



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อการปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดความครอบคลุม โดยมีลำดับดังต่อไปนี้

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

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้

4.3 ประโยชน์ของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล

4.4 การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล

5 โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิด

1. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (Coronary artery disease)

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

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

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

เรื่อยๆ ยื่นเข้าไปใน Lumen ขัดขวางทำให้การไหลของเลือดช้าลง หากมีการแตกหรือแยกตัวของ Fibrous plaque จะทำให้มีเลือดออกในคราบลิ้มไขมัน(plaques) และมีการกระตุ้นให้มีเกร็ดเลือดพอกสะสมจนกลายเป็นลิ้มเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ก้อนไขมันจะทำให้รูภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบ จนเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เรียกว่า Angina pectoris (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (วรมนต์ บำรุงสุข, 2548)

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

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome - ACS)

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

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

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

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

ภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกได้เป็น 2 ส่วนคือ ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังกลับจากโรงพยาบาล

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก

1.1 ภาวะแทรกซ้อนจากโครงสร้างของหัวใจถูกทำลาย(Mechanical complication) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจาก Mechanical complication ทำให้การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว มักเกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวอย่างรุนแรง

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

2. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังออกจากโรงพยาบาล

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

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

2.3. การตายกะทันหันจากหัวใจ (Sudden Cardiac Death)

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

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

อุบัติการณ์

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

แบบกะทันหัน และไม่มีอาการนำเตือนมาก่อน แม้ว่าอัตราการตายรวมจะสูงไปตามอายุ แต่การตายกะทันหันกลับลดลงเมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น อัตราการเสียชีวิตกะทันหันในเพศชายจากโรคหัวใจมักพบมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายเสียชีวิตในอัตราร้อยละ 46 และเพศหญิงร้อยละ 34

(Antezano, and Hong, 2003)

อาการเตือนที่เกิดนำหน้าก่อนตายกะทันหันพบได้ประมาณร้อยละ 40 เท่านั้น และครึ่งหนึ่งของการตายเกิดในผู้ป่วยที่ไม่ทราบมาก่อนเลยว่ามีโรคหลอดเลือดโคโรนารี

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

พยาธิสรีรวิทยาของการตายกะทันหัน

Ventricular arrhythmia แม้จะเป็นกลไกที่สำคัญของการตายกะทันหันก็ตาม แต่ความผิดปกตินี้เมื่อเกิดขึ้นแล้วไม่จำเป็นต้องเกิดการตายกะทันหันทุกราย เพื่อเป็นแนวทางการรักษาลักษณะของ Ventricular arrhythmia อาจแบ่งเป็นพวกได้ดังนี้

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

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

3. Letal ventricular arrhythmia เป็นการเต้นผิดจังหวะที่พบในผู้ป่วยซึ่งหัวใจมีสมรรถภาพการทำงานเสื่อมมาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการไหลเวียนเลือด อาจพบได้ทั้งอยู่นาน (sustained) และเป็นอยู่ไม่นาน (non-sustained ventricular tachycardia) (เป็นอยู่นานไม่เกิน 30 วินาที) (พวงค์ จูฑา, 2536)

กลไกของการตายกะทันหัน

ผู้ที่ตายกะทันหันอาจพบความผิดปกติดังนี้

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

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

โรคที่เป็นสาเหตุของการตายกะทันหัน

การตายกะทันหันมักไม่เกิดขึ้นกับผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางกายวิภาคหรือการนำไฟฟ้าของหัวใจ ผู้ตายประมาณ 3/4 พบว่ามีการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างมาก โดย atherosclerosis และเป็นหลายแขนง ประมาณร้อยละ 20 มีสาเหตุอื่น เช่น หลอดเลือดโคโรนารีผิดปกติโดยกำเนิด , Marfan's syndrome ,hypertrophic cardiomyopathy , prolapsed mitral valve leaflet, aortic aneurysm, ความพิการของลิ้นหัวใจจากสาเหตุต่างๆ เช่น จากไข้รูมาติก ความผิดปกติทางไฟฟ้าหัวใจ เช่น QT- syndrome เป็นต้น (พยงค์ จูฑา, 2536)

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการตายกะทันหัน

ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีบางรายมีลักษณะที่แสดงว่าอาจเกิดการตายกะทันหันขึ้นได้

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

ทั้งสองต่างมีความเป็นอิสระต่อกันในการพยากรณ์โรค และเสริมผลต่อกันในการทำให้เกิดการตายกะทันหัน

4. หัวใจมีความผิดปกติในการนำไฟฟ้าหรือ ventricular repolarization

ผู้ป่วยโรคหัวใจจากการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าที่บันทึกขณะพักแสดงถึงโอกาสที่จะเกิดการตายกะทันหันได้ง่าย ได้แก่ การนำไฟฟ้าผิดปกติ QT ยาวมาก และมีการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment และ T-wave (พยางค์ จูฑา, 2536)

ปัจจัยบางประการที่บ่งถึงความเสี่ยงในการตายกะทันหัน

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

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

การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการตายกะทันหัน

การตายลักษณะนี้เกิดขึ้นรวดเร็วมากและมักให้การรักษาได้ไม่ทัน การป้องกันเท่านั้นที่จะได้ผลในการลดอุบัติการณ์ของการตายกะทันหันได้ ประวัติการเจ็บป่วย ความผิดปกติที่ได้จากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยทั่วไป รวมทั้งลักษณะต่างๆของ premature

ventricular beat ที่เกิดขึ้นไม่อาจบอกถึงความเสี่ยงในการตายกะทันหันได้อย่างแน่นอน ปัจจุบันมีวิธีการ 2 อย่างที่อาจใช้ตรวจดูความเสี่ยงของผู้ป่วยได้

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

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

การรักษาเพื่อป้องกันการตายกะทันหัน

การรักษาทางยา

1. หลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ยาที่อยู่ในกลุ่ม beta-adrenergic blocking สามารถลดอุบัติการณ์ของการตายกะทันหันและการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจได้ (Antezano , and Hong , 2003)

2. ยาที่เป็น hypertrophic cardiomyopathy การใช้ amiodarone อาจมีประโยชน์ในการป้องกันการตายกะทันหันได้

3. Long QT-syndrome ตอบสนองดีต่อยากลุ่ม beta-adrenergic blocking agent

4. ยาด้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจอื่นๆยังไม่อาจสรุปได้ว่าสามารถป้องกันการตายกะทันหันได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีรายงานว่าเมื่อให้ยาขนาดสูงมาก(แต่ไม่ถึงกับเกิดพิษ) จนสามารถลด ventricular premature beat ชนิดร้ายแรงได้ ทำให้การตายกะทันหันลดลงก็ตาม

การประเมินสมรรถภาพของยาต่อการป้องกันการตายกะทันหันอาจทำได้ดังนี้

1. บันทึกการเกิดการเต้นผิดจังหวะของหัวใจด้วย Holter EKG monitor หรือ exercise stress test

2. Programmed electrical stimulation

3. เจาะเลือดดูระดับของยาว่าพอเพียงหรือไม่
 4. ปรับระดับยาเป็นระยะๆ
- (วิทยา ศรีตามา, 2548)

การรักษาทางศัลยกรรม

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

การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล หน่วยพยาบาลฉุกเฉิน และส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

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

เป้าหมายของการรักษา

- ป้องกันความล่าช้าในการขอความช่วยเหลือ เช่น เรียกรถพยาบาล ตำรวจ หน่วยกู้ชีพ
- เพิ่มความรวดเร็วในการคัดกรองผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยและการสื่อสารกับโรงพยาบาลให้พร้อมรับผู้ป่วย
- ให้การวินิจฉัยและรักษา Ventricular Fibrillation ที่ทำให้เกิด Sudden cardiac

death ได้ในทันที

- ให้การรักษาที่เหมาะสมเพื่อ limit infarct size (เช่น การฉีด fibrinolytic agent) ก่อนถึงโรงพยาบาลในกรณีที่มีการเดินทางใช้เวลานาน

- Preserve LV function (วิทยา ศรีดามา, 2548)

สิ่งที่พึงสร้างขึ้นในชุมชน

- ให้การศึกษาแก่ประชาชนและชุมชนเพื่อให้รู้จักอาการของ Acute Myocardial Infarction และเห็นความจำเป็นของการรีบโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล

- ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ประจำรถฉุกเฉินและจัดหาอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะไปถึงผู้ป่วยได้ภายใน 5 นาทีและทำการ defibrillation ได้โดยเร็ว

- จัดทำระเบียบปฏิบัติ (Protocol) ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทำการคัดกรองผู้ป่วย Ischemic chest pain ตรวจ ECG 12 lead ให้ nitroglycerin และ aspirin ได้ทันที

- กำหนดภารกิจว่าโรงพยาบาลไหนควรเปิดรับรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินด้านหัวใจใน 24 ชม. และโรงพยาบาลใดที่มีความพร้อมที่จะทำ Percutaneous Coronary Intervention ได้ทันที (วิทยา ศรีดามา, 2548)

Early access, Early Defibrillation และตรวจ ECG ก่อนถึงโรงพยาบาล

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

1. การสร้างระบบเรียกทางโทรศัพท์ที่มีประสิทธิภาพ

1.1 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะทนเจ็บหน้าอกอยู่นานเกิน 2 ชม. ก่อนที่จะไปหาแพทย์หรือโทรศัพท์เรียกรถพยาบาล ทำให้ได้รับการรักษาช้า

1.2 แพทย์และพยาบาลควรให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะ AMI และ ACS และความสำคัญของการรีบขอความช่วยเหลือ เช่น เรียกรถพยาบาล

1.3 ผู้ป่วยที่รู้ตัวอยู่แล้วว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มักจะทนเจ็บหน้าอกอยู่นานกว่าคนทั่วไป

1.4 การให้การศึกษาในชุมชนควรมุ่งทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเอง มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดตั้งแต่เริ่มมีอาการ และหาทางลดความชักช้าในการไปโรงพยาบาล

2. การให้เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลเข้าถึงตัวผู้ป่วยภายใน 5 นาทีหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก

2.1 ระยะเวลา 55 นาทีต่อจากนั้น มีโอกาสเกิด Ventricular Fibrillation / Ventricular Tachycardia สูงมาก

2.2 ระเบียบปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลควรกำหนดให้ใช้ยาไนเตรทอมใต้ลิ้นและให้รับประทาน aspirin ได้ทันที และควรรู้ว่าจากจุดที่ผู้ป่วยอยู่ ต้องนำผู้ป่วยส่งไปที่โรงพยาบาลใด

3. การให้พนักงานประจำรถพยาบาลได้รับการฝึกอบรมและมีอุปกรณ์พร้อมที่จะทำ defibrillation

3.1 ควรให้พนักงานประจำรถพยาบาลทุกคนได้รับการฝึกอบรมและมีอุปกรณ์พร้อมที่จะทำ defibrillation

3.2 รถพยาบาลทุกคันควรมี defibrillator ประจำและมีพนักงานที่ทำ defibrillation ได้

4. ให้รถพยาบาลวิ่งอยู่ในเมืองใหญ่มี defibrillator และพนักงานประจำสามารถทำ ECG 12 lead ได้ ทั้งนี้เพื่อ

4.1 ร่นระยะเวลาให้ได้รับ fibrinolytic agent เร็วขึ้น
(วิทยา ศรีดามา, 2548)

การดูแลนอกโรงพยาบาล

คำแนะนำสำหรับทุกชุมชน

1. คำแนะนำที่ได้ผลและมีหลักฐานสนับสนุนดีแน่นอน (class I)

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

1.2 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่พนักงานสามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูงได้ทันเวลา รวมทั้งการทำ intubation และการฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ

1.3 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่มีเครื่อง defibrillator
(วิทยา ศรีดามา, 2548)

2. คำแนะนำที่ได้ผลและมีหลักฐานสนับสนุนดีพอควร(class IIa)

2.1 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่พนักงานประจำรถพยาบาลสามารถทำ defibrillation ได้

2.2 ควรมีหน่วยพยาบาลฉุกเฉินที่พนักงานประจำรถพยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดและตัดสินใจแจ้งโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยล่วงหน้าได้ ซึ่งรวมถึง

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

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

2.5 ควรฉีด fibrinolytic agent ในรถพยาบาล ในสถานการณ์เฉพาะ ได้แก่

2.5.1 การเดินทางถึงโรงพยาบาลใช้เวลานานเกิน 60 นาที

2.5.2 มีแพทย์ผู้รับผิดชอบกำกับดูแลสั่งการรักษาทางโทรศัพท์

2.5.3 มีแพทย์เป็นผู้อ่าน ECG หรือมีแพทย์อยู่ด้วยในรถพยาบาล หรือในบ้านที่จะทำการฉีดยา (วิทยา ศรีดามา, 2548)

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic stable angina)

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

ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand) ที่สำคัญคือ อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (contractility) และแรงที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัว (wall tension) ดังนั้นการประเมินความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand or consumption) สามารถดูได้จากค่าที่

เรียกว่า rate - pressure product หรือ double product โดยนำอัตราการเต้นหัวใจและความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) ในขณะนั้นมาคูณกัน (วรมนต์ บำรุงสุข, 2548) โดยสรุปคือปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ ได้แก่ การนำออกซิเจนหรือเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจ (oxygen myocardial supply) ลดลง และ กล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจน (oxygen myocardial demand) มากขึ้น (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

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

ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการไม่เหมือนที่กล่าวข้างต้น (Atypical angina) เช่น เจ็บแน่นบริเวณลิ้นปี่และตีขึ้นเมื่อหยุดพักหรืออมยา nitroglycerine หรือเกิดกระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง เหงื่อออก อาการดังกล่าวก็อาจเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเช่นกัน

(วรมนต์ บำรุงสุข, 2548)

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

Angina pectoris มักเกิดขึ้นภายหลังออกแรงมากๆ ปัจจัยจำเพาะที่กระตุ้นให้เกิดอาการ angina คือการเดินเร็วๆ หรือเดินขึ้นทางสูงชัน เดินในที่เย็นจัด เดินด้านลม หรือ หลังรับประทานอาหารปริมาณมากๆซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจน แต่ออกซิเจนที่ได้รับไม่เพียงพอกับความ ต้องการ การได้นอนพักร่วมกับอมยาได้ลิ้นประมาณ 1-5 นาที จะสามารถบรรเทาและลดระดับความรุนแรงของอาการ angina ได้ แต่ถ้าอาการ angina ยังคงเป็นนานกว่า 10 นาที แสดงว่าไม่ใช่ chronic stable angina แต่อาจเป็นอาการของ unstable angina, acute MI หรืออาจเป็นอาการที่ไม่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเลย เช่น อาการไม่สุขสบายในทรวงอกจาก esophageal spasm หรือ esophagitis (Becker, 1999 อ้างถึงใน จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

ชนิดของ Angina pectoris

1. Stable angina เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นพักๆ โดยต้องมีปัจจัยเหนี่ยวนำที่สามารถคาดการณ์ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ เช่น ระดับการออกแรง อารมณ์โกรธ และระดับปริมาณความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะคงที่ ไม่รุนแรงและเป็นไม่นาน ได้นอนพักหรืออมยาได้ลิ้นอาการจะดีขึ้น

2. Chronic stable angina เป็นอาการไม่สุขสบายในทรวงอกเกิดจากการออกแรงมากๆ หรือออกกำลังกายหนักๆซึ่งจะเป็นสาเหตุที่บ่งชี้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นขณะที่มีข้อจำกัดในการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด แสดงว่ามี fixed coronary obstruction เกิดขึ้นทำให้ไม่สามารถเพิ่มอัตราการไหลเวียนของเลือดให้เพียงพอกับความ ต้องการได้เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีตีบแข็ง ปกติแล้วหลอดเลือดสามารถขยายตัวได้ถึง 4-5 เท่าขณะออกกำลังกาย แต่ภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแข็งไม่สามารถขยายตัวได้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายจึงทำให้เกิดอาการ

3. Unstable angina เดิมมีชื่อเรียกหลายชื่อ ได้แก่ crescendo angina ,intermediate coronary syndrome ,acute coronary insufficiency ,accelerated angina โดยจะต้องมีลักษณะอาการปวดแน่นหน้าอกที่มีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่า 1 ข้อ ของอาการ angina ต่อไปนี้

3.1 new onset of angina ประวัติของอาการที่เกิดจากการออกแรงมีความรุนแรงในระยะเวลาที่น้อยกว่า 2 เดือน และมีอาการทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

3.2 rest angina คืออาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นขณะพัก มักจะเป็นต่อเนื่องกันนานมากกว่า 20 นาที

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

การแบ่งความรุนแรงของอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตาม Canadian Cardiac Society (CCS)

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

การประเมินวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือด

1. ประวัติที่จำเพาะของโรคหัวใจขาดเลือด จากการที่ผู้ป่วยเล่าถึงอาการที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่มักบอกรว่ามีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นหลังรับประทานอาหารหนัก หลังการเหนื่อยล้าจากการหมกมุ่นทำงานมาหลายวัน อารมณ์เครียดจากปัญหาครอบครัวหรืองาน รวมทั้งประวัติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน บุหรี่ เป็นต้น (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

2. ลักษณะอาการ/ ความรู้สึกปวด เกี่ยวกับความปวดที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด มักมีอาการเจ็บหน้าอกโดยมักมีลักษณะดังนี้

- รู้สึกเหมือนถูกบีบรัดหน้าอก แน่น แสบๆ หายใจไม่สะดวก (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547) ระดับความปวดสำหรับกลุ่ม Stable angina ประมาณ 3-5 คะแนน (pain scale 0-10) และอาการดีขึ้นด้วยการนอนพักและอมยาใต้ลิ้น Unstable angina มักมีระดับความปวดตั้งแต่ 7-9 คะแนน สำหรับ Acute Myocardial Infarction จะมีระดับความปวดรุนแรงที่สุด คือ 10 คะแนน ร่วมกับความรู้สึกว่าตนเองกำลังจะตาย

- ตำแหน่งพบว่าร้อยละ 80-90 มักมีอาการเจ็บแน่นบริเวณกลางอก ออกด้านซ้าย มีบ้างที่เจ็บใต้ลิ้นปี่

- อาการร้าว มักมีปวดร้าวไปที่ไหล่ซ้าย ต้นแขนซ้าย อาจมีร้าวไปที่แขน ข้อศอก นิ้วมือ ซ้าย บางครั้งอาจร้าวไปที่ต้นคอ กราม

- ระยะเวลาที่เจ็บแน่นหน้าอก หากเป็น Stable angina มักแน่น/เจ็บ ระยะเวลาสั้นๆ มักไม่เกิน 5-10 นาที แต่ถ้าเป็น Unstable angina จะเป็นนานกว่า 15-30 นาที และหากเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเจ็บรุนแรงนานกว่า 30-60 นาที

- อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด จะเป็นลม เหงื่อแตก เวียนศีรษะ เหนื่อยเหมือนไม่มีแรง และอาจรู้สึกเหมือนมีแก๊สในท้อง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

แนวทางการประเมินอาการเจ็บหน้าอก (Angina Pectoris) ด้วยตัวอักษร P-Q-R-S-T

(Fleury, and Murdaugh, 1993)

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

3. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG 12 lead) สามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ร้อยละ 50 โดยสามารถบอกได้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจกำลังขาดเลือด ควรทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามลักษณะความผิดปกติบริเวณส่วนของ ST segment ได้แก่

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

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

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

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

6. การตรวจการเกาะกันของหินปูนในหลอดเลือดหัวใจ (Ultra-fast CT) เป็นการถ่ายภาพหลอดเลือดหัวใจด้วยพลังแม่เหล็กที่ตัดผ่านไปด้วยความเร็วสูง สามารถเห็นลักษณะและปริมาณหินปูนที่เกาะกันภายในหลอดเลือดโคโรนารีแต่ละเส้นได้ การตรวจชนิดนี้มีราคาแพง (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

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

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

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

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

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

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

สาเหตุและกลไกการก่อตัว Atherosclerotic plaque จนกระทั่งเกิดการปริแตกกลายเป็น มีก้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารีนั้น มีหลายทฤษฎีที่สนับสนุนขั้นตอนและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็ง ดังนี้

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

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

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

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

องค์การอนามัยโลกและคณะวิจัยในสหรัฐอเมริกา ได้มีการกำหนดและแบ่งขั้นตอนและระยะการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็งดังนี้

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

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

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

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด Plaque rupture

1. การเสื่อมแข็งของผนังหลอดเลือดแดงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

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

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

3.1 การหดตัวของหลอดเลือดแดงอย่างรวดเร็วและรุนแรง ได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด การสูบบุหรี่

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

3.3 การระคายเคืองจากสารเคมีในบุหรี่

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

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีโอกาสทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดดังนี้

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

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

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

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

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

5. **อายุ** อุบัติการณ์ของอายุที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดในเพศหญิงและชายแตกต่างกัน คือ เพศชายมักเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดโรคเมื่ออายุมากกว่า 55 ปีหรือหลังหมดประจำเดือน สำหรับในประเทศไทยพบว่าเพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ตั้งแต่อายุ 28-75 ปี และช่วงอายุที่ต่ำกว่า 40 ปี มีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดย่อยละ 4.2 แต่อัตราการตายในเพศหญิงช่วงอายุ 55-64 ปี สูงประมาณ 30 เท่าของเพศชาย ในช่วงระหว่างอายุเดียวกัน อาจเนื่องจากเพศหญิงมีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคเรื้อรังหลายชนิดมากกว่าเพศชายร่วมกับมีกายวิภาคหลอดเลือดแดงโคโรนารีของเพศหญิงที่มีขนาดเล็กและคดเคี้ยวกว่าเพศชาย จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เพศหญิงที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีระดับความรุนแรงของโรคและอัตราการตายสูงกว่าเพศชาย (จรรยา ตันติธรรม และคณะ, 2547; Fenton et al, 2006)

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

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

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

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

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

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

11. **บุคลิกภาพแบบเอ** เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่น เกร่งกรี้ด ตรงเวลา ทะเยอทะยาน คาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบทำงานที่มีการแข่งขัน ชอบเอาชนะ อุนเฉียว หงุดหงิดง่าย พุดเร็ว ใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานรีบเร่ง ชอบหมกมุ่นกับการเร่งทำงานให้เสร็จทันเวลา บางคนก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ เนื่องจากบุคลิกภาพแบบเอจัดเป็นภาวะเครียดชนิดเรื้อรังที่มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งสาร catecholamine กระตุ้น sympathetic activity เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและรบกวนการเกิดเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เร่งการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานจะเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการของโรคหัวใจขาดเลือด

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

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

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

วัตถุประสงค์ของการบำบัดผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ให้การบำบัดอย่างเร่งด่วน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการกำซาบเลือดโดยเร็วที่สุด ลดการเจ็บปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้การฟื้นฟู ตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแล

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

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

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

2. การลดอาการปวด เป็นการบำบัดเริ่มแรกที่มีความสำคัญอย่างมาก การลดอาการปวดทำได้โดย

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

2.2 ให้ออกซิเจน เพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักมีภาวะขาดออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) ร่วมด้วย การให้ออกซิเจนจะลดบริเวณที่ขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดออกซิเจนไม่มาก (mild hypoxia)มักให้ออกซิเจนเข้มข้นร้อยละ 90-100 ประมาณ 2-3 ลิตรต่อนาที ทางแคนนูลาหรือทางหน้ากาก (face mask) และเพิ่มอัตราการให้ออกซิเจนได้อีกกรณีมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยปอดบวมน้ำอาจจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

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

3. การเพิ่มการกำซาบเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ การเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหัวใจทำได้โดย

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

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

demand ทำให้สามารถบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ช่วยการหดตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ไม่ควรให้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิต ซีสโตลิก ต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท การเฝ้าระวังเมื่อให้ยา คือ วัตถุประสงค์ยาทุก 15 นาที อาการข้างเคียงได้แก่ เวียนศีรษะ ไม่สุขสบาย ความดันโลหิตลดลง หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น

3.3 ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ได้แก่แอสไพรินและเฮพาริน สำหรับแอสไพริน เป็นยาที่ถูกที่สุดและใช้ได้ผลดีที่สุด ให้เพื่อช่วยยับยั้งการเกาะกันของเกร็ดเลือด ลดอัตราการตาย และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Reinfarction) ควรเริ่มให้เมื่อมีอาการทันที สามารถลดการเกิดStrokeได้ สามารถให้ร่วมกับ Anticoagulant จะลดอัตราการตายได้ดี (Fullwood, and Butler, 2000)

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

3.4 ยาละลายลิ่มเลือด(Anticoagulant agent) ได้แก่ Heparin ,Warfarin, Streptokinase และ Enoxaparin ฯลฯ ยาในกลุ่มนี้จะช่วยละลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจซึ่งกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ยังไม่ตายจะสามารถทำงานได้ตามปกติ ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยานี้ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกในสมอง ผู้ที่ตั้งครรภ์ และผู้ที่มีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ (จริยา ตันติธรรม และคณะ, 2547)

4. การบำบัดอื่นๆ เพื่อลดปัจจัยการทำหน้าที่ของหัวใจ

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

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

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

4.4 ยาคลายความวิตกกังวลและยานอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยพักได้ ลดการใช้ออกซิเจนยาที่ใช้ เช่น Diazepam

4.5 ยาทำให้อุจจาระอ่อนตัว เพื่อไม่ให้เบ่งถ่าย ซึ่งจะส่งผลทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

4.6 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty หรือ PTCA)

4.7 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใหม่ (Coronary Artery Bypass Graft =CABG)

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

2. ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน

ญาติใกล้ชิด ในงานวิจัยนี้หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เสี่ยงต่อหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน คำว่า ผู้ดูแล ตามความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน

พ.ศ.2542 หมายถึง ผู้เอาใจใส่ ปกป้องรักษา และปกครอง นอกจากนี้คำว่า ผู้ดูแล มาจากภาษาอังกฤษที่พบบ่อยอยู่หลายคำ เช่น " Carer " หรือ "Caregiver" หรือ " Informal care" ผู้ดูแลอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ กลุ่มผู้ดูแลที่มาจากสถานพยาบาลหรืออาสาสมัครที่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อนและได้รับเงินค่าตอบแทน เรียกว่า " Formal care" ซึ่งอาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล รวมทั้งพนักงานหรือเจ้าหน้าที่จากศูนย์ที่ให้บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Health care assistant) ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งก็คือผู้ดูแลที่ไม่เคยได้รับการฝึกฝนมาก่อน การดูแลอาจนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน มักพบว่ามีความสัมพันธ์แบบ 1 ต่อ 1 และที่สำคัญก็คือไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนแต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ เราจะเรียกผู้ดูแลกลุ่มนี้ว่า " Informal care" หรือ " Carer" ซึ่งอาจจะมาจากความสัมพันธ์ทางการสมรสหรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย (Bell and Gibbons, 1989 ; Twigg . 1992 อ้างถึงในศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2546)

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

2.1 การดูแลเป็นลักษณะประจำของมนุษยชาติ เพื่อให้มนุษย์สามารถรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ แต่จะแตกต่างกันตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การได้รับการดูแลมาก่อนลักษณะเฉพาะตัวของตัวบุคคลและขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ

2.2 การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมพื้นฐานของบุคคลหรือสังคม การดูแลแสดงออกโดยพฤติกรรมภาพลักษณ์และลักษณะทางอารมณ์ เช่นการแสดงความเห็นอกเห็นใจ การอ่อนโยนให้กำลังใจ จะพบมากในผู้ดูแลในครอบครัวเดียวกัน

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

2.4 การดูแลเป็นการแสดงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จึงเป็นการการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิด

2.5 การดูแลเป็นการปฏิบัติการ เพื่อเป็นการรักษาพยาบาล การอธิบายกิจกรรมที่ดูแลต้องใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การพยาบาล การแพทย์และศาสตร์อื่นๆ ผู้ดูแลในทศนะนี้จะต้องมีความรู้และทักษะในการนำความรู้ดังกล่าวมาใช้ เพื่อให้ผู้รับบริการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีหรือพ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคล

สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและมีความรู้ ความเข้าใจ ในการประสานงานเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพได้

ในสังคมไทยโดยทั่วไปผู้ที่คอยดูแลช่วยเหลือจะเป็นลักษณะที่เป็นญาติพี่น้อง ลูกหลาน จะมีบทบาทให้การดูแลซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญูตวกตเวที่อันเป็นค่านิยมที่สังคมไทยให้การยอมรับ และเป็นลักษณะเฉพาะของครอบครัวไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2542)

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

คุณลักษณะโดยทั่วไปของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดมีคุณลักษณะที่เหมาะสมจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ บทบาททางเพศ อายุ ระดับการศึกษา และ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

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

อายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยกลางคน (อายุระหว่าง 40-59 ปี) ทั้งนี้ เพราะขั้นตอนชีวิต (Life Course) ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันคือในวัยเยาว์ผู้ดูแลซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุตรของผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากบิดามารดา เมื่อเติบโตขึ้นผู้ดูแลจะเข้าสู่ขั้นตอนของความเป็นผู้ใหญ่ และทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลบิดามารดา ที่สูงอายุและด้วยวัย 40-59 ปี ผู้ดูแลมีฐานะมั่นคงเป็นปีกแผ่น หรือมีบุตรที่สามารถพึ่งพิงทางเศรษฐกิจได้ ดังนั้นบุคคลในวัยนี้จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่พร้อมจะเป็นหลักในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (มาลินี วงศ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) นอกจากนี้พบว่าผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงกลางคนนั้นมักจะต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากทั้งนี้เพราะยังมีบทบาทหลายอย่างที่ต้องกระทำ

ในเวลาจำกัด จึงทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาทและเพิ่มความเครียดในบทบาทได้ (Given et al., 2001 อ้างถึงในคัทธรียา รัตนวิมล , 2545)

ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของโอเรม(Orem, 1991) เชื่อว่าการศึกษเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล การศึกษาทำให้สามารถเรียนรู้ถึงความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการดูแลในด้านทั่วไป และความต้องการการดูแลตามปัญหาสุขภาพได้ดี รู้จักใช้ความรู้ ทักษะที่เคยมีในการแก้ไขปัญหา และผู้ดูแลที่มีการศึกษา จะมีการใช้เหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มาก

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

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

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแล

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

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

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

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

Horn, Fleury and Moore (2002) ได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือครอบครัว ระหว่างการฟื้นสภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ระหว่างที่เกิดภาวะวิกฤติจากโรคหัวใจและช่วงฟื้นสภาพ จะส่งผลต่อภาวะกดดันด้านอารมณ์และจิตใจทั้งของ

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

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

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

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

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

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

3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

3.1 ความหมายของการปรับตัว

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

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

2) การปรับตัวที่เฉพาะ (Specific Adaptation) ซึ่งเป็นแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อของความเฉพาะเจาะจงของสาเหตุการเกิดโรค มุ่งความสนใจที่สิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อสาเหตุการเกิดโรค

ดังมีนักวิชาการและผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความหมายของการปรับตัวไว้หลายท่าน ดังนี้

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

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

Derogatis (1986) ได้ให้ความหมายการปรับตัวทางจิตสังคมว่า หมายถึงเป็นความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม

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

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

ละออ หุตางกูล (2535) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่า หมายถึง กระบวนการตอบสนองของระบบมีชีวิตต่อสิ่งเร้า ที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เรียกร่องการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวนหรือคุกคามดุลยภาพหรือก่อให้เกิดเป็นความเครียดต่อระบบของร่างกาย การปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นการปรับตัวของ "คนทั้งคน" ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางด้าน กาย จิต สังคม เมื่อเกิดการล้มเหลวในการปรับตัวทางด้านใดด้านหนึ่ง จะก่อผลกระทบต่อ "คนทั้งคน" การปรับตัวจึงเป็นการทำหน้าที่อย่างเป็นทางการของชีวิตโดยรวม

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

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

วราภรณ์ ตระกูลสุษดี (2545) ได้ให้ความหมาย การปรับตัว (Adjustment) ว่าเป็นการช่วยให้เรายอมรับสถานการณ์ สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วพยายามหาวิธีการแก้ไข ขจัดปัดเป่าปัญหาหรือสภาพการณ์ที่ค่อนข้างเลวร้าย หรือเลวร้ายมากๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเราให้บรรเทาเบาบางลง ซึ่งอาจจะพยายามแก้ไขด้วยตนเองหรือมีการแสวงหาบุคคลอื่นมาช่วยแก้ไขปัญหาลงสุดท้ายเมื่อคลี่คลายและมีการแก้ไขแล้ว ความคิด ความรู้สึกของเราก็จะดีขึ้น ผ่อนคลายความตึงเครียดลงไปเมื่อความทุกข์หาย ความสุขสงบทางใจย่อมเกิดขึ้น

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

จากแนวคิดการปรับตัวในการให้ความหมายที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดนั้น พอสรุปได้ว่ากระบวนการปรับตัวหมายถึง เป็นกระบวนการที่มนุษย์ใช้ในการประเมินเหตุการณ์และสิ่งเร้า เพื่อเผชิญปัญหาหรือสิ่งคุกคามที่มีผลกระทบต่อ ร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม โดยการผสมผสานทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคลเพื่อรักษาดุลยภาพของชีวิตและดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุก

3.3 สาเหตุของการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับแรงผลักดัน ซึ่งตามทฤษฎีวิวัฒนาการของ Charles Darwin (Lazarus, 1969 อ้างถึงใน นิภา นิธิยานน, 2530) เชื่อว่าสิ่งมีชีวิตต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาจึงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ คนเราจึงต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอและต้องหาทางที่จะตอบสนองความต้องการทั้งของตนเองและสังคมตลอดเวลา แต่บางครั้งมีอุปสรรคขัดขวางทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้จึงเกิดความเครียด เป็นเหตุให้บุคคลพยายามหาวิธีการต่างๆในการขจัดความเครียดให้หมดไปด้วยการปรับตัว (กันยา สุวรรณแสง, 2533) แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัว มี 2 ประการ ดังนี้

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

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

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

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

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและเฟลคแมน

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวตามแนวคิดของลาซารัสและเฟลคแมน มีดังนี้

3.3.1 ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situation factor) แบ่งออกเป็น

3.3.1.1 ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การเกิดอุบัติเหตุ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากในปัจจุบันและอนาคต

3.3.1.2 ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ที่บุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะต่อไปจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม

3.3.1.3 ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน บุคคลอาจประเมินว่าเป็นความเครียด เพราะเนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่าตนเองจะสามารถคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นๆ

3.3.2 ปัจจัยตัวบุคคล (Personal factor)

3.3.2.1 ข้อผูกพัน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลและบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด

3.3.2.2 ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะทำทนาย แต่ถ้าเชื่อว่าตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจประเมินว่า คุกคาม สูญเสียหรือเป็นอันตราย

3.3.2.3 สถิติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมิน ผู้ที่มีสติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความจริง จึงอาจเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

3.3.3. การเผชิญความเครียด(Coping)

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

3.3.3.1 กระบวนการของพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา

3.3.3.2 การผสมผสานระหว่างความคิด และการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

3.3.3.3 ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละคน

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

3.3.4.1 เหตุการณ์ (Event) สิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ หรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ ในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวนั้น ความเจ็บป่วยถือเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาที่ญาติต้องประเมินตามกระบวนการในการเผชิญปัญหาต่อไป

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

3.3.4.2.1 การประเมินครั้งแรก (Primary Appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อบุคคล ซึ่งประเมินได้ 3 ทาง คือ

- การไม่มีผลได้ผลเสีย (Irrelevant) คือ การที่บุคคลรู้สึกเฉยๆ กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพราะไม่เกิดผลได้ผลเสียอะไรเลย

- เกิดผลทางที่ดีหรือได้ประโยชน์ (Benign positive) คือผลจากเหตุการณ์ส่งเสริมให้เกิดความสุข ความสนุก ความรัก

- เกิดความเครียด (Stress) ซึ่งเกิดจากการอันตรายหรือการสูญเสียหรือบุคคลหมดความสามารถ เกิดการเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจในตนเอง หรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคลที่รัก เป็นต้น

3.3.4.2.2 การประเมินครั้งที่ 2 (Secondary Appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนในอันที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลในการจัดการปัญหา โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญปัญหาที่เคยทำมา

3.3.4.2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติม และเพื่อติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้กระทำไปแล้ว

3.3.5 พฤติกรรมที่ใช้ในการประเมินปัญหา ในการเผชิญปัญหาแต่ละครั้งนั้น บุคคลจะมีพฤติกรรมเผชิญหลายวิธีในเวลาเดียวกัน การเผชิญปัญหา มี 2 ชนิด คือ

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

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

1. การทำหน้าที่ในสังคม (Social functioning) หมายถึง วิธีทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละคน และความพึงพอใจต่อสัมพันธภาพในสังคม หรือหมายถึงทักษะในการคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม บุคคลที่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามปกติ จะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน หากบุคคลเกิดความลังเล ไม่แน่ใจหรืออ่อนแอ จะไม่ประสบผลสำเร็จในการทำหน้าที่ในครอบครัวและสังคม

2. ขวัญและกำลังใจ (Morale) เป็นผลทางอารมณ์ ซึ่งแตกต่างกันไปตามสิ่งกระตุ้น และเป็นผลจากการประเมินว่าจะประสบผลสำเร็จเพียงใด บุคคลพอใจกับผลของการเผชิญปัญหานั้น

หรือไม่ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการทำหายอาจทำให้ขวัญและกำลังใจดี สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบแก้ไขตามปัญหา มักมีขวัญและกำลังใจดีกว่าสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด

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

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.26

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

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

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

Moser and Dracup (1995) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อำนาจในการควบคุมกับการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า การรับรู้อำนาจในการควบคุม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการฟื้นตัวและการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

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

3.4 การประเมินการปรับตัว

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

ความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 100 รายได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

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

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

3.5 การปรับตัวของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

การปรับตัวที่จะช่วยสร้างเสริมคุณภาพของจิตใจ ช่วยพัฒนาบุคลิกภาพ และยังมีผลให้บุคคลดำรงชีวิตในสังคมได้ดี คือ การปรับตัวด้วยพฤติกรรมที่ไม่มุ่งป้องกันตนเองจากความเป็นจริง เป็นพฤติกรรมซึ่งอาศัยความสามารถเรียนรู้และสติปัญญามองเห็นสิ่งแวดล้อมหรือปัญหาตามความเป็นจริง สามารถเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการปรับตัว อาศัยความสามารถสะสมประสบการณ์และทักษะของสมอง ซึ่งช่วยให้สามารถนำมาใช้ประกอบกันในการแก้ปัญหาปัจจุบัน และวางแผนป้องกันหรือแก้ไขปัญหาในอนาคต พฤติกรรมระดับนี้อาจดำเนินไปทั้งโดยบุคคลรู้ตัว และควบคุมให้เป็นไปตามความมุ่งหมาย (ละอ อุดางกุล, 2535) ซึ่งด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้จึงถือเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่จะช่วยส่งเสริมการปรับตัวให้กับผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

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

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

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

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

ความสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนไป เนื่องจากเกรงว่าผู้ป่วยจะมีอาการกลับซ้ำได้อีก ผู้ดูแลจะมีอาการเครียด ซึมเศร้า และอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย บางครั้งมีอาการโกรธ สับสน

Ebbesen และคณะ (1990) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของคู่สมรสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าจากภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจจะส่งผลต่อด้านสุขภาพ คุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส

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

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

Theobald (1997) ได้ทำการศึกษาประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าความกลัวเป็นสาเหตุแรกของคู่สมรสที่เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติหรือคู่สมรสจะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านข้อมูล

4.1 ความหมายการสนับสนุนด้านข้อมูล

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 "ข้อมูล" หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ดีหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลักฐานหาความจริงหรือการคำนวณ โปรแกรมการให้ข้อมูลเป็นการสอนและให้ความรู้อย่างหนึ่ง มีนักวิชาการและผู้ที่มีความหมายเกี่ยวกับข้อมูลไว้มากมาย ดังนี้

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

อาภรณ์ ใจเที่ยง (2537) ให้ความหมายว่า เป็นการเตรียมการสอนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้าเพื่อเป็นแนวทางการสอนสำหรับผู้สอน ที่จะช่วยให้การเรียนการสอนบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

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

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

กล่าวโดยสรุป การสนับสนุนด้านข้อมูล หมายถึง การให้ข้อมูล รายละเอียด ข้อเท็จจริง ตลอดจนคำแนะนำต่างๆตามแผนที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ ความเชื่อ และ ทักษะ และสามารถมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของผู้ดูแล

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

1. ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแล ปัจจัยด้านตัวผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อการเรียนรู้ มีดังนี้

1.1 สภาพร่างกาย ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้า ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อาการเหล่านี้จะขัดขวางการรับรู้ต่อการสอนและการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ดังนั้นก่อนการสอน ผู้สอนต้องประเมินอาการต่างๆของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

1.2 สภาพอารมณ์และจิตใจ สภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแลที่มีความวิตกกังวลสูงมีอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด หรือกลัวมากจะขัดขวางกระบวนการรับรู้ ผู้สอนต้องประเมินสาเหตุของสภาพอารมณ์และจิตใจที่แปรปรวนของผู้ดูแล และบรรเทาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุดพร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในการเรียนการสอน ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการสอน

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

1.4 การศึกษาและความรู้ที่เคยได้รับมาก่อน ผู้ที่ศึกษาจะมีความคุ้นเคยต่อการเรียนรู้ ทั้งการศึกษาเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีขึ้น และความรู้พื้นฐานที่มีอยู่เดิม เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันจะทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้รวดเร็ว

2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน แสงภายในห้องมืดหรือสว่างมากเกินไป อุณหภูมิที่ต่ำหรือสูงมาก มีกลิ่นรบกวน บริเวณห้องเรียนมีผู้คนพลุกพล่านจะรบกวนการเรียนรู้และความสนใจของผู้เรียนทำให้การเรียนรู้ไม่ดี ดังนั้นในการเรียนการสอนต้องพิจารณาถึงสิ่งต่างๆเหล่านี้ และมีการควบคุมให้เหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้การเรียนรู้ที่ดี

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

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

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

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

3.3.1 ความรู้ เน้นให้ผู้เรียนเกิดการจดจำสิ่งที่ได้เรียนไปแล้ว เพื่อเพิ่มความสามารถในด้านการคิดและสติปัญญาขึ้นจนสามารถวิเคราะห์เป็นหลักการ สามารถแก้ปัญหาได้

3.3.2 เจตคติ เน้นให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกมีค่านิยม มีความชอบหรือไม่ชอบเพื่อปลูกฝังให้เกิดการปรับปรุงในค่านิยมที่มีอยู่เดิม

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

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

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

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

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

ขั้นตอนที่ 1 อธิบายสิ่งที่จะสาธิตโดยละเอียด เมื่ออธิบายจบลงเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถาม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสาธิต ผู้สาธิตแสดงเป็นขั้นตอน ทีละขั้น ช้าๆ ให้ผู้ดูแลทุกคนได้เห็นชัดเจน ขณะสาธิตอธิบายประกอบด้วยช้าๆ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามและสาธิตซ้ำ ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 ให้ตัวแทนของผู้ดูแล 1 คน สาธิตย้อนกลับและให้ผู้ดูแลคนอื่นๆ สังเกตและแสดงความคิดเห็น

ขั้นตอนที่ 4 ให้ผู้ดูแลทุกคนสาธิตย้อนกลับและผู้สอนสังเกตขณะทำพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุง

การสาธิตจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ผู้สาธิตต้องมีความรู้ ความชำนาญ ใช้อุปกรณ์ประกอบการสาธิตได้คล่องแคล่ว ผู้สอนต้องให้แนวทางแก่ผู้ดูแลในการสังเกตการสาธิต ผู้ดูแลสามารถมองเห็นการสาธิตได้ทั่วถึง ใช้เวลาในการสาธิตไม่เกิน 20-25 นาที และเมื่อการสาธิตสิ้นสุดลงให้ผู้ดูแลได้

สาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินผลการสอน (Kelly and Lewis, 1987)

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

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

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

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

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

4.3 ประโยชน์ของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล

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

1. ด้านพยาบาลซึ่งเป็นผู้สอน

1.1 ทำให้ผู้สอน สอนด้วยความมั่นใจ เมื่อมีความมั่นใจ จึงสอนได้อย่างคล่องแคล่วเป็นไปตามลำดับขั้นตอนอย่างราบรื่น เพราะได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าอย่างพร้อมมูล อีกทั้งมีทิศทางในการสอน มีการควบคุมให้การสอนเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามที่กำหนดไว้

1.2 ทำให้การสอนมีคุณค่าคุ้มกับเวลาที่เสียไป และการสอนมีประสิทธิภาพ ดีกว่าการสอนที่ไม่มีการเตรียมแผนการสอนไว้ล่วงหน้าเพราะผู้สอนได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนการสอนแล้ววางแผนแก้ไขไว้ก่อน พร้อมทั้งกำหนดทิศทางในการสอนไว้อย่างเหมาะสม มีจุดประสงค์ในการให้ความรู้ เมื่อผู้สอนสามารถสอนให้บรรลุจุดประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดความภาคภูมิใจ มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

1.3 ผู้สอนมีเอกสารสำหรับเตือนความทรงจำ ทำให้ไม่สอนซ้ำซ้อนหรือหลงลืม ทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการสอนในครั้งต่อไป ใช้ในการวางแผนวัดและประเมินผล นอกจากนี้สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นทำการสอนแทนได้ โดยผู้เรียนจะได้รับความรู้จากการสอนเหมือนกัน

1.4 ช่วยในการประสานงาน โดยสามารถแบ่งความรับผิดชอบออกไปไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการสอนของบุคลากรในทีมสุขภาพ

1.5 เป็นหลักฐานในการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพที่รับผิดชอบในการสอน ให้ความรู้

1.6 ผู้เรียนเกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้สอนและสิ่งที่ได้เรียนรู้ เพราะผู้สอนมีความพร้อมในการสอนสามารถสอนได้อย่างละเอียดเป็นไปตามขั้นตอน ผู้เรียนเกิดความเข้าใจส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพอใจ ชื่นชมในความสามารถของผู้สอนและยินดีที่ได้รับความรู้

2. ด้านผู้ดูแล

2.1 ด้านกายภาพ

2.1.1 ลดความเจ็บปวด เนื่องจากการให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลเกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพและเจตคติได้ สามารถทราบถึงวิธีการดูแลและควบคุมบรรเทาความเจ็บปวดได้

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

2.1.3 ผู้ดูแลสามารถพึ่งตนเองและดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีการฟื้นสภาพจากการเจ็บป่วยได้ดี

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

2.2.1 ผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้ที่มีระบบระเบียบ ช่วยให้ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง ผ่านการสอนที่ราบรื่น ก่อเกิดทัศนคติที่ดี ผู้ดูแลมีความพึงพอใจและนำไปสู่การปฏิบัติ

2.2.2 ลดความรู้สึกลึก สภาพจิตใจและอารมณ์ในเชิงลบลง การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลคาดเดาได้ใกล้เคียงความเป็นจริง เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ ผู้ดูแลจึงมีระดับความวิตกกังวลลดลง

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

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

3.1 ทำให้ มีการทำงานอย่างมีระบบ ผู้บริหารสามารถใช้โปรแกรมการให้ความรู้หรือข้อมูลเป็นแนวทางในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานได้

3.2 ใช้ความสามารถจากบุคลากรให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและหน่วยงานได้ สูงสุดจากการทำงานที่มีระบบ ลดระยะเวลาในการปฏิบัติการเตรียมสอน

3.3 ประหยัดงบประมาณ เพราะการกำหนดสิ่งต่างๆไว้อย่างชัดเจน ทำให้ทราบว่าจะทำขั้นตอนใด เมื่อใดและอย่างไร จึงใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสมกับแผนการที่วางไว้

3.4 ใช้เป็นหลักฐานและข้อมูลในการจัดดำเนินงานของหน่วยงาน เช่น การประเมินผล ประจำปี การปรับปรุงแผนการดำเนินงาน เป็นต้น

จากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้าน ข้อมูลและอารมณ์เป็นอย่างมาก และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตามแนวคิดการปรับตัวของ Derogatis (1986) ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนั้นนอกจากจะเป็นการพัฒนาในด้านความรู้ ความเข้าใจ สภาพปัญหา การจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วย และเป็นการช่วยให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี สามารถเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

4.4 การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล

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

4.4.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความสำคัญของการให้ความเชื่อมั่น ไว้วางใจ เชื่อถือ เลื่อมใสศรัทธา การได้รับการยกย่อง ระลึกถึง และทำให้ รู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่ มีความผูกพันใกล้ชิด และรับฟังปัญหาเพื่อช่วยให้นักคนที่มี

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

4.4.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) จัดเป็นการให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะ และให้ข้อมูลในด้านต่างๆเพื่อนำมาใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ การที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม (Social Relationship) ทำให้มีการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความเชื่อ เจตคติ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหที่กำลังประสบอยู่ และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (House and Kahn, 1985 cited in Kristofferzon, 2006)

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

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมกับระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.2

Moser (1994) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ จะมีภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกครอบครัวและผู้ดูแลส่งผลต่อทั้งทางด้านสุขภาพการและสุขภาพจิตในระยะฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นอย่างยิ่ง

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

5. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

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

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

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

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

Smeltzer and Bare, 1992 อ้างถึงใน ล้ายอง ทับทิมศรี, 2541) เพื่อช่วยให้บุคคลรู้จักจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก และการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ (Lazarus and Folkman, 1984)

ขั้นตอนที่ 2 การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (Basic Cardiac Life Support Training) ซึ่งเป็นการสอนแบบสาธิต หมายถึง การสอนแบบบรรยายประกอบการแสดงวิธีปฏิบัติพร้อมกันไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้เรียนดู โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดทักษะ (Sundberg, 1989) เนื้อหาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ การสังเกตอาการขณะผู้ป่วยหมดสติ การเปิดทางเดินหายใจ การดำเนินการช่วยเหลือและฝึกทักษะ โดยการใช้สื่อการสอนด้วยภาพนิ่ง จากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความกระตือรือร้น และเป็นการตอบสนองของความสนใจของคนยุคใหม่ที่สนใจสิ่งใหม่ๆ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย (อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2543) นอกจากนี้ยังมีภาพเคลื่อนไหวประกอบคำบรรยาย จากสื่อวีดิทัศน์ ตามมาตรฐาน American Heart Association Guideline (2005) และ Shuster, 2006) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติจากหุ่นจำลอง โดยหุ่นจำลองจะสามารถแสดงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ จากสัญญาณไฟที่ตัวหุ่นจำลอง ทั้งนี้จะสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลลดความรู้สึก สภาพจิตใจและอารมณ์ในเชิงลบลง การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลหรือผู้ป่วย คาดเดาได้ใกล้เคียงความเป็นจริง เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับผู้ดูแลหรือผู้ป่วย จึงเกิดความมั่นใจ สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (อาภรณ์ ใจเที่ยง, 2537; Sundberg, 1989) อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความสามารถในการควบคุม (Perceived Control) (Moser and Dracup, 2000) ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอีกด้วย

โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะต้องเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้เวลาดังแต่เริ่มเข้าโปรแกรม จนถึงสิ้นสุดโปรแกรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ภิญญา หนูภักดี (2533) ได้ศึกษาถึง การเผชิญภาวะวิกฤตของคูชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า

1. การเผชิญภาวะวิกฤตทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและมุ่งใช้อารมณ์ของคูชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง

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

3. กลุ่มตัวอย่างที่สามารถร่วมกันทำนุบำรุงการเผชิญภาวะวิกฤตดังนี้

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

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

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

สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 63.3 หลังการทดลองผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับพอใช้และระดับดี ร้อยละ 30.3 และร้อยละ 60.0

ลัดดาวลย์ อ้นเมฆ (2545) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

- เพศ พบว่าญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.25 เป็นเพศหญิง มีเพียงร้อยละ 29.75 ที่เป็นเพศชาย

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

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง สูงถึงร้อยละ 76.00 รองลงมาร้อยละ 19.20 มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และร้อยละ 4.80 มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 72.7 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 15.50 และมีเพียงร้อยละ 11.80 เท่านั้นที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลาง สูงถึงร้อยละ 79.40 รองลงมาร้อยละ 12.80 มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 7.80 เท่านั้นที่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 66.00 รองลงมาร้อยละ 22.00 ระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง และมีเพียงร้อยละ 12.00 เท่านั้นระดับทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 82.20 รองลงมาร้อยละ 9.30 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ และมีเพียง

ร้อยละ 8.50 เท่านั้นที่มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

- ญาติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับปานกลางสูงถึงร้อยละ 83.00 รองลงมาร้อยละ 11.00 มีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับต่ำ และมีเพียงร้อยละ 6.00 เท่านั้นที่มีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับสูง

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

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

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

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

ความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่สมรส ในช่วงวันที่ 12-15 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ชนิดของข้อมูลที่คู่สมรสต้องการเรียงลำดับคือ

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

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

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

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

1. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ มีความกดดันด้านจิตใจร้อยละ 66
2. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจอายุน้อยมีจำนวนมากกว่าคู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุมาก คิดเป็นร้อยละ 51.99
3. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา, การฟื้นฟูสภาพและการพยากรณ์โรค ร้อยละ 75.5
4. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีภาวะกดดันด้านอารมณ์ ร้อยละ 66.7

5. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความกังวลเกี่ยวกับการกลับเข้าทำงานและสถานะการเงินคิดเป็นร้อยละ 38.8
6. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 36.7
7. คู่สมรสผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีความสิ้นหวัง ท้อแท้ คิดเป็นร้อยละ 36.1

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

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

โดยสรุปคือ คู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ ต้องการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และวิธีการเผชิญปัญหา รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์จากทีมสุขภาพ

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

นุสรา วิชัยโกวิทเทน (2547) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้โปรแกรมการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ประกอบไปด้วย การฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดภาวะความกดดันด้านจิตใจของ Ridner (2004) และการฝึกกู้ชีวิตขั้นพื้นฐานพัฒนาตาม American Heart Association Guideline (2000) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.302 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.651 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.188 และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความกดดันด้านจิตใจของคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 1.753

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความกดดันด้านจิตใจคู่สมรสผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

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

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

7. ในระยะ 6 เดือน ผู้ป่วยในกลุ่มการฝึกปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเดียวมีความวิตกกังวลกับความไม่มั่งร่ำยามมากกว่า และมีการปรับตัวทางจิตสังคมที่แย่กว่ากลุ่มการสนับสนุนทางสังคม

8. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของการปรับตัวด้านการสมรสในผู้ป่วยทั้ง 4 กลุ่ม เมื่อแยกตาม เพศ และการศึกษา

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

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

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

3. ความสามารถในการยอมรับมีความสำคัญต่อผลของการฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจของคู่สมรสหลังได้รับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ

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

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

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ได้ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า

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

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

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

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

1. การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

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

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

2. การฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยผู้วิจัยนำเสนอด้วยสื่อสไลด์ภาพนิ่ง

2.2 การนำเสนอภาพสถานการณ์จำลองจากตัวแบบทางสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2.3 การฝึกปฏิบัติในตัวแบบจากหุ่นจำลองโดยผู้วิจัยสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่าง

2.4 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองในแต่ละฐาน (American Heart Association Guideline 2005)

การปรับตัวทางจิตสังคมของญาติใกล้ชิดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

1. ด้านการดูแลสุขภาพ
2. ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน
4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ
5. ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย
6. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม
7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

(Derogatis, 1986)