทั้งคู่สมรสและผู้ป่วยเอง

5. โปรแกรมการฝึกชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

โปรแกรมการฝึกชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) ที่ได้สรุปสาเหตุของการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลว่าเกิดจาก 1) ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) 2) ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) และ 3) การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping) Ridner ได้เสนอแนะแนวทางการ

พัฒนาการพยาบาลที่ป้องกันและลดการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจว่าควรเป็นการพยาบาลที่มุ่งจัดการกระทำต่อสาเหตุทั้ง 3 ประการของภาวะความกดดันด้านจิตใจ นั่นคือควรเป็นการพยาบาลที่ประกอบด้วยทำให้การตอบสนองต่อความต้องการของบุคคล การสนับสนุนช่วยเหลือให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมเพิ่มขึ้น และการสนับสนุนให้บุคคลมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่จะช่วยลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสาร งานวิจัยในอดีต ที่เกี่ยวข้องกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลในอดีตที่เป็นที่ยอมรับโดยหลักฐานทางวิชาการว่าสามารถป้องกันหรือลดสาเหตุของการเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งจัดการกระทำต่อตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยขั้นตอนและรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support) เป็นขั้นตอนที่มุ่งเน้นจัดการกับสาเหตุของภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง และการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ โดยขั้นตอนนี้มีการให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่าเป็นความต้องการในอันดับสูงสุดของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควบคู่ไปกับการให้การสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มซึ่งเป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่นกัน ขั้นตอนนี้จะทำให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับความรู้หรือข้อมูลที่ครอบคลุมและถูกต้องตามความต้องการมากที่สุด ข้อมูลเหล่านั้นประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย

โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ความรู้หรือข้อมูล โดยการแนะนำตัวพูดคุยด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสและเป็นมิตร หลังจากนั้นให้ความรู้หรือข้อมูลร่วมกับเปิดโอกาสให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีโอกาสได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (shering), การรับฟัง (listening), การมีอารมณ์ร่วม (empathy), การสนับสนุนให้ความเข้าใจแก่กัน (reassurance), ความเป็นมิตร (companionship), และความเอาใจใส่ (concern) เพื่อช่วยเหลือสนับสนุนให้คู่

สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถใช้วิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Thomson and Meddis, 1990; Stewart et al., 2001; Harding et al., 2002)

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล มีลักษณะเป็นสื่อผสมประกอบด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว เสียงบรรยาย ประกอบการสาธิตการฝึกกู้ชีวิต เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทักษะร่วมกับการฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้นุ่นจำลอง ซึ่งจะมีสัญญาณแสดงให้ผู้ฝึกทราบว่าตนเองปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ในสถานการณ์จำลอง ร่วมกับการประเมินจากผู้ฝึก เป็นข้อมูลป้อนกลับที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่ทำ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) เพิ่มขึ้นผ่านการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์ (Moser and Dracup, 2000; 2001)

โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ กลุ่มตัวอย่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้เวลาตั้งแต่เริ่มเข้าร่วมโปรแกรมจนถึงสิ้นสุดโปรแกรม เป็นระยะเวลาประมาณ 4 สัปดาห์ ตามรายละเอียดโครงสร้างโปรแกรมฯ ดังนี้

การนัดครั้งที่ 1 (สัปดาห์แรก) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

| | | |
|--|---------|---------|
| การเปิดกลุ่มและแนะนำตัว | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การให้ข้อมูลและความรู้ตามเนื้อหาที่กำหนด โดยผู้วิจัย | ใช้เวลา | 30 นาที |
| การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ | ใช้เวลา | 30 นาที |
| พักรับประทานอาหารว่าง | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการดูสื่อวีดิทัศน์ | ใช้เวลา | 20 นาที |
| การใช้ตัวแบบจริงในการสาธิตการปฏิบัติการกู้ชีวิต | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง | ใช้เวลา | 40 นาที |
| การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป | ใช้เวลา | 15 นาที |

การนัดครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

| | | |
|---|---------|---------|
| การเปิดกลุ่ม | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากครั้งที่ 1 | ใช้เวลา | 30 นาที |
| ทบทวนการการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง | ใช้เวลา | 30 นาที |
| การประเมินความรู้ (เครื่องมือกำกับการทดลอง) | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ใช้เวลา | 15 นาที |

| | | |
|--|---------|---------|
| การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การนัดครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลาประมาณ 45 นาที | | |
| การเปิดกลุ่ม | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การปิดกลุ่ม และกล่าวขอบคุณ | ใช้เวลา | 15 นาที |

หมายเหตุ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองในวันที่กลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิไล พงษ์ธรรมเย็น (2544) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของ King มาใช้ในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษา ณ หออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลหัวเฉียว เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 30 คน ให้การเตรียมผู้ดูแลทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกี่ยวกับการดูแลทั่วไป การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและจัดอาหาร การพักผ่อนคลายความเครียด และการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า

- 1) ภายหลังจากทดลองผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- 2) ในด้านการดูแลหลังการทดลองผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลด้านการดูแลโดยทั่วไปสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- 3) ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลด้านการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- 4) ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลด้านการบริโภคอาหารและจัดอาหารสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)
- 5) ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลด้านการพักผ่อนคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

6) ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยในการดูแลด้านการใช้ยาสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

King และคณะ (1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอารมณ์และผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังทำ CABG และคู่มรส โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วย 155 คน คู่สมรส 103 คนในระยะ 1, 4, และ 12 เดือนหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์และการทำหน้าที่ของทั้งผู้ป่วยและคู่มรส การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของคู่มรสมีความสัมพันธ์กับภาวะอารมณ์ และการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้าน esteem เป็นด้านเดียวที่มีความสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาศึกษาทั้งในกลุ่มผู้ป่วยและคู่มรส

Dracup, Moser, และ Taylor (1997) ศึกษาผลทางด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ Sudden death ภายหลังจากการฝึกกู้ชีวิต โดยกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เคยมี arrhythmia หรือ cardiac arrest หลังทำ CABG โดยมีสมาชิกครอบครัววัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ด้วยอย่างน้อย 1 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรม 337 คน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิต ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการให้สุขศึกษาในเรื่องของโรคหัวใจ กลุ่มกู้ชีวิตอย่างเดียว ใช้แบบสอบถามในช่วง 2 สัปดาห์, 3 เดือน และ 6 เดือนหลังการฝึกกู้ชีวิต ผลการศึกษาพบว่า

1) สมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมี Psychosocial adjustment ที่ดีกว่ากลุ่มกู้ชีวิตอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการให้สุขศึกษาในเรื่องของโรคหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ในระยะ 3 เดือน สมาชิกครอบครัวในกลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตอย่างเดียว มีการปรับตัวด้านอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ในกลุ่มควบคุมมี Psychosocial adjustment ที่ดีกว่า และมี Emotional distress น้อยกว่ากลุ่มกู้ชีวิตอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการให้สุขศึกษาในเรื่องของโรคหัวใจ

4) ในระยะ 6 เดือน กลุ่มกู้ชีวิตอย่างเดียวมี Anxiety กับ Hostility มากกว่า และมี Psychosocial adjustment ที่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มที่ได้ฝึกกู้ชีวิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

5) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของ Marital adjustment ทั้ง 4 กลุ่ม เมื่อแยกตามเพศและการศึกษา

Turton (1998) ศึกษาความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ในช่วงวันที่ 12- 15 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าชนิดของข้อมูลที่คู่สมรสต้องการเรียงตามลำดับ คือ

- 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) การใช้ยา (Drug information)
- 7) การออกกำลังกาย (Activity)

และข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมจากผู้วิจัยมีให้เลือกคือ ความต้องการความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตเมื่อผู้ป่วยเกิดหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน

Kettunen และคณะ (1999) ศึกษาผลกระทบของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อคู่สมรส และความต้องการการสนับสนุนของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 57 คน ในระยะหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 สัปดาห์- 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสมากกว่า 50% เกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ และร้อยละ 48-50 รายงานว่า ได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ร้อยละ 33 รายงานว่า ต้องการการสนับสนุนด้านการพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น 30% ต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพให้ความสนใจกับคู่สมรสผู้ป่วยมากกว่านี้ 37% ต้องการให้เจ้าหน้าที่เข้าใจภาวะความกดดันด้านจิตใจที่เกิดขึ้น

O'Farrell, Murray, and Stephen (2000) ศึกษาภาวะ Psychological distress ของคู่สมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 213 คน ที่เคยเกิด heart attack และอยู่ในระหว่างการเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า

- คู่สมรส ร้อยละ 66 มีภาวะ Psychological distress
- คู่สมรสที่อายุน้อยมี psychological stress มากกว่าผู้สูงอายุมาก
- Stress spouse ใช้ disengagement coping strategies มากกว่า nonstress spouse
- Stress spouse มี intimacy และ Family functioning ต่ำกว่า nonstress spouse
- สิ่งเร้าที่ทำให้เกิด Psychological distress ได้แก่
 1. ความกังวลเกี่ยวกับการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการพยากรณ์โรค
 2. อารมณ์ของผู้ป่วย

3. ความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงานและการเงินของผู้ป่วย
4. เพศสัมพันธ์
5. ความสิ้นหวังของผู้ป่วย

Moser และ Dracup (2000) ศึกษาการฝึกผู้ป่วยที่วิตกกังวลต่อความรู้สึกมีความสามารถในการควบคุม (perceived control) แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 219 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ฝึกผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ฝึกผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกับการให้ความรู้ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยได้ เช่น ไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย ภายหลังการศึกษา กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของ perceived control ($p = .89$) กลุ่มที่ได้รับการฝึกผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการฝึกผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมกับการให้ความรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกมีความสามารถในการควบคุมสูงขึ้นทั้ง 2 กลุ่ม ($p = .001$)

Stewart และคณะ (2000) ศึกษาเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายความเครียด แนวทางการเผชิญความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและครอบครัวจำนวน 14 คู่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สมรสของผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยและความต้องการของผู้สมรสส่วนใหญ่ ได้แก่ การจัดการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (ร้อยละ 57) การจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วย (ร้อยละ 50) การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้สมรสยังไม่มีส่วนร่วมในการถูกจำหน่ายของผู้ป่วยและยังไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากทีมสุขภาพอย่างเพียงพอ (ร้อยละ 50) ผู้สมรสโดยส่วนใหญ่ระบุว่าได้รับการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอทั้งด้านข้อมูลข่าวสารและวิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์จากเจ้าหน้าที่ ต้องการให้มีคนเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และระบุว่ายังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเพื่อนำไปใช้ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

1. การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน

- 1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกกู้ชีวิต โดยผู้วิจัยร่วมกับการใช้สื่อสไลด์นำเสนอ
- 1.2 การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวแทนสัญลักษณ์เรื่องการฝึกกู้ชีวิต
- 1.3 การใช้ตัวแบบจริงในการสาธิตการฝึกกู้ชีวิตโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย
- 1.4 การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

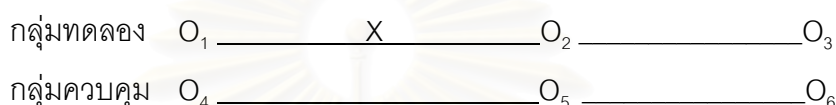
- 2.1 การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เรื่อง แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย
- 2.2 การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ระบายความรู้สึก ให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความเครียดและระบายความวิตกกังวล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการเผชิญปัญหาพร้อมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน

ความกดดันด้านจิตใจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) ศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้



O_1 หมายถึง การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

O_2 หมายถึง การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในสัปดาห์ที่ 2

O_3 หมายถึง การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในสัปดาห์ที่ 3

O_4 หมายถึง การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O_5 หมายถึง การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 2

O_6 หมายถึง การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ที่ 3

X หมายถึง โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อายุ 20-59 ปี ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอายุ 20-59 ปี โดยที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2548 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2548 โดยแบ่งกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน (Polit and Hungler, 1999) และมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กำหนดคุณสมบัติคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ
 - 1.1 เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย
 - 1.2 เป็นคู่สมรสผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกหรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี
 - 1.3 ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคหอบหืด เป็นต้น อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
 - 1.4 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
 - 1.5 ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
 - 1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ
2. มีเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถมาเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ครบทั้ง 3 วัน
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง ดังนี้
 - 2.1 เพศ แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่ต้องเป็นเพศเดียวกัน
 - 2.2 อายุ กลุ่มตัวอย่างอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี
 โดยทั้งคู่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้รับการจับคู่

| คู่ที่ | เพศ | | อายุ (ปี) | |
|--------|------------|-------------|------------|-------------|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
| 1 | หญิง | หญิง | 39 | 37 |
| 2 | หญิง | หญิง | 53 | 52 |
| 3 | หญิง | หญิง | 50 | 47 |
| 4 | หญิง | หญิง | 30 | 32 |
| 5 | หญิง | หญิง | 42 | 45 |
| 6 | หญิง | หญิง | 32 | 33 |
| 7 | หญิง | หญิง | 53 | 53 |
| 8 | หญิง | หญิง | 42 | 45 |
| 9 | หญิง | หญิง | 41 | 41 |
| 10 | หญิง | หญิง | 58 | 53 |
| 11 | หญิง | หญิง | 36 | 36 |
| 12 | หญิง | หญิง | 59 | 59 |
| 13 | หญิง | หญิง | 59 | 57 |
| 14 | หญิง | หญิง | 55 | 56 |
| 15 | หญิง | หญิง | 58 | 58 |
| 16 | หญิง | หญิง | 48 | 51 |
| 17 | ชาย | ชาย | 59 | 57 |
| 18 | ชาย | ชาย | 45 | 47 |
| 19 | ชาย | ชาย | 45 | 48 |
| 20 | ชาย | ชาย | 39 | 39 |

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ

1.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยสร้างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วยข้อความ 5 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

ลักษณะของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป คือ ข้อมูลเกี่ยวกับอายุเป็นแบบเติมคำในช่องว่าง เพศเป็นข้อความให้เลือก 2 ข้อ ระดับการศึกษาเป็นข้อความให้เลือก 7 ข้อ อาชีพเป็นข้อความให้เลือก 7 ข้อ และรายได้เป็นข้อความให้เลือก 3 ข้อ ข้อมูลส่วนนี้กลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกรอกแบบบันทึกรายงานด้วยตนเอง

1.1.2 แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกหรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี

แบบบันทึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ เป็นส่วนที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ลักษณะของแบบบันทึกนี้ทุกข้อเป็นแบบเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1.2 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ โดยมีการสร้างเครื่องมือดังนี้

1.2.1 ศึกษาค้นคว้าเอกสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.2.2 ผู้วิจัยถอดความและแปลความเครื่องมือวัดภาวะความกดดันด้านจิตใจมาจาก Brief Symptom Inventory (BSI) ของ Derogatis (1992) ซึ่ง O'Farrell, Murray และ Hotz (2000) เคยนำมาใช้วัดภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้แปลความและถอดความแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจจากฉบับภาษาอังกฤษ

ร่วมกับการตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของภาษาโดยศูนย์การแปลและการล่ามเฉลิมพระเกียรติ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจนี้มี 53 ข้อ คือ

1) ลักษณะอาการทางกาย (Somatization) 7 ข้อ คือ ข้อ 2, 7, 23, 29, 30, 33, และ 37

2) ย้ำคิดย้ำทำ (Obsession-Compulsion) 6 ข้อ คือ ข้อ 5, 15, 26, 27, 32, และ 36

3) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Sensitivity) 4 ข้อ คือ ข้อ 20, 21, 22, และ 42

4) ซึมเศร้า (Depression) 6 ข้อ คือ ข้อ 9, 16, 17, 18, 35, และ 50

5) วิตกกังวล (Anxiety) 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 12, 19, 38, 45, และ 49

6) มุ่งร้าย (Hostility) 5 ข้อ คือ ข้อ 6, 13, 40, 41, และ 46

7) กลัว (Phobic anxiety) 5 ข้อ คือ ข้อ 8, 28, 31, 43, และ 47

8) หวาดระแวง (Paranoid Ideation) 5 ข้อ คือ ข้อ 4, 10, 24, 48, และ 51

9) ลักษณะอาการทางจิต (Psychoticism) 5 ข้อ คือ ข้อ 3, 14, 34, 44, และ 53

ยังมีอีก 4 ข้อที่ไม่จัดอยู่ในด้านใดคือ ข้อ 11, 25, 39, และ 52 แต่ Derogatis (1992) ผู้สร้างแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ให้ความเห็นว่ายข้อคำถามทั้ง 4 ข้อ มีความสำคัญที่สามารถนำมาใช้ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจได้ จึงยังคงข้อคำถามนั้นไว้

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ 0= ไม่รู้สึกรู้, 1= เล็กน้อย, 2= ปานกลาง, 3= มาก, 4= มากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนความกดดันด้านจิตใจคิดจากคะแนนรวม (Global Severity Index: GSI) ซึ่งคิดจาก คะแนนรวมของทั้งหมดหารด้วยจำนวนข้อที่ถูกเลือก คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำ เช่น ได้ 1 ถึง 2 คะแนน อยู่ในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง ได้ 2 ถึง 3 คะแนน อยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก และได้ 3 ถึง 4 คะแนน อยู่ในระดับ มากถึงมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

- 1.1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 คน
 - 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน
 - 1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล จำนวน 2 คน
- 1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจโดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 คน ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่าทุกข้อมีความเหมาะสมกับค่านิยามหรือกรอบทฤษฎี และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขแล้ว ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .97

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ประกอบไปด้วย การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยพัฒนาการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานตาม Guideline American Heart Association 2000 และสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ที่ถือปฏิบัติเป็นมาตรฐานจากการประชุมเพื่อกำหนดคำแนะนำการช่วยชีวิตนานาชาติ 2000 การสนับสนุนด้านข้อมูล เป็นการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษา ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์ และปัญหาที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ศึกษาแนวคิดที่ใช้ในการสร้างโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีจากตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
4. กำหนดเนื้อหาสาระสำคัญในโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื้อหา กลุ่มเป้าหมาย วิธีดำเนินการ การประเมินผล และสื่อประกอบการใช้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
5. สร้างเอกสารและเตรียมสื่อประกอบการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามที่กำหนดไว้ คือ แผนการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ วิธีดีเรื่องการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตาม Guideline American Heart Association 2000) สำหรับประชาชนทั่วไป ของภาควิสัญญวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และคู่มือสำหรับคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.1 แผนการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นการกำหนดแผนและเนื้อหาของ การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดภาวะความกดดันด้านจิตใจตามแนวคิดของ Ridner (2004) โดยพิจารณาให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตามแนวคิดของ Turton (1998) มีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ซึ่งทั้งหมดนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้จัดทำแก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน โดยมีกำหนดการให้โปรแกรมฯ ทั้งหมด 3 ครั้ง

2.2 วิธีดีเรื่องการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตาม Guideline American Heart Association 2000) สำหรับประชาชนทั่วไป เป็นภาพและเสียงประกอบคำบรรยายของภาควิสัญญวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้น

พื้นฐานของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐาน

2.3 คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับคณาจารย์ผู้ช่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดในเรื่องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื้อหาประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย และแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดภาวะความกดดันด้านจิตใจตามแนวคิดของ Ridner (2004) โดยพิจารณาให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของคณาจารย์ผู้ช่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตาม มีเนื้อหาครอบคลุมและสอดคล้องกับแผนการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยมีทั้งหมด 16 หน้า และมอบให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองคนละ 1 เล่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแผนการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 1 คน

1.1.2 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการฝึกกู้ชีพ จำนวน 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล และมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน

1.1.5 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 1 คน

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมโดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และ

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรมฯ ที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 3 คน (try out) พบว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้มีความเหมาะสมของการนำเสนอ ระยะเวลาของกิจกรรมเป็นไปตามกำหนด และสามารถนำไปใช้ในการทดลองต่อไปได้

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 **แบบประเมินความรู้ (Knowledge)** โดยการประเมินความรู้และความเข้าใจ หลังจากทบทวนการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในกิจกรรมครั้งที่ 2 แบบประเมินความรู้เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบไปด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย โดยข้อคำถามนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบถูกผิดจำนวน 20 ข้อ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาที่ได้รับ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างได้คะแนนการประเมินความรู้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะประเมินความรู้นั้นอีกครั้ง โดยการสอบถามและจะให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องนั้นๆ ซ้ำอีกครั้ง โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมินความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ศึกษาข้อมูล เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย

3.1.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ดังนี้ เป็นแบบเลือกตอบถูกผิดจำนวน 20 ข้อ

3.2 **การประเมินการปฏิบัติ (Practice)** โดยผู้วิจัยประเมินกลุ่มตัวอย่างจากการเข้าร่วมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานจากหุ่นจำลองที่ใช้ในการฝึกกู้ชีวิต โดยหุ่นที่ใช้ฝึกเป็นหุ่นที่ใช้เป็น

มาตรฐานในการฝึกกวีชีวิตของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งจะมีสัญญาณแสดงให้ผู้ฝึกทราบว่าตนเองปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ และผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินความถูกต้องของผู้ฝึก

3.3 ตารางบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกวีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เพื่อเป็นการตรวจสอบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกวีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ตั้งแต่ครั้งที่ 1 จนถึงครั้งที่ 3 ครอบคลุมระยะเวลาของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ 5 คน ดังนี้

1.1.1 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 1 คน

1.1.2 แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการฝึกกวีชีวิต จำนวน 1 คน

1.1.3 อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาล และมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 คน

1.1.4 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน จำนวน 1 คน

1.1.5 พยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 1 คน

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบในเรื่องโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการแก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ตามข้อคิดเห็น คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน แล้วนำกลับไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนกระทั่งมีความคิดเห็นตรงกัน เครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วถือว่ามีตรงเชิงเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือกำกับการทดลองแบบประเมินความรู้ ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2548 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2548 ที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนประเมินผลการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และเครื่องมือประเมินผลที่ใช้ในการวิจัย ส่วนการเตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของตนเองและผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการพยาบาลกู่ชีวิตจากศูนย์กู่ชีพนเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการเป็นผู้ฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และทดลองดำเนินการให้ฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เป็นรายบุคคล จำนวน 3 คน

2. ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในด้านต่างๆ ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของขั้นตอน และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ติดต่อขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการทดลอง ในวันและเวลาที่จัดกิจกรรมต่างๆ

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มให้มีความคล้ายคลึงกันใน

เรื่องเพศ และอายุซึ่งกลุ่มตัวอย่างอายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ก็ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยหรือเข้าพบคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ก็ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย หลังจากนั้นให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยมอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจกลับไปที่บ้าน และตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจส่งกลับมาให้ผู้วิจัยซ้ำอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยจะโทร.แจ้งก่อนวันนัดหมาย 1 วันเพื่อให้กลุ่มควบคุมส่งแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจกลับมาให้ผู้วิจัยตามวันที่กำหนด

3. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ทั้งหมด 4 ครั้ง และมีระยะเวลาของโปรแกรมฯ ทั้งหมดรวม 3 วัน รายละเอียดมีดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นรายบุคคลที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หากคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ก็ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย หลังจากนั้นให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้าน

ข้อมูลและอารมณ์ตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด โดยจัดการทดลองเป็นรายกลุ่มๆละ 6-10 คน

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เปิดกลุ่มแนะนำตัวแก่สมาชิกใช้เวลา 15 นาที ให้ข้อมูลแก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบรายกลุ่มโดยใช้การอธิบายประกอบร่วมกับคู่มือสำหรับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ต่อจากนั้นเป็นการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา กระตุ้นให้พูดคุย และระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญปัญหาใช้เวลา 60 นาที พักรับประทานอาหารว่างหลังจากนั้นเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิต และการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยใช้สื่อวีซีดี และการสาธิตการฝึกกู้ชีวิตโดยใช้หุ่นจำลองโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ร่วมกับให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจริงตามสถานการณ์จำลอง ใช้เวลา 90 นาที หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในครั้งที่ 1 แจกคู่มือให้แก่คู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับไปเพื่อนำไปทบทวนและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาปิดกลุ่ม 15 นาที

ครั้งที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เปิดกลุ่มใช้เวลา 15 นาที ทบทวนความรู้เรื่องแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกายซ้ำ เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการนำความรู้ไปปฏิบัติ ใช้เวลา 30 นาที หลังจากนั้นฝึกทบทวนการฝึกกู้ชีวิตโดยใช้หุ่นจำลองและประเมินการปฏิบัติจากสัญญาณแสดงเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที หลังจากนั้นประเมินความรู้ในเรื่องแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ใช้เวลา 15 นาที หลังจากนั้นประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจระหว่างการทดลอง ใช้เวลา 15 นาที ปิดกลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไปใช้เวลา 15 นาที

ครั้งที่ 4 ผู้วิจัยเข้าพบคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เปิดกลุ่มใช้เวลา 15 นาที ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ (post-test) ใช้เวลา 15 นาที ปิดกลุ่มและกล่าวขอบคุณใช้เวลา 15 นาที

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2548 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2548 รวมระยะเวลา 2 เดือน ที่คลินิกโรคหัวใจ

แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

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

วันที่ 2 มีนาคม 2548 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ครั้งที่ 1

วันที่ 16 มีนาคม 2548 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ครั้งที่ 2

วันที่ 23 มีนาคม 2548 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ครั้งที่ 3

กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยเริ่มนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามวัน ดังนี้

วันที่ 14 มีนาคม 2548 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ครั้งที่ 1

วันที่ 28 มีนาคม 2548 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ครั้งที่ 2

วันที่ 4 เมษายน 2548 กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกัญชิวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ครั้งที่ 3

ขั้นที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจในวันแรกหลังจากที่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตกลงเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยขอให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจอีก 2 ครั้งหลังจากครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ โดยผู้วิจัยให้แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจแก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับบ้าน และผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งเตือนก่อนส่งแบบประเมินทางไปรษณีย์กลับมาให้ผู้วิจัยก่อนถึงวันนัดหมาย 1 วัน

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจในวันแรกหลังจากที่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตกลงเข้าร่วมใน

การวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยขอให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจอีก 2 ครั้ง หลังการได้รับโปรแกรมฯ ครบทุกขั้นตอนในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

4. กรณีคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ฟังจนเข้าใจ และเห็นดียินดีเข้าร่วมวิจัย แล้วดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามเวลาที่กำหนด และตรวจความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบในแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจทุกครั้ง

5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในขั้นตอนดำเนินการจริงผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย สิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการพยาบาลแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย และตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เห็นยินยอมโดยไม่มีกำบังใดๆ คำตอบและข้อมูล

ทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ อายุ เพศ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test

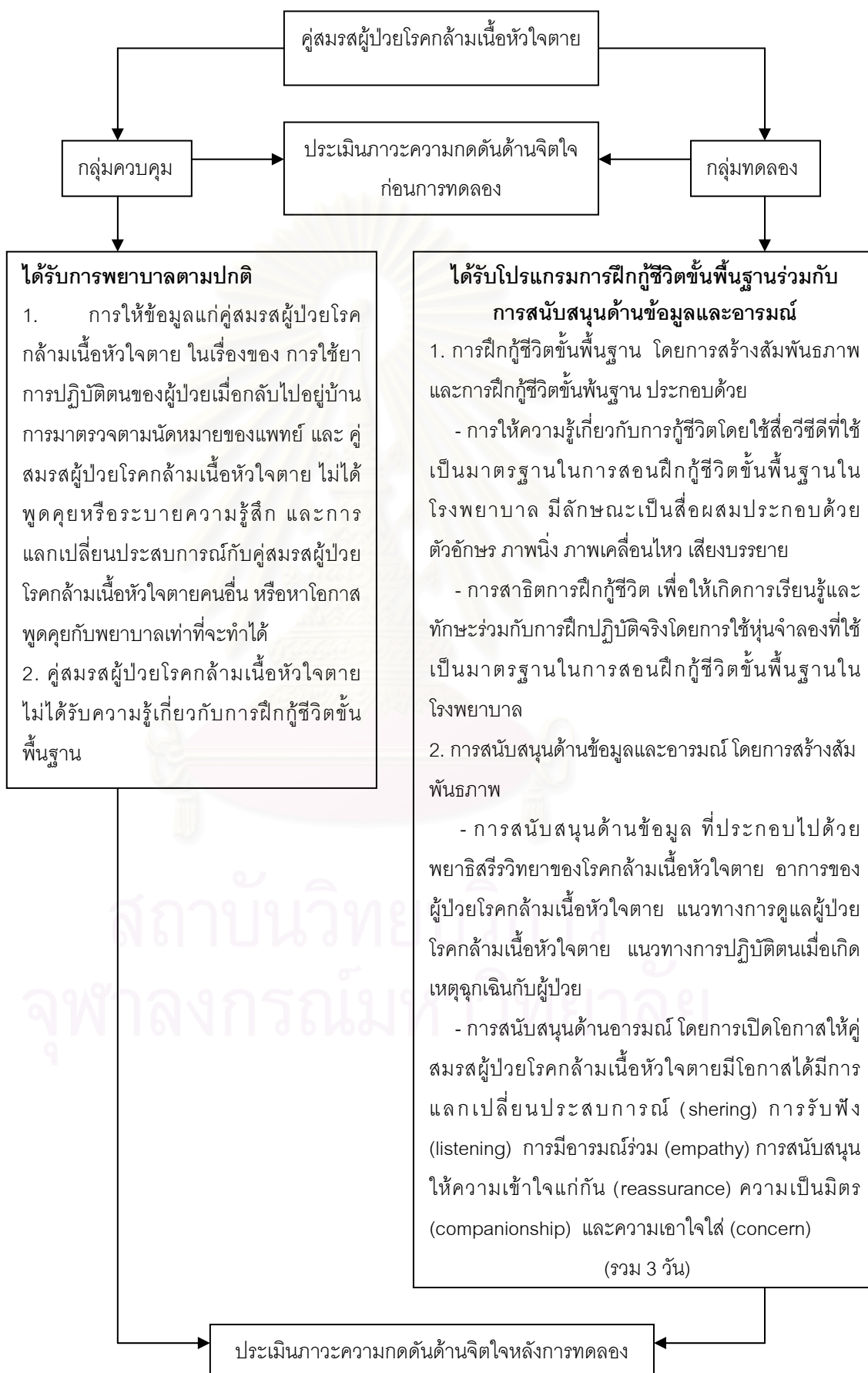
3. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ด้วยสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ถ้าพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบในข้อ 6

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการทดลอง

| กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง |
|---|---|
| ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ |
| <p style="text-align: center;">ได้รับการพยาบาลตามปกติ</p> <p>สัปดาห์แรก</p> <p>ขั้นที่ 1 การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training)</p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน และการฝึกปฏิบัติจริง <p>ขั้นที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support)</p> <p><u>การสนับสนุนด้านข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้รับข้อมูลในเรื่องของ การใช้ยา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ <p><u>การสนับสนุนด้านอารมณ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่ได้พูดคุยหรือระบายความรู้สึก และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายคนอื่น หรือหาโอกาสพูดคุยกับพยาบาลเท่าที่จะทำได้ | <p style="text-align: center;">ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์</p> <p>สัปดาห์แรก</p> <p>ขั้นที่ 1 การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training)</p> <p style="text-align: center;"><u>การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย - การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตโดยใช้สื่อวีซีดีที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล - การสาธิตการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย - การฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล ร่วมกับการประเมินจากผู้ฝึก <p>ขั้นที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support)</p> <p><u>การสนับสนุนด้านข้อมูล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย - ให้ข้อมูลกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ประกอบไปด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย <p><u>การสนับสนุนด้านอารมณ์</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดสถานที่ในการพูดคุยกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย - การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (shering) การรับ |

แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการทดลอง (ต่อ)

| กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง |
|-------------------------------|---|
| | <p>ฟัง (listening) การมีอารมณ์ร่วม (empathy) การสนับสนุนให้ความเข้าใจแก่กัน (reassurance) ความเป็นมิตร (companionship) และความเอาใจใส่ (concern) ระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ซักถามปัญหา พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการแก้ปัญหา</p> <p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p><u>ขั้นที่ 1</u> การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic cardiac life support training)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิตโดยใช้สื่อวีซีดีที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล - การฝึกปฏิบัติจริงโดยการใช้หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล ร่วมกับการประเมินจากผู้ฝึก <p><u>ขั้นที่ 2</u> การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพูดคุยระหว่างกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ - ประเมินความรู้จากการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (เครื่องมือกำกับการทดลอง) |
| ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ |
| | <p>สัปดาห์ที่ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - การพูดคุยประสบการณ์ และการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย |
| ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ |

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และเพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน โดยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 (ตารางที่ 3)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 4)

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 5)

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังจากได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | รวม | |
|-----------------------|------------|--------|-------------|--------|-------|--------|
| | n=20 | | n=20 | | n=40 | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 1. เพศ | | | | | | |
| ชาย | 4 | 20 | 4 | 20 | 8 | 20 |
| หญิง | 16 | 80 | 16 | 80 | 32 | 80 |
| 2. อายุ (ปี) | | | | | | |
| 30-39 | 4 | 20 | 4 | 20 | 8 | 20 |
| 40-49 | 7 | 35 | 7 | 35 | 14 | 35 |
| 50-59 | 9 | 45 | 9 | 45 | 18 | 45 |
| 3. ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 1 | 5 | 0 | 0 | 1 | 2.5 |
| ประถมศึกษา | 13 | 65 | 11 | 55 | 24 | 60 |
| มัธยมศึกษา | 2 | 10 | 6 | 30 | 8 | 20 |
| ประกาศนียบัตร | 1 | 5 | 1 | 5 | 2 | 5 |
| ปริญญาตรี | 3 | 15 | 2 | 10 | 5 | 12.5 |
| 4. อาชีพ | | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 2 | 10 | 2 | 10 | 4 | 10 |
| เกษตรกร | 9 | 45 | 7 | 35 | 16 | 40 |
| รับจ้าง | 0 | 0 | 4 | 20 | 4 | 10 |
| ค้าขาย | 4 | 20 | 2 | 10 | 6 | 15 |
| ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 1 | 5 | 3 | 15 | 4 | 10 |
| อื่นๆ | 4 | 20 | 2 | 10 | 6 | 15 |

ตารางที่ 2 (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | รวม | |
|-----------------------|------------|--------|-------------|--------|-------|--------|
| | n=20 | | n=20 | | n=40 | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| 5. รายได้ (บาท/เดือน) | | | | | | |
| น้อยกว่า 5,000 | 11 | 55 | 11 | 55 | 22 | 55 |
| 5,000-10,000 | 5 | 25 | 6 | 30 | 11 | 27.5 |
| มากกว่า 10,000 | 4 | 20 | 3 | 15 | 7 | 17.5 |

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80 อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60 และพบว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเป็นเกษตรกร รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3

| ความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง | \bar{X} | SD | t | p-value |
|---------------------------------|-----------|------|-------|---------|
| ก่อนการทดลอง | 1.549 | .357 | | |
| หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 | 1.302 | .262 | 5.135 | .000* |
| หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 | 1.188 | .206 | 6.863 | .000* |

*p<.05

จากตารางที่ 3 ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.549 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 เท่ากับ 1.302 และสัปดาห์ที่ 3 เท่ากับ 1.188 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถิติ dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิต
ขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการ
พยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ก่อนการทดลอง | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | p-value |
|--------------------|------------|------|-------------|------|--------|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | | |
| ความกดดันด้านจิตใจ | 1.549 | .357 | 1.758 | .315 | -1.966 | .06 |

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้าน
จิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง เท่ากับ 1.549 และกลุ่มควบคุมมี
ค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการ
ทดลอง เท่ากับ 1.758 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| ความกดดันด้านจิตใจ | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | | t | p-value |
|--------------------------|------------|------|-------------|------|--------|---------|
| | X | SD | X | SD | | |
| หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 | 1.302 | .262 | 1.651 | .307 | -3.873 | .000* |
| หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 | 1.188 | .206 | 1.753 | .240 | -7.991 | .000* |

*p<.05

จากตารางที่ 6 พบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.302 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.651 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.188 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.753 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยสถิติ independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์พบว่า คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในครั้งนี้ เพราะมีประโยชน์สำหรับตัวคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกายแล้ว ยังสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ในเรื่องของการประเมินอาการ การขอความช่วยเหลือจากหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน และการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานได้ ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จากข้อมูลและประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้ในขณะที่ทำการศึกษาพบว่า มีคู่สมรสผู้ป่วยกล่าวว่า “สามีดิฉัน มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร รีบพามาโรงพยาบาล พอมาถึงห้องฉุกเฉินเห็นหมอมและพยาบาลช่วยกันปั๊มหัวใจ และช็อกด้วยไฟฟ้า รู้สึกตกใจมาก ในใจคิดว่าถ้าไม่ได้คนที่มีความรู้ช่วยเหลือในครั้งนั้น ก็คงไม่รอด ตอนนั้นเป็นครั้งแรกที่เจอเหตุการณ์แบบนี้ ตอนนี้สามีกลับมาอยู่บ้านแล้ว ยังกังวลว่าจะเกิดเรื่องเหมือนเดิมหรือเปล่า แล้วจะทำอย่างไร พอได้มาเข้ากลุ่ม คุณพยาบาลช่วยสอนและฝึกให้รู้สึกว่ายังไงก็พอมีความรู้บ้างว่าต้องปฏิบัติอย่างไร จะโทรเรียกรถฉุกเฉินอย่างไร ถ้าเกิดเหตุการณ์อีกก็จะพยายามช่วยเหลือให้ถูกวิธีที่สุด “ มีคู่สมรสผู้ป่วยกล่าวว่า “สามีเคยมีอาการเจ็บหน้าอกทั้งๆ ที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ตอนแรกนึกว่าทำงานหนักเกินไป หรือเป็นโรคกระเพาะอาหาร เพราะเจ็บแบบแน่นๆ จุกที่ลิ้นปี่มา 2 วัน รับประทานยาแล้วไม่ดีขึ้น จึงไปหาหมอหลังจากได้รับการตรวจอย่างละเอียดและทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รู้สึกตกใจมากทั้งตนเองและสามี เพราะแม้แต่รักษาและวินิจฉัยกันเองจนเกือบเป็นอันตรายถึงชีวิตและไม่กล้าให้ผู้ป่วยต้องทำงานหนักหรือแม้แต่ออกกำลังกาย หลังจากได้เข้ากลุ่มแล้ว คุณพยาบาลช่วยสอนและช่วยฝึกทำให้เกิดความมั่นใจมากขึ้นว่าสามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รู้จักการปฏิบัติตัวและการดูแลผู้ป่วย” และต่างได้แสดงความคิดเห็นว่า การที่ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ช่วยทำให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และเป็นการเสริมสร้างกำลังใจให้กับคู่สมรสผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจส่วนใหญ ได้กล่าวว่า การที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล และพูดคุย ทำให้เกิดความรู้สึกลบสบายใจ และได้สอบถามข้อสงสัยต่างๆได้ ต่างเห็นสมควรว่าควรมีการจัดโปรแกรมฯ นี้ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กลุ่มทดลอง คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

กลุ่มควบคุม คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
2. ภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอายุ 20 - 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอายุ 20-59 ปี โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย
2. เป็นคู่สมรสผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกหรือเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี
3. ไม่มีประวัติเป็นโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด เป็นต้น อันเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดและสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ
5. ไม่มีภาวะทุพพลภาพ
6. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าเป็นกลุ่มทดลองด้วยการจับคู่ (Matched pair) โดยให้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุ หลังจากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพและรายได้
 - 1.2 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ประกอบด้วย
 - 2.1 แผนการให้ข้อมูลสำหรับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย

2.2 คู่มือการให้ข้อมูลสำหรับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.3 สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกปฏิบัติโรงพยาบาลสรรพสิทธิ

ประสงค์

การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2548 ถึงวันที่ 4 เมษายน 2548 ดำเนินการเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ
2. ผู้วิจัยทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยในการทดลองและการจัดเตรียมสถานที่

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

3. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการโดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย อธิบายรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติผู้วิจัยจะประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมายกับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยมอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจกลับไปที่บ้าน และตอบแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจส่งกลับมาให้ผู้วิจัยซ้ำอีกครั้งทางไปรษณีย์ ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ทำเช่นนี้จนครบ 20 คน

4. ทำการเก็บรวบรวมในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองยินยอมให้ความร่วมมือ การพิทักษ์สิทธิ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบ

ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังจากนั้นนัดหมายคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเข้าร่วมการวิจัยตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนดโดยจัดการทดลองเป็นรายกลุ่มๆ ละ 6-10 คนรวมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 45 นาที โดยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ห่างกัน 1 สัปดาห์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

5. มีการประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 2 และหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมฯ แล้ว 1 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 3)

การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ อายุ เพศ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ทดสอบการแจกแจงของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (ภาคผนวก ๑) แล้วจึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test
3. คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ระหว่างกลุ่มที่ได้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของกลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

กลุ่มสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีภาวะความกดดันด้านจิตใจหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ผลการศึกษาที่พบนี้สนับสนุนแนวคิดของ Ridner (2004) ที่กล่าวว่าภาวะความกดดันด้านจิตใจของบุคคลเกิดจากความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม และการเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ รูปแบบการพยาบาลที่สามารถลดความกดดันด้านจิตใจได้คือรูปแบบการพยาบาลที่มุ่งจัดกระทำต่อตัวแปรที่เป็นสาเหตุทั้งสามดังที่กล่าวมา นั่นคือ การตอบสนองความต้องการ การเพิ่มความสามารถในการควบคุม(Perceived control) และการช่วยเหลือให้เกิดการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จึงสามารถความกดดันด้านจิตใจได้ เนื่องจากการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานนั้นจะช่วยให้อุสมรสมีความสามารถในการควบคุมเพิ่มมากขึ้นได้เนื่องจากมีหลักฐานที่สนับสนุนว่ากลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความต้องการที่จะเรียนรู้การจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่เคยเกิดขึ้นและมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มสมรสของตนเอง (Turton, 1998) อีกทั้งในขั้นตอนของการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานนั้นประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิต การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นตัวแทนสัญลักษณ์เรื่องการปฏิบัติการกู้ชีวิต การสาธิตการปฏิบัติการกู้ชีวิตโดยผู้วิจัยและคณะ และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลองโดยใช้หุ่น ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้ แนวทางการปฏิบัติตน เกิดการเรียนรู้และได้

ฝึกประสบการณ์การปฏิบัติในเหตุการณ์จำลองที่คล้ายกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นจริงและเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้อุสรมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการควบคุม (Perceived control) เพิ่มขึ้น จากข้อมูลและประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้ในขณะที่ทำการศึกษพบว่า มีผู้สรมรสผู้ป่วยกล่าวว่า “สามีดิฉัน มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร รีบพามาโรงพยาบาล พอมาถึงห้องฉุกเฉินเห็นหมอและพยาบาลช่วยกันปั๊มหัวใจ และช็อกด้วยไฟฟ้า รู้สึกตกใจมาก ในใจคิดว่าถ้าไม่ได้คนที่มีความรู้ช่วยเหลือในครั้งนั้น ก็คงไม่รอด ตอนนั้นเป็นครั้งแรกที่เจอเหตุการณ์แบบนี้ ตอนนี้อยู่สามีดกลับมาอยู่บ้านแล้ว ยังกังวลว่าจะเกิดเรื่องเหมือนเดิมหรือเปล่า แล้วจะทำอย่างไร พอได้มาเข้ากลุ่ม คุณพยาบาลช่วยสอนและฝึกให้ก็รู้สึกว่อย่างงี้ก็พอมีความรู้บ้างว่าต้องปฏิบัติอย่างไร จะโทรเรียกรถฉุกเฉินอย่างไร ถ้าเกิดเหตุการณ์อีกก็จะพยายามช่วยเหลือให้ถูกวิธีที่สุด” ข้อมูลที่ได้เป็นสิ่งสนับสนุนว่าการช่วยเหลือให้อุสรมรสมีความรู้และทักษะในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ร้ายแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้มาก่อน จะทำให้อุสรมรสมีความสามารถในการควบคุมมากขึ้น และมีส่วนช่วยทำให้ความกดดันด้านจิตใจลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Moser และ Dracup (2000) ที่พบว่า การฝึกปฏิบัติการกู้ชีวิตให้กับผู้สรมรสผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีผลทำให้อุสรมรสมีความสามารถในการควบคุมมากขึ้น

นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นการตอบสนองของความความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นความต้องการที่ผู้วิจัยได้พบทวนวรรณกรรมและเลือกให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของอุสรมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุด ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้ยา และการออกกำลังกาย ตามลำดับ (Turton, 1998; Moser and Dracup, 2000) การให้ข้อมูลนี้ได้ทำไปพร้อมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้อุสรมรสมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Thomson and Meddis, 1990; Stewart et al., 2001; Harding et al., 2002) โดยในระหว่างกิจกรรมได้เปิดโอกาสให้อุสรมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เปิดโอกาสให้อุสรมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ระบายความรู้สึกและซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย พร้อมกับผู้วิจัยร่วมรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นและแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการแก้ปัญหา จากการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์นี้ อุสรมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความพึงพอใจที่ได้พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน เพราะขณะที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกก็ไม่เคยได้พูดคุยกัน มีความจำกัดในเรื่องของเวลาและสถานที่ การที่ได้มาร่วมกิจกรรมทำให้อุสรมรสรู้สึกว่า พยาบาลให้ความสนใจไม่ใช่เฉพาะตัวของผู้ป่วย การพูดคุยและร่วมรับฟังทำให้มีกำลังใจในการเผชิญปัญหาต่างๆ ได้

และจากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์แล้ว คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความกดดันด้านจิตใจลดลงตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2 และเมื่อเวลาผ่านไปอีก 1 สัปดาห์ คือในสัปดาห์ที่ 3 ความกดดันด้านจิตใจไม่ได้เพิ่มมากขึ้น และยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Moser และ Dracup (2000) ที่ศึกษาการฝึกวิถีชีวิตต่อความสามารถในการควบคุม (perceived control) ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 219 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ฝึกวิถีชีวิตร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ฝึกวิถีชีวิตร่วมกับการให้ความรู้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกวิถีชีวิตร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการฝึกวิถีชีวิตร่วมกับการให้ความรู้ ส่งผลให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสามารถในการควบคุมสูงขึ้น ทั้ง 2 กลุ่ม ($p = .001$) โดยใช้ระยะเวลาในการวัดหลังการให้โปรแกรมนาน 1 เดือน ซึ่งมากกว่าการศึกษานี้ จากผลการศึกษานี้และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังคงสรุปไม่ได้ว่า ประสิทธิภาพในการลดความกดดันด้านจิตใจของการใช้โปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะมีผลอยู่นานเท่าไร

เนื่องจากในการศึกษานี้เลือกใช้ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารจากการศึกษาของ Turton (1998) ซึ่งศึกษาความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ในช่วงวันที่ 12- 15 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อระยะเวลาผ่านไปความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาจเปลี่ยนแปลงไป จากหลายการศึกษาพบว่าคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มักมีความกดดันด้านจิตใจในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 1 ปี (King et al., 1993; Kettunen et al., 1999; O'Farrell, Murray, and Stephen, 2000) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รอดชีวิตกลับบ้านนั้นยังมีโอกาสเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 10 ภายในช่วง 1 ปีแรก เพราะกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดซ้ำหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดใหม่ และปัญหาแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านคือการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและ Unstable angina หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้จะเกิดบ่อยในช่วง 2-3 เดือนแรก (นิธิ มหานนท์, 2543) ระยะเวลาในช่วงนี้อาจมีผลทำให้คู่สมรสของผู้ป่วยเกิดความกดดันด้านจิตใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าน่าจะมีการติดตามผลเป็นระยะต่อไปอีกในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

จากกิจกรรมทั้งหมดในโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จะทำให้คู่สมรสได้รับการจัดการกับสาเหตุของความกดดันด้านจิตใจอย่างครอบคลุม จึงเป็นเหตุผลให้สามารถลดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ มีความกดดันด้านจิตใจหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การที่ค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจหลังการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่า ในปัจจุบันพยาบาลประจำการมุ่งหวังในการให้ความช่วยเหลือและการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ความรู้และการสนับสนุนด้านอารมณ์ จะช่วยลดการตอบสนองด้านอารมณ์ของผู้ป่วย (Yarcheski and Teressita, 1998; Ku, Ku, and Ma, 2002) ส่วนข้อมูลที่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบ จะเป็นเรื่องของ การใช้ยา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การมาตรวจตามนัดหมายของแพทย์ และคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ได้พูดคุยหรือระบายความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายคนอื่นๆ หรือหาโอกาสพูดคุยกับพยาบาลเท่าที่จะทำได้ และคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่ทราบถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น การฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานที่คู่สมรสสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ส่วนคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลและการทบทวนงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงในเชิงวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ และมีการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างชัดเจน ทำให้ได้การพยาบาลที่ครอบคลุมมากขึ้น เมื่อได้ทราบแนวทางในการปฏิบัติแล้ว ผลลัพธ์ภายหลังให้การพยาบาลนั้นจึงปรากฏชัดเจนเป็นรูปธรรมขณะที่เข้ากลุ่ม จากข้อมูลและประสบการณ์ที่ผู้วิจัยได้ในขณะที่ทำการศึกษาค้นคว้ามีคู่สมรสผู้ป่วยกล่าวว่า “สามีดิฉัน มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร รีบพามาโรงพยาบาล พอมาถึงห้องฉุกเฉินเห็นหมอมและพยาบาลช่วยกันปั๊มหัวใจ และช็อกด้วยไฟฟ้า รู้สึกตกใจมาก ในใจคิดว่า ถ้าไม่ได้คนที่มีความรู้ช่วยเหลือในครั้งนั้น ก็คงไม่รอด ตอนนั้นเป็นครั้งแรกที่เจอเหตุการณ์แบบนี้ ตอนนี้สามีกลับมาอยู่บ้านแล้ว ยังกังวลว่าจะเกิดเรื่องเหมือนเดิมหรือเปล่า แล้วจะทำอย่างไร พอได้มาเข้ากลุ่ม คุณพยาบาลช่วยสอนและฝึกให้ก็รู้สึกว่ายังไงก็พอมีความรู้บ้างว่าต้องปฏิบัติอย่างไร จะโทรเรียกรถฉุกเฉินอย่างไร ถ้าเกิดเหตุการณ์อีกก็จะพยายามช่วยเหลือให้ถูกวิธีที่สุด “ และมีคู่สมรสผู้ป่วยอีกคนกล่าวว่า “ การที่ได้มาเข้ากลุ่มในครั้งนี้ได้ประโยชน์มาก ทำให้ได้รู้จักคนอื่น ๆ ไม่ใช่แค่เราเท่านั้นที่มีปัญหา การได้มาเข้ากลุ่มในครั้งนี้รู้สึกสบายใจ ได้รับความรู้ต่างๆ มากมาย รู้ขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้มีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้” เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Moser และ Dracup (2000) ที่ศึกษาการฝึกกู่ชีวิตต่อความสามารถในการควบคุม (perceived control) ของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 219 คน

แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุม กลุ่มที่ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้ความรู้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ได้รับการฝึกกู่ชีวิตร่วมกับการให้ความรู้ ส่งผลให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสามารถในการควบคุมสูงขึ้นทั้ง 2 กลุ่มสรุปได้ว่าการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถลดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

ผลการศึกษาที่พบ ชี้ให้เห็นว่าควรนำโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปใช้เพื่อลดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในปัจจุบันพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในคลินิกนั้นมีภาระงานมาก การนำการพยาบาลที่มีหลักฐานอ้างอิง (Evidence-based practice) มาปฏิบัติจะทำให้ลดภาระงานหรือการพยาบาลบางอย่างที่ไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจน จะทำให้ใช้เวลาน้อยลงแต่ได้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่ากับเวลา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. **ทางด้านการพยาบาล** พยาบาลควรนำโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ปรับใช้ในระบบบริการสุขภาพ ใช้กับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันและลดระดับความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และติดตามประเมินผลในช่วง 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี
2. **ทางด้านการศึกษา** จัดการอบรมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก โดยนำโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปใช้ในการให้บริการ เพื่อช่วยเหลือคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างเหมาะสม
3. **ทางด้านการวิจัย** เป็นแนวทางการค้นคว้าและวิจัยพัฒนาการบำบัดทางการพยาบาลสำหรับคู่สมรสหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตาม เพื่อประเมินผลระดับภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะยาวขึ้น เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี และประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยเพิ่มเติม
2. ควรมีการศึกษาวิจัย และพัฒนาการศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้สื่อ

รูปแบบต่างๆ เพื่อนำผลการวิจัยมาปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อ
คุณภาพชีวิตของคู่สมรสและผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กอบกุล บุญปราศรัย. 2546. พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- กุลธิดา พานิชกุล. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรียา ตันติธรรม. 2536. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จอม สุวรรณโณ. 2541. ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 47(3) :147-157.
- จารุวรรณ มานะสุกร. 2544. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชรัสนิกุล ยิ้มบุญณะ. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ จงวัฒนา. 2531. อภิธานศัพท์ประชากรศาสตร์. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิ มหานนท์. 2543. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก. ใน นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีวรา, และ สรณ บุญไชยพุกษ์ (บรรณาธิการ), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- พรทิพา ศุภราศรี. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- แพรวระพี เรืองเดช. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภิญญา หนูภักดี. 2533. การเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. รวมอภิธานเวชสาร 2(1): 84-93.
- วราภรณ์ นาครัตน์. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร ทองแดง. 2541. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน จินตนา ศิรินาวิน, สุมาลี นิมมานนิตย์, และ วันชัย วนะชิวนาวิน (บรรณาธิการ). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. 2537. การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์. 12(4): 33-38.
- วิไล พุกขรุ่มเย็น. 2544. ผลการเตรียมผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหัวใจเฉียบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2546. แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 13(5): 1-11.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง.
- อุไร ศรีแก้ว. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ. สงขลา: บริษัท ลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Abeloff, M. D., Armitage, J. D., Lichter, A. S., and Niederhuber, J. E. 2000. Clinical oncology. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone.
- Anderson, H. V., and Weinrauch, M. 1996. Thrombosis in ischemic heart disease. Archive of International Medicine 156: 1382-1394.
- Baines, E. M., and Oglesby, F. M. 1992. The elderly as caregivers of the elderly. Holistic Nursing Practice 7(1): 61-69.
- Beach, E. K., Maloney, B. H., and Plocica, A. R. 1992 The spouse: a factor in recovery after acute myocardial infarction. Heart & Lung 21(1): 30-38.
- Cutrona, C. E. 1996. Social support in couples: Marriage as a resource in time of stress. Thousand Oaks, Calif: Sage Publication.
- Derogatis, L. 1992. BSI: Brief symptom inventory: Administration, scoring, and procedures manual-II. 2nd ed. Balltimor: Clitical Psychometric Research.
- Dhooper, S. S.1990. Identifying and mobilizing social supports for the cardiac patient's family. Journal of Cardiovascular Nursing. 5: 65-73
- Dracup, K., Moser, D. K., and Taylor, S. E. 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.
- Fleury, J.,and Moore, S.M. 1999. Family-Centered Care after Acute Myocardial Infarction. Journal of Cardiovascular Nursing 13 (3): 73-82.
- Friedman, M. M.,and King, K. B.1994. The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure. Research in Nursing & Health 17: 433-440.
- Harding, R., Leam, C., Peane, A., Tatlor, E., and Higginson, I. 2002. A multi-professional short- term group intervention for carginers of patients using a home palliative care service. Journal of Palliative care 18 (4): 275-281.
- Hilbert, G. A. 1993. Family sastisfaction and affect of men and their wives after myocardial infarction. Heart & Lung 22 (3): 200-205.

- 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.
- Hupcey, J. E., and Morse, J. E. 1995. Family and social support: Application to the critical patients. Journal of family nursing. 1 (3): 257-270.
- 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.
- King, K. B., Reis, H. T., Porter, L. A., and Norsen, L. H. 1993. Social support and long-term recovery from coronary surgery: Effect on patients and spouses. Health Psychology 12(1): 56-63.
- Kleiber, C. et al. 1994. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. American Journal of Critical Care 3(1): 70-76.
- Ku, S. L., Ku, H. C., and Ma, C. F. 2002. Effects of phase I cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft in Taiwan. Heart & Lung 31 (2): 133-140.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., and Dirksen, S. R. 2000. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. St. Louis: Mosby.
- Lukkarinen, H., and Kyngäs, H. 2003. Experiences of onset of coronary artery disease in a spouse. European Journal of Cardiovascular Nursing 2: 189-194.
- Massé, R. 2000. Qualitative and quantitative analyses of psychological distress methodological complementarity and ontological incommensurability. Qualitative Health Research 10: 411-423.
- Miles, M. S., Holditch-Davis, D., Burchinal, P., and Nelson, D. 1999. Distress and growth outcomes in mother of medically fragile infants. Nursing Research 48: 129-140.
- Moser, D. K. 1994. Social support and cardiac recovery. Journal of Cardiovascular Nursing 9: 27-36.
- 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.

- Moser, D. K., and Dracup, K. 2001. Cardiopulmonary resuscitation training improved perceived control in spouses of recovering from an acute cardiac event. Evidence-Based Nursing 4: 23.
- Moser, D. K., Drucup, K. A., and Marsden, C. 1993. Needs of recovering cardiac patients and their spouses: Compared views. International Journal of Nursing Studies 30(2): 105-114.
- Nyamathi, A., Jacoby, A., Conatancia, P., and Ruvevich, S. 1992. Coping and adjustment of spouses of critically ill patients with cardiac disease. Heart & Lung 21 (2): 160-166.
- O'Farrell, P., Murray, J., and Hotz, S. B. 2000. Psychologic distress among spouses of patients undergoing cardiac rehabilitation. Heart & Lung 29 (2): 97-104.
- Pinquart, M., and Sörensen, S. 2003. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and psysical health: A Meta-Analysis. Psychology and Aging 18 (2): 250-267.
- 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: Principles and methods. (6th). Philadelphia: Lippincott.
- Rankin, S. H. 2002. Woman recovering from acute myocardial infarction: Psychosocial and physical functioning outcomes for 12 months after acute myocardial infarction. Heart & Lung 31(6): 399-410.
- Ridner, S. H. 2004. Psychological distress: Concept analysis. Journal of Advanced Nursing 45(5): 536-545.
- Riegel, B. 1989. Social support and psychological adjustment to coronary heart disease: opperrationalization of Johnson's behavioral system model. Avanced Nursing Science 11: 74-84.
- Santavirta, N., Kettunen, S., and Solovieva, S. 2001. Coping in spouses of patients with acute myocardial infarction in the early phase of recovery. Journal of Cardiovascular Nursing 16 (1): 34-46.

- Sotile, W. M. 1993. The intimacy factor in cardiopulmonary rehabilitation. A practical model for structuring interventions. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 13: 237-242.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., and Makrides, L. 2000. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. Journal of Advanced Nursing 31(6): 1351-1360.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., and Weld-Viscount, P. 2001. Group support for couples coping with a cardiac condition. Journal of Advanced Nursing 33(2): 190-199.
- Svedlund, M., and Axelsson, I. 2000. Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. Intensive and Critical Care Nursing 16: 256-265.
- Thompson, D. R., and Meddis, R. 1990. Wives responses to counselling early after myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research 34: 249-258.
- Thompson, D. R., Ersser, S. J., and Webster, R. A. 1995. The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. Journal of Advanced Nursing 22: 707-714.
- Turton, J. 1998. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. Journal of Advanced Nursing 27: 770-778.
- Uchitomi, Y., Mikami, I., Nagai, K., Nishiwaki, Y., Akechi, I., and Okamura, H. 2003. Depression and psychological distress in patients during the year after cardiac resection of non-small-cell lung cancer. Journal of Clinical Oncology 21(1): 69-77.
- Webster, R. A., Thomson, D. R., and Mayou, R. A. 2002. The experiences and needs of Gujarati Hindu patients and partners in the first month after a myocardial infarction. European Journal of Cardiovascular Nursing 1: 69-76.
- Yarcheski, A. D. and Teresita, F. 1998. Moderators of the relationship between triat anxiety and information received by patients post myocardial infarction. Clinical Nursing Research 2(7): 168-179.

Yeh, C. H. 2003. Psychological distress: Testing hypotheses based on Roy's adaptation model. Nursing Science Quarterly 16(3): 255-263.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



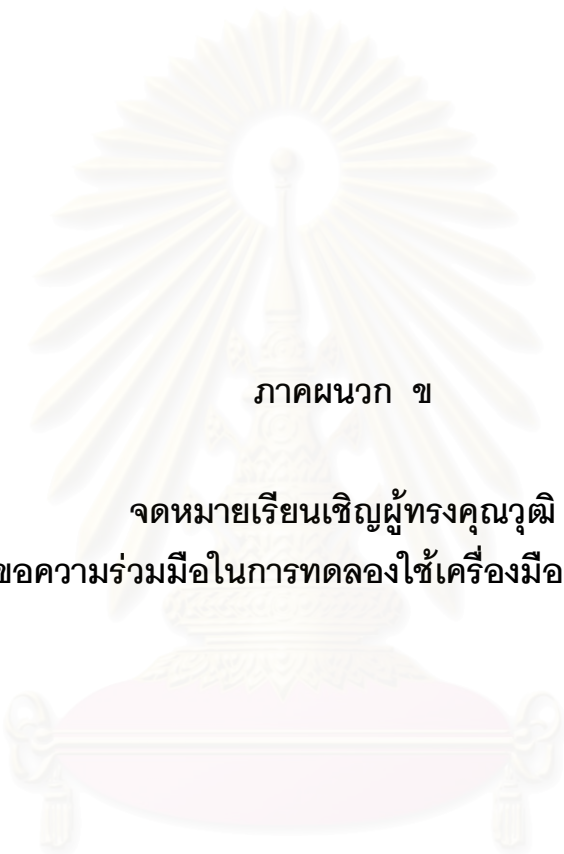
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

| | |
|---|--|
| รองศาสตราจารย์. พ.ต.ต. หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนณะจง เพ็งจาด | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| แพทย์หญิง กนกกาญจน์ อ่อนทะเล | จิตแพทย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ |
| แพทย์หญิง ปิยะรัตน์ โกมลศาสตร์ | อายุรแพทย์ด้านโรคหัวใจ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| นายแพทย์ จริญญาพงษ์ ชูรัตน์ | วิสัญญีแพทย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| นางสาว วิมลวรรณ พลบุรี | หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| นางสาว พัชนี ร่มताल | หัวหน้าหอผู้ป่วย ซีซียู. สถาบันโรคทรวงอก |



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เนื่องด้วย นางสาวนุสรวิชัยโกวิทเทน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีพชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. แพทย์หญิง ปิยะรัตน์ โกมลศาสตร์ อายุรแพทย์
2. นายแพทย์ จริญญาพงษ์ ชูรัตน์ วิสัญญีแพทย์
3. นางสาววิมลวรรณ พลบุรี หัวหน้างานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนแพทย์หญิง ปิยะรัตน์ โกมลศาสตร์, นายแพทย์ จริญญาพงษ์ ชูรัตน์
และนางสาววิมลวรรณ พลบุรีงานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ที่อนิสิต

นางสาวนุสรวิชัยโกวิทเทน โทร. 0-6648-4980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหะวัณ

เนื่องด้วย นางสาวนุสรา วิชัยโกวิทแทน นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคณูสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวนุสรา วิชัยโกวิทแทน โทร. 0-6648-4980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวนุสรรา วิชัยโกวิทเทน นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีพชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817ชื่อนิสิต นางสาวนุสรรา วิชัยโกวิทเทน โทร 0-6648-4980

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มกราคม 2548

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

เนื่องด้วย นางสาวนุสรรา วิชย์โกวิทเทน นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคฤสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างคฤสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวนุสรรา วิชย์โกวิทเทน ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

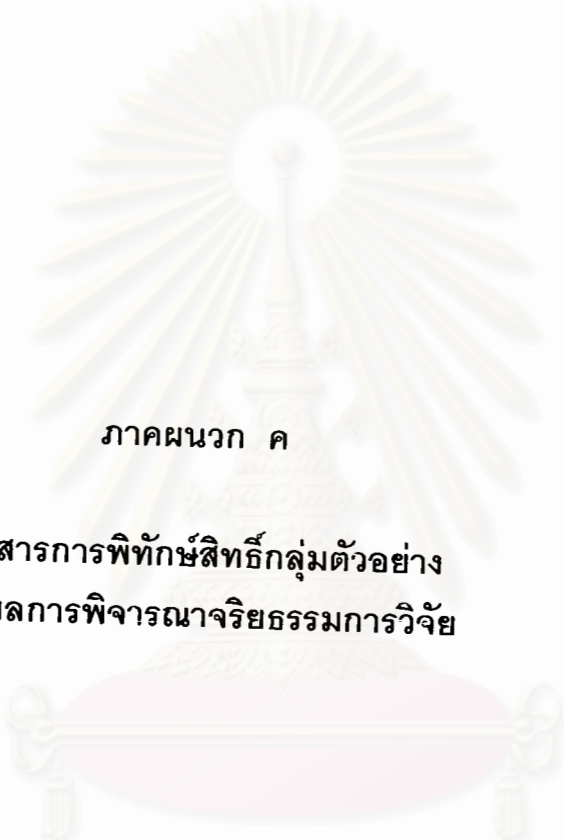
โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวนุสรรา วิชย์โกวิทเทน โทร 0-6648-4980



ภาคผนวก ค

เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
และผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการฝึกผู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย”

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวนุสรุสา วิชยโกวิทเทน ที่อยู่ 45/1 ถ. สุขาอุปถัมภ์
ต. ในเมือง อ. เมือง จ. อุบลราชธานี ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ
และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติและระยะเวลาของการเข้าร่วม
วิจัย ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย
ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยข้อมูล
เหล่านั้นจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ข้าพเจ้า
สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบต่อกรับบริการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้า
และคู่สมรสได้รับอยู่แต่อย่างใด

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่ / วันที่

.....
ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
สถานที่ / วันที่

.....
(นางสาวนุสรุสา วิชยโกวิทเทน)

.....
ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (EFFECTS OF BASIC CARDIAC LIFE SUPPORT TRAINING COMBINED WITH INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN SPOUSES OF MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS)

ชื่อผู้วิจัย นางสาว นุสรวิชัยโกวิทเทน

สถานที่ปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ที่ทำงาน - **โทรศัพท์ที่บ้าน** 0-4531-1096

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0-6648-4980

E-mail: nusara22@yahoo.com

สถานที่วิจัย งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี
บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

นางสาว นุสรวิชัยโกวิทเทน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ความเป็นมาของโครงการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังเนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงที่เกิดอาการเฉียบพลัน (Acute) สลับกับช่วงการฟื้นสภาพ (Recovery) ต่อเนื่องกันไป อาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันของผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ได้แก่อาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Angina pectoris) การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) และการตายอย่างกะทันหันจากหัวใจ (Sudden cardiac death) การเปลี่ยนแปลงจากพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น โดยเฉพาะการดูแลจากคู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิด มีความรักใคร่ผูกพันห่วงใยเอื้ออาทร และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากที่สุด คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่คู่สมรสของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการให้การช่วยเหลือและให้การสนับสนุนผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่กลับพบว่าภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อคู่สมรสเป็นอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะ

ผลกระทบด้านจิตใจพบว่า คู่สมรสมีระดับความรุนแรงของภาวะความกดดันด้านจิตใจ (Psychological distress) ในระดับใกล้เคียงหรือมากกว่าผู้ป่วยด้วยซ้ำไป

การพยาบาลที่สามารถป้องกันและลดภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นจะต้องเป็นการพยาบาลที่จัดกระทำต่อตัวแปรที่เป็นสาเหตุ คือ 1. ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet need) 2. ความรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุม (Loss of control) 3. การเผชิญปัญหาที่ขาดประสิทธิภาพ (Ineffective coping)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อจัดกระทำต่อตัวแปรที่มีผลต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจอย่างครอบคลุมซึ่งเป็นโปรแกรมที่มุ่งจัดกระทำต่อตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะสามารถทำให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งจัดเป็นบริบททางสังคมที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมี ภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง ส่งผลให้คู่สมรสสามารถแสดงบทบาทการเป็นผู้ดูแล และสามารถให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นอันตราย ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ สามารถลดผลกระทบทั้งด้านร่างกายจิตใจ เศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติได้

รายละเอียดและขั้นตอนที่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะได้รับการปฏิบัติ: ในงานวิจัยนี้จะสุ่มกลุ่มคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ พร้อมทั้งบันทึก การประเมินสัญญาณชีพและการติดตามด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ การติดตามผลการรักษาและประเมินอาการอย่างต่อเนื่องจนพ้นภาวะคุกคามชีวิตจนถึงการฟื้นฟูสภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วย เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยคู่สมรสของผู้ป่วยจะได้รับความรู้ด้านสุขภาพในด้านสุขภาพเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พยาธิสภาพ ยาที่ได้รับ และการปฏิบัติตัวต่างๆ ไป

กลุ่มที่ 2 คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะได้รับโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ (Informational and emotional support) เป็นการให้ความรู้แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 6-10 คน เนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การจัดการอาการ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและปัจจัยเสี่ยง โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การใช้จ่าย และการออกกำลังกาย ในขณะที่เดียวกันจะเปิดโอกาสให้คู่สมรสได้ระบาย

ความรู้สึก ระบายความเครียดและความวิตกกังวล โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้คู่สมรสมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการเผชิญปัญหา ร่วมกับการให้คำแนะนำ คำพูดสนับสนุน การกระตุ้นและชี้แนะ เพื่อเป็นการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการกู้ชีวิต การใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นต้นแบบสัญลักษณ์เรื่องการปฏิบัติการณ์กู้ชีวิต การสาธิตการปฏิบัติการณ์กู้ชีวิตโดยผู้วิจัยและคณะ และการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง โดยใช้หุ่นจำลอง ตามลำดับ โดยการนัดหมายคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเข้าร่วมการวิจัยตามวัน เวลา สถานที่ที่กำหนดโดยจัดการทดลองเป็นรายกลุ่มๆ ละ 6-10 คนรวมทั้งหมด 3 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง และครั้งที่ 3 ใช้เวลา 45 นาที โดยครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ห่างกัน 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ห่างกัน 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์

ข้อดีและความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นของการเข้าร่วมงานวิจัย

ข้อดี: การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์โดยตรงต่อคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและตัวของผู้ป่วย ช่วยให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถรับทราบข้อมูลและมีวิธีเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ และยังช่วยให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ เช่น สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้ป่วย

ความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น: ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้น เพียงแต่ผู้เข้าร่วมในการวิจัยต้องสละเวลาในการเข้าร่วมการวิจัยนี้

ค่าใช้จ่าย: ผู้เข้าร่วมในการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ในการเข้าร่วมในการวิจัย โดยจะมีค่าเดินทางให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละครั้ง

สิทธิในการงดเข้าร่วมงานวิจัย: ผู้เข้าร่วมในการวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้ทุกเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น

การรักษาความลับ: ข้อมูลใดๆ ที่ได้จากผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะถือเป็นความลับและจะไม่ถูกเปิดเผยให้บุคคลอื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลจากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจากการวิจัยครั้งนี้ และอาจจะถูกตีพิมพ์และสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการวิจัยต่อไป

สำเนา

บันทึกข้อความ

99

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88193

ที่ ศธ 0512.25/216.1/2548

วันที่ 3 มีนาคม 2548

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 2/2548 เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2548 ที่ประชุมได้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโครงการวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย" (Effects of Basic Cardiac Life Support Training Combined with Informational and Emotional Support Program on Psychological Distress in Spouses of Myocardial Infarction Patients) ซึ่งมี นางสาวนุสรา วิชัยโกวิทเทน เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ปรีดา ทั่นประดิษฐ์)

ประธานกรรมการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน นางสาวนุสรา วิชัยโกวิทเทน



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐาน

ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ส่วนที่ 2 แผนการฝึกกู่ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ส่วนที่ 2 คู่มือสำหรับคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์แรก) ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย

| | | |
|--|---------|---------|
| การเปิดกลุ่มและแนะนำตัว | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การให้ข้อมูลและความรู้ตามเนื้อหาที่กำหนด โดยผู้วิจัย | ใช้เวลา | 30 นาที |
| การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ | ใช้เวลา | 30 นาที |
| พักรับประทานอาหารว่าง | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการดูสื่อวีดิทัศน์ | ใช้เวลา | 20 นาที |
| การใช้ตัวแบบจริงในการสาธิตการปฏิบัติวิถีชีวิต | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง | ใช้เวลา | 40 นาที |
| การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป | ใช้เวลา | 15 นาที |

ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม (ตามแผนการให้โปรแกรม)

1) การเปิดกลุ่มและแนะนำตัว (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล

สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ น.ส.นุสรา วิทยโกวิทเทน เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

เหตุผลที่สนใจในการศึกษาครั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลัน สลับกับช่วงการฟื้นฟูสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากคู่สมรส เพราะคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการดูแลและได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสนั้นจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยและเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอันตรายหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่ดิฉันคิดว่าสามารถเข้าร่วมในการวิจัยและให้ข้อมูลหรือข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาคั้งนี้ โดยในการศึกษาคั้งนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ของผู้ป่วย แต่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อท่านและผู้ป่วยเอง

ในการเข้าร่วมการวิจัยคั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของการรับประทานยา การรับประทานอาหารการจัดการกับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย และแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ชักถามข้อสงสัย และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่านเสมอ

เมื่อท่านอ่านคู่มือสำหรับคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเล่มนี้ร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ท่านสามารถที่จะ

1. อธิบายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอาการ อาการแสดงได้ถูกต้อง
2. อธิบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านการรับประทานยา โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกาย ได้ถูกต้อง
3. ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ถูกต้อง

2) การให้ข้อมูลและความรู้ตามเนื้อหาที่กำหนด (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการตอบสนองความต้องการของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเรื่องของข้อมูล

สื่อ นำเสนอโดยสไลด์ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ภาวะที่มีการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด ซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนเนื่องมาจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน การตายของกล้ามเนื้อจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยหลอดเลือดที่อุดตัน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลัน สลับกับช่วงการฟื้นสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นประโยชน์สำคัญในการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล และโดยเฉพาะจากคู่สมรสนั้นจะ

มีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยและเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอัตราเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หัวใจแบ่งเป็น 4 ห้องเพื่อควบคุมการไหลเวียนของเลือด มีห้องทางด้านซ้าย 2 ห้อง คือห้องบนซ้ายและห้องล่างซ้าย และห้องทางด้านขวา 2 ห้อง คือห้องบนขวาและห้องล่างขวา ระหว่างห้องบนและห้องล่างมีลิ้นหัวใจกันอยู่ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา หัวใจห้องล่างซ้ายต่อกับหลอดเลือดแดงใหญ่มีหลอดเลือดที่มีออกซิเจน ซึ่งรับจากปอดจะถูกหัวใจด้านล่างซ้ายสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนเลือดที่ร่างกายใช้ออกซิเจนแล้วจะไหลกลับไปเข้าหัวใจด้านขวาทางหลอดเลือดดำ แล้วถูกส่งไปรับออกซิเจนที่ปอด ปอดจะขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ การไหลเวียนของเลือดทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้รับอาหาร

หัวใจประกอบด้วยหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำเลือดแดงมาเลี้ยงหัวใจ เมื่อเส้นเลือดเกิดการอุดตัน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด

อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประวัติของอาการเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและทำให้ไขว้เขวคิดว่าเป็นโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคของถุงน้ำดี โรคฟัน เป็นต้น ประมาณครึ่งหนึ่งของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการนำมาก่อน คือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก อาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่แขนทั้งสองข้าง ผิดกันแต่ว่าอาการมักเกิดขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการที่แท้จริงขณะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรงคือ เจ็บแน่นหน้าอกมากบริเวณกลางหน้าอก ร้าวไปไหล่แขนทั้งสองข้างจนถึงมือ มักเป็นขณะพัก เป็นนานกว่า 30 นาทีจนถึงหลายชั่วโมง อาจจะมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น

- อาการหายใจลำบาก แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก
- มึนงง หน้ามืด จะเป็นลม
- คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกท่วมตัว

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

ตำแหน่งที่มีอาการเจ็บเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. เจ็บแน่นบริเวณหน้าอก
2. เจ็บหน้าอกร้าวไปที่คอ กราม และฟัน
3. เจ็บหน้าอกร้าวไปที่แขนซ้าย
4. เจ็บที่ลิ้นปี่
5. เจ็บที่ลิ้นปี่ร้าวไปที่คอ กรามและแขน
6. เจ็บบริเวณคอและกราม
7. เจ็บบริเวณไหล่ซ้ายและแขนทั้งสองข้าง
8. เจ็บบริเวณสะบัก

อาการดังกล่าวอาจเป็นที่ใดที่หนึ่งก็ได้

ปัจจัยเสี่ยงได้แก่

- กรรมพันธุ์
- ภาวะไขมันในเลือดสูง
- ความดันโลหิตสูง
- การสูบบุหรี่
- โรคเบาหวาน
- โรคอ้วน
- การขาดการออกกำลังกาย
- ความเครียด

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. การรับประทานยา

หลักทั่วไปในการใช้ยา

- ควรรู้ชื่อยาที่รับประทาน เวลาที่รับประทานยาประโยชน์ที่ได้และอาการข้างเคียงจากการ

รับประทานยา

- รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อยาใกล้หมดควรรีบไปพบแพทย์เพื่อรับยาเพิ่ม
- ในกรณีที่รับประทานยาหลายชนิด ควรเตรียมยาเป็นมือในแต่ละวันไว้ล่วงหน้า
- ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง เนื่องจากยาบางชนิดต้องปรับขนาดตามอาการของผู้ป่วย

ไม่ควรหยุดยาหรือปรับขนาดยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล

- ถ้าจะเดินทาง ควรเตรียมยาให้พร้อมและเพียงพอ ควรจดชื่อยาทุกชนิดติดตัวไว้ สำหรับ
- ยามอดได้ลิ้น ควรนำยาติดตัวไว้เสมอ เพื่อหยิบยาได้ตลอดเวลา

- ระวังระดับน้ำตาลไม่ให้ยาสัมผัสกับความร้อน หรือความชื้นเพราะอาจทำให้ยาเสื่อมคุณภาพ

2. การรับประทานอาหาร

แนวทางในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง หอยนางรม หมูติดมัน หมูสามชั้น กุ้ง ปลาหมึก กะทิ

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เพราะอาหารที่มีรสเค็มจะมีปริมาณเกลือมาก ทำให้มีอาการบวมได้ และทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ได้แก่ ปลาจืด เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กุ้งแห้ง อาหารกระป๋อง อาหารหมักดองต่างๆ

- หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ชา กาแฟ เพราะมีผลต่อการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ

- ควรรับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม และย่อยง่าย เช่น อาหารจำพวกเนื้อปลา ผัก และผลไม้

- ควรรับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใย ผักและผลไม้ช่วยรักษาระดับโปแตสเซียมและโซเดียมในร่างกาย และมีกากใยสูงช่วยในการขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นการเพิ่มการทำงานของหัวใจเมื่อเกิดท้องผูก

- รับประทานอาหารแค่พออิ่ม ควรพักผ่อนหลัง รับประทานอาหาร 1/2-1 ชั่วโมง เพราะหลังรับประทานอาหารหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น

3. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด

เมื่อมีความเครียด ควรหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เพื่อมิให้ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง

ในการจัดการกับอารมณ์และความเครียดนั้นควรเลือกวิธีปฏิบัติที่เคยชิน ถนัด ชอบ และสนใจ ทั้งนี้เพื่อให้รู้สึกสบายใจมากขึ้น เช่น

- การพักผ่อน และนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง จะช่วยให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย และช่วยให้มีอาการที่แจ่มใส

- ทำงานอดิเรกที่สนใจ ได้แก่ การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ตกแต่งบ้าน ทำงานประดิษฐ์ ฟังเพลงที่ชอบ เป็นต้น

- ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ทำให้ใจให้มีสมาธิ สวดมนต์

- พูดคุยระบายความรู้สึกกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว ทำกิจกรรมร่วมกัน

- มีช่วงเวลาพักระหว่างการทำงาน ไม่ทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน

4. การออกกำลังกาย

เพื่อไม่ให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก และป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายแต่พอดีและสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยบางรายจะมีข้อห้ามในการออกกำลังกายจนกว่าจะควบคุมอาการ และความรุนแรงของโรคได้

การออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น การเดิน การรำมวยจีน การวิ่งเหยาะๆ เป็นต้น ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก เช่น การยกน้ำหนัก การวิดพื้น เป็นต้น การออกกำลังกายควรปฏิบัติสม่ำเสมออย่างน้อยวันเว้นวัน หรือ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที

การออกกำลังกายทุกชนิด ควรเริ่มต้นจาก

1. การอบอุ่นร่างกาย เพื่อเตรียมความพร้อมของเอ็น กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจและหลอดเลือด ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2. การออกกำลังกาย ต้องออกแรงพอดีสม่ำเสมอ 10-20 นาที

3. การผ่อนคลายจากการออกกำลังกาย โดยการค่อยๆ ลดความเร็วและแรงของการออกกำลังกายลง ใช้เวลา 5-10 นาที เพื่อเป็นการปรับการทำงานของกล้ามเนื้อ ปอด หัวใจและหลอดเลือด มิฉะนั้นอาจเกิดหัวใจวายได้

ข้อแนะนำในการออกกำลังกาย

- เมื่อเริ่มออกกำลังกายต้องแน่ใจภาวะของโรคสามารถควบคุมได้

- ไม่ควรออกกำลังกายทันทีหลังรับประทานอาหาร ควรออกกำลังกายก่อนรับประทานอาหารอย่างน้อย 20 นาที หรือหลังรับประทานอาหารแล้ว 2 ชั่วโมง

- หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในที่มีอากาศร้อนจัด หรือการระบายอากาศไม่ดี

- ใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย

- หยุดออกกำลังกายทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ดังนี้

★ เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก

★ ใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดปกติ

★ หอบเหนื่อย หรือเหนื่อยกว่าปกติ

★ มึนงงศีรษะ จะเป็นลม

แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน

เมื่อพบผู้ป่วยยังมีสติ มีอาการเจ็บหน้าอก ตั้งสติและพิจารณาว่าเกิดอะไรขึ้น ไม่ผลีผลามหรือเอะอะโวยวาย (เพราะผู้ป่วยอาจจะตกใจจนอาการกำเริบมากขึ้น) ดูแลให้ผู้ป่วยอมยาใต้ลิ้น (Isordil) ทันที หยุดกิจกรรมที่ทำอยู่และนอนพัก ถ้ายังไม่หายเจ็บหน้าอกอมยาซ้ำได้อีก 1 เม็ดห่างกัน 5 นาที ถ้าได้ยา 3 เม็ด ติดต่อกันทุก 5 นาทีแล้วอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น รีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด หรือเรียกหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS.) หมายเลขโทรศัพท์ 1669

เมื่อพบผู้ป่วยหมดสตินอนอยู่ ตั้งสติเริ่มการกู้ชีวิตขั้นต้น ซึ่งการกู้ชีวิตขั้นต้น หมายถึง กระบวนการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หัวใจหยุด และ/หรือหยุดหายใจหรือกำลังจะหยุด มี 4 ขั้นตอนคือ

1. รู้ทันที ว่าเป็นภาวะหมดสติ ภาวะหัวใจหยุด/หรือ หยุดหายใจหรือกำลังจะหยุด เรียกผู้ป่วยต่างๆเขาที่ไหลเบาๆประเมินจากผู้ป่วยไม่ตอบสนอง

2. เรียกก่อน คือ ขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างหรือการเรียก หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS.) ทันที เบอร์โทร. 1669

3. กู้หัวใจปอดเร็ว ซึ่งประกอบด้วย

- เปิดทางเดินหายใจ

- ช่วยหายใจ

- นวดหัวใจ

A. เปิดทางเดินหายใจ ด้วยวิธีหงนศีรษะเขยคาง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย มือกดให้ศีรษะหงนเขยคางบริเวณกระดูกขากรรไกร ล้วงเอาพันปลอมและเศษอาหารออกให้หมด ตรวจการหายใจโดยตาดูทรวงอกว่าขึ้น-ลงตามการหายใจเข้า-ออก หูฟังลมหายใจเพื่อดูว่ามีลมหายใจเข้า-ออกหรือไม่ แก้มแนบที่จมูกว่ามีลมหายใจมาสัมผัสหรือไม่ สังเกตเป็นเวลาไม่เกิน 10 วินาที

B. ช่วยหายใจ วิธีที่เร็วที่สุดในการให้ออกซิเจนและช่วยหายใจผู้ป่วยคือวิธีการเป่าปาก ลมหายใจออกของเรามีออกซิเจนเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยได้ โดยอ้าปากผู้ป่วยแล้วบีบจมูกผู้ป่วยให้แน่น ครอบปากลงไปให้สนิท แล้วเป่าลมเข้าไปให้หน้าอกขยายจนเห็นได้ชัด ถ้าน้ำอกไม่ขยาย แต่ท้องกลับโป่งขึ้นแสดงว่าลมเข้าท้องมากกว่าเข้าปอด ให้จัดท่าใหม่ใช้มือกดให้ศีรษะหงนเขยคางบริเวณกระดูกขากรรไกรใหม่ โดยช่วยหายใจ 2 ครั้งก่อนในครั้งแรก ครั้งละ 2 วินาที

C. นวดหัวใจ ก่อนนวดหัวใจตรวจดูว่ามีภาวะไหลเวียนเลือดโดยการคลำชีพจรเส้นเลือดใหญ่ที่คอ (Carotid artery) เมื่อชีพจรไม่เต้นจึงเริ่มการนวดหัวใจโดยวางสันมือ 2 ข้างซ้อนทับกันลงบนกระดูกหน้าอกประมาณ 2 นิ้วมือ เหนือกระดูกอ่อนยอดอกหรือประมาณราวนม เหยียดแขนตรงแล้วใช้น้ำหนักตัวโถมผ่านแขนที่เหยียดตรง (ห้ามงอ) และสันมือ ให้กระดูกหน้าอกยุบประมาณ 2 นิ้ว (ควรช่วยหายใจ 2 ครั้ง แล้วนวดหัวใจ 15 ครั้งสลับกันไม่ว่าจะช่วยกู้ชีวิตด้วยคนเพียง 1 คนหรือ 2 คน) ในการช่วยหายใจ 2 ครั้ง แล้วนวดหัวใจ 15 ครั้งให้ถือว่าเป็น 1 รอบ(ในการนวดหัวใจ ควรนวดให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการนับ 1 และ 2 และ 3 และ...14 15) หลังจากช่วยครบ 4 รอบ ควรประเมินผู้ป่วยซ้ำใช้เวลาไม่เกิน 10 วินาที จนสามารถคลำชีพจรที่คอได้เวลานวดหัวใจและผู้ป่วยเริ่มหายใจ ไอ หรือขยับตัวได้ ถ้าไม่มีการไหลเวียนเลือด และการตอบสนองจากผู้ป่วยให้ช่วยหายใจและนวดหัวใจอีก 4 รอบ แล้วประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำทุกๆ 4 รอบไปเรื่อยๆ จนกว่าหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินจะมาถึง และจะต้องทำการช่วยหายใจและนวดหัวใจไปตลอดทางจนถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลในการกู้ชีวิตขั้นสูงต่อไป

4. **ช็อกหัวใจเร็ว** ซึ่งจะทำให้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล หรืออยู่ใกล้กับสถานที่หรือโรงพยาบาลที่มีเครื่องช็อกหัวใจอัตโนมัติ

3) การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

จากที่ได้นำเสนอเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไปแล้วนั้น ไม่ทราบว่าคุณใดมีข้อสงสัยหรืออยากซักถามบ้างไหมคะ ? (ให้เวลาคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการคิด ถามข้อสงสัยต่างๆ) กระตุ้นให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มีการพูดคุย หรือระบายความรู้สึก เช่น ไม่ทราบว่าผู้ป่วยเคยมีอาการเจ็บหน้าอกที่บ้านบ้างไหม แล้วเราให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไรบ้าง เป็นต้น กระตุ้นให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ระบายความรู้สึก อาจเป็นการเรียกชื่อและถาม ลักษณะคำถามที่ถามคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อธิบายหรือพูดคุยให้เกิดความเข้าใจ รวมทั้งการแนะนำแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในการแก้ปัญหา เช่น การแนะนำเรื่องการตรวจและการวินิจฉัย บัตรสุขภาพ สิทธิบัตรต่างๆ

4) พักรับประทานอาหารว่าง (ใช้เวลา 15 นาที)

5) การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการดูสื่อวีดิทัศน์ (ใช้เวลา 20 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived control) แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเรื่องของข้อมูล

สื่อ วีซีดีเรื่องการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตาม Guideline American Heart Association 2000) สำหรับประชาชนทั่วไป ของภาควิชาสูติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน

6) การใช้ตัวแบบจริงในการสาธิตการกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived control) แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเรื่องของข้อมูล

สื่อ หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายขั้นตอนของการฝึกกู้ชีวิต โดยให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สาธิตกับหุ่นจำลองตามขั้นตอนดังนี้

1. **รู้ทันที** คือ รู้ว่าผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้น/หรือ หยุดหายใจหรือกำลังจะหยุด โดยเรียกผู้ป่วยต่างๆเขาที่ไหลเบาๆประเมินจากผู้ป่วยไม่ตอบสนอง

2. เรียกก่อน คือ ขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างให้ช่วยเหลือ หรือการเรียกหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS.) ทันที เบอร์โทร. 1669 แล้วให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น

3. กู้หัวใจปอดเร็ว ซึ่งประกอบด้วย

- เปิดทางเดินหายใจ

- ช่วยหายใจ

- นวดหัวใจ

A. เปิดทางเดินหายใจ ด้วยวิธีแหงนศีรษะเขยคาง โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย มือกดให้ศีรษะแหงนเขยคางบริเวณกระดูกขากรรไกร ล้วงเอาฟันปลอมและเศษอาหารออกให้หมด ตรวจการหายใจโดยตาดูทรวงอกว่าขึ้น-ลงตามการหายใจเข้า-ออก หูฟังลมหายใจเพื่อดูว่ามีลมหายใจเข้า-ออกหรือไม่ แก้มแนบที่จมูกว่ามีลมหายใจมาสัมผัสหรือไม่ สังเกตเป็นเวลาไม่เกิน 10 วินาที

B. ช่วยหายใจ วิธีที่เร็วที่สุดในการให้ออกซิเจนและช่วยหายใจผู้ป่วยคือวิธีการเป่าปาก ลมหายใจออกของเรามีออกซิเจนเพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยได้ โดยอ้าปากผู้ป่วยแล้วบีบจมูกผู้ป่วยให้แน่นครอบปากลงไปให้สนิท แล้วเป่าลมเข้าไปให้หน้าอกขยายจนเห็นได้ชัด ถ้าน้ำอกไม่ขยาย แต่ต้องกลับไปงขึ้นแสดงว่าลมเข้าท้องมากกว่าเข้าปอด ให้จัดทำใหม่ใช้มือกดให้ศีรษะแหงนเขยคางบริเวณกระดูกขากรรไกรใหม่ โดยช่วยหายใจ 2 ครั้งก่อนในครั้งแรก ครั้งละ 2 วินาที

C. นวดหัวใจ ก่อนนวดหัวใจตรวจดูว่ามีกรไหลเวียนเลือดโดยการคลำชีพจรเส้นเลือดใหญ่ที่คอ (Carotid artery) เมื่อชีพจรไม่เต้นจึงเริ่มการนวดหัวใจโดยวางสันมือ 2 ข้างซ้อนทับกันลงบนกระดูกหน้าอกประมาณ 2 นิ้วมือ เหนือกระดูกอ่อนยอดอกหรือประมาณราวนม เหยียดแขนตรงแล้วใช้น้ำหนักตัวโถมผ่านแขนที่เหยียดตรง (ห้ามงอ) และสันมือ ให้กระดูกหน้าอกยุบประมาณ 2 นิ้ว (ควรช่วยหายใจ 2 ครั้ง แล้วนวดหัวใจ 15 ครั้งสลับกันไม่ว่าจะช่วยกู้ชีวิตด้วยคนเพียง 1 คนหรือ 2 คน) ในการช่วยหายใจ 2 ครั้ง แล้วนวดหัวใจ 15 ครั้งให้ถือว่าเป็น 1 รอบ(ในการนวดหัวใจ ควรนวดให้เป็นจังหวะสม่ำเสมอ โดยใช้วิธีการนับ 1 และ 2 และ 3 และ...14 15) หลังจากช่วยครบ 4 รอบ ควรประเมินผู้ป่วยซ้ำใช้เวลาไม่เกิน 10 วินาที จนสามารถคลำชีพจรที่คอได้เวลานวดหัวใจและผู้ป่วยเริ่มหายใจ ไอ หรือขยับตัวได้ ถ้าไม่มีการไหลเวียนเลือด และการตอบสนองจากผู้ป่วยให้ช่วยหายใจและนวดหัวใจอีก 4 รอบ แล้วประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำทุกๆ 4 รอบไปเรื่อยๆ จนกว่าหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินจะมาถึง และจะต้องทำการช่วยหายใจและนวดหัวใจไปตลอดทางจนถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลในการกู้ชีวิตขั้นสูงต่อไป

7) การฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง (ใช้เวลา 40 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived control) แก่ผู้สมัครผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเรื่องของข้อมูล

สื่อ หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายฝึกปฏิบัติจริงทีละคน และอธิบายขั้นตอนของการฝึกกู้ชีวิต ตามขั้นตอน

1. รู้ทันที คือ รู้ว่าผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้น/หรือ หยุดหายใจหรือกำลังจะหยุด โดยเรียกผู้ป่วยดังๆเบาๆที่ไหล่เบาๆประเมินจากผู้ป่วยไม่ตอบสนอง

2. เรียกก่อน คือ ขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างให้ช่วยเหลือ หรือการเรียกหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS.) ทันที เบอร์โทร. 1669 แล้วให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น

3. กู้หัวใจปอดเร็ว ซึ่งประกอบด้วย

- เปิดทางเดินหายใจ

- ช่วยหายใจ

- นวดหัวใจ

8) การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล

ขอขอบคุณทุกท่านที่มาร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในวันนี้ ในการฝึกและการได้รับข้อมูลในวันนี้ขอให้ท่านจะนำกลับไปทบทวนความรู้และการปฏิบัติอีกครั้ง อีก 2 สัปดาห์เราจะนัดหมายกันอีกครั้งคือวันที่..... ขอให้ท่านมาตามนัดตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด ก่อนวันนัดหมาย 1 วันดิฉันจะโทร.ไปแจ้งให้ท่านทราบอีกครั้ง อีก 2 สัปดาห์พบกันอีกครั้งนะคะ ขอขอบคุณค่ะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง ประกอบด้วย

| | | |
|---|---------|---------|
| การเปิดกลุ่ม | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากครั้งที่ 1 | ใช้เวลา | 30 นาที |
| ทบทวนการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง | ใช้เวลา | 30 นาที |
| การประเมินความรู้ (เครื่องมือกำกับการทดลอง) | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป | ใช้เวลา | 15 นาที |

1) การเปิดกลุ่ม (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล

ขอขอบคุณทุกท่านที่ตามมาที่เราได้นัดหมายกันในวันนี้ ที่เราได้รับการฝึกกู้ชีวิต การได้รับข้อมูล และการเข้ากลุ่ม เมื่อ 2 สัปดาห์ที่แล้ว ได้กลับไปทบทวนบ้างไหมคะ มีใครได้นำปฏิบัติบ้าง สำหรับวันนี้ดิฉันจะขอทบทวนความรู้และลองฝึกกู้ชีวิตกันอีกครั้งจากคราวที่แล้วนะคะ หลังจากนั้นจะขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินความรู้ที่เราได้รับจากการมาเข้ากลุ่มนะคะ ก่อนอื่นจะให้ทุกท่านได้ดูวีซีดีการฝึกกู้ชีวิตกันอีกครั้งค่ะ

2) การทบทวนความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อสนองความต้องการ เพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived control) และเพื่อเป็นการช่วยเหลือให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

สื่อ วีซีดีเรื่องการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐาน (ตาม Guideline American Heart Association 2000) สำหรับประชาชนทั่วไป ของภาควิชาสูติวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่ใช้เป็นมาตรฐานในการสอนฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน และคู่มือสำหรับคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ทบทวนเนื้อหาเหมือนการเข้าโปรแกรมฯในครั้งแรก

3) ทบทวนการฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง(ใช้เวลา 30 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived control) แก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในเรื่องของข้อมูล

สื่อ หุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาล

ฝึกจริงทีละคน เหมือนการเข้าโปรแกรมฯในครั้งแรก

4) การประเมินความรู้ (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการความรู้จากการเข้าโปรแกรมฯ ตามเกณฑ์การตอบถูก 80%

เครื่องมือ เครื่องมือกำกับการทดลอง (ตัวอย่างในภาคผนวก ง.)

ทุกท่านคะ หลังจากที่เราได้ข้อมูลที่เป็นความรู้มาพอสมควรแล้ว ดิฉันขอให้ทุกท่านได้ทดลองทำแบบประเมินการความรู้คะ (หลังจากที่ให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำแบบประเมินความรู้เสร็จ เฉลยคำตอบและอธิบายเป็นข้อๆ ไปและประเมินการตอบถูก 80% ถ้ามีใครตอบถูกไม่ถึง 80% ให้อธิบายซ้ำ)

5) การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เครื่องมือ แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ (ตัวอย่างในภาคผนวก ง.)

ดิฉันขอให้ทุกท่านได้ทำแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจอีกครั้งนะคะหลังจากที่เราเคยทำกันมาแล้วในการพบกันครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก ขอให้ท่านตอบคำถามตามความรู้สึกของท่านจริงๆ ในขณะนี้ คำตอบทุกคำตอบไม่มีคำตอบที่ถูกและผิดนะคะ ขอให้ท่านพิจารณาตามความเป็นจริงคะ

6) การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล

ขอขอบคุณทุกท่านที่มาเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามที่เราได้นัดหมายในวันนี้ ในการฝึกและการทบทวนความรู้ในวันนี้หวังว่าท่านคงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้บ้าง สัปดาห์หน้าเราจะนัดหมายกันอีกครั้งคือวันที่..... ขอให้ท่านมาตามนัดตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด ก่อนวันนัดหมาย 1 วันดิฉันจะโทร.ไปแจ้งให้ท่านทราบอีกครั้ง สัปดาห์หน้าพบกันอีกครั้งนะคะ ขอขอบคุณคะ

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 45 นาที ประกอบด้วย

| | | |
|----------------------------------|---------|---------|
| การเปิดกลุ่ม | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ | ใช้เวลา | 15 นาที |
| การปิดกลุ่ม และกล่าวขอบคุณ | ใช้เวลา | 15 นาที |

1) การเปิดกลุ่ม (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล

ขอขอบคุณทุกท่านที่มาตามที่เราได้นัดหมายกันในวันนี้ สัปดาห์ที่แล้วเราได้รับทบทวน การฝึกกู้ชีวิต การได้รับข้อมูล และการเข้ากลุ่ม มีใครได้นำปฏิบัติบ้าง สำหรับวันนี้ดิฉันขอให้ทุกท่านทำแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจซ้ำอีกครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายนะคะ

2) การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เครื่องมือ แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ (ตัวอย่างในภาคผนวก ง.)

ทำแบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจเหมือนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ครั้งที่ 2

3) การปิดกลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล

ขอขอบคุณทุกท่านที่มาร่วมโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ครบทั้ง 3 วัน หวังว่าความรู้ต่างๆ ที่ท่านได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ นั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านบ้างไม่มากก็น้อยในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ขอให้ทุกท่านโชคดี ถ้ามีข้อสงสัยต่างๆ สอบถามพยาบาลได้นะคะ ขอขอบคุณมากค่ะ

แผนการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|--|--|--|------|---|
| <p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาบาล</p> | <p>ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์</p> <p>1) การสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ น.ส.นุสรา วิชย์โกวิทเทน เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย</p> <p>เหตุผลที่สนใจในการศึกษาคั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลันสลับกับช่วงการฟื้นฟูสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากคู่สมรส เพราะคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด</p> <p>ซึ่งการดูแลและได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสนั้นจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจ</p> | <p>ผู้วิจัยกล่าวทักทายแก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตนเอง และขอความร่วมมือในการวิจัย</p> <p>ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของผู้เข้าร่วมการวิจัย</p> | - | <p>ผู้วิจัย ประเมิน การตอบสนองความสนใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการเข้าร่วมการวิจัย</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|--------------|--|---------|------|-------------------|
| | <p>ของผู้ป่วยและเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยประสบความสำเร็จ ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอัตราเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น</p> <p>ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่ดิฉันคิดว่าสามารถเข้าร่วมในการวิจัยและให้ข้อมูลหรือข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยในการศึกษาค้างนี้จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ของผู้ป่วย แต่จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อท่านและผู้ป่วยเอง</p> <p>ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของการรับประทานยา การรับประทานอาหารการจัดการกับอารมณ์และความเครียด การออกกำลังกาย และแนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ ชักถามข้อสงสัย และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหา ซึ่งดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถาม ข้อสงสัย และให้คำแนะนำแก่ท่านเสมอ</p> | | | |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|--|---|--|--|
| <p>เพื่อให้ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ</p> <p>เพื่อให้ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ</p> <p>เมื่อท่านอ่านคู่มือสำหรับผู้สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเล่มนี้ร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ท่านสามารถ</p> <ol style="list-style-type: none"> อธิบายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการ อาการแสดงได้ถูกต้อง อธิบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านการรับปรึกษา โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกายได้ถูกต้อง ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ถูกต้อง <p>2) การสนับสนุนด้านข้อมูล</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลัน สลับกับช่วงการฟื้นสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นประโยชน์สำคัญในการดูแล</p> | <p>ผู้วิจัยมอบ “คู่มือสำหรับผู้สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” ให้แก่ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยดูสไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความหมายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>สไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความหมายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการ แสดงออก ความสนใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80% ในการ ทบทวนการให้ข้อมูลในกิจกรรมครั้งที่ 2)</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|---|---|---|--|
| <p>เพื่อให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>ช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย</p> <p>การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล และโดยเฉพาะจากคู่สมรสนั้นจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยและเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอัตราเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น</p> <p>พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>หัวใจแบ่งเป็น 4 ห้องเพื่อควบคุมการไหลเวียนของเลือด มีห้องทางด้านซ้าย 2 ห้อง คือห้องบนซ้ายและห้องล่างซ้าย และห้องทางด้านขวา 2 ห้อง คือห้องบนขวาและห้องล่างขวา ระหว่างห้องบนและห้องล่างมีลิ้นหัวใจกันอยู่ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา หัวใจห้องล่างซ้ายต่อกับหลอดเลือดแดงใหญ่มีเลือดแดงที่มีออกซิเจน ซึ่งรับจากปอดจะถูกหัวใจด้านล่างซ้ายสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนเลือดที่ร่างกายใช้ออกซิเจนแล้วจะไหลกลับไปเข้าหัวใจด้านขวาทางหลอดเลือดดำ แล้วถูกส่งไปรับออกซิเจนที่ปอด ปอดจะขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ การไหลเวียนของ</p> | <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยดูสไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>สไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออก ความสนใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80% ในการทบทวนการให้ข้อมูลในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|--|---|---|---|
| <p>เพื่อให้คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>เลือดทำให้อวัยวะต่างๆในร่างกายได้รับอาหาร หัวใจประกอบด้วย..... เมื่อเส้นเลือดเกิดการอุดตัน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่</p> <p>อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประวัติของอาการ เป็นสิ่งที่ช่วยได้มาก แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและทำให้ไขว้เขวคิดว่าเป็นโรคอื่น เช่น เป็นต้น ประมาณครึ่งหนึ่งของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการนำมาก่อน คือมีอาการ..... อาการที่แท้จริงขณะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรงคือ เจ็บแน่นหน้าอกมากบริเวณกลางหน้าอก ร้าวไปไหล่แขนทั้งสองข้างจนถึงมือ มักเป็นขณะพัก เป็นนานกว่า 30 นาที จนถึงหลายชั่วโมง อาจจะมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น</p> <p>อาการจะดีขึ้นเมื่อ.....</p> <p>ตำแหน่งที่มีอาการเจ็บเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่..... ปัจจัยเสี่ยงได้แก่.....</p> | <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยดูสไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>สไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผล ความสนใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80% ในการทบทวนการให้ข้อมูลในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|---|--|--|---|
| <p>เพื่อให้ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> | <p>แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>1. การรับประทานยา หลักทั่วไปในการใช้ยา.....</p> <p>2. การรับประทานอาหาร แนวทางในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ.....</p> <p>3. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด เมื่อมีความเครียด ควรหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม เพื่อมิให้ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลเอง.....</p> <p>4. การออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก และป้องกันไม่ให้เกิดหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายแต่พอดี และสม่ำเสมอตามแผนการรักษาของแพทย์.....</p> <p>แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ขณะที่ผู้ป่วยเกิดอาการเฉียบพลัน จะมีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหัน</p> <p>เมื่อพบผู้ป่วยยังมีสติ มีอาการ.....</p> <p>เมื่อพบผู้ป่วยหมดสตินอนอยู่.....</p> | <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยดูสไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของการรับประทานยา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยดูสไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน</p> | <p>สไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องของการรับประทานยา การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>สไลด์ภาพนิ่ง และภาพที่เคลื่อนไหว ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน</p> | <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลออก ความสนใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80% ในการทบทวนการให้ข้อมูลในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงผลออก ความสนใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น สีหน้า ท่าทาง และแบบทดสอบความรู้ (ใช้เกณฑ์ตอบถูก > 80% ในการทบทวนการให้ข้อมูลใน</p> |

| วัตถุประสงค์ | เนื้อหา | กิจกรรม | สื่อ | เกณฑ์การประเมินผล |
|---|--|---|--|--|
| <p>เพื่อให้ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>เพื่อให้ผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการควบคุม สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วย</p> | <p>กระบวนการเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หัวใจหยุด และ/หรือหยุดหายใจหรือกำลังจะหยุด มี 4 ขั้นตอนคือ</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>3) ขั้นตอนการสนับสนุนด้านอารมณ์</p> <p>การให้กลุ่มสนับสนุน</p> <p>เปิดโอกาสให้กลุ่มมีโอกาสได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์</p> <p>4) การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน</p> <p>การกู้ชีพขั้นพื้นฐาน หมายถึง.....</p> <p>ขั้นตอนในการช่วยกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานประกอบด้วย.....</p> | <p>การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และซักถาม</p> <p>การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานโดยการดูสื่อวีดิทัศน์ และการสาธิตจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ฝึกปฏิบัติจริงกับหุ่นจำลองที่ใช้เป็นมาตรฐานในการฝึกกู้ชีวิตที่ใช้ฝึกในโรงพยาบาล</p> | <p>-</p> <p>สื่อวีดิทัศน์ที่ใช้เป็นสื่อมาตรฐานสำหรับการสอนการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และหุ่นจำลองที่ใช้ฝึกกู้ชีวิตในโรงพยาบาล</p> | <p>กิจกรรมสัปดาห์ที่ 2)</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตการแสดงออก ความสนใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p> <p>ผู้วิจัยใช้การสังเกตความสนใจของผู้สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการดูสื่อและการสาธิตจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย การฝึกกู้ชีวิตผ่านตามเกณฑ์ที่แสดงว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น ช่วยหายใจโดยวิธีเป่าปากได้ นวดหัวใจได้ เป็นต้น</p> |

คู่มือสำหรับผู้สมรส
ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย



คู่มือสำหรับผู้สมรส
ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จัดทำโดย

นางสาวนุสรวิชัยโกวิทเทน

นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษา
อ.ดร. สุนิศา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

คำนำ

คู่มือสำหรับคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเล่มนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลในการสอนคู่สมรสผู้ป่วยในการควบคุม ป้องกันปัญหาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ แนวทางการปฏิบัติตนเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน พยาธิสรีรวิทยาของโรค อาการและปัจจัยเสี่ยง การจัดการอาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด โภชนาการ การใช้ยา และการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สำคัญยิ่งต่อความต้องการสำหรับคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และคู่มือนี้ต้องใช้ร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย การเข้ารับความรู้ การเข้ากลุ่ม การดูวีซีดี และการฝึกวิถีชีวิตจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายละเอียด เนื้อหาจากคู่มือเล่มนี้ จะมีส่วนจุดประกายให้เกิดการศึกษา ทบทวน และพัฒนาองค์ความรู้ได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไป

นางสาวนุสรุา วิชัยโกวิทเทน
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์ของการใช้คู่มือ

เมื่อท่านอ่านคู่มือสำหรับคู่สมรสในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเล่มนี้ร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ท่านสามารถ

1. อธิบายสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการ อาการแสดงได้ถูกต้อง
2. อธิบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านการรับประทานยา โภชนาการ การจัดการกับอารมณ์และความเครียด และการออกกำลังกาย ได้ถูกต้อง
3. ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินได้ถูกต้อง

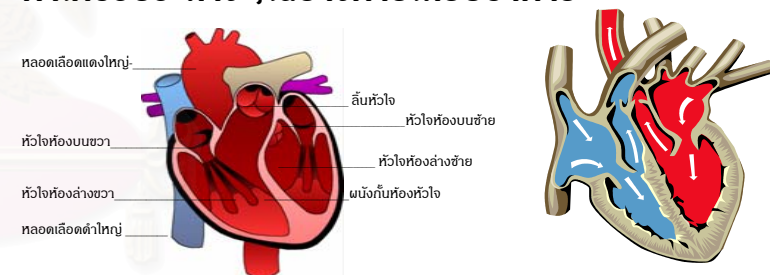
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง ภาวะที่มีการสลายตัวของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด ซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนเนื่องมาจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน การตายของกล้ามเนื้อจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยหลอดเลือดที่อุดตัน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินของโรคจะมีช่วงเกิดอาการเฉียบพลัน สลับกับช่วงการฟื้นสภาพ จากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคนี้ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นประโยชน์สำคัญในการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย

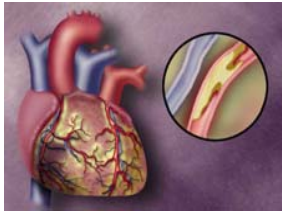
การได้รับการสนับสนุนจากญาติผู้ดูแล และโดยเฉพาะจากคู่สมรสนั้นจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจของผู้ป่วยและเป็นตัวกลางทำให้การฟื้นสภาพของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จ ส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านร่างกายและจิตใจ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับแผนการดำเนินชีวิต และการลดอัตราเสี่ยงหรือโอกาสของการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

พยาธิสรีรวิทยาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หัวใจแบ่งเป็น 4 ห้องเพื่อควบคุมการไหลเวียนของเลือด มีห้องด้านซ้าย 2 ห้อง คือห้องบนซ้ายและห้องล่างซ้าย ห้องทางด้านขวา 2 ห้อง คือห้องบนขวาและห้องล่างขวา ระหว่างห้องบนและห้องล่างมีลิ้นหัวใจกันอยู่ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา หัวใจห้องล่างซ้ายต่อกับหลอดเลือดแดงใหญ่มีเลือดแดงที่มีออกซิเจน ซึ่งรับจากปอดจะถูกหัวใจด้านล่างซ้ายสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนเลือดที่ร่างกายใช้ออกซิเจนแล้วจะไหลกลับไปเข้าหัวใจด้านขวาทางหลอดเลือดดำ แล้วถูกส่งไปรับออกซิเจนที่ปอด ปอดจะจับคาร์บอนไดออกไซด์ออกทางลมหายใจ การไหลเวียนของเลือดทำให้อวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้รับอาหาร



หัวใจประกอบด้วยหลอดเลือดแดงโคโรนารี นำเลือดแดงมาเลี้ยงหัวใจ เมื่อเส้นเลือดเกิดการอุดตัน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด

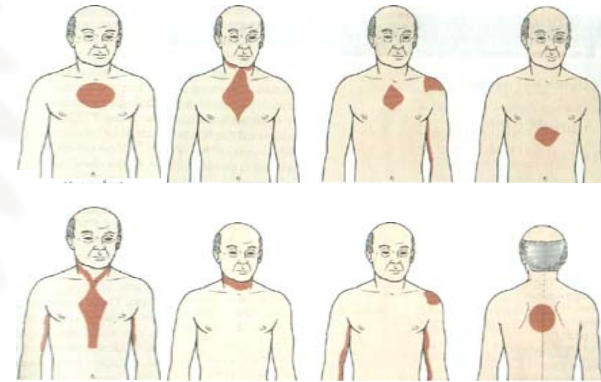


อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประวัติของอาการ เป็นสิ่งที่ช่วยได้มาก แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะมีอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและทำให้ไขว้เขวคิดว่าเป็นโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคของถุงน้ำดี โรคฟัน เป็นต้น ประมาณครึ่งหนึ่งของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการนำมาก่อน คือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก อาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่แขนทั้งสองข้าง ผิดกันแต่ว่าอาการมักเกิดขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการที่แท้จริงขณะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะมีอาการรุนแรงคือ เจ็บแน่นหน้าอกมาก บริเวณกลางหน้าอก ร้าวไปไหล่แขนทั้งสองข้างจนถึงมือ มักเป็นขณะพัก เป็นนานกว่า 30 นาทีจนถึงหลายชั่วโมง อาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น

- อาการหายใจลำบาก แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก
- มึนงง หน้ามืด จะเป็นลม
- คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกท่วมตัว

อาการจะดีขึ้นเมื่อมีการจัดการอาการ โดยหยุดทำกิจกรรม การจัดทำหรือได้อมยาใต้ลิ้น (Isordil) จะช่วยให้อาการทุเลา ถ้ายังไม่หายเจ็บหน้าอกมยาซ้ำได้อีก 1 เม็ดห่างกัน 5 นาที แล้วนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด



ที่มา: Lewis, Heitkemper, and Dirksen, 2000

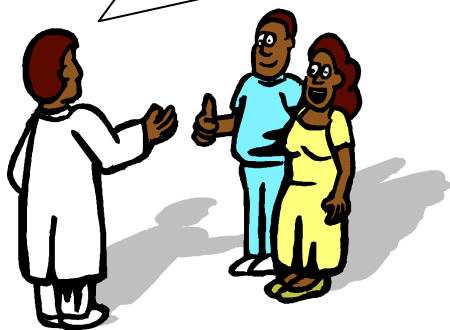
ตำแหน่งที่มีอาการเจ็บเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. เจ็บแน่นบริเวณหน้าอก
2. เจ็บหน้าอกร้าวไปที่คอ กราม และฟัน
3. เจ็บหน้าอกร้าวไปที่แขนซ้าย
4. เจ็บที่ลิ้นปี่
5. เจ็บที่ลิ้นปี่ร้าวไปที่คอ กรามและแขน
6. เจ็บบริเวณคอและกราม
7. เจ็บบริเวณไหล่ซ้ายและแขนทั้งสองข้าง
8. เจ็บบริเวณสะบัก



การช็อกหัวใจต้องทำโดยบุคลากรทางการแพทย์

ควรมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ
เพื่อติดตามผลการรักษา
สุขภาพที่ดี พาชีวีมีสุข
หัวใจของท่านคือหัวใจของเรา
พยาบาลทุกคนห่วงใย



บรรณานุกรม

- คณะอนุกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต (Thai Resuscitation Council) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2544. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นสูง ค.ศ. 2000 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: บริษัท พิมพ์สวย จำกัด.
- นิธิ มทานนท์, ปิยะมิตร ศรีวรา, และ สรณ บุญไชยพิภพกุล, 2543. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.
- สันต์ หัตถิรัตน์. 2547. คู่มือกู้ชีพสำหรับแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.
- Baines, E. M., and Oglesby, F. M. 1992. The elderly as caregivers of the elderly. Holistic nursing practice 7(1): 61-69.
- 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.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M.M., and Dirksen, S. R. 2000. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. St. Louis: Mosby.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการทำแบบประเมิน

เรียน ท่านผู้ตอบแบบประเมิน

แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีพขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคํุสมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” ผู้วิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและกรุณาตอบแบบประเมินฉบับนี้ทุกข้อ โดยเริ่มจาก

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

ข้อมูลที่ได้จากท่านถือเป็นความลับ และท่านมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตามต้องการ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่ คำตอบของท่านจะถูกนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมและใช้เฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้น

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สถาบันวิทยบริการ.....

(นางสาวนุสรรา วิชัยโกวิทแทน)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินสำหรับงานวิจัย

“ผลของโปรแกรมการฝึกชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์
ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย”

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อความ
ที่ตรงกับคำตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง เฉพาะส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. อายุ ปี

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร

()ปริญญาตรี ()ปริญญาโท

() อื่นๆ ระบุ

4. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกร

() รับจ้าง () ค้าขาย

() รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () พนักงานบริษัท

() อื่นๆ ระบุ.....

5. รายได้ (บาท/เดือน)

() น้อยกว่า 5,000 บาท () 5,000- 10,000 บาท

() มากกว่า 10,000 บาท

2. แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1. มาป่วยซ้ำด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายในระยะเวลา.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 53 ข้อ ข้อความแต่ละข้อบรรยายถึงความทุกข์ที่รบกวนความรู้สึกของท่าน ท่านรู้สึกเป็นทุกข์กับสิ่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามดังนี้

- (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
 (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
 (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
 (0) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

| ข้อความ | ระดับความรู้สึก | | | | |
|---|------------------|------------|----------------|-----------------|------------------|
| | มากที่สุด (4) | มาก (3) | ปานกลาง (2) | เล็กน้อย (1) | ไม่รู้สึก (0) |
| ท่านรู้สึกเป็นทุกข์จากสิ่งต่อไปนี้ในระดับใด | | | | | |
| 1. กังวลใจหรือกระวนกระวายใจ | | | | | |
| 2. หน้ามืดหรือวิงเวียนศีรษะ | | | | | |
| 3. คิดว่าคนอื่นมีอิทธิพลต่อความคิดท่าน | | | | | |
| ⋮ | | | | | |
| 53. คิดว่ามีอะไรบางอย่างทางด้านจิตใจของท่านที่ผิดปกติ | | | | | |

ชื่อ.....หมายเลขที่.....

ชุดที่ 1 แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในช่องซ้ายมือแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับ
ความเห็นของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ โดยถือเกณฑ์การตอบดังนี้

เลือกตอบ **ถูก** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น **ถูกต้อง**

เลือกตอบ **ผิด** เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น **ผิด**

| คำถาม | ถูก | ผิด |
|---|-----|-----|
| 1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ | | |
| 2. ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ลูกต้องเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย | | |
| 3. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ | | |
| ⋮ | | |
| 20. ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรเริ่มด้วยการอบอุ่นร่างกายก่อน | | |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชื่อ.....หมายเลขที่.....

ชุดที่ 2 การประเมินการปฏิบัติจากการฝึกปฏิบัติขั้นพื้นฐาน (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

| การปฏิบัติขั้นพื้นฐาน | ปฏิบัติได้ | ปฏิบัติไม่ได้ |
|---|------------|---------------|
| <p>การประเมินสภาพผู้ป่วยตามขั้นตอน ABC</p> <p>1. การเปิดทางเดินหายใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดทำผู้ป่วย ด้วยการนอนหงาย - การจัดทำผู้ช่วย ตำแหน่งที่อยู่ - แขนงศีรษะ เขยคาง - การตรวจสิ่งแปลกปลอมในปาก <p>2. การช่วยหายใจด้วยวิธีเป่าปาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเขยคาง บีบจมูก เป่าปาก - หน้าอกของผู้ป่วยยกสูงขึ้น ขณะเป่าปาก <p>3. การช่วยระบบไหลเวียนโลหิตด้วยการนวดหัวใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตำแหน่งที่กดหน้าอก - ลักษณะการวางมือ แนวนิ้ว ข้อศอก | | |

หมายเหตุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

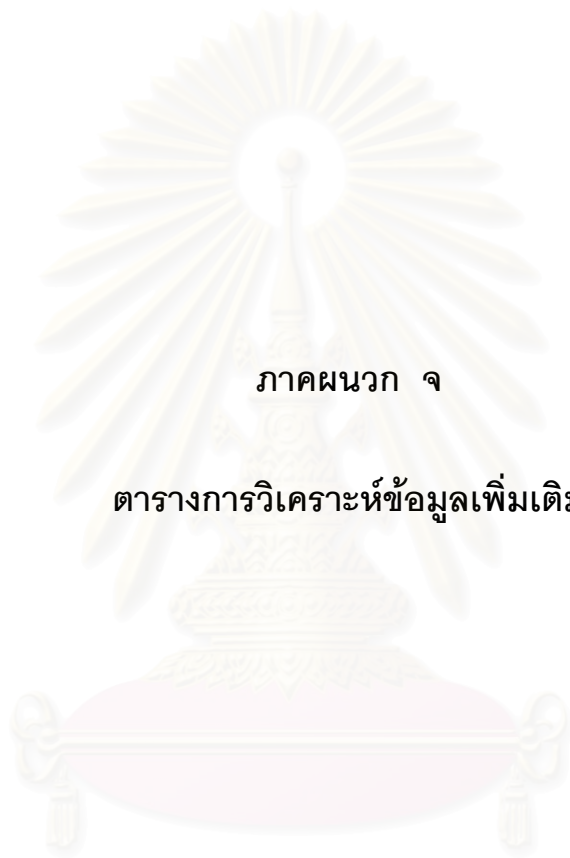
ชื่อ.....หมายเลขที่.....

ชุดที่ 3 ตารางบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกวิถีชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุน
ด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตาย (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

| ครั้งที่1 (สัปดาห์ที่ 0) วันที่..... | ครั้งที่2 (สัปดาห์ที่ 2) วันที่..... | ครั้งที่3 (สัปดาห์ที่ 3) วันที่..... |
|---|---|---|
| มาตามนัด..... | มาตามนัด..... | มาตามนัด..... |
| ไม่มาตามนัด..... | ไม่มาตามนัด..... | ไม่มาตามนัด..... |

หมายเหตุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 การแจกแจงของข้อมูลภาวะความกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | | PRE |
|----------------------------------|----------------|--------|
| N | | 20 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 1.5485 |
| | Std. Deviation | .35742 |
| Most Extreme Differences | Absolute | .198 |
| | Positive | .198 |
| | Negative | -.115 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | .887 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | .411 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ในที่นี้ Sig มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด .05 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรภาวะความกดดันด้านจิตใจในกลุ่มทดลองมีการแจกแจงตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 การแจกแจงของข้อมูลภาวะความกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

NPar Tests

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

| | | PRE |
|----------------------------------|----------------|--------|
| N | | 20 |
| Normal Parameters ^{a,b} | Mean | 1.7660 |
| | Std. Deviation | .30519 |
| Most Extreme Differences | Absolute | .140 |
| | Positive | .140 |
| | Negative | -.128 |
| Kolmogorov-Smirnov Z | | .624 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | .830 |

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ในที่นี้ Sig มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด .05 จึงสรุปได้ว่าตัวแปรภาวะความกดดันด้านจิตใจในกลุ่มควบคุมมีการแจกแจงตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และความแตกต่างระหว่างก่อน-หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นรายคน

| คนที่ | คะแนนความกดดันด้านจิตใจ | | | | | |
|-----------|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | |
| | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | หลังการทดลอง | ก่อนการทดลอง | หลังการทดลอง | หลังการทดลอง |
| | | สัปดาห์ที่ 2 | สัปดาห์ที่ 3 | | สัปดาห์ที่ 2 | สัปดาห์ที่ 3 |
| 1 | 1.52 | 1.43 | 1.24 | 1.86 | 1.55 | 1.65 |
| 2 | 2.36 | 1.40 | 1.36 | 1.54 | 1.39 | 1.56 |
| 3 | 1.19 | 1.00 | 1.00 | 1.34 | 1.19 | 1.40 |
| 4 | 1.54 | 1.36 | 1.33 | 1.64 | 1.60 | 1.67 |
| 5 | 2.27 | 2.02 | 1.89 | 1.74 | 1.75 | 1.94 |
| 6 | 1.29 | 1.26 | 1.14 | 2.02 | 1.81 | 2.02 |
| 7 | 1.39 | 1.24 | 1.07 | 2.02 | 1.74 | 1.86 |
| 8 | 1.25 | 1.12 | 1.09 | 1.43 | 1.41 | 1.52 |
| 9 | 1.26 | 1.07 | 1.06 | 1.71 | 1.47 | 1.73 |
| 10 | 1.55 | 1.47 | 1.35 | 2.17 | 1.65 | 1.73 |
| 11 | 1.33 | 1.00 | 1.00 | 2.00 | 1.30 | 2.25 |
| 12 | 1.54 | 1.36 | 1.17 | 1.86 | 1.65 | 1.93 |
| 13 | 1.77 | 1.40 | 1.22 | 2.00 | 2.00 | 2.25 |
| 14 | 1.12 | 1.04 | 1.00 | 1.86 | 2.33 | 1.93 |
| 15 | 1.28 | 1.26 | 1.13 | 1.57 | 1.39 | 1.58 |
| 16 | 2.06 | 1.64 | 1.28 | 1.50 | 2.00 | 2.00 |
| 17 | 1.31 | 1.03 | 1.03 | 1.47 | 1.97 | 1.57 |
| 18 | 1.33 | 1.08 | 1.00 | 1.50 | 1.20 | 1.50 |
| 19 | 1.85 | 1.65 | 1.27 | 2.15 | 2.05 | 2.22 |
| 20 | 1.76 | 1.20 | 1.13 | 2.31 | 1.57 | 1.70 |
| \bar{X} | 1.549 | 1.302 | 1.188 | 1.792 | 1.651 | 1.647 |
| SD | .357 | .262 | .207 | .353 | .307 | .243 |

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

| | |
|------------------|---|
| ชื่อ | นุสรรา วิชยโกวิทเทน |
| วัน เดือน ปีเกิด | 22 มิถุนายน 2517 |
| ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพระดับ 5 |
| สถานที่ทำงาน | งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ถ. สรรพสิทธิ ต. ในเมือง อ. เมือง จ. อุบลราชธานี 34000 |
| วุฒิการศึกษา | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2541 ศึกษาต่อหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2546 |

ตำแหน่งงานและประสบการณ์วิชาชีพ

พ.ศ.2541 – ปัจจุบัน พยาบาลประจำการงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย