



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการ
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

**Selected Factors related to Caregivers' Capabilities in Caring for Patients
with Acute Coronary Syndrome in the Pre-Hospitalized Phase**

พัชรี พร้อมมูล

Patcharee Prommoon

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)**

Prince of Songkla University

2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล
ผู้เขียน นางสาวพัชรี พร้อมมูล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)

.....กรรมการ
(นายแพทย์อำนาจ อัครวิเนค)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เกริกชัย ทองหนู)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล
ผู้เขียน นางสาวพัชรี พร้อมมูล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเฉพาะเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .80 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .83 และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .78, p < 0.01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < 0.01$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล (3)

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($r = .23, p < 0.01$ และ $r = .20, p < 0.05$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

Thesis Title Selected Factors related to Caregivers' Capabilities in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome in the Pre-Hospitalized Phase

Author Miss Patcharee Prommoon

Major Program Nursing Science (Adult Nursing)

Academic Year 2550

ABSTRACT

This descriptive research aimed to explore the level caregivers' capabilities in caring for patients with acute coronary syndrome in the pre-hospitalized phase and describe the relationships between the caregivers' capabilities and four selected factors, namely, caregivers' perceptions on treatment benefits and severity of disease, and experiences of providing care for the patients in general and specific care during suffering from chest pains. One hundred and twenty six caregivers of the patients with acute coronary syndrome from the regional hospitals in southern Thailand were purposively selected. A personal Information form and 3 questionnaires: 1) Caregivers' Perceptions on Treatment Benefits Questionnaire, 2) Caregivers' Perceptions on Severity of Disease Questionnaire, and 3) Caregivers' Capabilities in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome in Pre-Hospitalized Phase Questionnaire, were developed. The contents of the questionnaires were validated by using five experts. The reliabilities of Caregivers' Perceptions on Treatment Benefits Questionnaire, Caregivers' Perceptions on Severity of Disease Questionnaire, and Caregivers' Capabilities in Caring for Patients with Acute Coronary Syndrome in Pre-Hospitalized Phase Questionnaire were evaluated using yielded Cronbach's alpha coefficient, yielding values .80, .83 and .95, respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson product moment correlation coefficient.

The result revealed that the total of caregivers' capabilities were at a moderate level. The caregivers' perception on treatment benefits was positively related to their capabilities at a high level ($r = .78, p < 0.01$). Meanwhile, the caregivers' perception on severity of disease was positively related to their capabilities at a moderate level ($r = .35, p < 0.01$). Moreover, experiences of providing general care for the patients and specific care during suffering from

chest pains were positively related to their capabilities at a low level ($r = .23$, $p < 0.01$ & $r = .20$, $p < 0.05$, respectively).

The results of this research could be used for enhancing the capabilities of caregivers in caring for patients suffering from acute coronary syndrome in the pre-hospitalized phase.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยการได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ได้แก่ นายแพทย์อำนาจ อัครวิเนค นายแพทย์อัครเดช อามีระะ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย รองศาสตราจารย์ ไหมไทย ศรีแก้ว และคุณจรรวมล แพ่งโยธา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่เสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิจัยครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ตลอดจนผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาที่อบรมสั่งสอน ครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ รวมทั้งพี่ๆ น้องๆ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่เป็นกำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณเพื่อนๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตร่วมรุ่นทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจตลอดมา

พัชรี พร้อมมูล

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	8
การดูแลช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล.....	16
แนวคิดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.....	18
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	26
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	26
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	27
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	29
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	33
ผลการวิจัย.....	33
การอภิปรายผล.....	44

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	54
สรุปผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้.....	55
บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	67
ก ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	68
ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ค การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้วิจัย).....	81
ง การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย).....	82
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	83
ประวัติผู้เขียน.....	84

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล.....	34
2	จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาในการดูแล ประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก และแหล่งที่ได้รับข้อมูลวิธีการดูแลผู้ป่วย.....	35
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแลโดยรวมและรายชื่อ.....	36
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	37
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	38
6	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	39
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	40
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก.....	41
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ.....	43
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล.....	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นในประเทศไทย โดยพบว่าอัตราการตายด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดของประชากรระหว่าง พ.ศ. 2537 – 2545 สูงขึ้นจาก 3.51 เป็น 19.03 ต่อประชากรแสนคน (วนัสนันท์, 2549) สอดคล้องกับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา ปีละประมาณ 930,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 500,000 คน เสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และจำนวน 489,171 คน เป็นชนิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (America Heart Association, 1994 อ้างตาม เพ็ญศิริ และพวงผกา, 2544) และพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 50 เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงของการมีอาการ (สันต์, 2547; Dempsey, Dracup & Moser, 1995; Meischke, Eisenberg, Schaeffer, Damon, Larsen & Henwood, 1995) จะเห็นว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูง เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน รุนแรง และคุกคามต่อชีวิตทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทัน่วงที

หลักการที่สำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้รวดเร็วที่สุด โดยการได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยจำกัดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และดำรงชีวิตได้ตามปกติเช่นเดิม (จักรพันธ์, 2547; นภดล, 2550; เพ็ญจิต, 2550; อุไร, 2544; Dempsey, et al., 1995; Dracup, Moser, Eisenberg, Meischke, Alonzo & Braslow, 1995; Mckinley, Moser & Dracup, 2000) ปัจจัยที่สำคัญต่อการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ เวลา ในทุก 1 ชั่วโมงที่มีความล่าช้าจะมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1.6 ต่อ 1,000 คน (เพ็ญจิต, 2550) จากผลการศึกษาของอัยญา (2545) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้ยาละลายลิ่มเลือดกับไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือด พบว่าถ้าไม่ให้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีอัตราการตายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ในปัจจุบันได้มีทางด่วน (fast track) ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาด้วยยาตามมาตรฐานที่ควรจะได้รับ ทำให้ช่วยลดและป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อนได้ (นภดล, 2550; เพ็ญจิต, 2550) แต่ทางด่วนในการช่วยเหลือดังกล่าวจะมีประโยชน์น้อยมากถ้าหากระยะเวลาเริ่มเกิดอาการจนถึงโรงพยาบาลมีความล่าช้า และพบว่าปัจจัยที่ทำให้มารักษาช้า คือการมาโรงพยาบาลเองโดยไม่ใช้รถของหน่วยบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินซึ่งจะช่วยลดเวลามาถึงโรงพยาบาลให้สั้นลง และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้ (Meischke, et al., 1995) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ปฏิพร, 2543; สุนีย์, 2540)

อาการเริ่มแรก และอาการเด่นของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ อาการเจ็บหน้าอก อาจเจ็บร้าวไปที่คอ คาง ไหล่และแขน (จิริยา, 2547; เจนเนตร, 2547; นกคณ, 2550; Hudak, Gallo & Morton, 1998) อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก (Zerwic & Ryan, 2004) ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอาการที่รุนแรง มีความปวดสูงสุดในระดับ 10 คะแนน รู้สึกว่าตนเองใกล้ตาย และเป็นอันตรายต่อชีวิต (จิรวรรณ, 2549; ชวนพิศ, 2541; ปฏิพร, 2543; วิริงรอง, 2543) จึงต้องมีการจัดการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยการช่วยให้ผู้ป่วยยอมยาได้ลิ้นเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักโดยหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายน้อยลง นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยเร็วเพื่อได้รับการช่วยเหลือโดยด่วน รวมทั้งการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (เดือนฉาย, 2540; ประวิษฐ์, 2546; รพีพล, 2549; วิจิตรา, 2546; อุไร, 2543)

ผลของพยาธิสภาพ และแบบแผนการรักษาเพื่อลดการใช้ออกซิเจน และป้องกันการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้วยตนเองได้ จึงต้องการการช่วยเหลือดูแลจากญาติผู้ดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลซึ่งครอบคลุมถึงการรับรู้สุขภาพ ความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบต่างๆ ที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพ กระบวนการดำเนินโรค และการรักษา เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองมีอยู่จำกัด จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลผู้รับผิดชอบให้การดูแล (dependent care agent) โดยผู้ดูแลเข้ามาช่วยทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแทนผู้ป่วยทั้งหมด หรือบางส่วนจึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา จากการศึกษาของ ดราคัพและโมเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจการแสวงการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขอาการ ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาช่วยเหลือทันทีที่มีอาการ การโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ การโทรศัพท์เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉินหรือให้มารับตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล แสดงว่าสมาชิกครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพในระยะวิกฤตก่อนมาถึงโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจัดการอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตโดยเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลในครั้งก่อนๆ (อุมา, 2544)

นอกจากนี้การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษายังเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของชวณพิศ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่รุนแรง จะเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคไม่รุนแรงจะปฏิเสธการรักษาจึงทำให้มารับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น และการรับรู้ประโยชน์การรักษาช่วยการตัดสินใจในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของบุคคล ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรค หรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดขึ้นได้ (Becker, 1974)

การดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นระยะที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมซึ่งเป็นระยะที่เป็นบทบาทของผู้ป่วยและญาติโดยตรง ส่วนสิ่งที่แพทย์ และพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยได้มีเพียงการช่วยเปิดหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ โดยผู้ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤตก่อนมาถึงโรงพยาบาล จากการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเอชดี โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ปัจจัยดังกล่าวประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา และภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (จินตนา, 2540; จอม, 2540; นงลักษณ์, 2540; อรทัย, 2538; Marks, 1996) ระยะเวลาในการดูแล (อรทัย, 2538) ประสบการณ์ในการดูแล (กนกรัตน์, 2547; จอม, 2540; นันทพร, 2545; อูมา, 2544) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (ชวณพิศ, 2541; รัชนิย์, 2543; Janz & Becker, 1984) และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (จุฬากรณ์, 2546; รัชนิย์, 2543; ศิริรัตน์, ลดาวัลย์ และสมาพร, 2546; Becker, 1974)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอัตราการตายลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์การรักษา กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอยู่ในระดับใด

2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา ในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง โดยเป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง อันเป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค จึงจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากบุคคลอื่น ที่มีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (dependent-care agency) เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลอื่น (Taylor, 1989 อ้างตาม สมจิต, 2536)

แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพามีโครงสร้างเช่นเดียวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (foundational capabilities and dispositions) ซึ่งเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจ (deliberate action) 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power component) เป็นความสามารถ ซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำที่ตั้งใจของผู้ดูแล และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (capabilities for dependent-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นที่จะใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาขณะนั้นทันที ความสามารถแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป (Gest, et al., 1989) การวิจัยครั้งนี้

เป็นการศึกษาเฉพาะความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เพราะเป็นความสามารถขั้นสูงสุดและเป็นรูปธรรมสามารถวัดได้ง่าย ซึ่งโครงสร้างของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative operation) 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitive operation) และ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productive operation) โดยผู้วิจัยศึกษาเฉพาะระดับความสามารถของผู้ดูแลในการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นความสามารถลำดับสุดท้ายที่สะท้อนความสามารถอีก 2 ด้าน ซึ่งต้องกระทำก่อน และประเมินได้ยาก โดยที่ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถของผู้ดูแลในด้านการวางแผน การลงมือกระทำ และการประเมินผลของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ 3) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ (เดือนฉาย, 2540; อุไร, 2543; วิจิตรา, 2546; ประวิษฐ์, 2546; รพีพล, 2549)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา อายุ เพศ การศึกษา ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแล (กนกรัตน์, 2547; จอม, 2540; ชวนพิศ, 2541; นันทพร, 2545; รัชนิย์, 2543; วินิตา, 2547; ศิริรัตน์, ลดาวัลย์ และสมาพร, 2546; อุมา, 2544; อรทัย, 2538; Janz & Becker, 1984) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มาทดสอบซ้ำหาความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแล ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ระดับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ 3) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ ประเมินโดยแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแล ได้แก่

ระยะเวลาในการดูแล หมายถึง ระยะเวลาเป็นวัน/เดือน/ปี ที่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอก หมายถึง จำนวนครั้งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอก

การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบต่อครอบครัวและเศรษฐกิจ การรักษา และการพยากรณ์โรค ประเมินโดยเครื่องมือวัดการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ระดับการรับรู้ของผู้ดูแล หรือความเข้าใจของผู้ดูแลที่มีต่อการรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันว่าสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และควบคุมอาการของโรคได้ ประเมินโดยเครื่องมือวัดการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยศึกษาใน ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ความสำคัญของการวิจัย

เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อขยายความรู้ในเรื่องการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.1 ความหมาย และกลไกการเกิด

1.2 อาการและอาการแสดง

1.3 ภาวะแทรกซ้อน

1.4 แนวทางการรักษา

1.5 ผลกระทบของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. การดูแลช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึง โรงพยาบาล

3. แนวคิดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

3.1 แนวคิดของผู้ดูแล

3.2 แนวคิดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) เป็นอาการที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน รุนแรง และคุกคามต่อชีวิต ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว เป็นภาวะฉุกเฉินที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนและใกล้ชิด นอกจากนี้ภาวะกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถทำให้เกิดความพิการ เจ็บป่วยเรื้อรัง และเกิดอาการซ้ำได้อีก

ความหมาย และกลไกการเกิด

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina) 2) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial

infraction) ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST- segment elevation myocardial infarction (STEMI) และชนิด non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) (จักรพันธ์, 2546; จริยา, 2547; ประดิษฐ์, 2543) โดยมีกลไกการเกิดของโรคจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง ที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง คือ คราบลิ้มเลือดไขมันที่เยื่อชั้นในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการปริแตก ร่วมกับการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด ซึ่งประกอบด้วย เกร็ดเลือด และกลไกการแข็งตัวของเลือด ทำให้กลายเป็นก้อนลิ้มเลือดอุดตัน เกิดการขาดขวางการไหลเวียนในหลอดเลือดแดงโคโรนารีส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก หรือหยุดชะงักทันที ซึ่งจะไปสู่อาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยระดับความรุนแรงขึ้นกับชนิดของลิ้มเลือดที่อุดตัน (จริยา, 2547; จักรพันธ์, 2546; เจนเนตร, 2547)

อาการและอาการแสดง

อาการสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีลักษณะเฉพาะ คือ มีอาการแน่นหน้าอก ซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใด และรุนแรง ลักษณะคล้ายมีอะไรมาบีบรัดหน้าอก อาการจะเจ็บร้าวไปที่คอ กรามทั้งสองข้าง ไหล่ และแขน นอกเหนือจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกผู้ป่วยมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย คือ อาการหน้ามืด เป็นลม เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หายใจลำบาก และถ้าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลว อาจตรวจพบเสียงหัวใจที่ 3 และ 4 (S3, S4 gallop) และอาจฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitation) กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีลักษณะอาการทางคลินิกหลักๆ 3 รูปแบบ คือ 1) อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขณะพัก (rest angina) 2) อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในเวลาไม่เกิน 2 เดือน (new-onset angina) โดยมีระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกอย่างน้อยเทียบเท่ากับ canadial cardiovascular society (CCS) class III คือ ออกแรงเพียงเล็กน้อยก็มีอาการเจ็บหน้าอก 3) อาการเจ็บหน้าอกที่มีอาการมากขึ้นทั้งในแง่ความรุนแรง ความถี่ ระยะเวลาของอาการแน่น หรืออาการเจ็บหน้าอกที่ถูกกระตุ้นให้เกิดได้ง่ายกว่าเดิม (progress angina) โดยที่ระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกอย่างน้อย canadial cardiovascular society (CCS) class III อาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย (angina pectoris) จะมีลักษณะเจ็บแน่นๆ หนักๆ คล้ายมีของหนักมาทับบริเวณหน้าอก แน่นอึดอัดหายใจไม่ออก ผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปบริเวณท้องแขนซ้ายด้านใน หรือร้าวขึ้นกราม ลำคอ ร่วมกับมีเหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว อาการมักเป็นขณะพัก หรือออกแรงเพียงเล็กน้อย และเป็นนานมากกว่า 20 นาทีขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน พบว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นบ่อยขึ้น นานขึ้น และอาการไม่ดีขึ้นหลังจากที่อมยาใน ไตรกลีเซอรินใต้ลิ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการร่วมอื่นๆ ได้ เช่น หายใจเหนื่อย หอบ นอนราบไม่ได้เนื่องจากปอดควมน้ำ (pulmonary edema) จากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัว

ลดลงผิดปกติ ความดันเลือดต่ำ หรือช็อก หรือมีอาการหน้ามืด (syncope) เป็นลม (fainting) จากการที่หัวใจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกติ นอกจากนั้นก็มีข้อที่ควรพึงระวังโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุเป็นเบาหวาน อัมพาต หรือโรคไตวาย ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน เช่น มีอาการแสบๆ ร้อนๆ ในอก หรือจุกเสียดแน่นที่ลิ้นปี่ (ภาวิทย์ และทศพล, 2550)

ภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ดังนี้ (จริยา, 2547)

1. ความผิดปกติทางพลศาสตร์การไหลเวียนเลือด (hemodynamic disorders) เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในระบบไหลเวียนภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระดับความรุนแรงจะแปรเปลี่ยนตามขนาดและตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบไหลเวียนคือ มีปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจในการบีบตัวแต่ละครั้งลดลง มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงจากการที่หัวใจห้องล่างซ้ายมีการขยายตอบสนองต่อการเพิ่มแรงดันเลือดที่เข้าสู่หัวใจขณะหัวใจคลายตัว มีแรงดันในหลอดเลือดเอออร์ตาและแรงดันในหลอดเลือดโคโรนารีลดลง หากขนาดกล้ามเนื้อหัวใจตายเกินร้อยละ 40 ของผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายจะพบว่า กลไกการปรับขนาดของหัวใจจะล้มเหลว และทำให้เกิดภาวะช็อกจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ

2. มีภาวะการอักเสบ (inflammatory disorders) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทุกชั้น นอกจากนี้อาจพบภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ร่วมด้วย

3. มีภาวะความผิดปกติของลิ่มเลือด (embolic disorder) มักพบในรายที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่ และหลอดเลือดโป่งพองบริเวณหัวใจห้องล่าง (ventricular aneurysm) ซึ่งทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในร่างกายได้ เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary emboli) เป็นต้น

4. มีความผิดปกติเกี่ยวกับจังหวะการเต้นของหัวใจ (rhythm disorders) พบบ่อยในระยะ 7 ชั่วโมงแรก หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia [VT]) และภาวะหัวใจห้องล่างมีการสั่น (ventricular fibrillation) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายในระยะแรกถึงร้อยละ 40 นอกจากนี้ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอื่นที่พบบ่อยคือ อัตราเร็วผิดปกติ (tachy-arrhythmia) อัตราช้าผิดปกติ (brady-arrhythmia) และความผิดปกติในการนำสัญญาณ (conduction defect) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเพิ่มของขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) และช็อกได้

แนวทางการรักษา

แนวทางการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด มีจุดประสงค์หลัก ดังต่อไปนี้ (นิธิ และสรณ, 2543)

1. จำกัดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีหลักอยู่ 2 ประการ คือ

1.1 ทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ (reperfusion therapy) ได้แก่ การใช้ยาเพื่อแก้ไขภาวะกล้ามเนื้ออุดตันเฉียบพลัน การให้ออกซิเจนเพื่อช่วยเหลือกล้ามเนื้อหัวใจ พยายามรักษาการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายและลดอัตราการเสียชีวิต

1.2 ลดการทำงานของหัวใจ เพื่อลดความต้องการเลือดและออกซิเจน การปรับระดับการทำงานของหัวใจ และการหมุนเวียนโลหิต ทำให้หัวใจใช้ออกซิเจนน้อยที่สุด โดยไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

2. ป้องกันการเกิดอาการเจ็บหน้าอกและการเกิดภาวะเคมีซ้่า โดยการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดคราบไขมัน เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และลดไขมันในเลือด เป็นต้น

3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการใช้ยาเพื่อปรับระดับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนของโลหิต ลดการทำงานของหัวใจให้มีน้อยที่สุด

4. ป้องกันการเสียชีวิต โดยเฉพาะการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันทันที (prevent death) ซึ่งพบว่า ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (Ventricular tachycardia [VT]) และภาวะหัวใจห้องล่างมีการสั่น (Ventricular fibrillation [VF]) จะพบมากที่สุดภายใน 4 ชั่วโมงแรก ของการเกิดอาการ (จักรพันธ์, 2546)

แนวทางการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะกระทำได้ด้วยการใช้ยาและการรักษาทางศัลยกรรม ดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้ยา

1.1 กลุ่มยาที่ใช้เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้ไปยังกล้ามเนื้อหัวใจที่กำลังจะตายมีด้วยกัน 3 กลุ่ม (จักรพันธ์, 2544; นธิ และสรณ, 2543; ศรีณย์, 2546; สุวัจชัย และประดิษฐ์, 2547; Anderson, 2004) ได้แก่

1.1.1 ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นพลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เปลี่ยนเป็นพลาสมิน (plasmin) ซึ่งสามารถละลายลิ่มเลือดได้ แพทย์ต้องพิจารณาข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ประโยชน์ และปัจจัยเสี่ยงก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยยึดหลักว่าผู้ป่วยแต่ละคนได้ประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์มากที่สุดจากยาละลายลิ่มเลือดคือ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 30 นาที และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี ST ยกสูงขึ้น (ST elevation) การเปิดหลอดเลือดโดยวิธีนี้ส่งผลให้อัตราตายลดลง สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกจุดหนึ่ง คือ ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยมีหลักว่าจะต้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะ

สามารถให้ได้ โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรก จะได้ผลดีที่สุด ยิ่งระยะเวลาเริ่มให้การรักษาช้าเพียงใด โอกาสที่จะสามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันเป็นผลสำเร็จก็จะลดลงตามมา ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ควรน้อยกว่า 30 นาที พบว่า หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 6 ชั่วโมงแรกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะสามารถรักษาชีวิตได้ 35 รายต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ขณะที่หากได้รับใน 7 – 12 ชั่วโมง จะรักษาชีวิตไว้ได้ 16 รายต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประโยชน์เลยถ้าหากผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 12 ชั่วโมง ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังมียาการเจ็บหน้าอก

1.1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยป้องกันการสร้าง thromboxane A₂ ซึ่งเป็นสารสำคัญที่ทำให้เกิดเกล็ดเลือดเกาะติดกับผนังหลอดเลือด (platelet adhesion) และจับตัวกันเป็นก้อน (aggregation)

1.1.3 ยาต้านเลือดแข็งตัว (anticoagulation) ยาในกลุ่มนี้นำมาใช้เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดมีผลต่อการแข็งตัวของโปรตีน (coagulation protein) ในเลือด โดยเฉพาะ thrombin ที่กันไม่ให้ไฟริโนเจนเปลี่ยนไปเป็นไฟบริน

1.2 กลุ่มยาที่ใช้เพื่อปรับระดับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนของโลหิต จุดประสงค์ของการใช้ยาเหล่านี้เพื่อลดการทำงานของหัวใจให้มีน้อยที่สุด โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนน้ำคั่งในปอด หรือมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ต่ำลง เพื่อที่จะทำให้การตายของกล้ามเนื้อเกิดขึ้นและน้อยที่สุด และรอเวลาให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ ซึ่งเกิดขึ้นจากการใช้ยาหรือที่จะเกิดขึ้นเอง

1.3 กลุ่มยาที่ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (antiarrhythmic drug) ใช้เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ยาเหล่านี้สามารถลดอาการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการตายได้

2. การรักษาอาการทางศัลยกรรม

2.1 การขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) เป็นการทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ โดยใช้บอลูนสอดผ่านสายสวนหลอดเลือดหัวใจขยายบอลูนเพื่อกดเบียดให้คราบไขมันที่แตกและลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดโคโรนารีสลายไป ทำให้ได้โพรงหลอดเลือดโคโรนารี (coronary lumen) กลับคืนมาและเกิดการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีใหม่ (คำรัส, 2543) ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด (door to balloon time) ควรน้อยกว่า 60 ± 30 นาที (จรียา, 2547)

2.2 การผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery bypass graft : CABG) เป็นการผ่าตัดโดยการนำเอาหลอดเลือดบริเวณหน้าอกมาต่อคร่อมบริเวณที่อุดตัน ทำให้มีเลือดไหลผ่านไป

สู่กล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น การผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ ด้านซ้ายมากกว่า ร้อยละ 50 หรือผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น อย่างรุนแรง โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง (จรียา, 2547; คำรัส, 2543; อุไร, 2543; Lytle, 2004)

2.3 การตัดเอาคราบไขมันออก (atherectomy) เป็นการขจัดคราบไขมันที่อุดตันในหลอดเลือด เป็นทางเลือกแทนการทำบอลลูนซึ่งมีโอกาสดูตันซ้ำได้บ่อย ผลที่ได้ผนังหลอดเลือดจะเรียบขึ้น และการไหลเวียนเลือดจะสะดวกขึ้น (อุไร, 2543)

2.4 การใส่โครงลวดตาข่าย (stent) ตัวตาข่ายทำด้วยโลหะสแตนเลส มีขนาดเท่าหลอดเลือดหัวใจ หรือใหญ่กว่าเล็กน้อย สอดเข้าหลอดเลือดเพื่อถ่วงขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบให้กว้างออกไป การใส่โครงลวดตาข่ายจะช่วยลดการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีได้ (อุไร, 2543)

แนวทางการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นการให้การรักษารักษาขั้นต้นและนำส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุดโดยอมยาไนโตรกลีเซอริน (nitroglycerin) ได้ลิ้นขนาด 0.02 มิลลิกรัม หรืออมยาไอซอร์ดีล (isordil) 5 มิลลิกรัม ทุก 5 นาทีจนหายเจ็บ รับประทานยาแอสไพริน (aspirin) โดยเคี้ยวยาให้ละเอียดขนาด 160 – 325 มิลลิกรัม เปิดเส้นเลือดดำคาสาขาน้ำเกลือไว้เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับให้ยากรณีฉุกเฉิน ให้ออกซิเจน 2 – 4 ลิตรต่อนาที ให้ยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก เช่น มอร์ฟีน (morphine) 2.5 มิลลิกรัม เข้าเส้นเลือดดำแล้วนำส่งโรงพยาบาล โดยรถพยาบาลที่มีเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) (เพ็ญศิริ และพวงศกา, 2544)

การดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นระยะที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามต่อชีวิตและได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลมีการจัดทำระบบทางด่วน (fast track) สำหรับผู้ป่วยที่ทีมหน่วยงานฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บหน้าอก เพื่อให้การวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุด (นครินทร์, 2546) แต่มีประโยชน์น้อยมาก ถ้าหากระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลมีความล่าช้า ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองต้องเหมาะสมกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ดังนี้

ระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาล เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ต้องได้รับการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อช่วยให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้รวดเร็วที่สุด เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความปวดสูงสุด คือ 10 คะแนนรู้สึกว่าจะตนเองใกล้ตาย ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้ง่ายๆ (ชวานพิศ, 2541; วิริงรอง, 2543; ปฎิพร, 2543; Zerwic, Ryan, Devon, & Drell, 2003) อาการดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและ

เป็นสาเหตุเสียชีวิตกะทันหันได้ พบว่าผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 50 เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงของการมีอาการ (สันต์, 2547)

ผลจากอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ มีข้อจำกัดในการตัดสินใจและการดูแลตนเอง เกิดความพรัองในการดูแลตนเองจึงต้องพึ่งพาคูดูแลเข้ามาทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นแทนผู้ป่วยทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ได้แก่ การจัดให้นอนพักเพื่อลดการใช้ออกซิเจน การช่วยเหลือผู้ป่วยยอมยาในโตรกลีเซอรินใต้ลิ้นเพื่อช่วยขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยเร็ว ขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือขับรถไปส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอง เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอก ปฏิกิริยาของผู้ป่วยระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลคือ อาจปฏิเสธการเจ็บป่วยทำให้ไม่มารับการรักษาล่าช้า ปัจจัยที่ช่วยลดการมารับการรักษาที่ล่าช้าได้มาก คือคำแนะนำจากคนใกล้ชิด (ชัชวาลย์, 2549)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 3 ชั่วโมง 40 นาที ซึ่งระยะเวลาที่ช้าคือการตัดสินใจมารับการรักษา พบว่าระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนตัดสินใจไปรับการรักษาเท่ากับ 2 ชั่วโมง (สมจิต และคณะ, 2541) จากการศึกษาของ วิริงรอง (2543) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยตามคำแนะนำของบุคคลใกล้ชิด สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร่าคัพและโมเซอร์ (Dracup & Moser, 1997) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจการแสวงการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขอาการ ไม่ว่าจะเป็นการไปขอความช่วยเหลือทันทีที่มีอาการ การโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์ การโทรศัพท์เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือฉุกเฉินหรือให้มารับตัวไปรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้นในระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤต รวมทั้งการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็ว

ผลกระทบของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้น มีดังนี้ (เดือนฉาย, 2540; อุไร, 2543; วิจิตรา, 2546; ประวิษฐ์, 2546; รพีพล, 2549)

1. ด้านร่างกาย

1.1 ความปวด ถือเป็นผลกระทบที่สำคัญของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่เกิดอาการจะเกิดความทุกข์ทรมาน ทั้งร่างกายและจิตใจ รู้สึกถูกคุกคาม และเป็นภาวะวิกฤต

ของชีวิต ความปวดที่เกิดขึ้นไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้เพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว และเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากยิ่งขึ้น

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายลดลง ความอ่อนเพลีย ไม่สุขสบายร่วมกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก หายใจเหนื่อยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ร่วมกับต้องมีการจำกัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น การจำกัดกิจกรรมการขยับถ่าย จากที่เคยไปขยับถ่ายในห้องน้ำได้เองก็ต้องปรับเปลี่ยนมาขยับถ่ายบนเตียง เพื่อลดการใช้พลังงาน เป็นต้น

1.3 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จากความปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น จะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และส่งผลกระทบต่อความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำขึ้นมาใหม่ และมีการตื่นผิดปกติของหัวใจมากขึ้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแบบแผนการนอนหลับจะทำให้เกิดความหงุดหงิด เกิดความเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น เห็นภาพหลอน และมีอาการปวดศีรษะ

1.4 รูปแบบการขยับถ่ายเปลี่ยนแปลง ในภาวะวิกฤตผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลียมาก ร่างกายขาดการเคลื่อนไหว ทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อลดลง หรือการได้รับยามอร์ฟีน ทำให้การขยับถ่ายลำบาก ต้องมีการเบ่งถ่าย แรงเบ่งในช่องท้องส่งผลให้เกิดแรงดันในช่องอกเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้

1.5 สถิติปัญหาและการรับรู้เปลี่ยนแปลง จากภาวะของโรคทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะสมองขาดออกซิเจน จะทำให้ผู้ป่วยสับสน การตอบโต้ช้า ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังกระทบต่อการเรียนรู้ ทำให้ทักษะในการพูดให้เหตุผล หรือแก้ไขปัญหาต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพ

2. ด้านจิตใจและอารมณ์

2.1 ความวิตกกังวล (anxiety) ในภาวะวิกฤตหรือระยะแรกของการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวความตาย เป็นผลกระทบทางจิตใจที่สามารถพบได้บ่อย จากการศึกษาความวิตกกังวล และความซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายในช่วง 1 ปีแรกโดยศึกษาในผู้ป่วย 785 คน พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลร้อยละ 69 มีความวิตกกังวลสูงสุดช่วงที่พักรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งแรก และขณะที่จำหน่ายกลับบ้านแล้วเนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Crowe, Runious, Ebbesen, Oldridge, & Streiner, 1996) ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีอัตราการตาย และการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล การฟื้นฟูสภาพต้องใช้ระยะเวลาานานกว่าปกติรวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง นอกจากนี้

ผลของความวิตกกังวลจะทำให้มีการแสดงออกมาในรูปแบบของการถอนหนีออกจากเหตุการณ์ การปฏิเสธ กระสับกระส่าย ร้องไห้ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เฉื่อยชา การเรียนรู้และการตัดสินใจไม่ดี

2.2 ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นอาการที่แสดงออกมาให้เห็นในรูปแบบของการร้องไห้ ความสิ้นหวัง ไร้กำลัง ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ มีความท้อแท้ เสียใจ มีความกดดันภายในจิตใจ สมาธิสั้นลง จากการศึกษาของ โครว์ และคณะ (Crowe et al., 1996) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9

2.3 ความมีคุณค่าในตนเอง และอัตมโนทัศน์ลดลง จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ที่เคยดำรงอยู่มาเป็นบทบาทผู้ป่วย เกิดความรู้สึกสูญเสียการควบคุม มีการแสดงอารมณ์ความรู้สึกออกมาในรูปแบบของการปฏิเสธความเจ็บป่วยเพื่อต่อต้านหรือหลีกเลี่ยง การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เกิดขึ้นและคงความมีคุณค่าในตนเองไว้

3. ด้านสังคม

บทบาทและสัมพันธภาพ จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง บทบาทในครอบครัว และอาชีพการงานของผู้ป่วย อาจต้องถูกออกจากงาน หรือลดบทบาทหน้าที่ ในอาชีพการงานลง การต้องละเว้นจากหน้าที่ที่เคยปฏิบัติอยู่ในครอบครัว อาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคมหลังเกิดภาวะวิกฤต จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่แยกตัวออกจาก สังคมจะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจดีกว่าผู้ที่แยกตัว

การดูแลช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลเป็นภาวะวิกฤต และฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและเหมาะสม จึงจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือ เกิดความเสียหายต่อกล้ามเนื้อหัวใจน้อยที่สุด ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลผู้ป่วยควรได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ (เดื่อนฉาย, 2540; อุไร, 2543; วิจิตรรา, 2546; ประวิษฐ์, 2546; รพีพล, 2549)

1. ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการประเมินอาการ โดยอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการแรก และเป็นอาการเด่นของผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ลักษณะการเจ็บหน้าอกคล้ายมีอะไรมาบีบรัดหน้าอก อาจจะเจ็บร้าวไปที่คอ กรามทั้งสองข้าง ไหล่ และแขน สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราวรรณ (2549) ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 125 ราย พบว่า อาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการเด่นที่สุดและเป็นอาการเริ่มแรกที่เกิดขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 74 และร้อยละ 67 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ อาการหน้ามืด

เป็นลม เหงื่อออก ใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ อาเจียน หายใจเหนื่อยหอบ ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการประเมินอันตรายที่เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าเนื่องจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย หลักการรักษาที่สำคัญที่สุดในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้รวดเร็วที่สุด โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยจำกัดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ปัจจัยสำคัญที่สุดในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คือ เวลาที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลต้องเร็วที่สุด ซึ่งไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมง นับจากเริ่มมีอาการ

2. ด้านการจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยการให้ยา และใช้ยาอย่างถูกวิธี ผู้ดูแลคอยดูแลให้ผู้ป่วยพักยามไต้ลิ้นติดตัวตลอดเวลา เพื่อใช้เวลาที่มีอาการเจ็บหน้าอกและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ยาไนเตรท (Nitroglycerine หรือ NTG) ซึ่งช่วยขยายหลอดเลือดลดการทำงานของหัวใจ และช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก รวมทั้งผู้ดูแลทราบวิธีการใช้ยามไต้ลิ้นที่ถูกต้อง การใช้ยามไต้ลิ้นที่ถูกวิธี เริ่มตั้งแต่การนอนหรือการนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง และเท้าแขน หากไม่มีให้นั่งลงกับพื้นหลังพิงกำแพง ต้นไม้ หรือให้มีคนช่วยประคองหลังให้เนื่องจากยาทำให้หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว ความดันโลหิตต่ำลงมากอาจทำให้หน้ามืดเป็นลมได้ โดยนำยา 1 เม็ด วางไว้ใต้ลิ้นและอมยาไว้โดยไม่กลืนน้ำลาย อาการเจ็บหน้าอกจะหายไปภายใน 1 – 2 นาที ถ้าหลังจากอมยาแล้ว 5 นาที อาการยังไม่ดีขึ้นให้อมยาเม็ดที่ 2 รออาการอีก 5 นาที ถ้ายังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในห้อมยาเม็ดที่ 3 แล้วรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องทราบวิธีการเก็บยาและการสังเกตยาหมดอายุ เนื่องจากยามไต้ลิ้นเสื่อมคุณภาพง่ายจากการถูกแสงสว่าง ความชื้น หรือมีการระเหย ควรเก็บยาไว้ในขวดสีชาและปิดฝาให้แน่น ไม่ควรใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพ ซึ่งสังเกตได้จากการเปลี่ยนสีของยา อมยาแล้วไม่รู้รสชาติใต้ลิ้น ไม่ร้อนวูบวาบ หรือไม่รู้สีลิ้นหน้าแดง

3. ด้านการจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยการลดการใช้ออกซิเจน ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักโดยหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายทำให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายน้อยลง

4. ด้านการจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยการลดปัจจัยที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลควรดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเย็น น้ำแข็งและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เพราะความเย็นทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เป็นสาเหตุให้หัวใจทำงานมากขึ้น

5. ด้านการช่วยคลายความวิตกกังวล ผู้ดูแลช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล โดยอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยข้างๆ พูดยกลบโยนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสงบลง ไม่ตื่นเต้นหรือตกใจ พยายามทำจิตใจให้สงบ และใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกๆ การทำสมาธิ เพราะความเครียดหรือตกใจทำให้หัวใจจะเต้นเร็วขึ้นและทำงานหนักขึ้นซึ่งจะส่งผลให้มีอาการเจ็บหน้าอกเพิ่มขึ้น

6. ด้านการขอความช่วยเหลือ ผู้ดูแลมีความสามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services System: EMSS) คือ หมายเลข 1669 ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งยาพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ตั้งแต่ที่บ้านก่อนมาถึงโรงพยาบาล (นพมณี, 2550) มีการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าปัจจัยที่ทำให้มารักษาช้า ได้แก่ การมาโรงพยาบาลเอง รถพยาบาลของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้เวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลสั้นลง และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากรถพยาบาลหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และยาฉุกเฉินในรถพยาบาล และได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มแรกในรถ โดยการได้รับออกซิเจน ยาแก้ปวดและยาป้องกันการเต้นหัวใจผิดจังหวะในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งมีการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วโดยการทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจในรถก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Meischke, et al., 1995) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวเรียนรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (EMS) และเรียนรู้ขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น (Pillion, 1991) ในประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540 - 2544) มีการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกจังหวัด (นพมณี, 2550)

7. ด้านการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยเร็ว เพื่อได้รับการช่วยเหลือโดยด่วนก่อนแล้วจึงเคลื่อนย้ายไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นในภายหลัง

8. ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเนื่องจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่อันตรายยิ่ง เพราะผู้ป่วยอาจเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ จากภาวะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ (ventricular fibrillation) หรือจากภาวะหัวใจวายตามมาจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 50 เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายใน 1 ชั่วโมงของการมีอาการ (สันต์, 2547) ถ้าผู้ป่วยได้รับการทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นก้าวหน้า อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตได้ถึงร้อยละ 75 – 80 (วิจิตรา, 2543) สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนการสอนทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจากทีมสุขภาพ (Pillion, 1991)

แนวความคิดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิต และผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิด

ความต้องการการดูแลรักษาเฉพาะตามแผนการรักษา โดยการให้ความช่วยเหลือดูแลไม่มีค่าจ้าง หรือรางวัลเป็นการตอบแทน (ยูพาฟิน, 2539)

ญาติผู้ดูแล สามารถจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาดูแลได้ 2 ลักษณะ 1) ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง 2) ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) เป็นบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราว เมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีเฉพาะญาติผู้ดูแลหลักหรือมีญาติผู้ดูแลทั้งสองลักษณะทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (Horowitz, 1985 อ้างตาม จอม, 2540)

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ผู้ดูแล (dependent care agent) หมายถึง บุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา โดยให้การช่วยเหลือในด้านความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา จากแนวคิดของโอเร็มแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลอาจเป็นได้ทั้งบุคคลในวิชาชีพและผู้ที่ถูกฝึกมาเพื่อประกอบอาชีพในการดูแล รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ได้

สำหรับผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว โอเร็มมองว่าครอบครัวจะทำหน้าที่ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (Taylor, 1989) ดังนั้นเมื่อสมาชิกเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะจัดการให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดหรือหลายคนเป็นผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร ญาติพี่น้องหรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อน ซึ่งการให้การดูแลนี้จะต่างจากลักษณะสัมพันธภาพตามปกติในครอบครัวหรือในสังคม เพราะการดูแลนั้นเกิดจากความต้องการของผู้เจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ความต้องการนี้อาจจะเป็นความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม หรือเศรษฐกิจก็ได้ (วิมลรัตน์, 2537)

ในสังคมไทยการดูแลที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวเป็นประเพณีสืบทอดกันมา เช่น บุตรดูแลบิดามารดา สามีภรรยาดูแลคู่สมรส และบิดามารดาดูแลบุตร เป็นต้น ผู้ดูแลที่เป็นผู้ชายส่วนใหญ่จะช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเรื่องการเงินและจัดหาผู้ดูแลจากหน่วยงานอื่นๆ ให้ในขณะที่ผู้ดูแลเพศหญิงจะเป็นผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยโดยตรง (วิมลรัตน์, 2537) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีข้อมูลสนับสนุนถึงความคาดหวังทางสังคมต่อการรับบทบาทของบุคคลในฐานะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง คือ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตรเพศหญิงวัยกลางคนที่ให้การดูแลบิดามารดาวัยสูงอายุซึ่งมีความพร่องด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และการรู้คิด ซึ่งนับว่าเป็นการดูแล

กันตามลำดับรุ่น และพัฒนาการของสมาชิกที่เป็นระบบย่อยของครอบครัว (อรทัย, 2538; นงลักษณ์, 2540; สุดศิริ, 2541) ส่วนในการศึกษาผู้ดูแลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าบุคคลที่ผู้ป่วยขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือมากที่สุด คือ สมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บุตรและภรรยาหรือคู่สมรส จากการศึกษาของ สุนีย์ (2540) พบว่าบุตรมีบทบาทสำคัญมากกว่าบุคคลอื่น โดยเป็นผู้ที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 63 บุตรเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดอาการร้อยละ 74 รองลงมา คือ คู่สมรสร้อยละ 60 ความช่วยเหลือจากบุตรหรือคู่สมรส คือ หายมารักษาเองก่อนเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 33 บุตรหรือคู่สมรสพาไปรับการรักษาร้อยละ 78 และผู้ที่ตัดสินใจต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล คือ บุตรหรือคู่สมรสร้อยละ 24 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือจากบุตร และคู่สมรสมากที่สุดร้อยละ 88 บุตรและคู่สมรสช่วยนำส่งโรงพยาบาลร้อยละ 45 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จรรวมล (2548) พบว่าเมื่อเกิดอาการจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.05

บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแลมี 6 ด้าน คือ 1) ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง 2) ช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ 3) จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลบำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สถานบริการสุขภาพหรือสวัสดิการทางสังคมอื่นๆ 4) ช่วยเหลือด้านการเงิน 5) แบ่งเบาภาระงานบ้าน และ 6) เป็นธุระติดต่อกับชุมชน (Horowitz, 1985 อ้างตาม จอม, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ (2540) เรื่องการรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธีล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 30 คน พบว่าผู้ดูแลจะเป็นผู้ให้บริการช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมการรักษาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การเตรียมอุปกรณ์ของใช้ การนำส่งโรงพยาบาล การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยตลอดจนการดูแลในกิจกรรมส่วนตัว เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การทำความสะอาดหลังการขับถ่าย รวมทั้งกิจกรรมการรักษาที่บ้าน เช่น การให้ยา รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวมีผลดี คือ มีความใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว ความรู้สึกมีคุณค่า และช่วยลดค่าใช้จ่าย (ยุพาพิน, 2546) และผู้ดูแลเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้านขึ้นกับปัจจัยด้านทักษะและความสามารถของผู้ที่ให้การดูแล (Houde, 2002)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ต้องการพึ่งพา เนื่องมาจากผู้ที่ต้องการ

พึ่งพามีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและมีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนจนไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นได้ ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเองแต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมายโดยทั่วไป

2. พลังความสามารถ 10 ประการ ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (power components of dependent-agency) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแล โดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for dependent-care operations) เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

3.1 ความสามารถในการคาดการณ (estimative) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตัดสินใจ ปรับเปลี่ยน แก้ไขกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (productivity) หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน ลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแล และติดตามประเมินผลการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ 3) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ

จะเห็นว่าการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ ความสามารถในการคาดการณเกี่ยวกับสถานการณ์ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเพื่อช่วย

จัดการอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลดลง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่าปัจจัยพื้นฐานมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อจำกัดหรือเป็นปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการดูแลในอดีต ระยะเวลาในการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา (จินตนา, 2540; จอม, 2540; นงลักษณ์, 2540; ยุพาพิน, 2539; วิมลรัตน์, 2538; อรทัย, 2538; Marks, 1996) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัย ได้แก่ 1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ 4) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มาทดสอบหาคำความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน

1. *ระยะเวลาในการดูแล* โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนในช่วงเวลาที่ผ่านมา กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน รุนแรง และคุกคามต่อชีวิต ทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างรวดเร็วถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันเวลาที่ จึงต้องการผู้ดูแลที่มีความรู้ ความสามารถ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า มีการตั้งสมประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย มีการแสวงหาวิธีการต่างๆ และเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วยโดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อยกว่า ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย (2538) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .26, p < .001$)

2. *ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอก* ถือว่าเป็นประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินที่เกิดขึ้น และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และเหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ โดยที่ประสบการณ์ในอดีตมีผลต่อความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองที่จำเป็น ความสามารถในการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบจะแปรเปลี่ยนไป

ตามประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 2001) ประสบการณ์ในอดีตเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา โดยประสบการณ์ในอดีตเป็นศักยภาพของบุคคลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้น (Luckmann & Sorensen, 1987 อ้างตาม นันทพร, 2545) บุคคลที่มีประสบการณ์มากจะรับรู้ถึงสิ่งต่างๆ ที่ตนเองประสบได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์น้อย หรือไม่มีประสบการณ์เลย (Molzhan & Northcott, 1989) แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวถึงการที่บุคคลมีประสบการณ์การปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จจะทำให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติวิธีดังกล่าว และมีแนวโน้มในการปฏิบัติวิธีนั้นในครั้งต่อไป เมื่อต้องเผชิญปัญหาในสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหากมีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในอดีต และประสบการณ์ที่ได้รับในปัจจุบันซึ่งสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา (2544) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 18 คน พบว่า ญาติผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือจัดการอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤต โดยญาติมีการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลในครั้งก่อนๆ และการศึกษาของ จอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 30 ราย พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์เดิม โดยญาติผู้ดูแลเรียนรู้จดจำจากประสบการณ์ที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยรายอื่นมาก่อน ทั้งขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ญาติผู้ดูแลสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์การดูแลเดิมมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินตัดสินใจถึงการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่รับผิดชอบขณะนี้ รับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยว่าเหมือนกับผู้ป่วยที่เคยให้การดูแลมาก่อน

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจะเป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคหรือความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน โดยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย (Becker, Drachman & Kivschit, 1974) เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมดูแลตนเอง (Orem, 1995) กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุด เป็นศูนย์รวมของชีวิต ย่อมเสี่ยงต่อความตายค่อนข้างสูง การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นอาจทำอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ หรืออาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานจะสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรม

สุขภาพดีขึ้น และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้นเช่นกัน (Janz & Becker, 1984) นอกจากนี้ การให้บุคคลได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว และถ้าบุคคลได้รับการช่วยเหลือ แนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือลดอันตรายที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (Hellenbrand, 1983) จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง รักษาไม่หายขาด และต้องรักษาต่อเนื่องทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ว่ารุนแรง (รัตรัตน์นา, 2545) จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีเช่นกัน ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนพิศ (2541) ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รับรู้ว่าประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นการเผชิญอาการอย่างเฉียบพลัน ต้องรีบจัดการให้ชีวิตรอดและประคับประคองให้ชีวิตอยู่ได้ โดยผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรครุนแรง รักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และยอมรับการเป็นโรค การรับรู้ดังกล่าว จะกำหนดให้ผู้ผู้ป่วยมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยโดยเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปรับแบบแผนชีวิตและแสวงหาความรู้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรคไม่รุนแรง ไม่ยอมรับโรค และเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ การรับรู้ดังกล่าวจะกำหนดให้ผู้ผู้ป่วยมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยโดยปฏิเสธการรักษา ปรับแบบแผนชีวิตไม่ได้ และขาดการแสวงหาความรู้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงมีการกำเริบของโรคซ้ำๆ จากการศึกษาดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่รุนแรง จะเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่รุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม ทำให้มารับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น รวมทั้งต้องเสียค่ารักษาเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของ รัชณี (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 180 คน พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .001$)

4. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคคล ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรค หรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่เกิดขึ้นได้ (Becker, 1974) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยซ้ำได้ และอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤตซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว จึงจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันรับรู้ประโยชน์ของการรักษาผู้ป่วยในระยะวิกฤตให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จะแสวงหาวิธีการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสามารถในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในระยะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิย์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง จำนวน 180 คน พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21, p < .01$) และจากการศึกษาของ ศิริรัตน์, ลดาวัลย์ และสมพร (2546) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ ข้อจำกัด และแรงจูงใจของพยาบาล ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม จำนวน 185 คน พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำสิ่งใด บุคคลนั้นก็จะเกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีอัตราการตายสูงถ้าไม่ได้รับการรักษาทันที่ กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาความสามารถของบุคคลอื่นในครอบครัวในการจัดการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล หากผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และอัตราการลดลง นอกจากนี้ตามแนวคิดของโอเร็มเชื่อว่าปัจจัยพื้นฐานมีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งคาดว่าผลต่อความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาล โดยการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี โดยยกเว้นโรงพยาบาลศูนย์ยะลาเนื่องจากมีเหตุการณ์ไม่สงบในภาคใต้

2. มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

3. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment (non ST-segment elevation myocardial infarction: NSTEMI) และอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (unstable angina)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบสหสัมพันธ์ของโพลิต และฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) โดยกำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ .80 เลือกลักษณะของอิทธิพล (effect size) ที่ .25 ซึ่งมีขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลางก่อนมาทางต่ำ เนื่องจากยังไม่พบ

มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 126 คน (Polit & Hungler, 1999: 495, Table 19 – 8)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากการป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประสบการณ์จำนวนครั้งในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การได้รับการสอนหรือคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อประเมินอาการ อันตราย ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล การได้รับการสอนหรือคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การได้รับการสอนหรือคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการใช้ยาในโทรกลีเซอรินเพื่ออมใต้ลิ้น การได้รับการสอนหรือคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และแหล่งที่ได้รับข้อมูลวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 16 ข้อ

โดยส่วนของการได้รับการสอนหรือคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อประเมินอาการ อันตราย ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล การช่วยเหลือขณะผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก การใช้ยาในโทรกลีเซอรินเพื่ออมใต้ลิ้น และการขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ค่าคะแนนการได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล แต่ละข้อสามารถเปรียบเทียบกันได้ ผู้วิจัยจึงได้แปลงค่าคะแนนดังกล่าวในแต่ละข้อให้มีค่าคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน โดย

1	คะแนน	หมายถึง	น้อยที่สุด
2	คะแนน	หมายถึง	น้อย
3	คะแนน	หมายถึง	มาก
4	คะแนน	หมายถึง	มากที่สุด

แบ่งคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสอนหรือคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนระดับ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย
3.01 – 4.00	มาก
2.01 – 3.00	ปานกลาง
1.00 – 2.00	น้อย

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรู้ความรุนแรงในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแล จำนวน 6 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยมีค่าคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1 - 10 คะแนน 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด และ 10 คะแนน หมายถึง มากที่สุด แบ่งคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าพิสัยหารด้วยจำนวนระดับ

คะแนนเฉลี่ย	การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ย
7.01 – 10.00	ระดับสูง
4.01 – 7.00	ระดับปานกลาง
1.00 – 4.00	ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์การรักษาในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแล จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยมีค่าคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1 - 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์ในการแปลผลเหมือนส่วนที่ 2

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล จำนวน 34 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผลการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น แบ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ 3) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าโดยมีค่าคะแนนรายข้อ ตั้งแต่ 1 - 10 คะแนน ทุกข้อคำถามเป็นคำถามด้านบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและเกณฑ์ในการแปลผลเหมือนส่วนที่ 2 โดยมีรายละเอียดของข้อคำถาม ดังนี้

1. ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ คือ ข้อ 1 - 10

2. ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ คือ ข้อ 11 - 25

3. ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ คือ ข้อ 26 - 34

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจ	1	ท่าน
แพทย์ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญทฤษฎีการพยาบาลของไอเอ็ม	1	ท่าน
อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญโรคหัวใจ	1	ท่าน
พยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยหนักด้านโรคหัวใจ	1	ท่าน

ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยง (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ผ่านการพิจารณาความตรงด้านเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุกรรม และหอผู้ป่วยหนักแผนกอายุกรรม โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .80 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .83 และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .95 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และเมื่อเก็บครบ 126 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .80 การรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแล

ต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .88 และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม โดยมีการดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช และ โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขออนุญาตเก็บข้อมูลในหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนัก รวมทั้งการขออนุญาตดูแลเพิ่มประวัติผู้ป่วย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาล เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด การใช้แบบสอบถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล และผู้วิจัยมีการฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภายใต้การแนะนำ และการดูแลจากผู้วิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง หากผู้ช่วยวิจัยมีปัญหาหรือข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง มีการติดตามผู้ช่วยวิจัยเป็นระยะๆ เพื่อสอบถามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งเก็บแบบสอบถามคืนจากผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้อย่างละเอียดอีกครั้ง หากพบข้อบกพร่องผู้วิจัยจะเดินทางไปชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง เพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็นผู้ติดต่อกับผู้ดูแลผู้ป่วย และแนะนำผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนที่ 3 การรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามให้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา

2.4 เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตอบไม่ครบถ้วนจะแจ้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทราบ และซักถามเพิ่มเติม

2.5 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม มาวิเคราะห์วิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง และมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ – สกุล และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 ราย มาดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ เพื่อนำไปประมวลผล ด้วยคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแล ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรับรู้ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 126 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2550 ผลการวิจัยได้นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ในการรักษาของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 5 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69) มีอายุเฉลี่ย 43.73 ปี (SD = 12.46, ค่าต่ำสุด – ค่าสูงสุด = 18 – 79 ปี) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.5) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.5) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 28.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ 23.8) รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 19.0) ส่วนที่เหลือประกอบอาชีพ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 17.5 เท่ากันทั้ง 3 กลุ่มอาชีพ) และอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 4.8) ความเพียงพอของรายได้มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 57.1) รองลงมาไม่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 28.6) และกลุ่มที่เหลือมีเงินเหลือเก็บ (ร้อยละ 14.3) ตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (N = 126)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	31.0
หญิง	87	69.0
อายุ (ปี) (\bar{X} = 43.73 , SD = 12.46, Min - Max = 18 - 79)		
ศาสนา		
พุทธ	109	86.5
อิสลาม	17	13.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.6
ประถมศึกษา	51	40.5
มัธยมศึกษา	36	28.6
ปวช/ ปวส	21	16.7
ปริญญาตรี	16	12.7
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	22	17.5
รับราชการ	22	17.5
ค้าขาย	22	17.5
รับจ้าง	24	19.0
เกษตรกรกรรม	30	23.8
อื่นๆ	6	4.8
รายได้		
ไม่เพียงพอ	36	28.6
เพียงพอ	72	57.1
มีเงินเหลือเก็บ	18	14.3

สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในฐานะบุตร (ร้อยละ 57.9) รองลงมา มีความสัมพันธ์ในฐานะคู่สมรส อื่นๆ และเป็นพี่/น้อง บิดามารดาเดียวกัน (ร้อยละ 27.8, 10.3 และ 4.0 ตามลำดับ) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่มีระยะเวลาการป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ระยะเวลามากกว่า 1 ปี – 5 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 44.4, Mode = 1 ปี) ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจากการป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่าระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 1 ปี – 5 ปี มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 43.7, Mode = 1 ปี) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีระยะเวลาในการดูแล 1 เดือน – 1 ปี (ร้อยละ 33.3) มีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอกจำนวน 1 – 10 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 85.7, Mode = 1 ครั้ง) ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน และร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ผู้ป่วยป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาในการดูแล ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก และแหล่งได้รับข้อมูลวิธีการดูแลผู้ป่วย (N = 126)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	73	57.9
คู่สมรส	35	27.8
พี่น้อง บิดามารดาเดียวกัน	5	4.0
อื่นๆ	13	10.3
ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
1 เดือน – 1 ปี	35	27.8
มากกว่า 1 ปี – 5 ปี	56	44.4
มากกว่า 5 ปี – 30 ปี	35	27.8
(Mode = 1 ปี)		
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
1 เดือน – 1 ปี	42	33.3
มากกว่า 1 ปี – 5 ปี	55	43.7
มากกว่า 5 ปี – 30 ปี	29	23.0
(Mode = 1 ปี)		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก		
1 – 10 ครั้ง	108	85.7
11 – 35 ครั้ง	12	9.5
36 – 100 ครั้ง	6	4.8
(Mode = 1 ครั้ง)		
แหล่งที่ได้รับข้อมูลวิธีการดูแลผู้ป่วย		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แพทย์	81	68.1
พยาบาล	82	68.9
หนังสือ	35	29.4
โทรทัศน์	32	26.9
อื่นๆ	13	10.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแล

การได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งโดยรวม และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.95$, $SD = .58$) โดยเรียงลำดับข้อจากมากไปหาน้อยดังตาราง 3

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแล โดยรวมและรายข้อ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N = 126$)

การได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแล	\bar{X}	SD	ระดับ
การใช้ยาในโตรกลีเซอรินเพื่ออมใต้ลิ้น	2.00	.80	น้อย
การช่วยเหลือขณะผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก	1.98	.70	น้อย

ตาราง 3 (ต่อ)

การได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแล	\bar{X}	SD	ระดับ
การประเมินเกี่ยวกับ อาการ อันตราย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล	1.94	.68	น้อย
การขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	1.87	.78	น้อย
โดยรวม	1.95	.58	น้อย

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ มีการรับรู้ความรุนแรงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ดูแลทั้งโดยรวม และรายข้อทุกข้ออยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 8.52, SD = 1.33$) โดยมีการรับรู้ความรุนแรงเรียงลำดับข้อจากมากไปหาน้อย ดังตาราง 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N = 126$)

การรับรู้ความรุนแรงของ กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	\bar{X}	SD	ระดับ
1. ทำให้มีผู้เสียชีวิตมาก	9.00	1.46	สูง
2. สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก	8.83	1.55	สูง
3. ทำให้เสียชีวิตฉับพลันได้	8.61	2.03	สูง
4. รักษาไม่หายขาด	8.58	1.88	สูง
5. ไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม	8.42	1.91	สูง
6. ทำให้ทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก	7.69	2.38	สูง
โดยรวม	8.52	1.33	สูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ มีการรับรู้

ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.79$, $SD = 2.19$) โดยมีการรับรู้รายชื่ออยู่ในระดับสูง 3 ข้อ และระดับปานกลาง 5 ข้อ ดังตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N = 126$)

การรับรู้ประโยชน์การรักษา ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วภายใน 1 ชั่วโมง ภายหลังมีอาการเจ็บหน้าอกสามารถลดอัตราการตายได้สูง	8.21	2.19	สูง
2. การจัดให้นอนพักช่วยลดการทำงานของหัวใจ	7.63	2.30	สูง
3. การได้รับออกซิเจนช่วยลดขนาดการตายของ กล้ามเนื้อหัวใจ	7.24	2.60	สูง
4. การขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ ฉุกเฉินช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว	6.80	3.26	ปานกลาง
5. การได้รับยาไนโตรกลีเซอรินอมัติลินช่วยลดอาการ เจ็บหน้าอกได้	6.59	3.36	ปานกลาง
6. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วสามารถลด ความเสี่ยงในการเสียชีวิตได้	6.30	3.30	ปานกลาง
7. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วทำให้เลือด กลับมาเลี้ยงหัวใจได้ตามปกติ	6.00	3.26	ปานกลาง
8. การได้รับยาทีโดมอร์ฟินช่วยลดความทุกข์ทรมาน จากอาการเจ็บหน้าอก	5.57	3.38	ปานกลาง
โดยรวม	6.79	2.19	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึง
โรงพยาบาลที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.44$,
 $SD = 1.77$) ส่วนรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน โดยมีคะแนนรายด้าน
เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังตาราง 6

ตาราง 6

ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (N= 126)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านการประเมินอาการ อันตราย และการช่วยเหลือ	1.30 – 10.00	6.31	1.95	ปานกลาง
ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	1.00 – 10.00	6.33	2.06	ปานกลาง
ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ	1.00 – 10.00	3.67	2.33	ต่ำ
โดยรวม	1.10 – 9.60	5.44	1.77	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลด้านการประเมิน อาการอันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม พบว่าข้อที่ผู้ดูแลมีระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงมี 3 ข้อ คือ สามารถประเมินอาการได้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้ตายกะทันหัน ($\bar{X} = 8.14$, SD = 2.11) สามารถประเมินอันตรายได้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ($\bar{X} = 7.69$, SD = 2.42) สามารถเตรียมให้การช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ($\bar{X} = 7.23$, SD = 2.74) ตามลำดับ และที่เหลือ 7 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ สามารถขอความช่วยเหลือโดยวางแผนจัดหาหมายเลขโทรศัพท์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ($\bar{X} = 4.14$, SD = 3.42) สามารถหาความรู้/ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($\bar{X} = 5.48$, SD = 2.72) และสามารถหาความรู้/ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($\bar{X} = 5.81$, SD = 2.97) ตามลำดับ ดังตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เรียงลำดับจากมากไปน้อย (N = 126)

ความสามารถของผู้ดูแลด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน	\bar{X}	SD	ระดับ
1. สามารถประเมินอาการได้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันอาจทำให้ตายกะทันหัน	8.14	2.11	สูง
2. สามารถประเมินอันตรายได้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาด เลือดเฉียบพลันอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว	7.69	2.42	สูง
3. สามารถเตรียมให้การช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยส่ง โรงพยาบาล โดยเร็วที่สุด เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น	7.23	2.74	สูง
4. สามารถประเมินอันตรายโดย มีความรู้/ ความเข้าใจว่ากลุ่ม อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุทำให้หมดสติ	6.43	2.31	ปานกลาง
5. สามารถประเมินอันตรายโดย มีความรู้/ ความเข้าใจว่า อาการหายใจเหนื่อยหอบ เป็นอาการของกลุ่มอาการ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	6.16	2.73	ปานกลาง
6. สามารถประเมินอันตรายโดย มีความรู้/ ความเข้าใจว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของกลุ่มอาการหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน	6.07	2.72	ปานกลาง
7. สามารถประเมินอาการโดยมีความรู้/ ความเข้าใจว่า อาการเหงื่อออก ตัวเย็น เป็นอาการของกลุ่มอาการหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน	5.93	2.73	ปานกลาง
8. สามารถหาความรู้/ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่ เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	5.81	2.97	ปานกลาง
9. สามารถหาความรู้/ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่ เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	5.48	2.72	ปานกลาง
10. สามารถขอความช่วยเหลือโดยวางแผนจัดหาหมายเลข โทรศัพท์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4.14	3.42	ปานกลาง

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นรายข้อพบว่าอยู่ในระดับสูง 3 ข้อ ระดับปานกลาง 11 ข้อ และระดับต่ำ 1 ข้อ ทั้งนี้ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3 อันดับแรก คือ สามารถพยายามพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ($\bar{X} = 8.19$, $SD = 2.30$) สามารถพูดคุยปลอบใจผู้ป่วย เพื่อช่วยคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย ($\bar{X} = 7.31$, $SD = 2.58$) และสามารถอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย ($\bar{X} = 7.19$, $SD = 2.61$) ตามลำดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ คือ สามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ($\bar{X} = 3.79$, $SD = 3.27$) ดังตาราง 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N = 126$)

ความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการอาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	\bar{X}	SD	ระดับ
1. สามารถพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เมื่อ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	8.19	2.30	สูง
2. สามารถพูดคุยปลอบใจผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วย	7.31	2.58	สูง
3. สามารถอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวลให้ ผู้ป่วย	7.19	2.61	สูง
4. สามารถจัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนทันทีเมื่อมีอาการ เจ็บแน่นหน้าอก	6.92	2.41	ปานกลาง
5. สามารถคอยตรวจสอบว่าผู้ป่วยคลายกังวลจากผลการ พูดคุยปลอบโยน	6.86	2.70	ปานกลาง
6. สามารถหาวิธีการ/แนวทางคลายความวิตกกังวลให้ ผู้ป่วย	6.76	2.53	ปานกลาง
7. สามารถคอยตรวจสอบว่าผู้ป่วยคลายกังวลจากผลการ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย	6.71	2.78	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการอาการ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก	\bar{X}	SD	ระดับ
8. สามารถคอยตรวจสอบอาการเจ็บแน่นหน้าอกของ ผู้ป่วย เป็นระยะๆ	6.52	2.82	ปานกลาง
9. สามารถคอยตรวจสอบว่าผู้ป่วยคลายกังวลจากผลการ ใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกๆ การทำสมาธิ	6.28	2.78	ปานกลาง
10. สามารถช่วยให้ผู้ป่วยใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การหายใจ ลึกๆ การทำสมาธิ เพื่อคลายความวิตกกังวล	6.22	2.88	ปานกลาง
11. สามารถให้ผู้ป่วยยอมยาได้ทันที เมื่อมีอาการเจ็บแน่น หน้าอก	6.05	3.52	ปานกลาง
12. สามารถคอยตรวจสอบอาการเจ็บหน้าอกภายหลังอมยา ได้ทันที	5.48	3.37	ปานกลาง
13. เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถช่วยห่มผ้าให้ ความอบอุ่นแก่ร่างกาย	5.37	2.94	ปานกลาง
14. เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกสามารถช่วยให้ผู้ป่วยงัด คิมน้ำเย็น หรือน้ำแข็ง	5.30	3.34	ปานกลาง
15. สามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก	3.79	3.27	ต่ำ

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยหมดสติเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง 4 ข้อ อยู่ในระดับต่ำ 5 ข้อ โดย 3 อันดับแรกที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ($\bar{X} = 6.12$, $SD = 3.14$) สามารถเรียกหรือตีเบาๆ เมื่อผู้ป่วยซึมลงเพื่อดูว่าอาการเปลี่ยนแปลงหรือรุนแรง ($\bar{X} = 5.23$, $SD = 2.94$) และสามารถจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นราบเมื่อหมดสติเพื่อป้องกันการสำลัก ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 3.13$) ตามลำดับ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ สามารถตรวจสอบผลการช่วยนวดหัวใจ ($\bar{X} = 2.30$, $SD = 2.41$) สามารถนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น ($\bar{X} = 2.44$, $SD = 2.66$) และสามารถตรวจสอบผลการช่วยหายใจ ($\bar{X} = 2.53$, $SD = 2.47$) ตามลำดับ ดังตาราง 9

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ($N = 126$)

ความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการ เมื่อผู้ป่วยหมดสติ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว	6.12	3.14	ปานกลาง
2. สามารถเรียกหรือตีเบาๆ เมื่อผู้ป่วยซึมลง เพื่อคิดว่าอาการเปลี่ยนแปลงหรือรุนแรง	5.23	2.94	ปานกลาง
3. สามารถจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นราบเมื่อ หมดสติเพื่อป้องกันการสำลัก	4.66	3.13	ปานกลาง
4. สามารถวางแผนหาแนวปฏิบัติ/ วิธีการช่วยเหลือ ในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหมดสติ	4.15	2.87	ปานกลาง
5. สามารถช่วยเปิดทางเดินหายใจเพื่อไม่ให้ลิ้นตก ไปปิดกั้นทางเดินหายใจ	3.09	2.79	ต่ำ
6. สามารถเป่าปากช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยไม่หายใจ	2.56	2.53	ต่ำ
7. สามารถตรวจสอบผลการช่วยหายใจ	2.53	2.47	ต่ำ
8. สามารถนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น	2.44	2.66	ต่ำ
9. สามารถตรวจสอบผลการช่วยนวดหัวใจ	2.30	2.41	ต่ำ

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficients) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .78, p < 0.01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < 0.01$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับต่ำกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < 0.01$ และ $r = .20, p < 0.05$) ตามลำดับ ดังตาราง 10

ตาราง 10

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ($N = 126$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	1.00				
2. ประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะมีอาการเจ็บหน้าอก	.219*	1.00			
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.039	.112	1.00		
4. การรับรู้ประโยชน์การรักษาของโรค	.117	.104	.551**	1.00	
5. ความสามารถของผู้ดูแล	.229**	.195*	.351**	.777**	1.00

**p < 0.01

* p < 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลตามลำดับ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้ 1) ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล 2) ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประสิทธิภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรับรู้ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในครั้งนี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตรและเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 57.9 และ 27.8 ตามลำดับ) เนื่องจากในสังคมไทยเพศหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูและปลูกฝังให้เป็นผู้ดูแลบ้าน และสมาชิกในครอบครัว

เช่น เด็กเล็ก และผู้สูงอายุ เป็นต้น (จอม, 2540; ยูพาพิน, 2539; วิมลรัตน์, 2537) นอกจากนี้ใน ขนบธรรมเนียมประเพณีไทย เมื่อบิดา มารดาเกิดการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของบุตรที่จะต้องให้การดูแล เป็นการแสดงความกตัญญูตอบแทนผู้มีพระคุณ โดยความกตัญญูรู้คุณเป็นแรงจูงใจส่งเสริม ให้ผู้ดูแลมีความพยายามเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ และรับรู้ว่าเป็นโอกาสที่จะได้ ตอบแทนผู้มีพระคุณ และต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ดีที่สุดจึงจะได้รับบุญกุศล (จอม, 2541) ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ วินิตา (2547) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร และรองลงมาเป็นคู่สมรส

ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 43.73 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 40 – 59 ปี (ร้อยละ 49.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.5) ที่เหลือนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 13.5) มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 23.8 และ 19 ตามลำดับ) ส่วนที่เหลือประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาชีพค้าขาย และไม่ได้ประกอบอาชีพเท่ากันทั้ง 3 กลุ่มอาชีพ คือ ร้อยละ 17.5 และจบการศึกษาใน ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.5) เนื่องจากศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติ สังคม วัฒนธรรม ของคนไทยส่วนใหญ่มีเชื้อสายไทยพุทธ จึงทำให้มีผู้ดูแลส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด รวมทั้งลักษณะภาคใต้ตอนล่างเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม มีประชากรบางส่วนนับถือศาสนาอิสลาม และอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ไม่กำหนดเวลาแน่นอน แลแล้วแต่ช่วงฤดูกาล และการว่าจ้าง จึงสามารถจัดเวลาในการดูแลได้ อีกทั้งสามารถให้ผู้อื่นทำแทนได้ จึง ทำให้การตัดสินใจหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอาชีพประจำ เช่น อาชีพรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ส่วนระบบการศึกษาในอดีตนั้น การศึกษาภาคบังคับของประเทศไทย มีถึงชั้น ประถมศึกษาปีที่ 4 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือวัยกลางคน นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (จอม, 2540; นงลักษณ์, 2540; วินิตา, 2547)

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึง โรงพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ดังตาราง 6) ซึ่งผลการวิจัย ดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า ความสามารถของผู้ดูแลนั้นมีปัจจัยต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริม และขัดขวาง ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึง โรงพยาบาล ปัจจัยที่คาดว่าช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล โดยพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 58 (ดังตาราง 1) ซึ่งการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาโดย

บุคคลที่มีการศึกษาจะแสวงหาข้อมูล คิดพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ ตลอดจนสนใจซักถามปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา (Orem, 2001) เมื่อทดสอบความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลที่มีการศึกษาต่างๆ กัน (ตารางภาคผนวก ก 1) พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จะมีความสามารถอยู่ในระดับมาก ขณะที่ผู้ดูแลที่มีการศึกษากลุ่มอื่นๆ มีความสามารถระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา อาจไม่มีทักษะพอที่จะแสวงหาข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย หรือตั้งคำถามเพื่อซักถามข้อสงสัยจากแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย (2538) โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 160 คนพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ วรวรรณ (2540) พบว่า ปัจจัยพื้นฐานด้านระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจาก รายได้ พบว่า รายได้ในผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีรายได้เพียงพอ (ดังตาราง 1) พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลที่มีรายได้ต่างกัน โดยทดสอบค่าไคสแควร์ พบ ความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลที่มีรายได้ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (ตารางภาคผนวก ก 2) พบว่าร้อยละ 71 ของผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอ จะมีความสามารถอยู่ในระดับปานกลาง สูงกว่ากลุ่มรายได้ไม่เพียงพอ และกลุ่มที่มีเงินเหลือเก็บ ส่วนผู้ดูแลที่มีเงินเหลือเก็บส่วนใหญ่มักมีความสามารถอยู่ในระดับมาก มากกว่ากลุ่มรายได้ไม่เพียงพอ และกลุ่มที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งแสดงว่ารายได้เป็นปัจจัยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล โดยรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการดูแล ผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ทำให้ไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร (2545) พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดการกับปัญหาได้สะดวกและไม่กังวลอยู่กับคำปรึกษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย และการศึกษาของ นางลักษณ์ (2540) พบว่าฐานะทางการเงินของครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยรบกวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลที่ดีที่สุดได้ แต่เนื่องจากผู้ดูแลทุกๆ คนยังไม่ได้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และผู้ดูแลได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระดับน้อยทั้งโดยรวม และรายด้าน (ดังตาราง 3) จึงอาจมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพียงแค่ระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแลด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือสามารถ

ประเมินอาการได้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้ตายกะทันหัน สามารถประเมินอันตรายได้ว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และสามารถเตรียมให้การช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น (ดังตาราง 7) อาจเนื่องจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปหัวใจเป็นอวัยวะสำคัญที่สุด เป็นศูนย์รวมของชีวิต ย่อมเสี่ยงต่อความตายค่อนข้างสูง และเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ดูแลจึงรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วจึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันข้อดังกล่าว ทั้ง 3 ข้อ อยู่ในระดับสูง ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สามารถขอความช่วยเหลือโดยวางแผนจัดหาหมายเลขโทรศัพท์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ดังตาราง 7) อาจเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าระบบบริการสุขภาพของไทยยังมีบริการด้านนี้น้อย และต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก มิใช่เป็นสวัสดิการต่อทุกคน ดังนั้นประชาชน ส่วนใหญ่เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจะพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเอง การศึกษาของ จิราวรรณ (2549) พบว่า มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพียงร้อยละ 1.6 ที่ปรึกษาหรือ ขอความช่วยเหลือจากคลินิกหรือ โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ เป็น (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการเรียกรถฉุกเฉินน้อยมากมีเพียงร้อยละ 6.7

เมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ สามารถพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถพูดจาปลอบใจผู้ป่วยเพื่อช่วยคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย และสามารถอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเพื่อคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย (ดังตาราง 8) อธิบายได้ว่าตามความเชื่อของคนไทยเชื่อว่าแพทย์เท่านั้นที่จะช่วยเหลือได้ดีที่สุด นอกจากนี้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะมีอาการเจ็บหน้าอกมาแล้วช่วงระยะเวลาหนึ่ง ($\bar{X} = 10.31$, $SD = 25.50$) (ดังตาราง 2) รวมทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร และคู่สมรส (ดังตาราง 2) ทำให้เกิดความรัก ความห่วงใยสงสาร ญาติรับรู้ว่าการกำลังใจเป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น รวมทั้งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ญาติพยายามที่จะให้กำลังใจผู้ป่วยโดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย และคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย (กนกรัตน์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ วงรัตน์ (2544) เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่าญาติส่วนใหญ่ต้องการแสดงให้ผู้ป่วยรู้ว่ามีความรัก ห่วงใย เอื้ออาทรและคอยช่วยเหลือ ซึ่งแสดงออกโดยการพูดคุยสัมผัส และคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันข้อดังกล่าว ทั้ง 3 ข้อ อยู่ในระดับสูง

ส่วนคะแนนความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ดังตาราง 8) เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMSS) เป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่สำคัญของรัฐบาลที่กำหนดให้มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั่วประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540 – 2544) (นพฉฉ, 2550) แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้จัก และไม่ทราบวิธีการขอความช่วยเหลือ จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำที่สุด ซึ่งต่างจากบริบทของต่างประเทศสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเรียนรู้เกี่ยวกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (Emergency Medical Services System: EMSS) และเรียนรู้ขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น (Pillion, 1991) เนื่องจากรถพยาบาลของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้เวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลสั้นลง และสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากรถพยาบาลหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และยาฉุกเฉินในรถพยาบาล และได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มแรกในรถโดยการได้รับออกซิเจน ยาแก้ปวด และยาป้องกันการเต้นหัวใจผิดจังหวะในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมทั้งมีการวินิจฉัยอย่างรวดเร็วโดยการทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจในรถก่อนมาถึงโรงพยาบาล (Meischke, et al., 1995)

เมื่อพิจารณาความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว สามารถเรียกหรือตีเบาๆ เมื่อผู้ป่วยซึ่มลงเพื่อดูว่าอาการเปลี่ยนแปลงหรือรุนแรง และสามารถจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นราบเมื่อหมดสติเพื่อป้องกันการสำลัก (ดังตาราง 9) เนื่องจากในสังคมไทยผู้ป่วย และญาติมักจะให้ความศรัทธา และความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ และพยาบาล มองเห็นว่าแพทย์และพยาบาล เป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญมากในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วย (บุญเลิศ, 2538) เพราะมีความเชื่อว่าแพทย์ พยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านการรักษาพยาบาลมากที่สุด การที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง และหมดสติไปในทันทีทันใด ประกอบกับลักษณะอาการผู้ป่วยที่ปรากฏคือไม่หายใจ ไม่พูด ไม่มีการตอบสนอง ทำให้รับรู้ผู้ป่วยอาการหนัก มีอาการเป็นตายเท่ากัน หรือกำลังเข้าสู่ภาวะใกล้ตาย ซึ่งหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตเป็นไปได้สูง (ทัศน, 2540) ซึ่งเป็นหน้าที่ของแพทย์ และพยาบาลเท่านั้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการหนัก รวมทั้งธรรมชาติของมนุษย์เมื่อตกใจหรือเกิดเหตุการณ์วิกฤตที่ไม่คาดคิดมาก่อนจะร้องเรียกขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และจัดให้นอนลงทันที ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลพบว่าผู้ป่วยหมดสติก็จะร้องขอความช่วยเหลือ รวมทั้งการเรียกหรือตีผู้ป่วยเบาๆเพื่อดูว่าอาการเปลี่ยนแปลงหรือรุนแรง และการจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายบนพื้นราบซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ ข้อดังกล่าว ทั้ง 3 ข้อ อยู่ในระดับสูงกว่าข้ออื่นๆ

ส่วนคะแนนความสามารถของผู้ดูแลด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ สามารถช่วยเปิดทางเดินหายใจเพื่อไม่ให้ลิ้นตกไปปิดกั้นทางเดินหายใจ สามารถเป่าปากช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยไม่หายใจ สามารถตรวจสอบผลการช่วยหายใจ สามารถนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น และสามารถตรวจสอบผลการช่วยนวดหัวใจ (ดังตาราง 9) จากการศึกษาของ สหัชยา (2547) ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 7 ใน 10 คน ไม่เคยมีประสบการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตมาก่อน และไม่คาดคิดมาก่อนว่าสมาชิกในครอบครัวของตนจะเจ็บป่วยรุนแรงถึงขั้นที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นชีวิต สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติช่วยฟื้นชีวิต เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน จึงไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์เหล่านั้น (วิจิตรา, 2544) นอกจากนี้การกวดหน้าอกก็เป็นขั้นตอนหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ต้องกระทำโดยออกแรงกดผนังทรวงอกให้แรงพอที่กระดูกซี่โครงยุบลงไปประมาณ 1.5 - 2 นิ้ว ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ เพื่อให้มีปริมาณเลือดเพียงพอที่จะไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญของร่างกาย (นันทา, 2545) รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการช่วยฟื้นชีวิตส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นร่วมด้วยก่อนมาถึงโรงพยาบาล อาจเนื่องจากไม่มีความรู้ในการประเมินชีพจรก่อนนำส่ง หรืออาจเป็นเพราะความตกใจในอาการเจ็บป่วยรุนแรงเฉียบพลันที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะสำรวจความผิดปกติอื่นๆ แต่เพียงจะรับรู้ว่าคุณป่วยหัวใจไม่ทำงานภายหลังได้รับการบอกกล่าวจากทีมสุขภาพ แม้ว่าจะเคยได้รับรู้มาบ้างเกี่ยวกับวิธีการช่วยผายปอดและการกวดหัวใจจากสื่อต่างๆ แต่ก็ไม่เคยมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการช่วยฟื้นชีวิตมาก่อน ดังนั้นเมื่อพบว่าบุคคลในครอบครัวไม่หายใจ และหัวใจหยุดเต้น จะหวาดวิตกกังวลกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นจนไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ (สหัชยา, 2547) จะเห็นว่าการดูแลดังกล่าวยุ่งยาก และซับซ้อน ประกอบกับผู้ดูแลทุกรายไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้จึงทำให้ความสามารถของผู้ดูแลเรื่องการช่วยหายใจ และการช่วยเหลือเมื่อหัวใจหยุดเต้นอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค

และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ผลการศึกษาอภิปรายดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .78, p < 0.01$ และ $r = .35, p < 0.01$ ตามลำดับ) เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความสามารถในการคาดการณ์ (estimative capability) ซึ่งเป็นฐานของความสามารถระดับปฏิบัติการ (productive capability) จึงมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความสามารถของผู้ดูแล ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูงเหมือนกันหมดทุกราย จึงไม่เห็นความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแล ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยในรูปแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่ได้รับการพิสูจน์จากงานวิจัยส่วนใหญ่ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค (รัชนี, 2543; ศิริรัตน์, ลดาวัลย์ และสมาพร, 2546) ซึ่งเทียบเคียงได้กับความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวจากการศึกษาครั้งนี้จึงอยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต่างเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการคาดการณ์ (estimative capability) และเป็นตัวแปรที่อาจรวมกัน ($r = .55, p < 0.01$) จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก

ผู้ดูแลที่รับรู้ประโยชน์ของการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงจะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลสูง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีโอกาที่จะเจ็บป่วยซ้ำได้ และอาการของโรคที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤต ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว จึงจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของบุคคล ซึ่งประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรค หรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่นั้นได้ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อน อันตรายที่เกิดขึ้นได้ (Becker, 1974) ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้ประโยชน์ของการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลสูง ผู้ดูแลเรียนรู้วิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลให้ได้รับการดูแลตามแผนการรักษาโดยเร็ว

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามการรับรู้ของบุคคลทั่วไปหัวใจเป็นอวัยวะสำคัญที่สุด เป็นศูนย์รวมของชีวิต ย่อมเสี่ยงต่อความตายค่อนข้างสูง การที่บุคคลรับรู้โรคที่เกิดขึ้นอาจทำอันตรายต่อสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ หรืออาจมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน จะสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เช่นกัน (Janz & Becker, 1984) นอกจากนี้การให้บุคคลได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัว และถ้าบุคคลได้รับการช่วยเหลือ แนะนำวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือลดอันตรายที่เกิดขึ้น ส่งผลทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (Hellenbrand, 1983) จากการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่าการกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง รักษาไม่หายขาด และต้องรักษาต่อเนื่อง ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ว่ารุนแรง (รัตนันตนา, 2545) จึงเป็นแรงผลักดันให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้ โดยเฉพาะความรู้ และคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลคาดการณ์ได้ล่วงหน้าเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น และสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลกับความสามารถของผู้ดูแล พบแต่การศึกษาที่ใกล้เคียงกัน เช่น จากการศึกษาของ ชวนพิศ (2541) ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 20 คน พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ รับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นการเผชิญอาการอย่างเฉียบพลัน ต้องรีบจัดการให้ชีวิตรอด และระมัดระวังให้ชีวิตอยู่ได้ โดยผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรครุนแรง รักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และยอมรับการเป็นโรค การรับรู้ดังกล่าว จะกำหนดให้ผู้ป่วยมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยโดยเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปรับแบบแผนชีวิตและแสวงหาความรู้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคว่าเป็นโรคไม่รุนแรง ไม่ยอมรับโรค และเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ การรับรู้ดังกล่าว จะกำหนดให้ผู้ป่วยมีการจัดการต่อการเจ็บป่วยโดยปฏิเสธการรักษา ปรับแบบแผนชีวิตไม่ได้ และขาดการแสวงหาความรู้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคได้ จึงมีการกำเริบของโรคซ้ำๆ จากการศึกษาดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคที่รุนแรง จะเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ไม่รุนแรง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม ทำให้มารับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น รวมทั้งต้องเสียค่ารักษาเพิ่มมากขึ้น

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม

อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ($r = .23, p < 0.01$ และ $r = .20, p < 0.05$ ตามลำดับ) เนื่องจากระยะเวลาในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก ต่างเป็นปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแล และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำพอๆ กัน กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และเป็นตัวแปรร่วมกันและกัน ($r = .22, p < 0.05$) จึงทำให้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนในช่วงเวลาที่ผ่านมา (Orem, 2001) ดังนั้นผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า ซึ่งระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่นานขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น ระยะเวลาในการดูแลมีผลต่อความสามารถในการดูแล โดยระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย (2538) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ($r = .26, p < .001$) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ วินิตา (2547) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.19, P < .05$) เนื่องจากระยะเวลาในการดูแลยาวนานกว่า 1 ปี และการฟื้นฟูสภาพของร่างกายผู้ป่วยน้อยลงหรือคงที่ เป็นผลให้ผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่งผลให้ผู้ดูแลหมดกำลังใจ และบางรายหมดเงินไปกับค่ารักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมากมาย และกิจกรรมการดูแลต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องด้วยระยะเวลาอันยาวนานไม่อาจทราบวันสิ้นสุด

ขณะเดียวกันผู้ดูแลมีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอกมาก ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยในอดีต และประสบการณ์ ที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเช่นกัน ถ้าหากไม่มีประสบการณ์ทำให้ขาดความรู้และทักษะที่ดีพอในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา (2544) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ญาติผู้ดูแลให้การดูแลช่วยเหลือจัดการอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นภาวะวิกฤต โดยญาติมีการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลในครั้งก่อนๆ และการศึกษาของ จอม (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจากประสบการณ์เดิม โดยญาติผู้ดูแลเรียนรู้จดจำจากประสบการณ์

ที่เคยให้การดูแลผู้ป่วยรายอื่นมาก่อน ทั้งขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน ญาติผู้ดูแลสามารถเชื่อมโยงประสบการณ์การดูแลเดิมมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินตัดสินใจถึงการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยที่รับผิดชอบขณะนี้ รับรู้ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยว่าเหมือนกับผู้ป่วยที่เคยให้การดูแลมาก่อน

สรุปผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem, 2001) ที่อธิบายว่าความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา มีความสัมพันธ์ กับปัจจัยพื้นฐาน(ระยะเวลาในการดูแล และประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือขณะมีอาการเจ็บหน้าอก) และความสามารถในการคาดการณ์ (การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา) เป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถดังกล่าว ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จำนวน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การรักษา และ 4) แบบวัดความสามารถของผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของผู้ดูแลต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเท่ากับ .80 การรับรู้ประโยชน์การรักษาเท่ากับ .83 และแบบวัดความสามารถของผู้ดูแลเท่ากับ .95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 4 ท่าน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การรักษา และคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งรายด้านและโดยรวม

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า

1. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล รายด้านอยู่ในระดับปานกลาง 2 ด้าน และระดับต่ำ 1 ด้าน โดยมีคะแนนความสามารถด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคะแนนความสามารถด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติอยู่ในระดับต่ำ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล พบว่า

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .78, p < 0.01$)

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .35, p < 0.01$)

3.3 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < 0.01$)

3.4 ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความสามารถของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .20, p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ผลการวิจัยพบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การพัฒนาระบบการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ แต่สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ควรวางแผนจำหน่ายโดยมุ่งเน้น

การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถกลับไปดูแลได้อย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้ญาติผู้ดูแลได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ คือ ด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ ซึ่งควรเน้นการให้ความรู้ เรื่องการวางแผนจัดเตรียมหมายเลขโทรศัพท์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน และวิธีการ ขอความช่วยเหลือ รวมทั้งการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติซึ่งเป็นด้านที่คะแนนต่ำที่สุด เพื่อให้ญาติ มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลในทุกด้าน ให้อยู่ในระดับที่ดี

ควรมีการติดต่อประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น หน่วยบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีทีมบุคลากรทางการแพทย์ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งควรมีการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและสถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือเครือข่ายของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการส่งต่อการรักษาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะลดการเกิดอาการของโรค และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยเรื่องของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นอกจากนี้พยาบาลควรตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะมีอาการเจ็บหน้าอก การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลที่มีต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเฉพาะเรื่องการเรียนรู้ประโยชน์การรักษาของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลสูงที่สุด จึงควรให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทราบถึงประโยชน์ในการรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และควรเน้นข้อการเรียนรู้ประโยชน์ในการรักษาของผู้ดูแล ได้แก่ เรื่องการรักษาด้วยยาฉีดมอร์ฟีนเพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ประโยชน์ของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และการได้รับยาอมใต้ลิ้นเพื่อช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก

1.2 ควรมีการผลิตเอกสาร คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล รวมทั้งจัดเตรียมสื่อการเรียนรู้อื่นๆ เช่น วิดีทัศน์ และสามารถให้ญาติออกไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้านได้ ร่วมกับการอธิบาย บรรยาย หรือการสาธิต รวมทั้งการฝึกทักษะการปฏิบัติการดูแลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ให้กับญาติ ได้ทดลองปฏิบัติจนเกิดความชำนาญ เป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่ม เช่น จัดให้มีการฝึกทักษะการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหมดสติ การจัดทำที่เหมาะสม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการขอ

ความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทันที เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ญาติสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับผู้ป่วย

1.3 ควรจัดหน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ดูแลทั้งโดยตรง และทางโทรศัพท์ในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน

1.4 ควรให้ความรู้แก่ประชาชนผ่านทางสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ วิทยุ หรือมีการจัดอบรมความรู้ให้กับประชาชน ในเรื่องของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งวิธีการขอความช่วยเหลือซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนที่อยู่ในภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เรื่องของการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการเผยแพร่ให้ประชากรในภาคใต้รู้จักหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMSS) รวมทั้งวิธีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่มากยิ่งขึ้น เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหนึ่งในนโยบายหลักที่สำคัญของรัฐบาลที่กำหนดให้มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั่วประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยยังไม่ค่อยรู้จัก และไม่ทราบวิธีการขอความช่วยเหลือ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งทำให้ระยะเวลาก่อนมาถึงโรงพยาบาลสั้นลง และช่วยให้อัตราการตายด้วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

จากแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทวีมากขึ้นตามลำดับ ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นด้วย เป็นข้อบ่งชี้ถึงความต้องการบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและญาติผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นควรมีการจัดการศึกษาต่อเนื่องให้แก่พยาบาลเพื่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

4. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น เชิงคุณภาพ และเชิงทดลอง โดยศึกษารูปแบบการพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล และในระยะอื่นๆ เช่น ระยะฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยเฉพาะการสอนผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการหมดสติ หายุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น ซึ่งในเมืองไทยยังไม่มี การสอนเรื่องเหล่านี้แก่ญาติผู้ดูแล

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ เนตรไสว. (2547). *ประสบการณ์การมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2544). Acute coronary syndrome. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *Emergency medicine* (หน้า 304-324). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2546). Acute coronary syndrome. ใน ไตรรัตน์ เป็่มพิกุล และคุณิตติ สถาวร (บรรณาธิการ), *Practice Points in Critical Care* (หน้า 25-44). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2547). Thrombolytic therapy and PCI in acute STEMI. ใน ชานินทร์ อินทรกำชัย และชัชฌา สวนกระต่าย (บรรณาธิการ), *Highlights in Clinical Medicine* (หน้า 265-277).
- จันทร์ทรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จริยา ตันดิธรรม. (2547). *กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 266-340). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.

- จินตนา สมนึก. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับภาระในการดูแลและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิราวรรณ เดชอดิษฐ์. (2549). *กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฬารัตน์ สุวัชรชัยดิวงษ์. (2546). *ความเชื่อทางค่านิยมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เจนเนตร พลเพชร. (2547). *การบำบัดผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน*. ใน เพ็ญศรี ระเบียบ, อรพรรณ โตสิงห์ และกรองไฉ อุณหสูต (บรรณาธิการ), *บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่องสาขาศาสตร์ เล่มที่ 1* (หน้า 125-136). กรุงเทพมหานคร: สิริยอดการพิมพ์.
- จอม สุวรรณโณ. (2540). *ความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). *ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาล*, 47(3), 147-157.
- ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2549). *กล้ามเนื้อหัวใจตาย*. ค้นเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2549, จาก <http://www.mahidol.ac.th/mahidol/ra/rapc/531.html>
- ชวนพิศ ทานอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เดือนฉาย ชยานนท์. (2540). *การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการเกิด Acute myocardial infarction*. ใน วิทยา ศรีมาดา (บรรณาธิการ), *โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง* (พิมพ์ครั้งที่ 2, ฉบับที่ 9, หน้า 8-19). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิเคิลี่พับลิเคชัน.
- คำรัส ตรีสุโกศล. (2543). *Role of invasive strategies in acute coronary syndrome*. ใน สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต 2000* (พิมพ์ครั้งที่ 2, เล่มที่ 1, หน้า 79-91). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- ทัศนาศา นุญทอง. (2540). การปฏิบัติช่วยฟื้นคืนชีพ. *เอกสารประกอบการอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง เรื่องการปฏิบัติการช่วยชีวิตขั้นสูง*. ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. อัดสำเนา.
- ทิพย์ภา เชษฐเชาวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นครินทร์ คันสนุทธ. (2546). Management of ST elevation myocardial infarction. ใน *วิชัย ประยูรวิวัฒน์, จันทราภา ศรีสวัสดิ์ และกฤษฎา ดวงอุไร (บรรณาธิการ), ปัญหาที่ได้รับ การปรึกษาบ่อยทางอายุรศาสตร์* (หน้า 298-312) กรุงเทพมหานคร: รุ่งศิลป์การพิมพ์จำกัด.
- นันทพร ศรีน้ยม. (2545). *ประสบการณ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นันทา เล็กสวัสดิ์. (2545). การปฏิบัติการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง. ใน *คณาจารย์ภาควิชา ศัลยศาสตร์ (บรรณาธิการ), การปฏิบัติช่วยชีวิตขั้นสูง: ความทันสมัยในปัจจุบัน* (หน้า 77-125). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภคณ ชำนาญผล. (2550). Fast track in acute myocardial infarction. *เอกสารประกอบการ ประชุมวิชาการการพยาบาลอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 2 “What’s new in cardiovascular disease” วันที่ 25- 26 มกราคม 2550*. สงขลา: ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- นธิ มหานันท์ และสรณ นุญไชยพฤกษ์. (2543). Medical management in acute coronary syndrome. ใน *สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุรัชย์ เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤต 2000 เล่ม 1* (หน้า 63-78). กรุงเทพมหานคร: ฮัวนา.
- นงลักษณ์ พันชมภู. (2540). *การรับรู้ประสบการณ์ของผู้ดูแลที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาโดยวิธี ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นพมณี ตันติเวทเรืองเดช. (2550). ก่อน ER. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 6 “ทำอย่างไรให้แผนกฉุกเฉินดีขึ้น” วันที่ 19-23 กุมภาพันธ์ 2550*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.
- บุญเลิศ จุลเกียรติ, นาวาอากาศเอก. (2538). *การให้บริการผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน: ปฏิบัติตามกฎลด ปัญหา*. อัดสำเนา.
- ปฏิพร บุญพัฒน์กุล. (2543). *การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของการและวิธีการจัดการ อาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทด้านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2543). Medical management in acute coronary syndrome. ใน สุณิรัตน์ คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต 2000* (พิมพ์ครั้งที่ 2, เล่มที่ 1, หน้า 55-62). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ประวิทย์ ดันประเสริฐ. (2546). ความเป็นมาและความหมายของเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ. ใน วิศาล คันธารัตนกุล และระพีพล ภูญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ* (หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: ชมรมฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทย.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพ็ญจิต งามนิธิพร. (2550). ทางด่วน: ระบบทางด่วนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วสำหรับโรคที่ร้ายแรง. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 6 “ทำอย่างไรให้แผนกฉุกเฉินดีขึ้น” วันที่ 19-23 กุมภาพันธ์ 2550*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.
- เพ็ญศิริ สันตโยภาส และพวงผกา กรีทอง. (2544). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (หน้า 118-156). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- ภาวิทย์ เพียรวิจิตร และทศพล ลิมพิจารณ์กิจ. (2550). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน ทศพล ลิมพิจารณ์กิจ, ศศิโสภิน เกียรติบูรณกุล และสมนึก สังฆานุกาภ (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน* (หน้า 113-129). ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน แนวคิด และปัญหาในการวิจัย. *รามาชิปตีสาร*, 20(1), 41-46.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2546). การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารพยาบาลรามา*, 9, 109-110.
- รัชনী ไกรยศรี. (2543). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็งและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, กรุงเทพมหานคร.

- รัตนันตนา อึ้งภู. (2545). ความเข้มแข็งอดทน และความเครียดของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา. (2549). โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ค้นเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2549, จาก <http://www.astrazeneca.co.th/thai/patient33.html>
- วันดี โดสุขศรี. (2539). ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาระในการดูแล ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วันสนันท์ รุจิวิวัฒน์. (2549). อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2537-2545. ค้นเมื่อ 3 ธันวาคม 2549, จาก http://epid.moph.go.th/NCDweb2/study_rate/first.html
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2543). การกู้ชีวิต CPR 2000. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์ จำกัด.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). (2544). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์, เพ็ญศรี สันตโยภาส และพวงพกา กรีทอง. (2546). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 125-170). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
- วินิตา ชูช่วย. (2547). ศักยภาพในการดูแลและปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 12(4) 33-37.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2538). ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้นและครอบครัว. วารสารพยาบาล, 44(2), 88-92.
- วิรังรอง นาทองคำ. (2543). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วงรัตน์ ไสสุข. (2544). ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วรวรรณ เหนือคลอง. (2540). *ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคทาลาสซีเมีย*. รายงานการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2546). *แนวทางในการรักษา Acute coronary syndromes*. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease* (หน้า 211-263). เชียงใหม่: ไอแอมเอเคในเซอร์ แอนด์แอสโซซิเอตส์.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ลดาวัลย์ ภูมิวิษุเวท และสมภาพ โล่สวัสดิ์กุล. (2546). *การรับรู้ประโยชน์ข้อจำกัด และแรงจูงใจของพยาบาลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2547). *คู่มือกู้ชีพ*. มปท.: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สหัชชา แก้วพิบูลย์. (2547). *ประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกได้รับการช่วยฟื้นชีวิตที่แผนกฉุกเฉิน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุคติรี หิรัญชุนหะ. (2541). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล. (2540). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุพัตรา สุภาพ. (2542). *สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม: ครอบครัว: ศาสนา: ประเพณี*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุภาวดี พุฒิน้อย. (2546). *กิจกรรมบำบัดในโรคหัวใจ*. *วารสารกิจกรรมบำบัด*, 8(1), 8-12.
- สุวัจชัย พรรตน์รังสี และประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2547). *Management of acute ST-elevation myocardial infarction*. ใน สุรพล อิศรไกรศีล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค* (หน้า 495-528). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: วี. เจ. พรินติ้ง.

- สมจิต หนูเจริญกุล, สุนีย์ เอี่ยมศิริคุณ, วรรษิต ลิขิตชนสมบัติ และจรรยา ตันติธรรม. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 2(2), 32-51.
- สมใจ ยิมวิไล. (2531). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อัยฎา ตียพันธ์. (2545). กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน: การศึกษาย้อนหลังในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 27, 151-158.
- อุมา จันทวิเศษ, ประคอง อินทรสมบัติ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วารสารวิจัยการพยาบาล*, 5(1), 54-69.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: บริษัทลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.
- อุไร ศรีแก้ว. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน ทิพมาส ชินวงศ์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และอุไร ศรีแก้ว (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (หน้า 129-143). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส. ซี. วี. บิสสิเนสส์.
- อรทัย โสมนรินทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Anderson, J. L. (2004). ST-elevation acute myocardial infarction and complications of myocardial infarction. In L. Goldman & D. Ausiello (Eds.), *Cecil Textbook of Medicine* (22nd ed., vol. 1, pp. 410-424). Philadelphia: Saunders.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M.H., Drachman, R.H., & Kirscht, J.P. (1974). "A new approach to explaining sick role behavior in low income population". *American Journal of Public Health*. 64, 205-206.
- Crowe, J. M., Runious, J., Ebbesen, L. S., Oldridge, N. B., & Streiner, D. L. (1996). Anxiety and depression after acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 25, 98-107.
- Dempsey, S. J., Dracup, K., & Moser, D. K. (1995). Women's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart and Lung*, 24, 444-456.

- Dracup, K., & Moser, D. K., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A. A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science Medicine, 40*, 379-392.
- Dracup, K., & Moser, D. K. (1997). Beyond sociodemographics: Factor influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung, 26*, 253-262.
- Gast, H. L., Denyes, M. J., Campbell, J. C., Hartweg, D. L., Schott-Baer, D., & Isenberg, M. (1989). Self-care agency. Conceptualizations and operationalizations. *Advances in Nursing Science, 12*, 26-38.
- Hellenbrand, D. (1983). An analysis of compliance behavior: A response to powerlessness. In J.F. Miller(Ed.), *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Houde, S. C. (2002). Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 40*, 626-640.
- Janz, N.K., and Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1-47.
- Lytle, G. W. (2004). ST-elevation acute myocardial infarction and complications of myocardial infarction. In L. Goldman & D. Ausiello (Eds.), *Cecil Textbook of Medicine* (22nd ed., vol. 1, pp. 428-431). Philadelphia: Saunders.
- Marks, N. F. (1996). Caregiving across the lifespan: National prevalence and predictors. *Family Relation, 45*, 27-36.
- McKinley, S., Moser, D. K., & Dracup, K. (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infarction symptoms in North America and Australia. *Heart & Lung, 29*(4), 237-247.
- Meischke, H., Eisenberg, M. S., Schaeffer, S. M., Damon, S. K., Larsen, M. P. & Henwood, D. K. (1995). Utilization of emergency medical services for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung, 24*, 11-18.
- Molzhan, A.E., & Northcott, H.C. (1989). The social based of discrepancies in health/illness perception. *Journal of Advanced Nursing, 14*(1), 132-140.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practices* (5th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practices* (6th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.

- Pillion, J.M. (1991). Care of the cardiac patient. In M. R. Kinney, D. R. Packa, K. G. Andreoli, & D. P. Zipes (Eds.), *Comprehensive Cardiac Care* (7th ed.) (pp. 270-326). Stl Louis: Mosby.
- Polit, F. D., & Hungler, P. B. (1999). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Taylor, S.D. (1989). An interpretation of family within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 2, 131-137.
- Zerwic, J. J., Ryan, C. J., Devon, H. A., & Drell, M. J. (2003). Treatment seeking for acute myocardial infraction symptoms difference in delay across sex and race. *Nursing Research*, 52, 159-167.
- Zerwic, J. J., & Ryan, C. J. (2004). Delays in seeking MI treatment: Chances of survival increase if symptoms are treated within two hours of onset. *American Journal of Nursing*, 104, 81-83.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ก 1

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($N = 126$)

ระดับการศึกษา	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ไม่ได้รับการศึกษา	2 (100)	0	0	27.07	8
ประถมศึกษา	12 (23.5)	32 (62.7)	7 (13.7)		
มัธยมศึกษา	2 (5.6)	26 (72.2)	8 (22.2)		
ปวช./ปวส.	1 (4.8)	14 (66.7)	6 (28.6)		
ปริญญาตรี	3 (18.8)	5 (31.3)	8 (50)		

$p = .001$

ตาราง ก 2

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($N = 126$)

รายได้	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ไม่เพียงพอ	12 (33.3)	18 (50)	6 (16.7)	19.22	4
เพียงพอ	7 (9.7)	51 (70.8)	14 (19.4)		
มีเงินเหลือเก็บ	1 (5.6)	8 (44.4)	9 (50)		

$p = .001$

ตาราง ก 3

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน ($N = 126$)

เพศ	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ชาย	5 (12.8)	20 (51.3)	14 (35.9)	5.30	2
หญิง	15 (17.2)	57 (65.5)	15 (17.2)		

p = .07

ตาราง ก 4

ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลัน ($N = 126$)

ศาสนา	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
พุทธ	17 (15.6)	68 (62.4)	24 (22.0)	.60	2
อิสลาม	3 (17.6)	9 (52.9)	5 (29.4)		

p = .74

ตาราง ก 5

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลัน ($N = 126$)

สถานภาพ	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
โสด	3 (13.6)	13 (59.1)	6 (27.3)	.99	4
คู่	16 (16.7)	58 (60.4)	22 (22.9)		
หม้าย/หย่า	1 (12.5)	6 (75.0)	1 (12.5)		

p = .91

ตาราง ก 6

ความสัมพันธ์ระหว่าง อาชีพกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน ($N = 126$)

อาชีพ	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
ไม่ได้ทำงาน	3 (13.6)	13 (59.1)	6 (27.3)	9.79	10
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (9.1)	12 (54.5)	8 (36.4)		
ค้าขาย	4 (18.2)	16 (72.7)	2 (9.1)		
รับจ้าง	4 (16.7)	15 (62.5)	5 (20.8)		
เกษตรกร	7 (23.3)	18 (60.0)	5 (16.7)		
อื่นๆ	0	3 (50.0)	3 (50.0)		

$p = .46$

ตาราง ก 7

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน ($N = 126$)

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล กับผู้ป่วย	ความสามารถของผู้ดูแล			χ^2	df
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
บุตร	10 (13.7)	46 (63.0)	17 (23.3)	7.71	6
คู่สมรส	9 (25.7)	19 (54.3)	7 (20.0)		
พี่น้อง	1 (20.0)	4 (80.0)	0		
อื่นๆ	0	8 (61.5)	5 (38.5)		

$p = .26$

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....

เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

แบบสอบถามผู้ดูแล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลข หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง
ตามความเป็นจริง

1. เพศของท่าน
 1. ชาย
 2. หญิง
2. อายุของท่านปัจจุบัน..... ปี
3. ศาสนาของท่าน
 1. พุทธ
 2. คริสต์
 3. อิสลาม
 4. อื่นๆ ระบุ
4. สถานภาพสมรสของท่าน
 1. โสด
 2. คู่
 3. หม้าย/หย่า หรือแยกกันอยู่
 4. อื่นๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษาของท่าน
6. อาชีพของท่าน
 1. ไม่ได้ทำงาน
 2. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 3. ค้าขาย
 4. รับจ้าง
 5. เกษตรกรรม
 6. อื่นๆ ระบุ
7. ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัวของท่าน
 1. ไม่เพียงพอ
 2. เพียงพอ
 3. มีเงินเหลือเก็บ
8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น
 1. บุตร
 2. คู่สมรส
 3. พี่น้อง บิดามารดาเดียวกัน
 4. อื่นๆ ระบุ
9. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย ป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยประมาณ.....
10. ระยะเวลาที่ท่านให้การดูแลผู้ป่วยจากการป่วยด้วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....
11. ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ขณะมีอาการเจ็บหน้าอก จำนวน.....ครั้ง

12. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เขียนปล้นเพื่อประเมินอาการ อันตราย ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด
- | | |
|---------------|--------------|
| 1. น้อยที่สุด | 2. น้อย |
| 3. มาก | 4. มากที่สุด |
13. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เขียนปล้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก มากน้อยเพียงใด
- | | |
|---------------|--------------|
| 1. น้อยที่สุด | 2. น้อย |
| 3. มาก | 4. มากที่สุด |
14. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เขียนปล้นในการใช้ยาอมใต้ลิ้น มากน้อยเพียงใด
- | | |
|---------------|--------------|
| 1. น้อยที่สุด | 2. น้อย |
| 3. มาก | 4. มากที่สุด |
15. ท่านได้รับการสอนหรือคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เขียนปล้นในการขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มากน้อยเพียงใด
- | | |
|---------------|--------------|
| 1. น้อยที่สุด | 2. น้อย |
| 3. มาก | 4. มากที่สุด |
16. ท่านได้รับข้อมูลวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเขียนปล้นจากแหล่งใด ตอบได้
มากกว่า 1 ข้อ
- | | |
|--------------------|-------------|
| 1. แพทย์ | 2. พยาบาล |
| 3. หนังสือ | 4. โทรทัศน์ |
| 5. อื่นๆ ระบุ..... | |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง ของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจหรือ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- 1 หมายถึง ท่านมีความรู้สึก ความเข้าใจ หรือความคิดเห็นต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด
10 หมายถึง ท่านมีความรู้สึก ความเข้าใจ หรือความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	น้อยที่สุด	มากที่สุด
0. โรคเบาหวานรักษาไม่หายขาด	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

การรับรู้ความรุนแรงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อความ	น้อยที่สุด	มากที่สุด
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรง อย่างไรบ้าง		
1. ทำให้ทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. ทำให้เสียชีวิตฉับพลันได้	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. ไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. รักษาไม่หายขาด	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. ทำให้มีผู้เสียชีวิตมาก	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจหรือ
ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- 1 หมายถึง ท่านมีความรู้สึก ความเข้าใจ หรือความคิดเห็นต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด
10 หมายถึง ท่านมีความรู้สึก ความเข้าใจ หรือความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	น้อยที่สุด	มากที่สุด
0. การได้รับอินซูลินในโรคเบาหวานช่วยให้ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

การรับรู้ประโยชน์การรักษาของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อความ	น้อยที่สุด	มากที่สุด
ประโยชน์ของการรักษาภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันเป็นอย่างไร		
1. การได้รับออกซิเจนช่วยลดขนาดการตายของ กล้ามเนื้อหัวใจ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. การจัดให้นอนพักช่วยลดการทำงานของหัวใจ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. การได้รับยาไนโตรกลีเซอรินอมได้ลิ้นช่วยลด อาการเจ็บหน้าอกได้	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4. การได้รับยาฉีดมอร์ฟีนช่วยลดความทุกข์ทรมาน จากอาการเจ็บหน้าอก	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วทำให้เลือด กลับมาเลี้ยงหัวใจได้ตามปกติ	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6. การได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเร็วสามารถลด ความเสี่ยงในการเสียชีวิตได้	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ข้อความ	น้อยที่สุด	มากที่สุด
7. การนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วภายใน 1 ชั่วโมงภายหลังมีอาการเจ็บหน้าอกสามารถลดอัตราการตายได้สูง	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. การขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว	1	2 3 4 5 6 7 8 9 10

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของท่านในช่วงก่อนมาถึงโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 34 ข้อ แบ่งเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 3) ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ ขอให้ท่านอ่านข้อความทุกข้อให้ละเอียด แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ท่านเห็นว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด
 1 หมายถึง ระดับความสามารถของท่านในข้อความนั้นมีน้อยที่สุด
 10 หมายถึง ระดับความสามารถของท่านในข้อความนั้นมีมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ระดับความสามารถ									
	น้อยที่สุด									มากที่สุด
0. ท่านพยายามจัดให้ผู้ป่วยนอนทันทีเมื่อมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ข้อความ	ระดับความสามารถ									
	น้อยที่สุด					มากที่สุด				
ด้านการประเมิน อาการ อันตราย และการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน										
1. ท่านพยายามหาความรู้/ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการที่เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. ท่านมีความรู้/ความเข้าใจว่า อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. ท่านมีความรู้/ความเข้าใจว่า อาการหายใจเหนื่อยหอบ เป็นอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. ท่านมีความรู้/ความเข้าใจว่า อาการเหงื่อออกตัวเย็น เป็นอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ท่านมีความรู้/ความเข้าใจว่ากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุทำให้หมดสติได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. ท่านพยายามหาความรู้/ทำความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้ตายกะทันหันได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ข้อความ	ระดับความสามารถ									
	น้อยที่สุด					มากที่สุด				
9. ท่านเตรียมให้การช่วยเหลือในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. ท่านวางแผนในการจัดเตรียมหมายเลขโทรศัพท์หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ด้านการจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก										
11. ท่านพยายามจัดให้ผู้ป่วยนั่งหรือนอนทันทีเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. ท่านให้ผู้ป่วยอมยาใต้ลิ้นทันที เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. ท่านคอยตรวจสอบอาการเจ็บหน้าอกภายหลังกอมยาใต้ลิ้น มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกท่านช่วยห่มผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกท่านให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเย็น หรือน้ำแข็ง มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. ท่านขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. ท่านพยายามพาผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. ท่านคอยตรวจสอบอาการเจ็บแน่นหน้าอกของผู้ป่วย เป็นระยะๆ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. ท่านมีวิธีการ/แนวทางคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ข้อความ	ระดับความสามารถ									
	น้อยที่สุด					มากที่สุด				
20. ท่านอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. ท่านพุดจาปลอบใจผู้ป่วย เพื่อคลายความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยใช้วิธีผ่อนคลาย เช่น การหายใจลึกๆ การทำสมาธิ เพื่อคลายความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. ท่านคอยตรวจสอบว่าผู้ป่วยคลายกังวลจากผลของการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยของท่าน มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. ท่านคอยตรวจสอบว่าผู้ป่วยคลายกังวลจากผลของการพุดจาปลอบโยนของท่าน มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. ท่านคอยตรวจสอบว่าผู้ป่วยคลายกังวลจากผลการใช้วิธีผ่อนคลาย มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ด้านการจัดการเมื่อผู้ป่วยหมดสติ										
26. ท่านมีแนวปฏิบัติ/วิธีการช่วยเหลือในการช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหมดสติ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. เมื่อผู้ป่วยซึมลงท่านได้พยายามเรียกหรือตีเบาๆ เพื่อดูว่าอาการเปลี่ยนแปลงหรือรุนแรงมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. ท่านพยายามขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. ท่านพยายามจัดทำให้ผู้ป่วยเมื่อหมดสติได้นอนหงายบนพื้นราบเพื่อป้องกันการสำลัก มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. ท่านพยายามช่วยเปิดทางเดินหายใจเพื่อไม่ให้ลิ้นตกไปปิดกั้นทางเดินหายใจ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ข้อความ	ระดับความสามารถ									
	น้อยที่สุด					มากที่สุด				
31. ท่านสามารถเป่าปากช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วย ไม่หายใจ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. ท่านสามารถนวดหัวใจเมื่อหัวใจหยุดเต้น มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. ท่านสามารถตรวจสอบผลการช่วยหายใจ ของท่าน มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. ท่านสามารถตรวจสอบผลการช่วยนวดหัวใจ ของท่าน มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ภาคผนวก ค

การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้วิจัย)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาวพัชรี พร้อมมูล เป็นนักศึกษาพยาบาลพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล ใกร่ขอความร่วมมือ และความยินยอมจากท่าน เข้าร่วมโครงการในการวิจัย วิธีการวิจัยจะเป็นการสอบถาม เกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยคาดว่างานวิจัยครั้งนี้ จะทราบถึงความสามารถของผู้ดูแล เพื่อนำไปพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือหากท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีความขัดข้องประการใด ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ทันที โดยการเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วม โครงการ จะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสอบถามจากดิฉันได้ด้วยตนเองหรือที่เบอร์โทรศัพท์ 081-0940820 ดิฉันขอขอบคุณมากค่ะ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร หากท่านประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความที่อยู่ข้างล่างนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วม โครงการ

.....

(นางสาวพัชรี พร้อมมูล)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก ง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ดูแลที่เข้าร่วมงานวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดีค่ะ ดิฉัน..... เป็นผู้ช่วยวิจัย กำลังทำการศึกษาวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล” ใคร่ขอความร่วมมือ และความยินยอมจากท่าน เข้าร่วมโครงการในการวิจัย วิธีการวิจัยจะเป็นการสอบถาม เกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล โดยคาดว่าจะงานวิจัยครั้งนี้ จะทราบถึงความสามารถของผู้ดูแล เพื่อนำไปพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือหากท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว มีความขัดข้องประการใด ท่านสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ทันที โดยการเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ หากท่านมีข้อสงสัยประการใด เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้สามารถสอบถามจากดิฉัน ได้ด้วยตนเอง ดิฉันขอขอบคุณมากค่ะ ที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัย

หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถแสดงความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยได้ทั้งแบบลายลักษณ์อักษร และไม่มีลายลักษณ์อักษร หากท่านประสงค์จะเข้าร่วมวิจัยแบบมีลายลักษณ์อักษร ท่านสามารถลงนามในข้อความที่อยู่ข้างล่างนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมโครงการ

.....

(วัน/ เดือน/ ปี.)

.....

(.....)

ผู้ช่วยวิจัย

.....

(วัน/ เดือน/ ปี.)

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์อำนาจ อัครวิเนค
แพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม
โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
2. นายแพทย์อัครเดช อามีเราะ
แพทย์ประจำหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย
ภาควิชาการพยาบาลชุมชนและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไหมไทย ศรีแก้ว
ภาควิชาการพยาบาลชุมชนและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. คุณจรรวมล แพ่งโยธา
พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวพัชรี พร้อมมูล	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4857528	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2533

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา