



5 พ.ย. 2536

รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนา
ความสามารถในการดูแลตนเอง

MODEL OF HELPING PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION TO DEVELOP SELF-CARE CAPABILITIES

ภาชนะการ

จาก

“สหกิจศึกษา”

จรรยา ตันติธรรม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

ISBN 974-587-691-7

สงวนลิขสิทธิ์

29167

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนา
ความสามารถในการดูแลตนเอง

วิญญู ศิริพงษ์

จรรยา ตันติธรรม
ผู้วิจัย

อรสา พันธุ์ภักดี

อรสา พันธุ์ภักดี, วท.บ.(พยาบาลและผดุงครรภ์)
วท.ม(พยาบาล)
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ปิยะมิตร ศรีธรา

ปิยะมิตร ศรีธรา, พ.บ., วว.(อายุรศาสตร์)
Diploma in Cardiology (U.K)
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ธ.จ. - -

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

กรรณิการ์ สุวรรณโคต

กรรณิการ์ สุวรรณโคต, วท.บ(พยาบาล), M.S.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนา

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 17 สิงหาคม 2536



จรรยา ตันติธรรม

ผู้วิจัย



อรสา พันธุ์กิติ, วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.บ(พยาบาล)

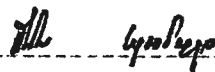
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ปิยะมิตร ศรีธรา, พ.บ., วว. (อายุรศาสตร์)

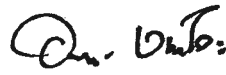
Diploma in Cardiology (U.K)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สมจิต หนเจริญกุล วท.บ(พยาบาล), M.S., Ph.D

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



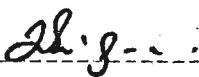
อรณงกิติ เวชชาชีวะ, M.B., B.S., F.R.C.P.,

F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.ว.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล



มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวจรีษา ตันติธรรม

วัน เดือน ปีเกิด 27 กันยายน พ.ศ.2494

สถานที่เกิด จังหวัดราชิวาส ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2513-2516 :
อนุปริญญา (พยาบาลและผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2520-2521 :
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2534-2536:
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ.2516-2522 พยาบาลประจำการหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักทั่วไป
พ.ศ.2522-2524 พยาบาลประจำการหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์
พ.ศ.2524-2533 พยาบาล (หัวหน้าหออภิบาล
ผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์
ระดับ 5, 6
พ.ศ.2533-ปัจจุบัน ผู้อำนวยการพยาบาล ระดับ 7
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ รศ.อรสา พันธุ์ภักดี, ผศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์รวมทั้ง รศ.ดร.สมจิต หงูเจริญกุล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ขึ้น

กราบขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต หงูเจริญกุล, รศ.อรสา พันธุ์ภักดี, รศ.ประคอง อินทรสมบัติ และ ผศ.นพ.ปิยะมิตร ศรีธรา ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยให้คำแนะนำและแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ เป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ ศ.นพ.สมชาติ โลจายะ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ โรงพยาบาลกรุงเทพและขอขอบพระคุณ คุณเตือนใจ แก้ววรรณ หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาลซี.ซี.ยู. และเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลกรุงเทพ ที่ได้อนุเคราะห์และให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์, หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ, หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญชาย 1, หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญหญิง 1 และเจ้าหน้าที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาศิริ ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลรวมทั้งผู้ป่วยและญาติทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลต่างๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียด

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาปริญญาโทพยาบาลทุกท่าน ขอขอบคุณคุณดวงสมร เครือเพ็ชร และคุณปราณี ค่องสกุล ที่ได้ช่วยเหลือในการพิมพ์รายงานการวิจัย ขอขอบคุณคุณอัมพร จันทร์ทรง ที่ได้ช่วยเหลือในการวาดภาพประกอบเอกสารคู่มือทำวิจัย เพื่อนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาศิริรุ่นที่ 15 ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจในการทำวิจัย

ขอขอบคุณอย่างยิ่ง คุณสภารัตน์ ไวยชีตา, คุณจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย และ
คุณชินฤดี คงศักดิ์ตระกูล ที่ได้ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการประมวล
ผลทางสถิติ ตลอดจนให้กำลังใจในการทำวิจัย

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่ๆ และน้อง ตลอดจนหลานๆ ทั้ง 5 คือ สิริ-ฐาน-
ชัยธร-แพรว-ไหมที่เป็นกำลังใจในการศึกษาตลอดมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้
ขอมอบแด่บิดามารดา คุณอาจารย์ และผู้ปวยที่ร่วมโครงการทุกท่าน

จรรยา ตันติธรรม

ชื่อวิทยานิพนธ์ รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน
 การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
 ผู้วิจัย จริญญา ตันติธรรม
 ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
 คณะกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
 อรสา พันธุ์ภักดี, วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์), วท.ม. (พยาบาล)
 ปิยะมิตร ศรีธรา, พบ.ว. (อายุรศาสตร์), Diploma in
 cardiology (U.K)
 วันที่สำเร็จการศึกษา 17 สิงหาคม พ.ศ. 2536

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วิธีการทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อศึกษารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาศิขิตี และโรงพยาบาลกรุงเทพมหานครโดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 14 ราย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และรูปแบบการช่วยเหลือของผู้วิจัยให้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกโดยใช้คำถามปลายเปิดร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และบันทึกกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านอีก 8 สัปดาห์ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบวัดภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ดัดแปลงมาจากของยศวีร์ สุขมาลจันทร์ (2524) และบล็อกเกอร์ (Blocker 1986) แบบวัดปัจจัยเสี่ยงของโรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บข้อมูลผู้ป่วยเมื่อเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และหลังกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ และแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1990) เก็บข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน และหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบสนองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายใน 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) กลัวตาย 2) กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ 3) กลัวโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับเป็นซ้ำ 4) เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตน แม้ค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยช่วงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำ แต่กลับเพิ่มขึ้นหลังจำหน่าย 8 สัปดาห์ และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และ 5) รู้สึกยากลำบากในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรค

ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองมี 7 ประการ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แหล่งประโยชน์ บุคลิกภาพ ระดับการศึกษาและประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

รูปแบบการช่วยเหลือในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตั้งแต่ระยะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์มี 3 รูปแบบ คือ การทดแทนทั้งหมด การทดแทนบางส่วน และการสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งแต่ละรูปแบบการช่วยเหลือใช้วิธีการช่วยเหลือทั้งหมด 8 วิธี ได้แก่ 1) การกระทำทำให้ 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง 6) การพัฒนาทักษะในการเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่ 7) การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว 8) การติดตามผลและช่วยกระตุ้นในการเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ซึ่งวิธีช่วยเหลือโดยการกระทำทำให้ใช้เฉพาะในรูปแบบการช่วยเหลือโดยการทดแทนทั้งหมดกับการทดแทนบางส่วนเท่านั้น

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาคั้งนี้สามารถเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการแสวงหาข้อมูลและแรงสนับสนุนจากผู้วิจัย อาการเจ็บหน้าอกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด ทั้งในระหว่างการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วย 9 คนที่มีงานทำสามารถกลับไปทำงานได้ภายใน 3-6 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วย 7 คน จาก 14 คนสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้หมด ส่วนอีก 1 คน สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ 4 ชนิดจากปัจจัยเสี่ยง 5 ชนิด และผู้ป่วยทุกคนบอกถึงความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากผู้วิจัย

Thesis Title Model of Helping Patients with Acute
 Myocardial Infarction to Develop Self-Care
 Capabilities

Name Chariya Tantitham

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

 Orasa Panpakdee, B.Sc, M.S.(Nursing)
 Piyamitr Sritara, MD., FRCPT, Diploma in
 Cardiology (U.K)

Date of Graduation 17 August B.E. 2536 (1993)

ABSTRACT

This action research was designed both qualitative and quantitative to explore the model of helping patients with acute myocardial infarction to develop self-care capabilities to reduce complication, uncertainty in illness and risk factors. Purposive sampling was used to select 14 acute myocardial infarction hospitalized patients at Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine, Mahidol University and Bangkok private Hospital. Qualitative data pertaining to the factors contribute to develop self-care capabilities were obtained by in-depth interview according to open-ended questionnaire and participant observation. The helping methods by the investigator and patients' response were also recorded in detail after each interaction with the patients. Patients' complications after acute myocardial infarction and 8 weeks after the discharge were assessed using criteria developed by Sukumarilachunt (2524) and Blocker (1986). The risk factors of the disease before heart attacked and 8 weeks after the discharge were also recorded. Uncertainty in illness was measured by the scale developed by Mishel (1990) and was obtained one day prior to the discharge and 8 weeks after the discharge

Finding of this study indicated that there were five stages of patients' response to their illness. These five stages were; 1) fear of dying, 2) fear of disabilities, 3) fear of recurrence of heart attack, 4) feeling of uncertainty especially after the discharge from the hospitals and 5) feeling of having difficulties in performing self-care to reduce the risk factors.

Seven basic conditioning factors which influenced self-care capabilities and therapeutic self-care demand were identified. They were as follows; health state; health care system; family system; resource availability; personality type; level of education and life experienced.

The model of helping the AMI patients to develop self-care capabilities from the beginning of admission until eight weeks of the discharge from the hospital were; wholly compensatory; partly compensatory and supportive educative system. In these models the investigator employed eight helping methods, they were; 1) doing for, 2) guiding and directing, 3) providing and maintaining an environment that support patient personal development, 6) developing skill to negotiate with the health professions, 7) promoting relationship with family members and 8) continuing the evaluation and increasing patients' motivation for self-care capabilities.

Patients who participated in this study were able to cope with uncertainty in illness by seeking information and support from the investigator. Angina pectoris was the most complication found both during hospitalization and after discharge. Nine working patients could return to their works on the third to the sixth week after the discharge. Seven patients out of 14 were able to control all their risk factors to coronary heart disease and one patient could reduce to only one from five risk factors. All patients verbally reported satisfaction with care provided by the investigator.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญรูป

ก-ข

ค-ง

จ

ช

ซ

บทที่ 1

บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

4

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

11

คำถามการวิจัย

11

ขอบเขตของการวิจัย

12

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย

12

นิยามตัวแปร

13

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

17

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

19

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

20

การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในการดูแลตนเอง

26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	30
สถานที่ศึกษา	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	31
แนวทางการช่วยเหลือ	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	37
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4	
 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	39
ภาวะแทรกซ้อน	43
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	44
ปัจจัยเสี่ยงของโรค	45
การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	49
ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง	70
รูปแบบการช่วยเหลือและผลของการช่วยเหลือ	82
ข้อจำกัดในการวิจัย	98
บทที่ 5	
 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	101
ข้อเสนอแนะ	106
บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	120

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	40
2. รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา	42
3. ชนิดของภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (n = 14)	43
4. ชนิดของภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ (n = 14)	44
5. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระยะก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติแบบที่คู่ (Paired t-test) (n = 14)	45
6. แสดงลำดับของผู้ป่วยที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งก่อนและหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 8 สัปดาห์ (n = 14)	46
7. แสดงถึงอัตราการเกิดปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดโรค 8 สัปดาห์ ที่สามารถควบคุมและลดได้ (n=14)	47
8. แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ และสามารถกลับไปทำงานหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n = 14)	48
9. การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	68

สารบัญรูป

รูปที่

หน้า

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | กรอบแนวคิดของการวิจัย | 10 |
| 2 | แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และผลของวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล | 97 |

บทนำและกรอบแนวคิด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีการแข่งขันสูงด้านการงาน และความเป็นอยู่ ส่งผลให้พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของประชากรเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะคนในเมืองมีความเครียดมากขึ้น พฤติกรรมอนามัยเปลี่ยนแปลง เช่น การสูบบุหรี่ บริโภคอาหารสำเร็จรูป อาหารที่มีไขมันและพลังงานสูง รีบเร่งแข่งกับเวลา และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่สำคัญต่อการส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขเนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดของโรคหัวใจทุกชนิด (กองสถิติสาธารณสุข 2532) โดยพบว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเสียชีวิตครึ่งหนึ่ง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะมีสมรรถภาพลดลง เนื่องจากขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีความกลัว และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนส่วนใหญ่คิดว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของการมีชีวิต เมื่อเจ็บป่วยเกิดโรคหัวใจ ทำให้สมรรถภาพของตนลดลง ไม่กล้าทำอะไรกลัวว่าจะกระทบกระเทือนหัวใจของตนและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ มีผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวนมากที่ไม่ได้กลับไปทำงานหลังออกจากโรงพยาบาล (Burgess & Hartman 1986:570; Pozen, et al. 1977: 835-836) ทั้งๆที่สามารถทำงานได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและอายุน้อยกว่า 65 ปี ซึ่งสามารถกลับไปทำงานได้ในระยะ 8-12 สัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล (Burgess & Hartman 1986:570; Wishnie, et al. 1971:1293; Blessing, et al. 1988:81-85; Shanfield 1990:109-117) ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงมีผลกระทบเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากโรคนี้พบใน

คนที่มีอายุระหว่าง 40-70 ปี (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:1) ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนที่กำลังก่อสร้างฐานะของตนเองและครอบครัวเป็นที่หนึ่งของครอบครัวและยังกระทบต่อประสิทธิภาพของกลุ่มประชากรที่สร้างสรรงานและพัฒนาสังคมด้วย

การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเองในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถใช้ศักยภาพได้เต็มที่จึงมีความสำคัญ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพมากกว่า แรงสนับสนุนทางสังคมกลุ่มอื่น (Karlik & Yarcheshi 1986:547-548;Thompson & Cordle 1988:226; Flearg 1991:7) พบว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อหนีห่างจากความเจ็บป่วย และเผชิญกับผลที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (โอเร็ม 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536:18-19) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พยาบาลสนใจที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในสถานที่มีโปรแกรมดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถลดอัตราการตาย อัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน มีสภาพจิตใจอารมณ์ดีขึ้น และกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น (Pozen, et al. 1977:830-836; Burgess, et al. 1987:359-369; Shanfield 1990:109-115; Burgess & Hartman 1986:568-571; Bohachick 1984:283-287)

โรงพยาบาลในประเทศไทยที่มีโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีน้อยที่พบคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช รวมทั้งมีข้อจำกัดในการศึกษาถึงโปรแกรม อย่างไรก็ตามพยาบาลที่เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้ศึกษาเพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งรวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยไว้ด้วย (เนภาพร แก้วนิมิตชัย 2530) แต่ในทางปฏิบัติก็ยังไม่ได้ประเมินผลว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามมาตรฐานเพียงใด และมีผลดีต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด

ดังนั้น ในสภาพความเป็นจริงที่พบอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่มีทั้งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ และการใช้มาตรฐานการพยาบาล พยาบาลที่ต้องการช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต จึงเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยาตามที่พยาบาลมีโอกาส เนื้อหาข้อมูลที่พยาบาลให้กับผู้ป่วยมาจากสิ่งที่พยาบาลต้องการให้ผู้ป่วยได้รู้ ซึ่งบางครั้งไม่ตรงกับความต้องการ และความพร้อมของผู้ป่วยในแต่ละระยะของความเจ็บป่วย เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานบางประการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น บุคลิกภาพ สภาพความเป็นอยู่ในสังคม ระบบครอบครัว ระยะพัฒนาการ ความรุนแรงของโรคแผนการรักษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งความเครียดและวิถีการการปรับตัวเผชิญกับความเครียดของผู้ป่วย

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะอยู่โรงพยาบาลระยะสั้นลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 5-7 วัน เนื่องจากความจำเป็นในการใช้เตียงของโรงพยาบาลมากขึ้น จึงอาจมีผลต่อความสนใจ และการรับรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนลดลง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลได้ และพยาบาลเองอาจไม่ทราบถึงความยากลำบากของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดูแลสุขภาพของตนเองรวมทั้งไม่สามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ดังนั้นจึงน่าที่จะศึกษาถึงรูปแบบ และวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจากสภาพความเจ็บป่วย และลดภาวะแทรกซ้อน (สมจิต หนูเจริญกุล และนิกุล วิทยุา เจือก, 2534; อรชร มาลาหอม, 2534; พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534; มุกดา คุณาวุฒิน, 2535; วัชรวิ กลิ่นเมือง, 2535) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายการ์ดดิ้งและคณะ (Garding, et at. 1988:355-361) ได้นำแนวคิดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของโอเริ่มมาใช้โดยพยาบาลให้การสนับสนุน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน 6-8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงรูปแบบการช่วยเหลือให้ผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในแต่ละระยะของความเจ็บป่วย คือ ในระยะที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระยะที่ย้ายไปอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไปเพื่อเตรียมตัวกลับบ้าน และระยะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากยังไม่มีผู้ศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับตัว ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดการเกิดโรคซ้ำและความวิตกกังวลเสี่ยงของโรคได้ รวมทั้งยังเป็นแนวทางในการชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะสาขาในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่หวังผลว่ารูปแบบการช่วยเหลือของพยาบาลจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในขณะที่ทำการวิจัย ซึ่งผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ซึ่งจะช่วยลดข้อขัดแย้งเชิงจริยธรรมที่เกิดจากการแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือถ้าวิจัยในวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับ ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในการดูแลผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมต้องการหรือเรียกร้องอยากได้รับการช่วยเหลืออย่างที่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับ ผู้วิจัยไม่อาจปฏิเสธได้ จึงอาจเกิดอคติต่อผลลัพธ์ของการวิจัย ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจึงน่าจะเป็นวิธีการที่มีประโยชน์ และเหมาะสมกับการวิจัยทางคลินิกของพยาบาล รวมทั้งการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณในการวิเคราะห์ผลจะช่วยยืนยันผลการวิจัยด้วย

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการให้การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้สามารถดูแลตนเองได้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทางการพยาบาล คือ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem 1991) และแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1988, 1990) เป็นแนวทางในการหารูปแบบการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถดูแลตนเองได้

โดยทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม จะช่วยให้เข้าใจถึงความสามารถของบุคคลที่จะดูแลตนเอง ความสามารถของบุคคลที่ถูกกระทบเนื่องจากความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง และความสามารถของพยาบาลในการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีของโอเร็ม ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) (Orem 1991, 1985; สมจิต หงุเจริญกุล 2534, 2536) ซึ่งทั้ง 3 ทฤษฎีนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน

ทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้อธิบายถึงการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนร่วมในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบและเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และแผนการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล เป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) (สมจิต หงุเจริญกุล 2534:8) การที่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเห็นคุณค่าของการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่ต้องกระทำพิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่กระทำก่อนการตัดสินใจลงมือกระทำ ดังนั้นบุคคลจึงต้องรู้ก่อนว่าสิ่งที่ตนเองจะกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและจะให้ผลตามที่ต้องการ นั่นคือบุคคลจะดูแลตนเองได้นั้นต้องมีความสามารถในการรู้คิด พิจารณา ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการดูแลได้ (สมจิต หงุเจริญกุล 2536:23-25; Orem 1991:164-165)

ผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วย และแผนการรักษาตั้งแต่ระยะเฉียบพลันที่รับไว้ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยที่ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจะเปลี่ยนแปลงตามระยะของความเจ็บป่วย ซึ่งในระยะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมีความต้องการการดูแลที่จำเป็นหลายอย่าง ได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเต้นของ

หัวใจที่ผิดปกติ การขยายของบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ภาวะหัวใจวาย ภาวะช็อคจากหัวใจและอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เฝ้ารอวังอาการที่ผิดปกติ เหนื่อยหรือวิงเวียนศีรษะจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ปรับกิจกรรมการออกกำลังกาย และพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ ยอมรับภาวะพึ่งพาที่เกิดจากการถูกจำกัดกิจกรรมและการออกกำลังกาย ลดความวิตกกังวล กลัว และเผชิญกับความเครียดในระยะที่อยู่โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับกิจกรรมและการออกกำลังกายให้สอดคล้องจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย รู้จักการใช้ยาอมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ยอมรับการดำรงชีวิตภายใต้การมีข้อจำกัดจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปฏิบัติตามแผนการรักษา บรรเทาภาวะเครียด วิตกกังวลจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด เมื่อพิจารณาถึงการดูแลที่จำเป็นทั้งในระยะอยู่โรงพยาบาล และระยะกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้ว จะเห็นว่าผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตอบสนองได้ทั้งหมด เนื่องจากความต้องการการดูแลที่เกิดขึ้นต้องใช้ความรู้ ทักษะ และเทคนิคพิเศษตลอดจนความจำเป็นในการพัฒนาและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องจัดระบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม จะให้แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของการพยาบาลและแนวทางในการดูแลบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะใช้ความสามารถที่เรียกว่าความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) ในการพิจารณาความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นทั้งหมด ปกป้องความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลหรือสนับสนุนให้บุคคลได้นำความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ หรือพัฒนาความสามารถของบุคคลให้สามารถดูแลตนเองได้โดยแบ่งระบบการพยาบาล โดยอาศัยความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำได้เป็น 3 ระบบ คือ (สมจิต หงษ์เจริญกุล 2536:38; Orem 1991:287)

ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory system) ซึ่งในระบบนี้ พยาบาลมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยชัดเจน ภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถถูกกระทบจากภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงอยู่ในภาวะวิกฤติ และมีความต้องการการดูแลตนเองที่ซับซ้อนเกินความสามารถของผู้ป่วยในระยะนี้ ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมคือแบบทดแทนทั้งหมดด้วยวิธีการช่วยเหลือโดยกระทำแทนให้ผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา แผนการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสามารถและทักษะในการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล การใช้ยาอุปกรณ์และเทคโนโลยีต่างๆที่จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต เข้าใจถึงการตอบสนองทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยต่อภาวะที่ชีวิตถูกคุกคามและช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะนี้ได้

แม้ว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จะได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดจากระบบการพยาบาลทดแทนทั้งหมด แต่เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังรู้สึกตัวดี ยังมีความสามารถในส่วนของการรู้คิดและตัดสินใจได้ แต่ไม่สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆได้ อันเนื่องมาจากผลของพยาธิสภาพและแผนการรักษา ฉะนั้นความสามารถของผู้ป่วยในส่วนที่มีอยู่ต้องได้รับการส่งเสริมให้นำมาใช้ในการดูแลตนเองด้วย พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในระยะนี้โดยการให้ข้อมูล ให้คำอธิบายที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจถึงการดูแลที่จำเป็น และจะได้รับการช่วยเหลือตอบสนองความต้องการนั้นอย่างไร จากใครบ้างผู้ป่วยจะร่วมมือในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างไร เพื่อช่วยดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงกระทันหัน จากบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลับกลายเป็นพึ่งพาคนอื่นทั้งหมด (Garrett 1985)

ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมรับผิดชอบในการสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย การช่วยเหลือขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ป่วยกับพยาบาลอาจตั้งเป้าหมายร่วมกัน กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างสำหรับผู้ป่วย ชดเชยข้อจำกัด และเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยใน

การที่จะดูแลตนเอง และช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ ส่วนกิจกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้น และขอรับความช่วยเหลือจากพยาบาล (Oram 1991:291; สมจิต หนูเจริญกุล 2534:41)

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อพ้นระยะวิกฤติไม่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว ความต้องการการดูแลทั้งหมดจะเปลี่ยนไป การเฝ้าระวังอันตรายอย่างใกล้ชิดจะลดลง ความสามารถของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของตนเองบางส่วนได้ เป็นระยะที่ผู้ป่วยย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไป ระบบการพยาบาลแบบทดแทนบางส่วนจึงเหมาะสมกับผู้ป่วยในระยะนี้ และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นคือ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ต่อเนื่องจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การออกกำลังกายร่างกายมีมากขึ้น เพื่อประเมินความทนของหัวใจต่อการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้น การเรียนรู้เรื่องการสังเกตและประเมินอาการที่ผิดปกติและการจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ป่วยจะค่อยๆ เพิ่มการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลจะคอยดูแลชี้แนะ และช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้เตรียมความพร้อมสำหรับการกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมั่นใจ

ในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล และระยะที่ผู้ป่วยไปอยู่กลับบ้าน ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) จะเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว หรือบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วย เนื่องจากความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะนี้ ได้แก่ เรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูง การเลือกรับประทานอาหารที่ลดไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การรักษาอารมณ์ไม่ให้โมโห โกรธ หรือตึงเครียดมาก ปรับวิธีการนอน หรือนักผ่อนการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การให้ยา และการไปพบแพทย์ตามนัด ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นนี้ ต้องใช้พลังความสามารถและแรงจูงใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมากในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้อย่างต่อเนื่อง

พยาบาลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการให้คำแนะนำ สอน เป็นที่ปรึกษาให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ เปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้เข้าใจถึงคุณค่าของการดูแลตนเอง รวมทั้งการใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ และช่วยกระตุ้นผู้ป่วยและครอบครัวให้คงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536:41-47) เนื่องจากผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแม้ว่าจะสามารถออกจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้านได้ แต่มีโอกาสเกิดกล้ำเนื้อหัวใจตายซ้ำ หัวใจวาย หรือเจ็บหน้าอกได้อีก (angina) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง และอาจต้องพบกับภาวะที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนดำเนินชีวิตใหม่

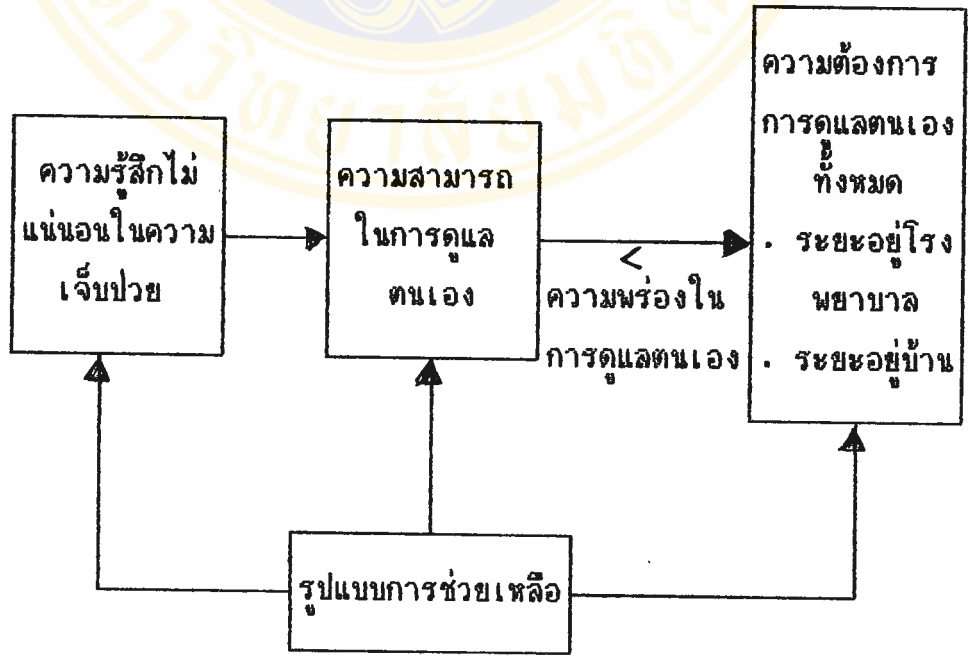
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (MisheI 1988, 1990) มิเชลได้กล่าวถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ 4 แบบ ได้แก่

1. ความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
2. ความสับสนซับซ้อนเกี่ยวกับแผนการรักษา และระบบการดูแล
3. การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ
4. การไม่สามารถคาดการณ์ ทำนาย เกี่ยวกับการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนมี 3 ปัจจัย คือ 1) รูปแบบตัวกระตุ้นซึ่งประกอบด้วยแบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องในเหตุการณ์ที่คาดหวังกับความเป็นจริง ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยช่วยให้ผู้ป่วยสร้างกรอบความนึกคิดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งจะมีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน 2) ความสามารถทางสติปัญญา การรับรู้ เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลในเหตุการณ์ ถ้าสามารถแปลข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริง จะทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 3) แหล่งประโยชน์ที่คอยช่วยเหลือผู้ป่วยได้แก่ ระดับการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ (MisheI 1988:230)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้สูง ถ้าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนมีมาก พยาบาลจึงมีบทบาทในการช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย โดยการทำให้ผู้ป่วยเชื่อถือ และศรัทธาในกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำให้กับผู้ป่วย การให้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ในเหตุการณ์ที่ถูกต้อง ชี้แนะ สอน และสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2534:30-31) ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะรับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ น่าจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยช่วยผู้ป่วยให้พัฒนาความสามารถในการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง เพื่อลดความพร่องในการดูแลตน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคได้อย่างปลอดภัย และสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ สำหรับกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้านนาน 8 สัปดาห์
2. ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการพยาบาลอย่างไรที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์
2. การให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้หรือไม่
3. ปัจจัยพื้นฐานอะไรบ้างที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลและหลังจากกลับไปอยู่บ้านแล้ว 8 สัปดาห์เป็นอย่างใด และแตกต่างกันหรือไม่

5. ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของผู้ป่วยระยะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและระยะกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์เป็นอย่างใด และแตกต่างกันอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อศึกษารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลกรุงเทพ จำนวน 14 ราย ในช่วงเดือนสิงหาคม 2535 ถึงเดือนมีนาคม 2536

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งอาจมีผลช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้
2. เป็นแนวทางในการเสริมสร้างให้พยาบาลเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะเฉียบพลันจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน

3. เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทผู้ชำนาญการทางพยาบาลโรคหัวใจได้ชัดเจนและมีลักษณะเฉพาะในการให้บริการอย่างมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในฐานะวิชาชีพ
4. เป็นการสนับสนุนการนำองค์ความรู้ทางการพยาบาลไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ
5. เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเชิงปฏิบัติการในคลินิกผู้ป่วยอื่นๆต่อไป

นิยามตัวแปร

การช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง วิธีที่พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยปรับวิธีการช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล ข้อมูลได้จากการบันทึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย และกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ช่วยเหลือผู้ป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึงกระบวนการนึกคิดจากการรับรู้ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแปล และทำนายผลที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างชัดเจน ซึ่งประกอบด้วยความคลุมเครือใน 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือในความเจ็บป่วย 2) ความสลับซับซ้อนเกี่ยวกับแผนการรักษาและระบบการดูแล 3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 4) การไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์โรค ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (MisheI 1990)

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีตีบตันและจากผลของการรักษา ซึ่งมีทั้งหมด 18 ชนิด แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบประเมินของ Maschiviri สุขุมาลจันทร์

(2524) และของบล็อกเกอร์ (Blocker 1986) ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 2 ครั้ง คือระยะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และหลังจากกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมและประเมินจากบันทึกรายงานของแพทย์และพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจากการสอบถามผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้หลอดเลือดโคโรนารีตีบตันเพิ่มขึ้น ที่สำคัญได้แก่ 1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) การสูบบุหรี่ 4) โรคอ้วน 5) ไชมันในเลือดสูง 6) การรับรู้ว่ามีบุคลิกภาพแบบเอ 7) ขาดการออกกำลังกาย การประเมินจำนวนและชนิดของปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละคนประเมินจากบันทึกรายงานของแพทย์ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ ซึ่งเกณฑ์ในการประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดโคโรนารีตีบ-ตัน โดยมีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

- 1) ประวัติเป็นเบาหวานและกำลังรักษา หรือระดับกลูโคสในเลือดก่อนอาหารเช้า > 110 มก/ดล. (ขงยุทธ สหัสกุล และคณะ 2532: 19-20)
- 2) ประวัติความดันโลหิตสูงและกำลังรักษา หรือวัดความดันโลหิตได้ค่าความดันซิสโตลิก > 150 มม.ปรอท. หรือค่าความดันไดแอสโตลิก > 90 มม.ปรอท. (ขงยุทธ สหัสกุล และคณะ 2532: 19-23)
- 3) สูบบุหรี่มากกว่าครึ่งซอง/วัน เป็นเวลานานติดต่อกันนานกว่า 6 เดือนก่อนเกิดโรค และยังคงสูบบุหรี่ทั้งเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ขงยุทธ สหัสกุล และคณะ 2532: 20)
- 4) โรคอ้วน โดยคำนวณหาดัชนีมวลกาย (Body mass index) จากสูตรน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม. หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ถ้าค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม^2) จัดว่าเป็นโรคอ้วน (วิชัย ต้นไพจิตร 2534: 108-109)

5) ประวัติไขมันในเลือดสูง หรือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือด (Serum Cholesterol level) > 200 มก./ดล. หรือค่าแอล.ดี.แอล-ไขมันไตรกลีเซอไรด์ > 130 มก./ดล. หรือค่าเอช.ดี.แอล-ไขมันไตรกลีเซอไรด์ < 35 มก./ดล. หลังงดอาหารนาน 12 ชั่วโมง (วิชัย ตันไพจิตร 2534:105-107)

6) การรับรู้ว่าคุณภาพเครื่องเครียดแบบเอ คือเป็นคนเอาจริง-เอาใจมีความทะเยอทะยานชอบแข่งขันเอาชนะ หมกหมุ่นอยู่กับการทำงานให้เสร็จทันเวลา ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดที่สำคัญของผู้ป่วย (สมจิต หงุเจริญกุล 2536:73)

7) ขนาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งๆ ละ 30 นาที (ขงยุทธ สหัสกุล และคณะ 2532:109)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนการรับรู้ว่าคุณภาพแบบเอและขนาดการออกกำลังกาย อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับซึ่งเกณฑ์ประเมิน คือได้อาศัยเกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น

1. การควบคุมเบาหวานได้ หมายถึง ระดับกลูโคสในเลือดก่อนอาหารเช้า < 140 มก./ดล ระหว่างการได้ยาอินซูลินโดยที่ผู้ป่วยไม่เกิดอาการของภาวะระดับกลูโคสในเลือดต่ำ หรือระดับกลูโคสในเลือด < 110 มก./ดล. ในรายที่ควบคุมโดยอาหาร

2. การควบคุมความดันโลหิตสูงได้ หมายถึง ค่าความดันซิสโตลิก < 150 มม.ปรอท และค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก < 100 มม.ปรอท

3. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ภายใน 8 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล

4. การควบคุมโรคอ้วน หมายถึง ผู้ป่วยสามารถลดน้ำหนักได้อย่างน้อย 4 กิโลกรัม ใน 8 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล

5. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องไขมันในเลือดได้ หมายถึง ค่าของระดับ ไนเล็สเทอรอลรวมในเลือด < 200 มก/ดล. หรือค่าแอล.ดี.แอล-ไนเล็สเทอรอล < 130 มก/ดล. หรือค่าเอช.ดี.แอล-ไนเล็สเทอรอล > 95 มก/ดล. หลังงดอาหารนาน 12 ชั่วโมง

6. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีคุณภาพแบบเอ หมายถึง การที่ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด ประเมินจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดที่สำคัญ

7. การออกกำลังกาย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง คืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายติดต่อกันได้ครั้งละ 20-30 นาที

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นสภาพจากความเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องใน 4 หัวข้อดังนี้ 1) ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2) ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว 4) การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการดูแลตนเอง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการตีบตันอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary atherosclerosis) ทำให้เมตาบอลิซึมของเซลล์ต้องหยุดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจต้องตายไป (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ 2524:302) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญได้มีการศึกษาค้นหาและป้องกันปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค พบว่าการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตัน มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับปัจจัยบางอย่างที่เรียกว่าปัจจัยเสี่ยง (Risk Factor) โดยพบว่า บุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงมากเท่าใดจะยิ่งมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือตายได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงของโรค ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง พบว่ามีความสำคัญในการป้องกันโรค และยังสามารถใช้ในการพยากรณ์การดำเนินของโรคด้วย ((Framingham Study 1972 อ้างใน ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ 2524:293)

ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย และสามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนในการดำเนินชีวิต ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ เบาหวาน ส่วนปัจจัยเสริมอื่นๆ ได้แก่ ความอ้วน การขาดการออกกำลังกาย และภาวะเครียด (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ 2524:293-295; สมจิต หนูเจริญกุล 2536:72-73) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวจะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยทั้งอายุต่ำกว่าและมากกว่า 40 ปี โดยที่ประเทศตะวันตกพบปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยอายุน้อยได้น้อยกว่าผู้ป่วยอายุมาก (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:2) แต่ในประเทศไทยจากการศึกษาของ ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ และคณะ (2531:3-4) ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อายุต่ำกว่า 40 และมากกว่า 40 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 174 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ที่อายุน้อยกว่า 40 ปีมีจำนวน 20 ราย กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีจำนวน 154 ราย พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยของทั้ง 2 กลุ่ม คือ บุหรี่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ประวัติครอบครัว โรคอ้วน ต้มสุราจัด ภาวะจิตใจเครียด โดยที่โรคเบาหวานจะพบมากในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และเมื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของโรคในผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขงยุทธ สหัสกุล (2532) ได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มตัวอย่าง 111 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและถูกรับเข้ารักษาในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วง 1 ปี ที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 78 ราย เพศหญิง 33 ราย เก็บข้อมูลโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงของโรคที่พบบ่อยสุด คือ บุคลิกภาพแบบเอร้อยลชะ 70.3 สูบบุหรี่ร้อยลชะ 62.2 ไขมันในเลือดสูงร้อยลชะ 43.2 ความดันโลหิตสูงร้อยลชะ 42.3 เบาหวานร้อยลชะ 21 อ้วนร้อยลชะ 8.1 แต่จากการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการติดตามการผลของควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลังออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว

บุคคลที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคมักจะมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคน้อย หรือไม่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคเลย

บล็อกเกอร์ (Blocker 1986) ทำการศึกษาบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอย่างเดียว คือการสูบบุหรี่พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่า

คนที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่า และต่อมา บล็อกเกอร์ (Blocker 1986) ได้ศึกษาบุคคลที่มีไขมันในเลือดสูงอย่างเดี่ยว ก็พบว่าผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ 2 เท่าเช่นกัน และพบว่าผู้ที่มิปัจจัยเสี่ยงของโรครวมกันถึง 3 ชนิด คือ สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นถึง 8 เท่า (พยงค์ จูฑา 2531: 70)

ดังนั้นการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงจึงมีความจำเป็นในการป้องกันการเกิดโรค และยับยั้งการลุกลามของการตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และอัตราการตายของผู้ป่วยหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งซีเกลและคณะ (Siegel, et al. 1988: 213-214; cited in Blocker 1986: 9-16) ได้รวบรวมงานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยในการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับความรู้จากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ลดและควบคุมได้มีดังนี้หยุดการสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 50-70 ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 20 ลดและควบคุมไขมันในเลือดได้ร้อยละ 17-22 ควบคุมบุคลิกภาพแบบเอได้ร้อยละ 50 ลดและควบคุมน้ำหนักได้ร้อยละ 20-52 และมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 13-60

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระบะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลที่สำคัญและพบบ่อย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติชนิดอันตราย หัวใจเต้นผิดปกติชนิดเต้นช้าหรือเร็ว หัวใจวาย ภาวะช็อคจากหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด อาการเจ็บหน้าอก การมีไข้ทั้งจากการติดเชื้อและจากการไม่ติดเชื้อ รวมทั้งกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ 2524: 308-314; Blocker 1986: 20-25)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหัวใจเต้นผิดปกติทุกชนิดถึงร้อยละ 75-95 หัวใจเต้นผิดปกติชนิด

เป็นอันตรายร้อยละ 4-10 หัวใจวายร้อยละ 23-45 และเจ็บหน้าอกซ้ำร้อยละ 10 (ชควีร์ สุขมาจันทร์ 2524:308) และคุชชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (อ้างใน คุชชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:7) ซึ่งจะเกิดภาวะแทรกซ้อนมากหรือน้อยและรุนแรงเพียงใดขึ้นอยู่กับขนาด และตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียน นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับอายุ และโรคอื่นที่ผู้ป่วยมีอยู่ก่อนด้วย

เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับไปอยู่บ้านพบว่ายังเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อีก จากการศึกษาของคุชชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (อ้างใน คุชชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:7-8) ซึ่งศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อายุน้อยกว่า 40 ปี จำนวน 96 ราย จากโรงพยาบาลสามแห่ง เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ร้อยละ 14 กล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำเกิดขึ้นอีกร้อยละ 14 ซึ่งครึ่งหนึ่งของการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 51) เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จะเห็นว่าทั้งปัจจัยเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสาเหตุทำให้ความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและไม่คงที่ ซึ่งเป็นความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งยังทำให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าทั้งภายใน หรือภายนอกที่คลุมเครือไม่ชัดเจนอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายความหมายของความเจ็บป่วย หรือคาดการณ์และทำนายผลของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่าจะมีภัยอันตรายใดๆ มาคุกคามชีวิตและความเป็นอยู่ของตน หรือไม่ (Mishel 1988:225) ดังนั้นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะเป็นตัวทำนายแหล่งของความเครียดโดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามชีวิต และการต้องเข้ารักษาอยู่ในโรงพยาบาล จากงานวิจัยต่างๆ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยที่รุนแรง และการขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Mishel 1984)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Krantz 1980; Mullen 1978 cited in Christman, et al. 1988:72) โดยมีปัญหาในการปรับตัวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอันเนื่องมาจากอิทธิพลด้านจิตสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรอดชีวิตในระยะยาว (Garrity & Klein 1975 cited in Christman, et al. 1988:72) และเป็นดัชนีของการฟื้นฟูสภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในอนาคต

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับตัวแปรต่างๆ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีดังนี้

เวบสเตอร์และคริสแมน (Webster & Christman 1988:384-396) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอน วิธีการเผชิญปัญหาและอารมณ์เครียด ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 20 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1981, 1983, 1984) แบบวัดวิธีการเผชิญปัญหาของจาร์โลวิสส์และพาวเวอร์ (Jalowice & Power 1981) แบบวัดภาวะอารมณ์ของแมคแนร์และคณะ (McNair, et al. 1971) ซึ่งวัดความวิตกกังวลและซึมเศร้า แบบวัดความรุนแรงของโรคใช้ดัชนีพยากรณ์โรคของพีล (Peel 1961) และแบบวัดกิจกรรมทางกายภาคของคริสแมนและคณะ (Christman, et al. 1984) โดยรวบรวมข้อมูลประเมินความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่โรงพยาบาล จากนั้นติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านในวันที่ 6-10 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหา ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมสูง จะมีความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้ามาก ผู้ป่วยที่รู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยสูงจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการจัดการทางอารมณ์ และการรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยรุนแรงจะมีความรู้สึกวิตกกังวล และซึมเศร้ามาก

ต่อมาในปีเดียวกับคริสแมนและคณะ (Christman, et al. 1988:71-82) ได้ศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับอิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย วิธีการเผชิญปัญหาและภาวะทุกข์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 70 ราย โดยศึกษาใน 3 ระยะ คือระยะก่อนจำหน่าย 72 ชม. และในสัปดาห์ที่ 1, 4 หลังจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาล ซึ่งในระยะหลังจำหน่ายได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลับมาเพียง 60 ราย ใช้เครื่องมือเดียวกันกับการศึกษาข้างต้น ผลจากการศึกษาพบว่า ระยะก่อนการจำหน่าย ออกโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด และลดลงเมื่อเวลาผ่านไป แต่หลังจากจำหน่าย 4 สัปดาห์ คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงจะมีภาวะอารมณ์ทุกข์เพิ่มขึ้นทั้ง 3 ระยะแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ วิธีการแก้ปัญหาจะใช้ การเผชิญหน้ากับปัญหา มากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์ สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วยมีอิทธิพลเล็กน้อยต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการศึกษาข้างต้นเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะเห็นว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อภาวะเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วยโดยที่ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่สูง มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการเพิ่มระดับภาวะอารมณ์ทุกข์ทั้งระหว่างอยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านรวมทั้งมีผลต่อการดูแลตนเองหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการต้องเผชิญกับความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกหรือเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้เมื่อใด ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเหมือนเผชิญกับการเกิดอาการที่อาจเป็นได้ตลอดเวลา ซึ่งจะส่งผลให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงขึ้นเพราะฉะนั้นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีโอกาสสัมพันธ์กับความหวังในการเผชิญปัญหา การปรับตัวในระยะยาวได้ และการสร้างความหวังของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การปฏิเสธว่าตนเองเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Malley, et al. 1988:184-190; Gentry & Haney 1975:733-744; Cassem & Hackett 1977:711-721) ซึ่งการปฏิเสธนี้เป็นกลไกป้องกันตนเองตามธรรมชาติ เพื่อบรรเทาการรับรู้ถึงความรู้สึกรุนแรงและการคุกคามชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่ใช้วิธีการปฏิเสธการรับรู้ต่อการเกิดโรคอย่างเหมาะสม จะช่วยในการเพิ่มความหวัง มีความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการปัญหาได้ ทำให้ฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจได้ดีและกลับไปทำงานได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่ปฏิเสธและต่อต้านต่อการรักษาและจำนนต่อการเผชิญปัญหา และปรับตัวไม่ได้

ดังนั้น การปรับตัวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพ การกลับไปทำงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องเผชิญกับความรู้สึกกลัว สูญเสียซึ่งเป็นผลจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง รวมทั้งต้องเผชิญกับผลของความเจ็บป่วยจากกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไปในระยะยาว และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วยที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษา (Lazarus & Folkman 1984)

จอห์นสัน และมอร์ส (Johnson & Morse 1990:126-135) ได้ศึกษาการปรับตัวในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพชนิดการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory) โดยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลจำนวน 14 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับตัวเพื่อการคงไว้ ซึ่งความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง ซึ่งมี 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะป้องกันตนเอง (Defending oneself) ผู้ป่วยพยายามคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเอง โดยการบอกตนเองว่าอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอาการเล็กน้อยไม่รุนแรง พยายามลดและบรรเทาสถานการณ์โดยการขัดขืนคำสั่งในการนอนพักบนเตียง พยายามที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง มีความรู้สึกไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย และพยายามพิสูจน์ให้เห็นว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองไม่รุนแรง เช่น มีการพูดลกขบขันปิดบังอาการเจ็บหน้าอกกับเจ้าหน้าที่ และปลอบใจญาติว่าตนเองไม่เป็นอะไรมาก

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย รู้และเข้าใจถึงความหมายของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระยะนี้ประกอบด้วย 4 ระยะย่อยคือ

2.1 กำลังเผชิญกับความตายผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤติจะมีการตอบสนอง 2 ชนิด คือ ตอบสนองในทางบวกรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตเหมือนเกิดใหม่ และตอบสนองในทางลบโดยมีความรู้สึกกลัวตาย และมีโอกาสต่อการฟื้นฟูสภาพของตนเองในทางลบ คือไม่เหมือนเดิม มีความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำงานในอนาคต

2.2 ทบทวนความรู้สึกและเหตุผลของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น เชื่อว่าเกิดจากแบบแผนในการดำเนินชีวิตของตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองโชคร้ายที่เป็นโรคนี้นี้ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าสาเหตุของโรคเกิดจากความเครียด และบางรายไม่สามารถหาสาเหตุมาอธิบายได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายเชื่อว่าเจ้าหน้าที่ที่มรสภพมีส่วนในการเพิ่มความรู้สึกผิดและต้องรับผิดชอบสาเหตุของโรค ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากการบอกเล่าของเจ้าหน้าที่

2.3 เหนียวกับข้อจำกัดของตนเองซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคและแผนการรักษาที่จำกัดกิจกรรมและการออกกำลังกาย มีความรู้สึกที่ตนเองไร้ซึ่งความมีคุณค่าทำให้เกิดความกลัวว่าข้อห้ามและข้อจำกัดต่างๆ จะคงติดตัวผู้ป่วยต่อไปในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยจะรู้สึกเสียใจ ซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการอธิบายหรือบอกวิธีจัดการแก้ไข

2.4 มองถึงอนาคตของตนเอง ผู้ป่วยที่มีทัศนคติในทางบวกจะมีความเชื่อว่าตนเองจะฟื้นฟูสภาพได้ จะแสวงหาความรู้ในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองในอนาคต และมั่นใจว่าตนเองต้องกระทำได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีทัศนคติในทางลบจะมีความรู้สึกกลัว โกรธ มีความรู้สึกตนเองไร้ซึ่งความสามารถ มีความรู้สึกสับสน และคลุมเครือต่อความเจ็บป่วยของตนเอง

ระยะที่ 3 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตต่อไป โดยการแสวงหาความรู้เพื่อให้ตนเองเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและปลอดภัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

3.1 คงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเองโดยการจัดการปรับบทบาทใหม่ของตนเองหลังเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสมรรถภาพและการปรับความสมดุลระหว่างความต้องการ และการให้แหล่งประโยชน์ เพื่อช่วยลดความเครียดและมีความรู้สึกที่มีอิสระ แต่ถ้าคนรอบข้างในครอบครัวมีความกังวลและช่วยกระทำกิจกรรมต่างๆ แทนตน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองไร้ซึ่งความมีคุณค่า เหมือนเป็นคนพิการ

3.2 ลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยการแสวงหาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ถ้าการรับรู้ของตนเองและคำบอกเล่าจากเจ้าหน้าที่เป็นไปในทางบวกผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมั่นใจ แต่ถ้าเป็นไปในทางลบจะรู้สึกสิ้นหวังและท้อแท้

3.3 วางแผนและแนวทางในการกระทำกิจกรรมต่างๆ โดยจะเลือกกระทำกิจกรรมที่มีอันตรายน้อย และเพิ่มความระมัดระวังในกิจกรรมที่เริ่มต้นเป็นครั้งแรก

ระยะที่ 4 คงไว้ซึ่งการมีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ป่วยต้องการคำชี้แนะหรือข้อมูลที่ช่วยให้ตนเองเพิ่มความรู้สึกถึงความสามารถในการทำนายผลของการกระทำได้ และเป็นอิสระ การปรับเปลี่ยนในระยะนี้ประกอบด้วยกลยุทธ์ 3 วิธี คือ

4.1 ยอมรับต่อข้อจำกัดของตนเอง โดยการเปลี่ยนและลดความคาดหวังในการกระทำกิจกรรมให้เหมาะสมกับข้อจำกัด ทดสอบและเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมได้ระดับใด

4.2 เรียนรู้การฟื้นฟูสภาพของร่างกายโดยการยอมรับว่าตนเองมีข้อจำกัด

4.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองใหม่ ในผู้ป่วยชายจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนผู้ป่วยหญิงจะรู้สึกว่าคุณเองมีภาระและงานเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถ้าผู้ป่วยสามารถกระทำสำเร็จ จะรู้สึกว่าคุณเองประสบความสำเร็จ มีความพึงพอใจและมองกิจกรรมต่างๆ เป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความรู้สึกว่าคุณเองสามารถทำนายผลของการกระทำกิจกรรมได้ ไม่ต้องการชี้แนะในสิ่งที่ตนเองไม่ต้องการ แต่ต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนและให้กำลังใจ

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะกลับเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการกระบวน การในการปรับตัวใหม่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องเพิ่มความพยายามเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถ ในการควบคุมและจัดการด้วยตนเอง โดยการขอมัจฉานเพื่อให้ตนเองผ่านพ้นขั้นตอนของการปรับตัวได้

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ต้องเผชิญกับผลของความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงคุกคามชีวิต อีกทั้งต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยต่อไปอีกยาวนาน ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อลดและคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจให้คงทนต่อการออกกำลังกายและมีกิจกรรมต่างๆได้ รวมทั้งสามารถกลับไปทำงาน ดังนั้นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงมีความจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งเป็นรูปแบบของการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการดูแลตนเอง

มีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาถึงวิธีการและผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ซึ่งเป็นการศึกษาของต่างประเทศ มีดังนี้

กร้าวดิง และคณะ (Garding, et al. 1988:355-361) ได้ศึกษาถึงผลการศึกษาถึงผลการศึกษาพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในกลุ่มผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6-8 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 ราย สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับการติดตามประเมินและให้ความรู้เป็นรายบุคคลทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ให้เพิ่มเติมมี 6 ด้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการปรับกิจกรรมการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด 6 ด้าน เพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เฟอริ (Fleury 1991:3-8) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ การให้คุณค่าต่อสุขภาพและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก ตาม

คุณสมบัติที่กำหนด คือ เพศชายอายุ 35-75 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 6 เดือน และไม่เกิน 3 ปี ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ทั้งหมด 120 ราย แต่ได้รับแบบสอบถามกลับครบเพียง 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (Norbeck Social Support Questionnaire) แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพ (Health Locus Control) แบบวัดการให้คุณค่าต่อสุขภาพ (Value Orientation Scale) แบบวัดแรงจูงใจของตนเอง (Self-Motivation Inventory) ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการให้คุณค่าต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเพิ่มแรงจูงใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .05$) สำหรับตัวแปรที่สามารถทำนายการเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกด้านสุขภาพและการให้คุณค่าต่อสุขภาพ โดยที่ตัวแปรทั้ง 2 สามารถอธิบายความแปรปรวนของการเพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ร้อยละ 32 แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่น้อย คือ เพียง 52 ราย

จากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแรงจูงใจในการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยเองเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะจัดการและควบคุมได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจน่าจะได้ช่วยเหลือ โดยการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

เบอร์เกอร์ส และฮาร์ท (Burgess & Hartman 1986:570-571) ได้ศึกษาถึงการกลับไปทำงานของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวนทั้งหมด 180 ราย จากรัฐแมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกำหนดว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องเป็นผู้ที่ทำงานนอกบ้านอย่างน้อย 20 ชั่วโมง/สัปดาห์ก่อนที่จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มทดลองได้รับการช่วยเหลือ โดยเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจจากพยาบาลผู้ชำนาญการ 5 คน ใช้เวลาในการสอน 20 ชั่วโมง แบบวัดในการศึกษา

ประกอบด้วยแบบวัดความวิตกกังวลของเทลเลอร์ (Taylor) แบบวัดความรู้สึกซึมเศร้าของซุง (Zung) แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมของคาเปลน และคณะ (Caplan & et al.) แบบวัดประเมินบุคลิกภาพแบบเอของเจนคิน (Jenkin) แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของมอนเทอริโอ (Monterio) แบบวัดเกี่ยวกับการทำงานซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด 2 ข้อ ประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการกลับไปทำงาน ซึ่งแบบวัดนี้จะใช้ประเมินในช่วงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 13 เดือน ผลของการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะเครียด นิ่งพบบุคคลในครอบครัวน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $< .05$ ตามลำดับ) และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มสามารถกลับไปทำงานได้หลังจำหน่าย 60-70 วัน โดยมีร้อยละ 75 ที่กลับไปทำงานเดือนที่ 4 และกลุ่มทดลองมีปัญหาในการปรับตัวและเครียดจากการทำงานในระยะ 3 เดือนแรกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มต่างรับรู้ว่าเป็นแหล่งของความเครียดถึงร้อยละ 90 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถกลับไปทำงานในเดือนที่ 7 มีโอกาสลาออกจากงานทุกราย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการกลับไปทำงาน คือปัญหาด้านจิตสังคม ขนาดแรงสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส เพื่อน และการเปลี่ยนงานใหม่

สำหรับการศึกษาถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจส่วนใหญ่ พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำลดอัตราการตาย ลดภาวะแทรกซ้อน สภาพจิตอารมณ์ดีขึ้น และสามารถกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น (Burgess, et al. 1987; Pozen, et al. 1977; Raleigh & Odtohan 1987)

จะเห็นว่า รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจนั้น ก็คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการดูแลตนเองนั้นเอง เพียงแต่ระยะเวลาของการศึกษาแตกต่างกัน ในต่างประเทศจะเป็นการศึกษาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะของการเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกมีการกำหนดเนื้อหาในการสอน แจกเอกสาร รูปภาพประกอบจากสไลด์หรือวิดีโอ การเข้ากลุ่ม ฝึกการออกกำลังกาย ฝึกวิธีการบรรเทาความเครียด เป็นต้น โปรแกรมดังกล่าวเป็นโครงการใหญ่ที่มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพหลายฝ่าย เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ซึ่งโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมักจะมีในโรงพยาบาลใหญ่ๆ และศูนย์โรคหัวใจ

สำหรับในประเทศไทยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากมาย แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัด อาทิเช่นผ่าตัดนิ้วในข้อโต ผ่าตัดช่องท้อง ซึ่งผลการศึกษาล้าย ๆ กัน คือ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล มีสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วกว่า มีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่า กลุ่มควบคุม (สมจิต หนูเจริญกุล และนิกุล วิญญาเจือก 2534; อรชร มาลาหอม 2534; พรจันทร์ พงษ์พรหม 2534; วชิร กลิ่นเฟื่อง 2535; มุกดา คุณาวุฒินันท์ 2535)

สรุปบททวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการดำเนินโรคที่รุนแรงและอันตรายถึงชีวิต รวมทั้งลักษณะของความเจ็บป่วยที่เป็นได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเพิ่มขึ้นและไม่คงที่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากภาวะสุขภาพและแผนการรักษามีผลต่อการดูแลตนเองทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตลอดจนการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ ภายใต้ข้อจำกัดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นการศึกษาที่ผ่านมาเป็นเพียงการศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจจากต่างประเทศ ซึ่งมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ลดอัตราการตาย ลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและเพิ่มการกลับไปทำงานได้มากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดว่า หากได้ศึกษาถึงรูปแบบของการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะเข้ารับรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านอีก 8 สัปดาห์ น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยในการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดอันเนื่องมาจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัว และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยมีส่วนร่วม (Action research) โดยใช้วิธีการทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาหาวิธีการทางพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่รุนแรงคุกคามชีวิต การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดความก้าวหน้าของความรุนแรงของโรค และการศึกษาถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลกรุงเทพ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2535 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2536 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการวินิจฉัยครั้งแรก
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sample) ตามลักษณะดังกล่าวข้างต้น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 14 ราย ไม่มีผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา และสามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างเสนอไว้ในบทที่ 4

สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาในครั้งนี้คือหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และหอผู้ป่วยสามัญของแผนกอายุรศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีซึ่งเป็นโรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยขนาด 900 เตียง ในแผนกอายุรศาสตร์มีเตียงรับผู้ป่วย 110 เตียง ซึ่งผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะถูกรับไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะแรกทุกคน โดยได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลประจำการ และเมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้วจะย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งจะอยู่ปะปนกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ โดยได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัดนักศึกษาแพทย์โดยมีอาจารย์แพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจรับผิดชอบ และมีพยาบาลประจำการในแต่ละหอผู้ป่วยรวมทั้งนักศึกษานพยาบาลให้การดูแล

สำหรับโรงพยาบาลกรุงเทพ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 300 เตียง ซึ่งรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะแรกไว้ที่หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และย้ายไปรักษาที่ห้องพิเศษที่ผู้ป่วยอยู่เฉพาะแต่ละคนเมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจผู้ดูแลเป็นเจ้าของไข้ผู้ป่วยเฉพาะราย และมีพยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหอผู้ป่วยพิเศษให้การดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 4 ชุด ได้แก่

1. หัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจและหลอดเลือดหัวใจพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค อาการและอาการแสดงและภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งวิธีการรักษาเมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลและปฏิบัติตนขณะที่รักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และหอผู้ป่วยทั่วไป

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วยคำแนะนำขั้นตอนการออกกำลังกายออกกำลังและการเคลื่อนไหว การปรับกิจกรรม และการสังเกตอาการผิดปกติ

4. การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประกอบด้วยคำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร การผ่อนคลาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เอกสารทั้ง 4 ชุดดังกล่าวนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลทางอายุรศาสตร์ 2 ท่าน

นอกจากเอกสารที่เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้เพื่อดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยยังได้สร้างอุปกรณ์ประกอบคำอธิบายเป็นภาพแผ่นพลิกที่ทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพโครงสร้างของหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งตำแหน่งที่หลอดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจเกิดพยาธิสภาพ และวิธีการรักษาที่เหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งบันทึกเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัญหาเศรษฐกิจ การวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับ จำนวนวันที่รักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และจำนวนวันที่ทั้งหมดที่อยู่ในโรงพยาบาล (ภาคผนวก ข)



2. แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ ยศวีร์ สุนุมาลจันทร์ (2524) และบล็อกเกอร์ (Blocker 1986) ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อน 18 รายการที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ (ภาคผนวก ค) โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากใบบันทึกรายงานของแพทย์และพยาบาลและจากการสอบถามผู้ป่วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนแต่ละชนิดที่เกิดขึ้นจะให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและครอบคลุมเนื้อหา โดยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ทางโรคหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาลออร์คาสตร 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงและนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

3. แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่บุคคลสามารถควบคุมได้ เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 7 อย่าง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย และการรับรู้ว่าตนเองมีบุคลิกภาพแบบเอ (Type A Personality) (ภาคผนวก ง)

4. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel Uncertainty in Illness Scale) (Mishel 1990) จำนวน 32 ข้อ ซึ่งบุญจันทร์ วงษ์สุนทรรัตน์ ได้ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทย และตัดข้อคำถามเหลือ 28 ข้อเพื่อใช้กับผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนี้มาดัดแปลงและตัดข้อคำถามเหลือ 26 ข้อ (ภาคผนวก จ) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามวัดความรู้สึกไม่แน่นอน 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย 12 ข้อ 2) ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 4 ข้อ 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 5 ข้อ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรค 5 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้มีข้อคำถามด้านบวก 17 ข้อและด้านลบ 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดย

ผู้ตอบให้ความเห็นว่าข้อความนั้นเป็นจริง ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบนั้นมากน้อยเพียงใด ในคำถามด้านบวกให้คะแนนจาก 1 ไม่จริงที่สุดถึง 5 จริงที่สุด สำหรับคำถามในด้านลบ ผู้วิจัยจะกลับคะแนนข้อที่เป็นลบก่อนคิดรวมคะแนน คะแนนรวมต่ำสุด 26 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด 130 คะแนน คะแนนยิ่งสูง แสดงว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือในด้านความเที่ยงและความตรงนั้น มิเชลได้ทำการทดสอบและปรับปรุงเครื่องมือตั้งแต่ปี 1981 เป็นต้นมา (Mishel 1981:258-263; Mishel 1990 อ้างในเมฆา ลิ้มทองกุล 2535:25)

ได้ตรวจสอบหาความตรงเชิงโครงสร้าง 3 วิธี คือ 1)วิธีโดยทราบกลุ่มตัวอย่าง 2)วิธีหาความสัมพันธ์ตามทฤษฎี 3)วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ ในปี 1989 ได้นำไปทดสอบในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1,999 ราย และวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่ามียังองค์ประกอบ 4 ด้าน โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ คือ 1)ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย 13 ข้อ 2)ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล 7 ข้อ 3)ด้านการได้รับข้อมูลที่มีความเปลี่ยนแปลงบ่อยหรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่เคยได้รับ 7 ข้อ 4)ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรค 5 ข้อ และหาความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามทั้งหมด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .91, .86 และ .83 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามลำดับ

การนำเครื่องวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลมาใช้โดย บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) และทิพานร วงศ์หงษ์กุล (2533) นั้น ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่ 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา แล้วนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 68 ราย (บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ 2533) และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 74 ราย (ทิพานร วงศ์หงษ์กุล 2533) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาก่อนรับรังสีรักษาเท่ากับ .79 และ .83 ตามลำดับ และก่อนสิ้นสุดการรักษาด้วยรังสีรักษาได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89 และ .88 ตามลำดับ ต่อมาเมฆา ลิ้มทองกุล (2535) ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาดัดแปลงใช้กับผู้ป่วยหญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมระยะรอผลผลการ

ตรวจขึ้นเนื้อจำนวน 80 ราย โดยตัดแปลงข้อคำถามเหลือ 24 ข้อเมื่อนำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา .76 นอกจากนี้จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย (2536) ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวมาตัดแปลงข้อคำถามเหลือ 26 ข้อ โดยตัดแปลงใช้กับผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .86

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้นำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล ที่ตัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยบุญจันทร์ วงศ์สุนรัตน์ นำมาปรับข้อคำถามเหลือ 26 ข้อ แล้วนำไปวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วย 20 ราย และ 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .69 และ .78 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบสอบถามชุดเดียวกับของ จันทรทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ดังกล่าวนี้นำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 14 ราย โดยหาความสอดคล้องภายในใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนมาซ (Cronbach coefficient) ซึ่งวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 วัน และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ

5. **แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด** ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และปัญหาหรือปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ภาคผนวก จ)

แนวทางการช่วยเหลือ (Intervention program)

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการช่วยเหลือจากผู้วิจัย โดยมีแนวทางกว้างๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยในเรื่องโรคการรักษา และปัญหาของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ก่อนพบกับผู้ป่วยทุกครั้งขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการหาวิธีการช่วยเหลือ

2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยครั้งแรกในวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโรคหัวใจ โดยแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ของการติดต่อกับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

3. การให้ข้อมูลตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วย การช่วยเหลือเพื่อสนับสนุนการปรับตัว และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองตามความพร้อมและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ และแจกเอกสาร 2 ชุด เกี่ยวกับโรคและการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันขณะรักษาในโรงพยาบาล สำหรับเอกสารอีก 2 ชุด ซึ่งเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจและการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตผู้วิจัยจะแจกในวันต่อไป

5. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันขณะอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามดูแลและประเมินผู้ป่วยทางโทรศัพท์ทุก 1-2 สัปดาห์และเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือให้โทรศัพท์มาหาผู้วิจัยได้ และพบกับผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัดที่โรงพยาบาลรามธิบดี ผู้ป่วยโรงพยาบาลกรุงเทพติดต่อกันเฉพาะทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รับฟังปัญหาประเมินการตอบสนองต่อความเครียด ประเมินความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย กำหนดเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

6. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก และจากสิ่งที่ผู้ป่วยขอคำแนะนำ โดยบันทึกการรับรู้และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อภาวะความเจ็บป่วยและแผนการรักษา วิธีการช่วยเหลือที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งบันทึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด.
2. เมื่อทราบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามเกณฑ์ที่กำหนดรับไว้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยไปพบผู้ป่วยแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการศึกษาพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา ตามรายละเอียดในการบันทึกสถิติของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก)
3. สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และบันทึกลงในใบแบบฟอร์ม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน
4. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์ที่ไม่ได้บันทึกไว้ในเวชระเบียน ตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และระหว่างอยู่บ้าน 8 สัปดาห์
5. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ การรับรู้คลิสิกภาพแบบเอ การออกกำลังกาย โดยเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือเมื่อรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลและหลังกลับไปอยู่บ้านนาน 8 สัปดาห์ เพื่อดูความเปลี่ยนแปลงของการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค
6. สังเกตแบบมีส่วนร่วมและสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ และการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของความเจ็บป่วย ผู้วิจัยบันทึกการช่วยเหลือและผลของการช่วยเหลือที่เกิดขึ้นไว้ในสมุดบันทึกของผู้ป่วย

7. ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2 ครั้ง ครั้งแรกคือ 1 วันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และครั้งที่สองเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยครั้งแรกที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะอยู่กับผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม โดยจะให้ผู้ป่วยที่อ่านหนังสือได้และไม่มีปัญหาในการมองเห็นอ่านและตอบแบบสอบถามเอง โดยผู้วิจัยจะคอยตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัย ส่วนผู้ป่วยที่อ่านหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังและให้ผู้ป่วยเลือกตอบ ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามเอง 10 ราย ผู้วิจัยอ่านให้ฟัง 4 ราย ในการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจะตอบเองที่บ้านโดยอ่านแบบสอบถามเอง และญาติอ่านให้ฟังในรายที่อ่านหนังสือไม่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ดำเนินการเก็บในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ซึ่งใช้การวิเคราะห์ที่แตกต่างกัน คือ

1. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science)
2. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึก และบันทึกการช่วยเหลือผู้ป่วยจัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งจะดำเนินการจัดระบบข้อมูลและวิเคราะห์โดยองค์การระบบการวิเคราะห์แบบ Analytic Comparison และ Illustration Model

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านอีก 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยและการอภิปรายผลจะเสนอด้วยกันตามหัวข้อดังนี้ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงของโรค และข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง และรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่เริ่มรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านอีก 8 สัปดาห์

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวนทั้งหมด 14 ราย จากโรงพยาบาลรามาศิขิตี 12 ราย และโรงพยาบาลกรุงเทพ 2 ราย ผู้ป่วยทุกรายต่างเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นครั้งแรก เป็นเพศชาย 10 ราย เพศหญิง 4 ราย มีช่วงอายุระหว่าง 42-72 ปี อายุเฉลี่ย 58.38 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ 11 ราย นับถือศาสนาพุทธ 9 ราย ที่เหลือศาสนาคริสต์ 3 ราย และอิสลาม 2 ราย ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่กรุงเทพมหานครคือ 12 ราย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา รองลงมาจบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาโทมี 1 ราย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 4,000-10,000 บาท และผู้ป่วยที่มีรายได้สูงมากกว่า 59,000 บาท มีถึง 2 ราย และเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเศรษฐกิจและมิงานทำ รายละเอียดแสดงใน (ตารางที่ 1) นับว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีระดับการศึกษาค่อนข้างดีและรายได้ค่อนข้างสูง มีปัญหาเศรษฐกิจน้อย สอดคล้องกับอุบัติการณ์ของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบในประชากรที่มีเศรษฐฐานะค่อนข้างดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ศุภชัย ไชยศิริพันธ์

2531:1; Burgess, et al. 1987:363, Fleury 1992:4; Pozen, et al. 1977: 832) และใกล้เคียงกับการศึกษาเกี่ยวกับอายุเฉลี่ยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ คริสแมนกับคณะ (Christman, et al. 1988:72-73) และวิชเนียกับคณะ (Wishnie, et al. 1971:1293) ซึ่งพบว่ามียุเฉลี่ย 58.13 และ 58.4 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=14)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สถาบัน			ระดับการศึกษา		
โรงพยาบาลรามาศินติ	12	85.7	ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	7.1
โรงพยาบาลกรุงเทพ	2	14.3	ประถมศึกษา	6	42.9
			มัธยมศึกษา	2	14.3
เพศ			ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	3	21.4
ชาย	10	71.4	ปริญญาตรี	1	7.1
หญิง	4	28.6	ปริญญาโท	1	7.1
สถานภาพสมรส			อาชีพ		
คู่	11	78.6	งานบ้าน	2	14.3
หม้าย หย่า แยก	3	21.4	เกษตรกร	1	7.1
			รับจ้าง	3	21.4
ศาสนา			รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	7.1
พุทธ	9	64.3	ค้าขาย	2	14.3
คริสต์	3	21.4	ไม่ได้ทำงาน	5	35.7
อิสลาม	2	14.3			
ภูมิลำเนา					
กรุงเทพฯ	12	85.7			
ภาคกลาง	1	7.2			
ภาคใต้	1	7.2			

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)			อายุ (ปี)	
< 4,000	3	21.4	ค่าเฉลี่ย	42 - 72
4,000-9,000	5	35.5	ค่าเฉลี่ย	58.29
9,000-14,000	2	14.2	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	9.29
14,001-19,000	1	7.1	ฐานนิยม	42.0
19,001-24,000	1	7.1	ระยะเวลาในการศึกษา (ปี)	
> 59,000	2	14.2	ค่าเฉลี่ย	0-20
			ค่าเฉลี่ย	8
วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล			ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.36
เบิกค่ารักษาพยาบาลได้	5	35.7	ฐานนิยม	4.0
ชำระค่ารักษาเอง	7	50.0		
สังคมสงเคราะห์	1	7.1		
ชำระเองร่วมกับสังคมฯ	1	7.1		
ปัญหาเศรษฐกิจ				
ไม่มีปัญหา	8	57.1		
มีปัญหาเล็กน้อย	3	21.4		
มีปัญหาปานกลาง	2	14.3		
มีปัญหามาก	1	7.1		

เมื่อพิจารณารายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการรักษาพบว่าบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุดคือด้านหน้า (Anterior wall) คือ 6 ราย ระดับความรุนแรงของโรคค่อนข้างต่ำ คือ Killip I และ II ในจำนวนเท่ากัน คือ 7 รายและมีถึง 6 รายที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ได้ทัน สำหรับจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลนั้นโดยเฉลี่ย 9.6 วัน และอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยเฉลี่ย 3.4 วัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการรักษา (n = 14)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	
บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตาย			จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลทั้งหมด	
Anterior Wall	6	42.9	ค่าเฉลี่ย	5-30
Inferior Wall	4	28.6	ค่าเฉลี่ย	9.64
Antero-Septal Wall	2	14.3	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	6.12
Posterior Wall	1	7.1	ฐานนิยม	8.0
Lateral Wall	1	7.1	จำนวนวันที่รักษาด้วยไอ.ซี.ยู.หรือ ซี.ซี.ยู	
ระดับความรุนแรงของโรค (Killip)			ค่าเฉลี่ย	1-7
Killip I	7	50	ค่าเฉลี่ย	3.4
Killip II	7	50	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	1.8
Killip III	0	-	ฐานนิยม	2.0
Killip IV	0	-	จำนวนวันที่รักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป	
การรักษาตามปกติ			ค่าเฉลี่ย	3-26
	7	50	ค่าเฉลี่ย	6.2
การรักษาที่ได้รับเฉพาะเจาะจง			ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5.9
Thrombolytic Agent	6	42.9	ฐานนิยม	3.0
CABG	1	7.1		

ภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาลที่พบมีเพียง 6 ชนิด ชนิดที่พบบมากที่สุดคืออาการหน้าเจ็บอก (Angina) คิดเป็นร้อยละ 64.3 รองลงมาคือหัวใจวาย หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดไม่รุนแรง หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง ไข้จากการติดเชื้อ และไข้ไม่มีการติดเชื้อตามลำดับ (รายละเอียดดูในตารางที่ 3) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (อ้างในศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:71) ที่พบว่าภาวะแทรกซ้อนระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาลคืออาการหน้าเจ็บอก ร้อยละ 25 หัวใจวายร้อยละ 23 หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง ร้อยละ 14 มีภาวะช็อค ร้อยละ 4 และถึงแก่กรรม ร้อยละ 4

ตารางที่ 3 แสดงชนิดของภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (n=14)

ลำดับ	ชนิดของภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
1	อาการหน้าเจ็บอก (Angina)	9	64.3
2	หัวใจวาย	7	50
3	หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดไม่รุนแรง	4	28.4
4	หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง	2	14.2
5	ไข้จากการติดเชื้อ	2	14.2
6	ไข้ไม่มีการติดเชื้อ	1	7.1

สำหรับภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ที่พบมี 3 ชนิดชนิดที่พบบมากที่สุดคือ อาการหน้าเจ็บอก (Angina) คิดเป็นร้อยละ 42.6 รองลงมาคือ อาการหน้าเจ็บอกชนิดไม่คงที่และต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำและหัวใจวาย และหลอดเลือดดำอุดตัน (ดูตารางที่ 4) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์และคณะ (อ้างใน ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ 2531:7-8) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่บ้านมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้แก่ อาการหน้าเจ็บอกชนิดไม่คงที่ ร้อยละ 14 เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ร้อยละ 14

ตารางที่ 4 แสดงชนิดของภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ (n = 14)

ลำดับ	ชนิดของภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
1	อาการเจ็บหน้าอก (Angina)	6	42.6
2	อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่และต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ	3	21.9
3	หัวใจวาย	2	14.3
4	หลอดเลือดอุดตันที่ขาขวา	1	7.1

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 59-107 จากค่าที่เป็นไปได้ 26-130 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 73.50 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.48 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ขวา (Skewness 1.35) ส่วนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 49-93 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 75.50 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.39 การกระจายของคะแนนมีทิศทางเบ้ซ้าย (Skewness -1.25) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระยะก่อนจำหน่ายค่อนข้างต่ำเล็กน้อย และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูงเล็กน้อย

แต่เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้ง 2 ระยะคือระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติแบบที่คู่ (Paired t-test) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.54$, $p > .05$) (ตารางที่ 5) (สำหรับรายละเอียดของการอภิปรายผลดูในหน้า 57, 58)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระยะก่อนจำหน่าย และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติแบบทีคู่ (paired t-test) (n=14)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	M	S.D	Rang	t value
ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล	73.50	13.48	59-107	-.54 ^{**}
หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล	75.50	12.37	43-93	

^{**}p>.05

ปัจจัยเสี่ยงของโรค

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค โดยจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือมีครบ 7 ชนิด มี 1 ราย และมีจำนวนปัจจัยเสี่ยงที่น้อยที่สุดพบ 1 ชนิด มี 1 ราย เช่นกัน ส่วนใหญ่จะมีปัจจัยเสี่ยงคนละ 4 ชนิด และหลังจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงลงได้ มีเพียง 4 รายที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงคงเดิม (ดูในตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงลำดับของผู้ป่วยที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งก่อนและหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย 8 สัปดาห์ (n=14)

ลำดับผู้ป่วย	เพศ	จำนวนปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค	จำนวนปัจจัยเสี่ยงหลัง หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์
1	ชาย	4	0
2	หญิง	4	0
3	ชาย	4	0
4	ชาย	4	4
5	ชาย	4	0
6	หญิง	3	3
7	หญิง	3	3
8	ชาย	7	0
9	ชาย	2	1
10	หญิง	3	3
11	ชาย	4	3
12	ชาย	4	0
13	ชาย	1	0
14	ชาย	5	1

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยในกลุ่มตัวอย่างนี้คือ ขาดการออกกำลังกาย (ร้อยละ 85.2) ตามด้วยความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 64.3) การรับรู้ตนเองมีบุคลิกภาพเคร่งเครียดแบบเอ (ร้อยละ 64.3) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 50) เบาหวาน (ร้อยละ 50) อ้วน (ร้อยละ 45.5) และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.3) หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ พบว่าอัตราการเกิดปัจจัยเสี่ยงทุกชนิดลดลง (ดูในตารางที่ 7) ส่วนตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 9 ใน 10 ราย มีบุคลิกภาพแบบเอ และผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ 5 ราย สามารถปรับเปลี่ยน

ลดปัจจัยเสี่ยงได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบบี 5 ราย มีเพียง 2 ราย ที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงลงได้ และผู้ป่วยที่ทำงานสามารถกลับไปทำงานภายใน 3-5 สัปดาห์ และในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 14 ราย มี 3 รายที่ต้องกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำ เพราะเกิดอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่และหัวใจวาย และในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบบีทั้งหมด (สำหรับรายละเอียดของการอภิปรายผลดูในหน้า 61, 62)

ตารางที่ 7 แสดงถึงอัตราการเกิดปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการเกิดโรค และปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดโรค 8 สัปดาห์ที่สามารถควบคุมและลดได้ (n=14)

ชนิดของปัจจัยเสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค		ปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดโรค 8 สัปดาห์ที่สามารถควบคุมและลดได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ขาดการออกกำลังกาย	12	85.2	7	50.0
2. ความดันโลหิตสูง	9	64.3	6	42.9
3. การรับรู้ตนเองมีบุคลิกภาพ เคร่งเครียดแบบเอ	9	64.3	6	42.9
4. การสูบบุหรี่	7	50.0	6	42.9
5. เบาหวาน	7	50.0	3	21.3
6. อ้วน	5	45.5	2	14.3
7. ไนมันในเลือดสูง	2	14.3	0	0

ตารางที่ 8 แสดงถึงจำนวนผู้ป่วยที่สามารถปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ และสามารถกลับไปทำงานหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=14)

ลำดับ ผู้ป่วย	เพศ	ปรับเปลี่ยน ปัจจัยเสี่ยง ได้	บุคลิกภาพแบบ	สัปดาห์ที่กลับไป ทำงานหลัง จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	หมายเหตุ
1	ชาย	ได้	เอ	4	กลับเข้าโรงพยาบาล ซ้ำในสัปดาห์ที่ 3
2	หญิง	ได้	บี	6	
3	ชาย	ได้	เอ	4	
4	ชาย	ไม่ได้เลย	เอ	ไม่ได้ทำงาน	
5	ชาย	ได้	เอ	ไม่ทำงาน	
6	หญิง	ไม่ได้เลย	เอ	4	
7	หญิง	ไม่ได้เลย	เอ	3	
8	ชาย	ได้	เอ	3	
9	ชาย	ได้ไม่หมด	บี	ไม่ได้ทำงาน	
10	หญิง	ไม่ได้เลย	บี	ไม่ได้ทำงาน	กลับเข้าโรงพยาบาล ซ้ำ 2 ครั้งในสัปดาห์ ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8
11	ชาย	ได้ไม่หมด	บี	ไม่ได้ทำงาน	กลับเข้าโรงพยาบาล ซ้ำ 2 ครั้งในสัปดาห์ ที่ 1,7
12	ชาย	ได้	เอ	5	
13	ชาย	ได้	บี	4	
14	ชาย	ได้เกือบหมด	เอ	4	

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ และได้วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบโดยใช้วิธีสอดคล้อง (The analytic comparison by method of agreement) (เบญจฯ ยอดดำเนิน-อรรถดิษฐ์ 2535 บรรยาย) โดยจะเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ

1. การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง
3. รูปแบบการช่วยเหลือและผลของการช่วยเหลือ

การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่กำลังทำการศึกษาคั้งนี้ถูกรับไว้รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะแรกของการเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองนั้นรุนแรงคุกคามชีวิต อาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ การที่ผู้ป่วยรับรู้เช่นนี้เนื่องจากผู้ป่วยใช้เกณฑ์ประเมินจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง ซึ่งไม่เคยเป็นมาก่อนเหมือนครั้งนี้ มีอาการหายใจไม่ออก เหงื่อแตก และรู้สึกเหมือนจะเป็นลมร่วมด้วย ได้รับการบอกจากแพทย์และพยาบาลว่าตนเป็นโรคหัวใจ แสดงว่ามีอันตรายเกิดขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญของชีวิต ร่วมกับการต้องเข้ารับรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์จากสื่อต่างๆ เป็นสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วยอาการหนักมากและใกล้ตาย นอกจากนี้ระบบการดูแลรักษาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือแพทย์และพยาบาล ซึ่งต่างมีเป้าหมายสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจวาย ป้องกันและจำกัดการลุกลามขยายบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่บาดเจ็บทำให้มีการใช้ยาและเครื่องมือพิเศษต่างๆ ในการตรวจรักษา รวมทั้งการจำกัดกิจกรรมและการออกกำลังกาย จากการรับรู้ว่าการเกิดขึ้นกับตนเองนั้นรุนแรงคุกคาม

ชีวิต โดยที่ตนไม่สามารถหลีกเลี่ยงและความคลุมสับสนการณ์ต่างๆ ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกตกใจและกลัวตาย (Burgess & Hartman 1986:570; Scherck 1992:329; Johnson & Morse 1990:129; Cassem & Hackett 1977:715)

"ฉันคิดว่าฉันคงต้องตายแน่ๆ เพราะว่ามันเจ็บแน่นในอกจนหายใจไม่ออก และเหนื่อยจนแทบขาดใจ มันน่ากลัวมากๆ ใจของฉันรู้แต่ว่าฉันต้องตายแน่ๆ"

"ผมมั่นใจว่าผมอาการหนักมากและใกล้ตายแน่ๆ เพราะหมอบอกว่าผมเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแถมต้องอยู่ใน ไอ.ซี.ยู. ผมเคยเป็นหัวใจวายจากโรค เอส.แอล.อี. ก็ยังไม่รุนแรง และน่ากลัวมากเท่าครั้งนี้"

"ตอนผมมาตรวจที่โรงพยาบาลเพราะเจ็บหน้าอกมาก ตอนนั้นผมรู้ว่าอาการเจ็บอกนี้คงไม่ปกติ แต่คงไม่ใช่เรียส ผมยังเดินเข้าห้องตรวจได้ แต่หมอบอกตรวจเสร็จ ทำทางซีเรียส และบอกว่าผมเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพราะเส้นเลือดหัวใจตีบต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผมก็งงๆ นะ เพราะตอนนั้นไม่เจ็บอกแล้ว พอเค้าเป็นเตียงผมเข้าไปในห้องซี.ซี.ยู. ทำให้ผมยิ่งตกใจและกลัวทันที เพราะผมรู้ว่าห้องซี.ซี.ยู. หมายถึงอาการหนักทางหัวใจใกล้ตาย ตอนอยู่ในนั้นระยะ 2-3 ชั่วโมงแรก ผมรู้สึกว่าการไม่พยาบาลเค้าต้องมาดูแลและช่วยเหลือผมราวกับตัวผมเป็นเพชรเจียรไน ไม่ให้ผมลุกหรือทำอะไร ทำให้ผมยิ่งมั่นใจว่าผมอาการหนักใกล้ตายแน่ๆ"

"ผมคิดว่าผมกำลังจะตาย เพราะเจ็บหน้าอกมาก จนเหงื่อแตกโชกทั่วตัวเหนื่อยใจแทบขาด มีหมอและพยาบาลมาจัดยาอะไรก็ไม่รู้ ทำให้ผมรู้สึกหน้ามืดวูบๆ หลายครั้ง แลมไม่มีแรงเลย มันน่ากลัวมากๆ เลย ผมคิดว่าผมอาการหนักมากใกล้ตายแล้ว"

การตอบสนองของผู้ป่วยในระยะนี้ คือยอมรับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยขอมอนหนักอยู่บนเตียงและดมออกซิเจนตลอดเวลา ไม่ดึงสายต่างๆ และอุปกรณ์การรักษาออก ขอมให้พยาบาลได้ดูแลช่วยเหลือในการกระทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อต้องการรักษาชีวิตของตนเองไว้ ผู้ป่วยแทบทุกคนตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อโดยอ้างว่าเพื่อประกอบภาระกิจและทำหน้าที่ของตน

"ผมส่งสารลูกถ้าผมต้องตายเพราะผมกับลูกรักใคร่สนิทกันมาก ลูกชายผมอายุแค่ 6 ขวบ น่ารักมาก ผมมีลูกเพียงคนเดียว ผมอยากมีชีวิตรอดเค้าเรียนและโต"

"ไม่น่ามาเกิดโรคหัวใจในระยะนี้เลย เพราะอีก 4-5 ปี ลูกชายผมก็จะเรียนจบและทำงานได้ ผมเกรงว่าลูกผมจะลำบากถ้าไม่มีผมเพราะผมกับภรรยาเลิกกันแล้ว ผมยังไม่อยากเป็นอะไรในตอนนี้"

แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายขอรับการช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่อย่างจำยอม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบุคคลิกภาพแบบเอมิกราทอบสนองต่อภาวะที่จำยอมนี้ ในรูปของอารมณ์โกรธและหงุดหงิด

"ผมไม่รู้ว่าทำไมไม่ให้ผมลุกหรือทำอะไรเองบ้าง มีแต่บอกว่าห้ามลุก ห้ามออกแรง บอกตรงๆ นะหงุดหงิดเหมือนกัน เพราะผมเองคิดว่าผมทำได้"

"ผมมีความรู้สึกเหมือนถูกบังคับทุกอย่าง ตั้งแต่เรื่องการกิน นอน ขับถ่าย และการพูดคุยกับญาติ ผมเหมือนคนไม่มีอิสระภาพ ต้องจำใจรับคำสั่งอย่างเดียว ทำใจได้ก็เราเป็นคนไข้ที่ต้องอาศัยเค้ารักษา"

2. กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างนี้ จัดอยู่ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (K1111p I) ซึ่งมีถึงครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนอีกครึ่งหนึ่งมีภาวะแทรกซ้อนคือ หัวใจวายเล็กน้อย (K1111p II) และมีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่มาโรงพยาบาลเร็วภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากมีอาการ ทำให้สามารถได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ซึ่งจะช่วยลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (ดูในตารางที่ 1) มีผลทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิตระยะสั้น คือใช้เวลารักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 3.4 วัน ก็สามารถย้ายออกไปอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปได้

เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติของชีวิตมาแล้ว เริ่มคิดว่าตนเองไม่ตาย ซึ่งเป็นระยะที่เริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยได้ทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นจากเตียง ทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้มากขึ้น และเดินไปห้องน้ำได้ ผู้ป่วยเริ่มทดสอบความสามารถของตนเองใหม่อีกครั้ง ซึ่งพบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยยังมีความกลัวอยู่แต่เปลี่ยนจากการกลัวตายเป็นการกลัวว่าตนเองจะสูญเสียสมรรถภาพ โดยผู้ป่วยประหม่นจากอาการเจ็บหน้าอก หรือเหนื่อยง่าย เมื่อตนเองออกแรงกระทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น แม้เป็นกิจกรรมธรรมดาที่เคยปฏิบัติได้ก่อนเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงไปถึงการงานที่ตนต้องกลับไปทำในอนาคตว่าตนเองไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้อย่างเดิม ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในวัยทำงานและส่วนใหญ่ประกอบอาชีพหรือมีงานทำประจำอยู่ก่อนเจ็บป่วย (ดูในตารางที่ 1) และจากภูมิหลังความเชื่อของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเป็นโรคหัวใจจะทำงานหนักไม่ได้ ดังนั้นเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ จึงกลัวจะสูญเสียความสามารถในการทำงาน

"ผมจะกลับไปทำงานเหมือนเดิมได้หรือเปล่า เพราะเมื่อวานหลังถ่ายอุจจาระผมก็เจ็บอกเล็กน้อยแล้ว ต่อไปผมต้องปฏิบัติตัวอย่างไรบ้างที่จะช่วยให้ผมมีชีวิตเหมือนเดิม"

"เป็นโรคหัวใจแล้ว ฉันจะยังค้าขายและทำงานบ้านได้เหมือนเดิมหรือเปล่า เพราะที่บ้านไม่มีใครทำได้ มีแต่ฉันคนเดียวเท่านั้นที่รู้เรื่องทุกอย่าง"

"ฉันเป็นโรคหัวใจ จะทำสวน ทำฟาร์มปลาได้อีกหรือเปล่า ถ้าทำไม่ได้คงแย่ เพราะไม่รู้จะเอาเงินมาเลี้ยงครอบครัวได้อย่างไร สามีนั่นก็แก่และเป็นอัมพาต"

"โรคหัวใจที่ผมเป็นนี้จะ เป็นข้อห้ามต่ออาชีพของผมหรือเปล่า"

แต่มีผู้ป่วยบางรายตอบสนองในลักษณะปฏิเสธ (Denial) เพื่อบรรเทาเบาบางความรุนแรงของสถานการณ์ โดยคิดว่าตนเองไม่ได้เป็นโรคหัวใจ อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นเป็นอาการของโรคอื่น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับครูกและคณะ (Croog, et al. cited in Cassem & Hackett 1977:716) การปฏิเสธเป็นความต้องการเวลาในการคิดเพื่อที่จะเผชิญและยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลดีทำให้ผู้ป่วยมีความหวังถ้าใช้การปฏิเสธอย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ลดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพได้เร็วจากการมีความหวังในอนาคต (O'Malley & Menke 1988:189; Hackett & Cassem & Wishnie cited in Cassem and Hackett 1975:739)

"ผมคิดว่าโรคที่เป็นคราวนี้ไม่ใช่โรคหัวใจขาดเลือด คงเป็นโรคกระเพาะ
มากกว่า เพราะอาการแน่นๆ ในอกตอนนั้นเริ่มมาจากใต้ลิ้นปี่ ซึ่งผมเองเคยเป็นโรค
กระเพาะเมื่อปีกลาย"

"ผมคิดว่าคงไม่ใช่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือ เพราะอาการเจ็บหน้าอก
มากๆ เกิดขึ้นหลังจากผมทานอาหารกลางวัน และดื่มน้ำอัดลมมากเกินไป เพราะตอนนั้นอ้วน
และแน่นท้องมากก่อนที่จะมีอาการเจ็บหน้าอก"

ส่วนผู้ป่วยที่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มักจะทำให้สถานการณ์
รุนแรงน้อยลงโดยคิดว่าโรคหัวใจที่ตนเองเป็นนั้นหายแล้ว เพราะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
เหลืออยู่แต่โรคอื่นที่ตนเองคิดว่าไม่รุนแรงเท่าโรคหัวใจ

"ผมเชื่อว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผมหายแล้ว เพราะรู้สึกตัวเองเหมือน
ปกติ"

"ฉันคิดว่าโรคหัวใจขาดเลือดของฉันคงหายแล้ว เพราะไม่มีเจ็บหรือแน่นในอก
เลย รู้สึกปกติ"

"ฉันคิดว่าโรคหัวใจขาดเลือดหายแล้วแน่นอน ยังเหลือแต่เบาหวาน"

"ฉันเดินได้เองไม่เป็นอะไร เพียงแต่ขาอ่อนแรงนิดหน่อย คงจากนอนหลายวัน
เพราะอยู่บ้านก็เดินทั้งวัน ต่อไปคงมีแรงดี เพราะโรคหัวใจหายแล้ว"

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวมา
ก่อน เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และอัมพาต ซึ่งผู้ป่วยบางรายมี 3 โรคร่วมกันเมื่อ
ทราบว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งโรค ทำให้รู้สึกสูญเสีย
สมรรถภาพเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในรูปของซึมเศร้า (Depression)
และท้อแท้ เนื่องจากสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองที่เหมือนคนพิการ (Kraus 1986
cited in Nickel, et al. 1990:95; Crommwell cited in Gentry &
Haney 1975:739)

"ทำไมโรคหัวใจนี้มาเป็นที่กับฉัน อายุฉันแค่ 49 ปี เป็นแค่เบาหวาน และ วัณโรคชีวิตของฉันก็แทบแย่แล้ว แล้วฉันจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างไรจริงๆ" (เสียง สะอื้นและน้ำตาไหล)

"ทำไมชีวิตของมาถึงโรคร้ายอย่างนี้ ผมเองมีสารพัดโรค ทั้งเบาหวาน ความดันเลือดสูง อัมพาตเพิ่งเป็นเมื่อ 6 เดือนก่อนและกำลังจะเริ่มฟื้นตัวคือเกาะเดินได้เอง แต่แล้วตอนนี้ผมมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอีก แล้วผมจะอยู่อย่างไร เป็นภาระและเสียเงินอีก ทำไมต้องมาเป็นกับผมด้วยผมไม่เข้าใจจริง ๆ" (พูดน้ำเสียงดังสลับอารมณ์ โกรธและร้องไห้)

"ชีวิตของฉันทำไมโรคร้ายเหลือเกิน เป็นเบาหวาน และความดัน 15 ปีกว่า ก็อยู่อย่างทรมาณแล้ว ยังจะเป็นโรคนี้ทั้งๆ ที่ฉันก็มาตรวจกับหมอตลอด" (น้ำตาไหล)

3. กล่าวว่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับเป็นซ้ำ

เมื่ออาการความเจ็บป่วยครั้งนี้ดีขึ้นผู้ป่วยสามารถออกแรงทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้นตามขั้นตอนของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล และจากเอกสารที่ผู้วิจัยให้ไว้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยทราบว่าโรคนี้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก และจากข้อมูลที่ได้รับผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองต้องจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคนี้ เมื่อลดอัตราการเกิดซ้ำโรคจึงยอมรับว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งในอดีตผู้ป่วยบางรายไม่ทราบมาก่อนในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง แต่ผู้ป่วยบางรายก็ทราบว่าต้องลดความอ้วน ลดอาหารไขมัน เลิกสูบบุหรี่ และออกกำลังกาย แต่ยังไม่คิดจะทำเนื่องจากรู้สึกว่ายอันตรายนั้นยังไม่เกิดกับตนเอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้หลายรายได้กล่าวว่า

"ไม่เห็นโลงศพ ไม่หลั่งน้ำตา"

"ไม่เกิดกับตัวเอง ก็จะไม่รู้ว่ามันน่ากลัวแค่ไหน"

“ผมเคยลองทำแล้วเมื่อปีกลาย หมอแนะนำให้ผมลดน้ำหนัก เลิกบุหรี่ ออกกำลังกาย คุมอาหาร กินยาลดไขมัน ผมทำตามเพียงทานยาลดไขมันและยาลดความดันสูง แต่ทุกอย่างก็ไม่สำเร็จ”

การที่ผู้ป่วยตระหนักว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของตนอาจเกิดเป็นซ้ำได้อีก ผู้ป่วยตอบสนองใน 2 ลักษณะคือ

3.1 ขอมรับว่าตนเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเกิดโรค จากพฤติกรรมบางอย่างของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะทำให้สุขภาพของตนดีขึ้น ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอโดยผู้ป่วยจะเป็นฝ่ายได้คิด และตัดสินใจเองว่า การควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญในการป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการแสวงหาข้อมูล สนใจซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการจัดการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดของตน และพยายามไตร่ตรองหาวิธีการต่างๆ ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัว

“ผมรู้แล้วสาเหตุที่ทำให้ผมเป็นโรคนี้นเพราะผมสูบบุหรี่จัดและเครียดมากทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัวทำให้ผมกินเยาะน้ำหนักขึ้น พอคราวนี้หมอตรวจพบว่าผมมีเบาหวานด้วย ผมอ่านหนังสือแล้วยังคิดเลยว่าเราจะทำได้หมดหรือเช่น ออกกำลังกาย เลิกบุหรี่ บรรเทาความเครียด คุมอาหาร ปกติผมไม่ค่อยมีเวลา อยู่แต่ลำพังกับลูกชาย เอาละเมื่อกลับไปบ้านผมคิดว่าผมจะต้องพยายามเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผมใหม่ เพราะผมเองก็เชื่อมั่นในความหวังดีของคุณ”

“พอผมอ่านหนังสือที่คุณให้ พบว่าผมมีปัจจัยเสี่ยงของโรคครบทุกชนิด ผมอนคิดว่าผมจะกลับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเป็นอยู่ของผมได้อย่างไร เพราะผมเป็นคนมีนิสัยชอบสรรหาของกินใหม่ๆ ชอบอาหารสโตร์ฟรังก์ ดื่มน้ำอัดลมและกาแฟแทนน้ำ อีกร่างผมเองก็ไม่มีลูก ผมเลยใช้ชีวิตให้คุ้มค่าและมีความเพลิดเพลิน แต่ผมเชื่อและมั่นใจในความตั้งใจจริงของคุณที่จะช่วยเหลือผม ดังนั้นผมคิดว่าผมจะพยายามทำให้ได้”

3.2 โกรธ ที่โรคกลัวมเนื้อหัวใจตายเกิดขึ้นกับตน ผู้ป่วยมักจะตั้งคำถามว่า "ทำไมต้องเป็นฉัน" (Lipkin & Cohen 1980:197) ทำไมบุคคลอื่นที่ตนเองรู้จักต่างก็มีปัจจัยเสี่ยงเหมือนตนเอง หรือมากกว่าทำไมยังไม่เป็นโรคกลัวมเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจึงรู้สึกโกรธ บางรายมีความละเอียดเมื่อเปรียบเทียบกับเพื่อนที่ไม่เกิดโรคนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรูดี (Rudy 1980 cited in Ducette & Keane 1984: 258) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ประสบกับความเจ็บป่วยที่รุนแรง จะตอบสนองต่อความรู้สึกคับข้องใจของตนที่ไม่สามารถอธิบายหรือให้เหตุผลเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยที่รุนแรงว่าทำไมมาเกิดกับตนเพียงผู้เดียว ทำให้มีอาการโกรธเพื่อลดความคับข้องใจของตน

"ทำไมญาติผมสูบบุหรี่จัด 2-3 ซอง/วัน และอ้วนกว่าผม แกรมดื่มเหล้าด้วยยังไม่เห็นเค้าเป็นอะไร ไม่เข้าใจว่าทำไมผมต้องมาเป็นโรคนั้น" (พูดเสียงดัง สีหน้าโกรธ)

"ฉันเองเป็นแค่เบาหวานและความดันสูง ซึ่งหมอก็บอกว่าจะไม่มากคุมติ กินแค่น้ำไม่เค็มเป็นอะไร เพื่อนบ้านฉันเป็นเบาหวานหนักกว่าฉันเค้าถูกตัดนิ้วเท้ามานาน ก็ไม่เห็นเป็นโรคหัวใจ เค้าใช้ยาฉีด ทำไมต้องมาเกิดโรคนี้อกับฉัน ฉันอายุคนเค้าที่เป็นตั้งหลายโรค"

4. รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง

ในระหว่างการพักฟื้นในหอผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยสามารถกระทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวได้มากขึ้นลงจากเตียงเดินไปห้องน้ำได้ ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือจากผู้วิจัยในการให้ความรู้และสอนทักษะบางประการเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งความรู้อื่นๆ ที่ผู้ป่วยต้องการ เช่น การดูแลตนเองในเรื่อง เบาหวาน การใช้ยา ดังนั้นในระยะก่อนกลับบ้านผู้ป่วยมีความพร้อมและมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แม้จะเกิดอาการ

เจ็บหน้าอกกับผู้ป่วย 9 ราย (ดูในตารางที่ 3) ในขณะที่ทำกิจกรรมก็สามารถควบคุมได้ไม่เกิดอาการรุนแรง ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมและจัดการลดความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยรวมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงค่อนข้างต่ำเล็กน้อย ($M=73.50, S.D=13.48, skewness=1.35$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของคริสแมนและคณะ (Christman, et al. 1988:75) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 72 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมสูง ($M=79.15$) ซึ่งในระหว่างที่เตรียมตัวฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยรู้สึกดีใจที่รอดชีวิตและจะได้กลับบ้าน รวมทั้งมีความคิดในทางบวก

"ผมมีความมั่นใจว่าผมจะปฏิบัติตามที่คุณแนะนำ รวมทั้งการเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เพราะผมเชื่อและไว้วางใจคุณ ผมจะโทรรายงานผลให้คุณได้รู้ เมื่อผมกลับไปอยู่บ้านว่าผมสามารถทำได้แค่ไหน และถ้ามีปัญหาสงสัยอะไรผมจะโทรขอคำแนะนำจากคุณ"

"ผมมั่นใจและเชื่อว่าผมคงดูแลตัวเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ในระหว่างที่ผมพักฟื้นนอนที่บ้าน ผมจะอ่านบททวนหนังสือที่คุณให้ผม เพื่อช่วยเป็นแนวทางเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผม เพราะมีเยอะ และอาจจะลืม แต่ถ้ามีปัญหาติดขัดผมจะขอรับกวนโทรค้นหาคำขอให้คุณช่วยแนะนำผม"

"ฉันคิดว่ากลับไปบ้านฉันจะทำตามที่คุณสอน มีอะไรสงสัยผมจะโทรมาปรึกษาคุณ และคงไปอ่านหนังสือที่คุณให้ที่บ้าน เพราะตอนนี้ไม่มีแว่นตาและมึนหัว"

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเป็นช่วงระยะที่ผู้ป่วยต้องปรับกิจกรรมและการออกกำลังกายต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยกระทำมาก่อนเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น บทบาทของการเป็นสามีหรือเป็นแม่ ขับรถ ทำงาน เดินทางออกนอกบ้านไปธุระซื้อของหรือไปตรวจตามแพทย์นัดด้วยตนเอง รวมทั้งมีความจำเป็นในการต้องลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค เช่น การออกกำลังกาย หยุดบุหรี่ ควบคุมอาหาร เป็นต้น ซึ่งในระยะนี้มีผู้ป่วยหลายรายที่ได้ลองทำกิจกรรมต่างๆ และการออกกำลังกายแล้วมีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยล้า หรือบางรายแค่ออกกำลังกายเล็กน้อยหรือกำลังพักผ่อนเฉยๆ ก็เกิดอาการ หรือบางครั้งออกกำลังกายหรือกระทำกิจกรรมหลายอย่างกลับไม่มีอาการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน ไม่มั่นใจในการจะกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกายครั้งต่อไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์และควบคุมได้ว่ากิจกรรมการออกกำลังกายในระดับใดที่จะทำให้ตนเองเกิดอาการรวมทั้งกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เช่น การทำงาน ความจำเป็นของการเดินทางไปตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ว่าจะเสียเวลาเดินทางไกล ตลอดจนการตรวจที่เฉพาะ เช่น การวิ่งทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ การฉีดสีตรวจหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ซึ่งบางครั้งทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมในระยะกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ จึงค่อนข้างสูง ($M=75.50, SD=12.37, skewness=-1.25$) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของคริสแมนและคณะ (Christman, et al. 1988:75) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ ที่พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูง ($M=76.18$) และแตกต่างจากการศึกษาของจันท์ทิพย์ วงศ์วัฒน์ (2536) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดภาวะหัวใจตาย 2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างต่ำ

"ประตุรื้อบ้านผมผิดมากต้องออกกำลังกายผลักเลื้อนเวลาจะเปิดออกผมไม่กล้าทำ เพราะไม่รู้ว่าจะหนักไปไหม และจะทำให้เจ็บหน้าอกได้อีกหรือเปล่า ซึ่งผมต้องอาศัยภรรยาหรือลูกชายอายุ 6 ปี ทำให้ผมรู้สึกว่าตัวเองแย่ที่ไม่มี ความมั่นใจ และสับสนเพราะเวลาทำงานอย่างอื่นกลับไม่มีอาการผมต้องขอโทษที่รบกวนปรึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายของผมจากคุณ"

"ฉันไม่อยากให้มีเจ็บหน้าอกเลย แม้ว่าจะเจ็บไม่มากเพียง 10% ก็ตาม เพราะกลัวเป็นเหมือนคราวแรก ทำให้ไม่กล้าทำอะไรไม่รู้ว่าทำอะไรแค่นั้น บางครั้งทำงานบ้านมากๆ ก็ไม่เห็นเป็นอะไร แต่บางครั้งอยู่เฉยๆ หรือออกแรงนิดหน่อยก็เจ็บ"

"ผมไม่รู้ว่าจะต่อไปผมจะทำอะไรด้วยตนเองได้ เพราะแค่นอนพักหลังอาหารกลางวัน หรืออยู่เฉยๆ ก็เจ็บหน้าอกแล้ว ผมกลัวนะเพราะไม่รู้ว่าจะทำหรือออกแรงอะไรได้แค่นั้น"

"ทุกครั้งที่หลังกลับจากการไปตรวจที่โรงพยาบาลฉันมีอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งปกติอยู่บ้านทำงานเขอะแยะไม่เคยมีอาการ ทำให้ฉันรู้สึกกลัวต่ออาการเจ็บอกจนคิดว่าไม่อยากไปตรวจอีก"

อาการเจ็บหน้าอก ขณะอยู่เฉยๆ หรือขณะออกแรงหรือหลังจากออกแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง โดยเฉพาะรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้ป่วยเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนใน 2 ลักษณะ คือ

4.1 การแก้ปัญหา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (12 ราย) พยายามลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการคิดและวิเคราะห์หาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ตนเองเกิดอาการ สนใจรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและทบทวนว่าได้กระทำการดูแลตนเองอะไรที่ผิดพลาดไปหรือขาดความระมัดระวัง ผู้ป่วยจะแสวงหาความรู้ ส่วนหนึ่งจากการทบทวนเอกสารที่ได้รับจากผู้วิจัยและติดต่อของคำปรึกษาจากผู้วิจัย

"มีอยู่ครั้งหนึ่งผมกำลังออกกำลังกายวิ่งรอบๆ สนามได้ประมาณ 3-4 กิโลเมตรเหมือนผมมาหาและเรียกผม ผมก็หยุดวิ่งทันทีและคุยกับเพื่อน สักครู่หนึ่งผมรู้สึกเจ็บแปรปวในอกผมรีบนั่งพักอาการก็ดีขึ้น ผมรู้ว่าทำไมถึงเจ็บคงเกิดจากผมหยุดวิ่งกระทันหันโดยลิ้มวอร์มก่อนจะหยุดวิ่ง ผมจำได้คุณเคยบอก ผมคิดว่าต่อไปนี่ต้องตั้งใจและดูแลสุขภาพให้ดีๆ บอกตามตรงไม่ชอบเจ็บอกแม้ว่าจะเล็กน้อย"

"ผมเริ่มออกกำลังกายโดยซื้อเครื่องที่บ้านแบบปั่นจักรยานและกรรเชียง ผมเริ่มทีละน้อย มีการวอร์มก่อนและหลังออกกำลังกาย ผมทำสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ แรกรู้สึกอ่อนเพลียและล้ามาก ผมก็พักผ่อน ทำให้รู้แล้วว่าจำเป็นต้องปรับเพิ่มลดแค่นั้น ทำให้มีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้นสำหรับการออกกำลังกาย"

4.2 รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ ผู้ป่วยอีก 2 ราย เป็นเพศหญิง 1 ราย เพศชาย 1 ราย ที่มีปัญหาเจ็บหน้าอกบ่อยทั้ง 2 รายต่างมีโรคเรื้อรังคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนผู้ป่วยชายมีอัมพาตร่วมด้วย ซึ่งทั้ง 2 ราย มีลูกและภรรยาคอยช่วยเหลือในการกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นแทนเสมอ ยกเว้นการทำกิจวัตรประจำวันส่วนตัวบางอย่าง ซึ่งบางครั้งพักอยู่เฉยๆ ก็มีอาการ ผู้ป่วยทั้ง 2 รายนี้มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง โดยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตำแหน่งด้านหน้าของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งผลจากการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยชาย พบว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้ายตีบตัน (Left main coronary artery occlusion) ส่วนผู้ป่วยหญิงแม้ไม่ได้รับการสวนหัวใจที่จะบอกว่าหลอดเลือดแดงโคโรนารีเส้นใดตีบตันเพียงใด แต่ก็คงมีพยาธิสภาพที่รุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยและมีภาวะหัวใจวายซ้ำ ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 รายต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำถึง 2 ครั้ง ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย รับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงมาก (คะแนนรวมของผู้ป่วย 2 ราย = 93, 90) เนื่องจากไม่ว่าตนเองจะทำอย่างไรก็ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ที่ทำให้ทุกข์ทรมานได้ จึงเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือคือ ซึมเศร้า ท้อแท้ ไม่มีแรงจูงใจ ซึ่งเป็นอาการแสดงถึงความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง (อัปรัมสันและคณะ อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี 2536:1681)

"ฉันได้พยายามระวังเกี่ยวกับการทำอะไรต่างๆ และควบคุมอาหารกินยาครบทุกอย่าง ฉันก็ยังมีอาการ ต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำอีก รู้สึกท้อและ น่าเบื่อมาก เพราะมีชีวิตที่ทรมาน ไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้แค่นั้น"

"บางครั้งอาการก็ดีขึ้น บางครั้งอยู่เฉยๆ ก็เจ็บหน้าอกมาก ผมต้องเข้าโรงพยาบาลอีกแล้ว 2 ครั้ง ทั้งๆ ที่เพิ่งกลับไปบ้านเพียง 6 วัน เวรกรรมเหลือเกิน แล้วผมจะมีชีวิตอยู่ได้ยังไง กลุ้มใจเหลือเกิน" (ร้องไห้)

5. รัชึกษากล่ำขากในการคุดตนเองเพื่อกุดคุดและลค้จ้ยเล็ขงโรค

จากการที่ผู้ป้วยยอมรับว่าโรคกล่ำเนื้อหั่วใจตายมีโอกาศเกิดซ้ำได้อีก และตระหนักกว่าว่าตนเองต้องมีส่วนในการคุดคุดและจ้ดการแก้ไขได้ ตะหนักถึงคุดล่ำคุดขงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อลดและคุดคุดจ้ยเล็ขงโรค ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงและลดอัตรการเกิดโรคซ้ำ แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป้วยต้องเผชิญกับความขากล่ำขากในการปฏิบัติการคุดตนเองเพื่อลดจ้ยเล็ขง เนื่องจากจ้ยเล็ขงแต่ละอย่างผู้ป้วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เคยปฏิบัติมานานจนเคยชิน เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ทำให้อ้วนและไขมันในเลือดสูง การคุดคุดเบาหวาน การออกกำลังกาย ตลอดจนการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพแบบเอ ผู้ป้วยต้องยอมรับสภาพที่จะต้องลดและคุดคุดจ้ยเล็ขงเหล่านี้และจะต้องเพิ่มแรงจูงใจเพื่อก้จะลงมือปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

ผู้ป้วยทุกรายมีจ้ยเล็ขงก่อนการเกิดโรคโดยจำนวนจ้ยเล็ขงที่พบมากที่สุดคือครบ 7 ชนิด มี 1 ราย และน้อยที่สุดพบ 1 ชนิด มี 1 รายเช่นกัน ผู้ป้วยส่วนใหญ่มีจ้ยเล็ขงคนละ 4 ชนิด (ดูในตารางที่ 6) แต่หลังจากกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ป้วยส่วนใหญ่สามารถลดและคุดคุดจ้ยเล็ขงได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีจ้ยเล็ขงของโรคเลยมี 7 ราย ลดและคุดคุดจ้ยเล็ขงไม่ได้เลยมี 4 ราย (ดูในตารางที่ 6) สำหรับชนิดของจ้ยเล็ขงที่พบบ่อยที่สุดคือ ขาดการออกกำลังกาย รองลงมาคือความดันโลหิตสูง บุคลิกภาพแบบเอ สูบบุหรี่ เบาหวาน อ้วน และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ คล้ายคลึงกับการศึกษาของขงยุทธ สหัสกุล และคณะ (2532:21) ที่พบว่าจ้ยเล็ขงที่พบบ่อย คือบุคลิกภาพแบบเอ รองลงมาคือสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และอ้วน ตามลำดับ

สำหรับผู้ป้วย 7 รายที่สามารถลดและคุดคุดจ้ยเล็ขงได้ จะเป็นผู้ป้วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ 5 ราย และเป็นเพศชายทั้ง 5 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป้วยโรคกล่ำเนื้อหั่วใจตาย ที่พบว่าผู้ป้วยชายที่มีบุคลิกภาพแบบเอสามารถลดและคุดคุดจ้ยเล็ขงของโรคได้สำเร็จมากกว่าผู้ป้วยหญิงที่มีบุคลิกภาพแบบเอ รวมทั้งผู้ป้วยที่มีบุคลิกภาพแบบบี (Shanfield 1990:113; Burgess, et al. 1989:365; Siegel, et al. 1988:215) ผู้ป้วยทุกรายรับรู้ว่าการลด และคุดคุดจ้ยเล็ขงอย่างจริงจังเป็นเรื่อง

ยากลำบาก ต้องการแรงจูงใจ ซึ่งผู้ป่วยจะได้จากลูก ภรรยาเพื่อนและผู้วิจัยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

สำหรับผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเออีค 3 รายที่ไม่สามารถลด และควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ เป็นผู้ป่วยหญิง 2 ราย ซึ่งประเมินว่าตนมีการเพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยแบ่งเบาภาระจากตนเลย ทำให้ผู้ป่วยเครียดจะตอบสนองโดยหงุดหงิดและท้อแท้ (Johnson & Morse 1990:130-134; Shanfield 1990:111)

สำหรับการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคนั้น พบว่าผู้ป่วยจะคิดและวิเคราะห์ได้เองว่าปัจจัยอะไรที่เป็นอุปสรรค และคิดวิธีจัดการแก้ไข และติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัยเพิ่มขึ้นในด้านรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติอย่างจริงจังให้สอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล บางระยะที่ไม่ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เช่น น้ำตาลในเลือด และ/หรือน้ำหนักตัวไม่ลดทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย สำหรับผู้ป่วยทั้ง 7 รายที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจังต่อเนื่องและประสบความสำเร็จ ในการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยสามารถเห็นผลของความสำเร็จเป็นรูปธรรม เช่น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้สม่ำเสมอ ควบคุมความดันโลหิต ลดไขมันในเลือด ลดน้ำหนัก สภาพจิตใจดีขึ้น และไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือถ้ามีอาการเจ็บอกก็เพียงเล็กน้อยและสามารถควบคุมและจัดการได้อย่างรวดเร็วและไม่เป็นซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะรู้สึกภาคภูมิใจ ดีใจ มีความรู้สึกว่าการดูแลตนเองเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนเป็นเรื่องที่ทำหายความสามารถของตนเอง ซึ่งทุกรายกล่าวว่าความสำเร็จเกิดจากความตั้งใจ เอาจริงเอาจังของตนเอง โดยได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวและผู้วิจัย ซึ่งถ้าได้กระทำไปแล้วจะเกิดความเคยชินและไม่รู้สึกว่า เป็นว่าความยากลำบาก

"ผมมีข่าวดีจะบอกให้คุณทราบ เมื่อวานผมไปหาหมอ ผลตรวจทุกอย่างดีมากเลย น้ำตาลในเลือดของผมปกติ 95 มก% ไขมันในเลือดลดลงเหลือ 173 น้ำหนักผมเหลือ 69 กิโล (เดิม 80 กก.) ความดันก็ปกติ 100/70 ริงทดสอบสมรรถภาพหัวใจก็ได้ผลดี หมอบอกว่าได้ผลดีมากเกินคาด และงดที่จะสวนหัวใจให้ผมเพราะผมดูแลสุขภาพได้ดีมาก ผมดีใจมาก ผมต้องขอขอบคุณคุณมากที่ได้ช่วยแนะนำอธิบายกระตุ้นและให้กำลังใจผม

ช่วยให้ผมปรับพฤติกรรมชีวิตใหม่ แม้ว่าเป็นเรื่องที่ยากมากๆแต่เมื่อได้ทำแล้ว และได้ผลดี เช่นนี้ ก็ทำให้ผมมีความสุข มีความหวัง และเกิดความเคยชินต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ และ คิดว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทำให้ไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาวะเหมือนในระยะแรกๆ ผมเองยังไม่คิดเลยว่าผมจะดูแลตัวเองได้ดีแบบนี้”

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับความยากลำบากและความพยายามในการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงแต่ละชนิดมีดังนี้

5.1 เบาหวาน มีผู้ป่วยเป็นเบาหวานทั้งหมด 7 ราย (ดูในตารางที่ 7) เป็นผู้ชาย 4 ราย ผู้หญิง 3 ราย มีผู้ป่วย 3 รายที่สามารถคุมเบาหวานได้ดีตลอดระยะ 8 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วย 4 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 2 ราย ผู้ป่วยหญิง 2 ราย ที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ เนื่องจากภาวะเครียดจากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น คืออาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่และหัวใจวายต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ 2 ราย สำหรับผู้ป่วยอีก 2 ราย นั้น 1 รายเป็นผู้ป่วยหญิงที่มีบุคลิกภาพแบบเอ และมีความเครียดจาก งานค้าขายในร้านที่ต้องจัดการและรับผิดชอบ ดูแลลูกชาย ทำงานบ้าน ไม่มีเวลาว่างทำให้รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา นอนดึก ส่วนผู้ป่วยชายอีก 1 ราย เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจมีปัญหาไม่สามารถปัสสาวะเองได้ต้องคาท่อปัสสาวะตลอดเพื่อรอรับการผ่าตัดต่อมลูกหมากในอนาคต

“ฉันพยายามควบคุมอาหารแล้ว แต่ยังมีเรื่องก่อกวนใจคือ เรื่องการเวียนของลูกงานที่ร้านก็ยุ่ง กินยากก็เขอะวันหนึ่งกินยาเกือบ 30 เม็ด ไม่มีเวลาออกกำลังเลย ทำงานตั้งแต่เช้าจน-มืด อย่างไรก็ตามจะพยายามทำให้ดีที่สุด เพราะคุณคอยโทรมาเตือนและเป็นทีปรึกษา บางครั้งน้ำตาลก็คุมได้ดี บางครั้งก็ไม่ดี มันยากมากนะ บางวันมีอาการวูบๆ เหมือนจะเป็นลม หอกินไมโล 1 แก้ว อาการหน้ามืดก็ดีขึ้น”

“ระดับน้ำตาลในเลือดของฉันก็ไม่สูงเกิน 120 ฉันระวังเรื่องอาหารมากแต่พอฉันไม่สบายเพราะปวดท้อง และเจ็บอกมาก จนเข้าโรงพยาบาลทำให้น้ำตาลของฉันสูงมาก ฉันเองก็เชื่อตัวเอง เพราะหลายโรคและเป็นภาวะให้ลูกๆ เค้า”

สำหรับผู้ป่วยที่สามารถควบคุมเบาหวานได้ 3 รายนั้น เป็นผู้ป่วยชาย 2 รายที่มีบุคลิกภาพแบบเอ และ 1 รายเป็นผู้ป่วยหญิงที่มีบุคลิกภาพแบบบี ผู้ป่วยทั้ง 3 รายใช้วิธีการสังเกตอาการ คอยปรับและควบคุมอาหาร สนใจติดตามผลการตรวจเลือดเสมอ และติดต่อผู้วิจัยเพื่อปรึกษาและขอคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ และจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยเดียวกันที่ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้สำเร็จ

"ช่วง 2 สัปดาห์แรกที่ผมตั้งใจหยุดบุหรี่ ผมกินขนม และข้าวบ่อย เพื่อลดความอยากบุหรี่ อดลูกกวาด กินทองหยิบ ต้มนม ทานกล้วยเตี้ยว น้ำหนักผมขึ้นตั้ง 3 กิโล ปรากฏว่าน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นถึง 156 ผมรู้ว่ามันสูงและไม่ดีหมอบอกต้องเลิกกิน ผมว่าทำยาก มิฉะนั้นจะหงุดหงิดและอยากสูบบุหรี่อีก ผมเองท้อนะ เพราะนึกไม่ถึงว่ามันจะทำยากและลำบากจริงๆ แต่พอคุณโทรมาหาผมได้ช่วยอธิบายผลเสียของการกินที่มีต่อเบาหวาน ทำให้อ้วนและอาจมีไขมันสูงได้ ซึ่งคุณก็ยังเข้าใจและเห็นใจผมมากที่ผมกินมาก เพราะผมอยู่ในช่วงกำลังอดบุหรี่ คุณแนะนำอาหาร ขนมที่มีแคลอรีต่ำๆ ทานทีละน้อย ทานผักเยอะๆ ใช้น้ำตาลที่ไม่มีผลต่อเบาหวาน และกระตุ้นเรื่องการออกกำลังกาย พอผมได้มาปฏิบัติปรากฏว่าได้ผลดีมาก ผมไปตรวจน้ำหนักลดลง น้ำตาลในเลือดลดลงเหลือ 110 ทำให้ผมมีกำลังใจและมีความหวัง เดี่ยวนี้ผมปรับนิสัยการกินได้มาก เลิกน้ำอัดลมกาแฟ ของของมันๆ ลดปริมาณข้าวลงเพิ่มผัก และเลิกบุหรี่ได้ด้วยแถมไม่หงุดหงิด ผมขอรับว่าพอเราทำไปก็เกิดความเคยชิน และรู้สึกสบายไม่ลำบากอย่างเมื่อก่อน"

"กว่าระดับน้ำตาลของผมจะปกติและคงที่ ต้องใช้เวลาเหมือนกัน เกือบเดือนนะ คมทั้งอาหาร ออกกำลังกายวันเว้นวัน งดดื่ม น้ำอัดลม กาแฟ ทำใจสบายๆ ซึ่งก็ได้ผลดี ซึ่งคุณก็ช่วยแนะนำให้ผมสังเกตอาการ และสอนผมเจาะเลือดปลายนิ้วเอง ทำให้ผมรู้ว่าระดับน้ำตาลในเลือดของผมในแต่ละวันเป็นอย่างไรผมค่อนข้างมีความมั่นใจและเชื่อว่า ผมคงคุมได้ดีจนเดี๋ยวนี้จากยาฉีดลดลงจนเป็นยาเม็ดสีขาวครึ่งเม็ดและคุมอาหาร ผมก็สบายใจ และมีกำลังใจดีมาก"

"คุณทำให้ผมได้เข้าใจและเห็นความสำคัญของการคุมน้ำตาลให้คงที่ในอดีตก่อน จะไปตรวจผมจะคุมอาหารอย่างดีก่อนที่จะไปตรวจเลือด ซึ่งหมอบอกใจผลเลือด แต่พอผมได้รับคำอธิบายจากคุณเพิ่มเติม ทำให้ผมเข้าใจและตั้งใจควบคุมระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ ผมคุมอาหาร ออกกำลังกายวันเว้นวัน ขณะนี้ผมเองก็ตั้งใจที่เบาหวานของผมอยู่ในระดับ 100-120"

5.2 ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่มีประวัติความดันโลหิตสูงมี 9 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ 6 ราย (ดูในตารางที่ 7) โดยใช้เกณฑ์ความดันโลหิตไม่เกิน 150/90 มม.ปรอท ตลอดระยะ 8 สัปดาห์ หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เคยรับรู้ว่าการคุมความดันโลหิตจะต้องรับประทานยาสม่ำเสมอและงดเค็ม อย่างไรก็ตามจากการให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิตสูงเพิ่มเติม พบว่าผู้ป่วยที่สามารถ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ใช้วิธีการควบคุม อาหาร ลดน้ำหนักรวมทั้งการออกกำลังกาย ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มี เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ 2 ราย

5.3 การสูบบุหรี่ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของการสูบบุหรี่คือมากกว่าครึ่งซอง/วัน และสูบติดต่อกันมาตลอดจนกระทั่งเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่มี เฉพาะเพศชาย 7 ราย มีเพียง 1 รายที่ไม่สามารถหยุดการสูบบุหรี่ได้ (ดูในตารางที่ 7) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มีอารมณ์โกรธและหงุดหงิดตั้งแต่ระหว่างอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่สามารถ หยุดสูบบุหรี่ได้ กล่าวถึงความยากลำบากในการเลิกบุหรี่ โดยเฉพาะช่วงหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยบอกว่ามีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่และเกือบหยิบบุหรี่มาสูบ หลายครั้ง วิธีการที่ใช้เพื่องดบุหรี่คือ อดลูกกวาด หมากฝรั่ง และรับประทานอาหารและ ขนมห่มเพิ่มขึ้น

"ผมพยายามหยุดบุหรี่ แต่หยุดไม่ได้ ผมจึงไม่ยอมรับปากว่าจะหยุดได้เมื่อไร แต่ผมสูบน้อยลงเพียงวันละ 1-2 มวน ผมรู้ว่ามันไม่ดี เพราะบางครั้งหลังสูบผมมีเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามผมต้องเลิกให้ได้ขอเวลาให้ผมค่อยๆ เลิกแล้วกัน ผมเองตั้งใจว่าจะหยุดหรืออย่างจริงจังในปีใหม่นี้ ถ้าผมหยุดได้ ผมจะบอกคุณเป็นคนแรก ผมว่าคุณตั้งใจที่จะช่วยเหลือผม ผมเองก็พยายาม"

"ผมรู้ว่าจะหยุดบุหรี่ได้อยู่ที่ตัวเราว่าจะตั้งใจแค่ไหน บางครั้งเห็นบุหรี่ทำให้เกือบหยิบมาสูบแต่ผมก็ตั้งใจที่ผมชนะใจตัวเองได้และผมก็เลิกสูบบุหรี่ได้เด็ดขาดแล้ว"

"ผมตั้งใจจริงๆ ที่จะหยุดบุหรี่ แต่มันก็ยากและมีปัญหา เพราะทำให้ผมต้องหาอะไรกินแทน เพื่อลดความอยาก นานเข้าน้ำหนักและน้ำตาลในเลือดก็เพิ่มขึ้น บางครั้งเกือบล้มเลิกความตั้งใจแล้ว เพราะมันไม่ดีไปหมด แต่คุณได้ช่วยแนะนำ และให้กำลังใจ ทำให้ผมสามารถหาวิธีหยุดบุหรี่ได้สำเร็จ สมัยก่อนผมสูบมากวันละ 2-3 ซอง"

5.4 โรคอ้วน ผู้ป่วยที่อ้วนทุกรายทราบว่าความอ้วนเป็นสิ่งที่ไม่ดี และต่างยอมรับว่าตนเองมีความสุขในการกินอาหาร ชอบอาหารมันๆ นมเนย อาหารรสจัด ชอบดื่มน้ำอัดลมและกาแฟเป็นประจำ ผู้ป่วยที่อ้วนมีทั้งหมด 6 ราย ลดและควบคุม น้ำหนักได้มี 2 ราย (ดูในตารางที่ 7) พบว่าเพศชายสามารถลดและควบคุมน้ำหนักได้ดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายที่อ้วน และควบคุมได้เป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอ คือ ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีความตั้งใจ และออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น

"คุณรู้ไหมกว่าผมและภรรยาจะเดินจ่ายตลาดในห้างได้ใช้เวลาานทีเดียว เพราะต้องคอยเลือกว่าอาหารอะไรมีไขมันและพลังงานมากผมต้องเอาหนังสือที่คุณให้ไปด้วย ภรรยาผมเป็นผู้จัดทำอาหารให้ผมและเด็กรับประทานคล้ายกับผม มันยากมากนะ เพราะผมเคยชินมาก่อนที่ชอบอาหารมันๆ และรสจัด ตอนนี้มีมือเข้าผมทานโจ๊ก สลัด ทานข้าวกับผักมากๆ และน้ำหนักผมลดลงจาก 80 กก. เหลือ 68 กก."

5.5 ไขมันในเลือดสูงมีอยู่ 2 ราย ซึ่งทั้ง 2 รายสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดโดยรวมต่ำกว่า 200 มก/ดล. และเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ และมีบุคลิกภาพเคร่งเครียดแบบเอด้วย

5.6 บุคลิกภาพเคร่งเครียดแบบเอ มีผู้ป่วย 9 รายที่ยอมรับว่าตนเองมีบุคลิกภาพแบบเอ คือ ทำงานขอแข่งขัน รีบเร่งแข่งกับเวลา หงุดหงิดกับงานไม่ชอบการรอคอย เอาจริงเอาจัง ใจร้อน หงุดหงิดและโกรธง่าย มีความตั้งใจและคาดหวังในการทำงานสูง ซึ่งผู้ป่วยต่างรับรู้ว่ามีผลต่อการเกิดโรคเนื่องจากเป็นความเคร่งเครียดที่เรื้อรัง มีผู้ป่วย 6 รายที่สามารถควบคุมบุคลิกภาพที่เคร่งเครียดแบบเอได้ (ดูในตารางที่ 7) โดยการออกกำลังกาย ทำสมาธิ อ่านหนังสือ และควบคุมอารมณ์ โดยลดความคาดหวังในเรื่องงานและบุคคลข้างเคียงลง จะเห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถปรับบุคลิกภาพเคร่งเครียดแบบเอทั้ง 6 รายนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ได้ดี มีความรู้และความตั้งใจที่เรียนรู้ และจัดระบบการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้บุคลิกภาพเคร่งเครียดแบบเอ

5.7 ขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย กว่าจะทำงานเสร็จในแต่ละวันถึงบ้านก็มืดค่ำแล้ว หรือบ้านที่อยู่อาศัยไม่มีพื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย หลังจากได้รับคำแนะนำอธิบายแล้วผู้ป่วยรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มผู้ป่วย 11 ราย ที่ขาดการออกกำลังกาย หลังจากกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ มีผู้ป่วย 7 ราย ที่ออกกำลังกายตามคำแนะนำและสม่ำเสมอ (ดูในตารางที่ 7) สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ออกกำลังกายเป็นเพศชาย 1 ราย เพศหญิง 3 ราย ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยหญิงบอกว่าไม่มีเวลาทำทั้งงานบ้านและค้าขายไม่มีสถานที่ และผู้ป่วย 2 รายมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคยังรุนแรง มีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยและเหนื่อย สำหรับชนิดและวิธีการของการออกกำลังกายผู้ป่วยใช้ชีวิตที่สะดวกและเหมาะสมกับสภาวะของโรค เช่น วิ่ง ปั่นจักรยานชนิดอยู่กับที่ ปั่นจักรยานรอบๆ หมู่บ้าน ธรรมชาติ เดินเล่นในระยะทางไกลๆ เป็นต้น โดยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20-30 นาที ผู้ป่วยแต่ละรายรู้จักสังเกตและประเมินสมรรถภาพของหัวใจก่อนและหลังออกกำลังกาย โทรศัพทมาปรึกษาและสอบถามผู้วิจัยเป็นระยะๆ เมื่อมีปัญหาหรือไม่มั่นใจ เช่น มีอาการอ่อนเพลียเหนื่อย จังหวะการเต้นของชีพจรที่ผิดปกติ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับการออกกำลังกายได้ดี

"ตอนเข้าประมาณตีห้าครึ่ง ผมจะเริ่มออกกำลังกายโดยปั่นจักรยานแบบอยู่กับที่และกรรเชียง เพราะแถวบ้านไม่มีที่วิ่ง ผมเริ่มปั่นจักรยานครั้งแรก 15 นาที และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามที่คุณบอก ผมปั่นขึ้นจรถ่อนและหลังการปั่นจักรยานทุกครั้ง ชีพจรก็โอเค เป็นไปตามที่กำหนด คือเริ่ม 60% และตอนนี้ได้ 70% ผมรู้สึกสบายใจมากที่มีหลักในการออกกำลังกายทำให้มีความมั่นใจ"

"ผมวิ่งรอบๆ สนามกีฬาของสวนใกล้บ้านทุกวันในตอนเย็นหลังเลิกงาน เดี่ยวนี้ผมวิ่งได้ 3 กม. อย่างสบาย ผมเองรู้สึกว่าการออกกำลังกายแล้ว ทำให้ตัวเบาๆ และจิตใจผ่อนคลายไม่เครียดเหมือนเมื่อก่อน และหลับสนิทวันไหนถ้าฝนตกแล้วไม่ได้วิ่งเหมือนกับขาดอะไรไปสักอย่าง ซึ่งผมต้องหาวิธีอื่นช่วย เช่น เดินชกลมเหมือนนกมวย ที่บ้านผมมีกระสอบทรายเล็กๆ ของลูกชายผม"

“ผมอายุมากแล้วตั้ง 72 ปีแต่ผมก็ออกกำลังโดยเดินเร็วๆ ในตอนเย็น แถวบ้านที่ผมอยู่อากาศดี และบางครั้งผมก็ร่ำรวยเงินด้วย ทำแล้วผมรู้สึกสบาย แต่ก่อนนี้ผมเข้าใจว่าการทำงานหนักและมากๆ คือ การออกกำลัง แต่เดี๋ยวนี้ผมเข้าใจเพราะมันสบายใจขึ้นจริงๆ”

โดยสรุปตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และต้องรับไว้ในหอผู้ป่วยหนักจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยตอบสนองต่อการเกิดโรคตามขั้นตอนต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การตอบสนองต่อการเกิดโรค	รูปแบบการตอบสนอง
1. กลัวตาย	<ul style="list-style-type: none"> • ยอมรับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ • ยอมรับรับการช่วยเหลืออย่างจำยอม แต่รู้สึกโกรธ และหงุดหงิดที่รู้สึกเหมือนถูกบังคับทุกอย่างโดยไม่มีทางเลือก
2. กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • ปฏิเสธ • ซึมเศร้า และท้อแท้
3. กลัวโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับเป็นซ้ำและรู้ว่าสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของตน	<ul style="list-style-type: none"> • ยอมรับสภาพ ทำให้มีการขอความช่วยเหลือโดยสนใจ ชักถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อลดความเครียดผู้ป่วยซ้ำ • โกรธ และหงุดหงิด ที่ทำไมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาเกิดกับตน

ตารางที่ 9 (ต่อ)

การตอบสนองต่อการเกิดโรค

รูปแบบการตอบสนอง

4. รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งมี 2 ระยะ

- ก่อนจำหน่ายมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำเล็กน้อย (M = 13.50, SD = 13.48, skewness = 1.35)
 - ดีใจที่รอดชีวิตและมั่นใจว่าตนสามารถที่จะดูแลตนเองต่อไปได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- หลังจำหน่าย 8 สัปดาห์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยค่อนข้างสูงเล็กน้อย (M = 75.50, SD = 12.37, skewness = - 1.25)
 - พยายามลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยค้นหาสาเหตุ ติดต่อขอความช่วยเหลือ และ ทบทวนอ่านเอกสารการดูแลตนเองใหม่

5. รู้สึกยากลำบากในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรค

- ภาคภูมิใจและดีใจ เมื่อทำได้สำเร็จ ทำให้รู้สึกว่า การดูแลตนเองเป็นเรื่องท้าทายความสามารถของตน
- ท้อแท้ เบื่อหน่าย และเป็นภาระ

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

เมื่อผู้ป่วยกลับมาเมื่อหัวใจตายได้กลับไปอยู่บ้าน ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทุกรายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดต่อทางโทรศัพท์ และพบกับผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัด (เฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลรามารัตน์) ระหว่างการติดตามตลอดระยะ 8 สัปดาห์ สัมภาษณ์ภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยตีมากขึ้นเป็นลำดับ ผู้ป่วยไว้วางใจและเชื่อมั่นต่อความตั้งใจในการช่วยเหลือของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้รู้ถึงปัญหาและปัจจัยพื้นฐานบางประการที่มีผลต่อกระบวนการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมและวิเคราะห์โดยใช้ Illustration model ตามแนวคิดของโอเรียม (Orem 1991) ได้ดังนี้ 1) ภาวะสุขภาพ 2) ระบบบริการสุขภาพ 3) ระบบครอบครัว 4) แหล่งประโยชน์ 5) บุคลิกภาพ 6) ระดับการศึกษา 7) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งจะขอนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ภาวะสุขภาพ

เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เป็นช่วงที่ผู้ป่วยรอดจากความตายและได้ผ่านพ้นระยะวิกฤติของชีวิต แต่เมื่อกลับมาอยู่บ้านเป็นช่วงที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งเกิดจากผลของพยาธิสภาพของโรคทำให้ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดไม่คงที่ โดยเฉพาะการเกิดอาการเจ็บหน้าอกเป็นระยะๆ ซึ่งผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมและออกแรงเพิ่มขึ้น หรือบางรายมีอาการขณะพัก และผู้ป่วยเกือบทั้งหมดคือ 13 ราย ต่างมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่เป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไ้ไขมันในเลือดสูง รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่นๆ อีก ได้แก่ โรคไต เอสแอลอี วัณโรค อัมพาต โรคกระเพาะ หัวใจวายเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังประจำตัวดังกล่าวมีโอกาสกำเริบได้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าความพยายามของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เป็นไปด้วยความยากลำบากและมีภาระเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยพยายามควบคุมโรคเรื้อรังให้คงที่ แต่กลับต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจากการเกิดอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยตระหนักว่ามีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเหมือนครั้งก่อนได้ มีผู้ป่วย 6 ราย (ดูในตารางที่ 4) แม้จะมีอาการ

เจ็บหน้าอกเล็กน้อยเพียง 1-2 ครั้ง และสามารถแก้ไขให้หายไปได้ในระยะสั้นๆ ด้วยการอมยา หรืออนพัก แต่ก็ยังรู้สึกว่าการเจ็บหน้าอกเป็นสิ่งที่ทำให้หมดกำลังใจ ท้อแท้ และกลัว ผู้ป่วยบางรายใช้อาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อยนี้เป็นเกณฑ์กำหนดการปรับกิจกรรมการออกกำลังกายได้ถูกต้องและปลอดภัย มีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัยเพิ่มขึ้น เพื่อต้องการเสริมสร้างความมั่นใจและหาทางแก้ไข ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสนใจและขอความช่วยเหลือเสมอคือการปรับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารสำหรับควบคุมน้ำหนัก เบาหวาน และไขมันในเลือด และเมื่อปลอดจากอาการเจ็บอก และมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยยังต้องการติดต่อกับผู้วิจัยอีก แม้จะสิ้นสุดการศึกษา ซึ่งผู้ป่วยบอกว่าการกระตุ้น และให้กำลังใจจากผู้วิจัยจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

"ผมคิดว่าอาการเจ็บอกที่เคยรู้สึกแปร๊บแล้วหายไประยะนี้ก็ไม่ดี แม้ว่าผมยังไม่ถึงกับอมยา แต่มันทำให้ขาดความมั่นใจ และกลัวว่าจะเป็นมากขึ้น ผมคิดว่าระยะนี้จะทำอะไรผมค่อนข้างระวังตัว พอเราออกกำลังกายหรือทำงานไปแล้วไม่เป็นอะไร จะทำให้เราเพิ่มความมั่นใจและมีกำลังใจ"

"ผมสังเกตว่าถ้าผมทำอะไรเร็วๆ หรือออกกำลังกายมากขึ้นจะรู้สึกเหนื่อยและเจ็บในอกแปร๊บ ทำให้ผมพอจะรู้ได้ว่าต่อไปนี่ควรออกกำลังกายแค่ไหนที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย"

"ผมเคยเจ็บหน้าอกนิดหน่อยประมาณ 5-10% หลังจากผมติดต่อลูกความหลายแห่ง ผมรู้ระยะเวลาเครียดหรือเหนื่อยมากๆ ทำให้เกิดอาการได้ ผมคิดว่าผมคงต้องปรับวิธีการทำงานของผมใหม่แล้วละ เพราะผมเองก็ไม่อยากให้เกิดเจ็บหน้าอก แม้ว่าจะเล็กน้อยขอตรงๆ เสียว่าเป็นเหมือนคราวแรก"

สำหรับผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรง 2 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อน (ดูในตารางที่ 4) คือ อาการเจ็บหน้าอกบ่อยๆ ต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ทั้งที่ตนได้พยายามดูแลตนเองอย่างดีแล้วก็ยังเกิดอาการ ส่วนผู้ป่วยหญิงอีก 1 ราย ที่กลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำหลังจำหน่าย 3 สัปดาห์ จากอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากออกกำลังกายในระยะทางไกลไปดูแลการทำ

บ่อปลาและอากาศร้อน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ยอมรับว่าอาการเจ็บหน้าอกเกิดจากการกระทำของตนเองที่ออกแรงมากเกินไป ซึ่งผู้ป่วยได้เรียนรู้และพยายามระมัดระวัง ทำให้ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกอีกเลย และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีตลอดในเรื่องนี้

"ชีวิตของผมคงแย่แล้ว สารพัดโรค ต้องนอนพักบนเตียง และนั่งเก้าอี้ แต่ก่อนนี้ผมยังเกาะเดินได้ (เป็นอัมพาต) คราวนี้ไม่กล้าออกแรง ทำอะไรเลย หมอห้ามเพราะเจ็บอกบ่อยเหลือเกิน เข้าโรงพยาบาล 2-3 ครั้ง เมื่อจริงๆ ผมอยากตาย ทำไมชีวิตของผมถึงทรมาณอย่างนี้แถมเป็นภาระให้ลูก"

"ฉันอยู่บ้านกินแต่อาหารจืดๆ เดินก็ไม่มาก เจ็บหน้าอกและเหนื่อย ขาข้างขวาก็บวมเจ็บ หมอบอกเส้นเลือดตันอีกเบาหวานก็สูงไม่รู้อาจจะต้องทำอะไรต่อไป กลุ้มใจเหลือเกิน" (ร้องไห้)

ความรู้สึกท้อแท้เหล่านี้มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นปัญหา ทำให้ความต้องการการดูแลซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพ

เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะต้องมาตรวจตามแพทย์นัดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งแรก 2-3 สัปดาห์ วันตรวจที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจจะตรงกับวันอังคาร (เฉพาะโรงพยาบาลรามธิบดี) ซึ่งเป็นคลินิกโรคหัวใจที่มีแพทย์จากหน่วยโรคหัวใจเริ่มทำการตรวจตั้งแต่ 13.00-15.00 น. แต่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาทั้งวันเนื่องจากต้องมาถึงโรงพยาบาลก่อน 8.00 น. เพื่อรอเจาะเลือดรอรับผลการตรวจเลือดซึ่งจะได้ผลตรวจเลือดใกล้ 13.00 น. และผู้ป่วยต้องไปตามผลเองแล้วนั่งรอพบแพทย์หลัง 13.00 น. เป็นต้นไป ผู้ป่วยแต่ละรายจะเสร็จสิ้นจากการตรวจรวมทั้งซื้อยาเวลาประมาณ 14-15 น. และต้องเดินทางกลับบ้านซึ่งเป็นระยะที่รถติดทำให้ผู้ป่วยต้องเสียเวลาทั้งวันในการมาตรวจแต่ละครั้ง ได้พบแพทย์ในระยะเวลานั้นๆ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถได้ถามข้อสงสัยและบอกรายละเอียดปัญหาความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยเล่าว่า แพทย์พูดว่าอาการดีขึ้น กินยาต่อ นอกจากนี้ผู้ป่วยหลายรายที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น เบาหวาน

โรคไต โรคปอด โรคเอสแอลอี ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยขึ้น รวมทั้งผู้ป่วยบางราย ต้องเผชิญกับการตรวจพิเศษเช่น การวิ่งทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ การฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจ จากขั้นตอนของการบริการจากระบบบริการสุขภาพและแผนการรักษา ทำให้เพิ่มความเครียดกับผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยล้าหลังกลับจากโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่บางรายก่อนมาตรวจรู้สึกสบายดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยมองระบบบริการของโรงพยาบาลในลักษณะดังต่อไปนี้

1. ระบบบริการในโรงพยาบาลไม่เอื้อประโยชน์กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วย อยู่ในบทบาทจำต้องยอมรับและทำตามขั้นตอนของระบบบริการสุขภาพ และแผนการรักษาที่ซับซ้อนยุ่งยากและใช้เวลานาน ไม่คุ้มกับความคาดหวังที่ตนเองควรจะได้รับจากการมาตรวจในแต่ละครั้ง อาจเนื่องจากแพทย์ไม่มีเวลาในการอธิบายหรือให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการจะรู้ ซึ่งผู้ป่วยประเมินจากการได้พบกับแพทย์ในระยะเวลาสั้นๆ และได้ยากกลับเหมือนเดิม ผู้ป่วยทุกรายบอกว่าการมาตรวจแต่ละครั้งต้องเตรียมนอนพักต่อในวันถัดไป และต้องอมยาได้ลิ้นบ่อยๆ หลังกลับจากการตรวจโดยที่ก่อนมาตรวจบางรายไม่เคยมีอาการผิดปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการมาตรวจแต่ละครั้งไม่ช่วยให้ภาวะสุขภาพตนเองดีขึ้นกลับเป็นปัจจัยทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยล้า และเมื่อหน้ายต่อการมาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่อยากมาตรวจตามนัดในครั้งต่อไปอีก เพราะไม่เห็นความสำคัญของการมาตรวจ

"ฉันต้องออกจากบ้านตั้งแต่ตี 4 เข้ารถเค้ามารอเสียค่ารถ 700 บาท มาถึงโรงพยาบาล 7 โมงรอจน 8 โมงเจาะเลือดเสร็จเกิน 9 โมง ก็ต้องเดินไปซื้อของกิน กลับมานั่งรอ 11 โมง ขึ้นบัตรนัด ใกล้บ่ายจะถูกเรียกชื่อ ชั่งน้ำหนัก ไปตามผลเลือด บางครั้งต้องไปตามผลเลือดชั้น 2 ชั้น 3 โคนเค้านึกอีกว่าส่งเลือดที่ไหน ก็ฉันเองเจาะเลือดที่ห้องเจาะเลือดชั้นล่างพอได้ผลเลือดเอาไปให้พยาบาล และนั่งรอเป็นชั่วโมงๆ กว่าจะได้พบหมอพอเข้าห้องตรวจ หมอก็กถามแต่ว่าเป็นไง มีเจ็บหน้าอกไหม ฟังหัวใจฉัน แล้วจดๆ บอกว่าเสร็จแล้ว พอฉันถามหมอก็กบอกสั้นๆ ว่าดีแล้ว ฉันอยากจะถามหมอ เรื่องยาที่กินเยอะจนเวียนหัว หรือถามเกี่ยวกับฉันไม่มีแรง ก็ถามไม่ทัน หมอบอกว่าเสร็จแล้วไม่มีอะไร ฉันได้พบกับหมอเพียงแป๊บเดียวจริงๆ ตรวจเสร็จไปขึ้นแฟ้มรอนบัตรนัด จากพยาบาล และเดินไปซื้อยา นั่งรอยาวนานเป็นชั่วโมงๆ ฉันออกจากรามาหลังบ่าย 3 โมงกว่า ถึงบ้านฉันมืดค่ำพอดี บ้านฉันอยู่ลาดกะบัง กลับจากตรวจที่ไร เหนื่อยมากๆ

ต้องนอนเอาแรง 1 วัน และมีเจ็บหน้าอก ก่อนนี้อยู่บ้านไม่เคยเจ็บหน้าอกเลย บอกตามตรงว่าฉันไม่อยากมาตรวจที่นี่เลย อยากไปตรวจโรงพยาบาลใกล้บ้าน หมอบอกว่าไม่ได้ มาตรวจแต่ละครั้งหมดเงินแยะ ค่ายาครั้งละ 1,000 กว่าบาท แม้ว่าจะเบิกค่ายาได้ก็ตามนี้ถ้าคุณไม่ค่อยโทรไปเตือน ฉันคงไม่มาตรวจที่นี่"

"บอกตรงๆ ผมไม่อยากมาตรวจเลย ไม่ใช่หมอไม่ดี แต่รอนานมากทั้งวันเสียเวลา ร้อน เหนื่อย กว่าจะเสร็จก็เป็นช่วงรถติดอีกเพราะใกล้เลิกงานและเลิกเรียน บางครั้งตรวจเสร็จเจ็บหน้าอก และต้องนอนพักผ่อนเอาแรงที่บ้าน 1 วัน ค่ายากี่แพง ผมไม่เข้าใจทำไมต้องให้เราเดินไปมาเพื่อไปเอาผลเลือด เอ็กซ์เรย์ ไม่รู้ว่าเค้ารู้ไหมว่าผมหัวใจวาย เพิ่งออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผมว่าดีไม่ตีผมคงต้องเข้าโรงพยาบาลซ้ำเพราะมาตรวจนี้แหละและหมอไม่ค่อยจะพูดหรือบอกอะไรเลย ไม่คุ้มกับความตั้งใจที่มาตรวจเลย"

"บางครั้งมานั่งรอนาน ตั้งบ้ายสองกว่าจึงจะได้ตรวจ โรงพยาบาลบอกว่าหมอบิตประชุมน บางครั้งผมมาไม่พบหมอบคนเดิม หมอใหม่ก็ให้ยาเดิม และบอกว่ามีปัญหาอะไรรอบอกหมอบคนเดิมคร่าวๆ ผมว่าในแง่ผมต้องมีผลการตรวจที่หมอบต้องรู้และบอกผมได้บ้าง ทำให้ผมเสียเวลาและเบื่อ"

"ฉันไม่ค่อยอยากมาตรวจ หมอมีแต่เพิ่มหรือไม่ก็ลดยาสีขาว สีชมพู ไม่บอกอะไร ฉันเองก็รู้เหมือนกันว่ากินยาตัวนี้แล้ววูบ และปวดหัวจนหมอเค็ลลดยา หมอได้แต่ถามและตรวจแปรับเดียว ฉันคิดว่าเสียทั้งเวลาและเงิน อย่างนี้ให้ลูกมาพบหมอบแทนฉัน และบอกอาการและเอายากลับไปให้ฉันจะดีกว่า กลับจากตรวจแต่ละครั้งฉันเหนื่อยและเจ็บหน้าอกซึ่งเป็นสิ่งที่ฉันกลัวและกลัวใจมาก"

"ตอนที่ดิฉันพาแม่มาตรวจที่ฉุกเฉินตอนกลางคืน เพราะแม่เค้านั้นในอก ต้องลุกขึ้นมา นั่งหายใจ และเหนื่อยบางครั้ง เจ็บอกเล็กน้อย หมอเค้านบอกว่าไม่เป็นอะไรหรอก ลมในท้องมากเลยแน่น หมอยังไม่ตรวจเลยดูๆ ก็บอกว่ามีลมในท้อง ให้ยาน้ำระบายลม 2 ขวดให้กลับบ้าน กลับไปต้องกลับมาอีกในตอนเช้าและเข้าอยู่โรงพยาบาล เพราะเจ็บหน้าอกและมีหัวใจวาย ทำให้เราลุกๆ และแม่ก็แย่ อุ้มกลับไปกลับมาเสียเวลา ถ้าไม่คิดว่าแม่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ดิฉันเปลี่ยนโรงพยาบาลแล้ว ไม่รู้จะทำอย่างไรจริงๆ กลุ้มใจ"

2. ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยและการรักษาของตน เนื่องจากการมาตรวจในแต่ละครั้งนอกจากการปรับการใช้ยาแล้วยังมีการตรวจสอบสมรรถภาพของหัวใจโดยการวิ่งสายพานทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ หรือการฉีดสีสวนหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อตรวจสอบลักษณะตำแหน่งการตีบตันของหลอดเลือด และบางรายที่แพทย์บอกว่าจำเป็นต้องทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่เข้าใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสับสน และค่อนข้างใจต่อภาวะที่ตนเองต้องจำยอมรับการตรวจต่างๆ โดยที่ตนเองยังไม่พร้อม และไม่มีเวลาและโอกาสในการคิดพิจารณาเพื่อเลือกการตรวจอย่างเต็มใจเนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีภาระ ความกังวลหวังใย และการรับรู้ข้อมูลแตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเครียดกับภาวะที่ตนเองต้องจำยอมโดยไม่มีส่วนร่วมเกี่ยวกับแผนการรักษา เพราะตนเองต้องพึ่งพาแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวล วิตกกังวล และติดต่อบอกความช่วยเหลือจากผู้วิจัยเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งหลังการมาตรวจ

"ฉันไม่อยากสวนหัวใจเลย ฉันบอกหมอแล้วว่าไม่ขอสวนหัวใจเพราะฉันจะไม่ผ่าตัดแต่เดี๋ยวดอกหมอบอกว่าตกลงไม่ผ่าตัด แต่ต้องสวนหัวใจ ฉันก็เลยต้องยอมสวนหัวใจฉันกลัวหมอโกรธเลยต้องยอมฉันคิดว่าอยากกลับไปปรึกษาลูกๆ ก่อน ทำไมถ้าฉันไม่สวนหัวใจหมอเค้าถึงไม่ยอม เพราะฉันก็เลือกแล้วว่าฉันจะไม่ผ่าตัดหัวใจแน่ๆ"

"วันก่อนฉันมาตรวจ บอกหมอบอกว่าขามีอีกเยอะ หมอก็นึกหน้าและสั่งยาอีกเยอะ แยะปรากฏว่าเหมือนยาเดิม ฉันไม่รู้หรอกว่าหมอเค้าเพิ่มหรือลดยาตัวไหน สายตาก็ไม่ดีที่พบคุณก่อนกลับบ้าน คุณช่วยจัดซองยาเก่าและใหม่ และอธิบายให้ฉันเข้าใจมิฉะนั้นฉันคงกินทั้งยาเดิมและยาใหม่ร่วมกันแน่ๆ"

"หมอบอกว่าผมต้องผ่าตัดหัวใจ เพราะตันหมด 1 เส้น อีก 2 เส้นก็ตีบเกินครึ่งแล้ว หมอบอกว่าถ้าไม่ผ่าผมจะอายุสั้นลงเรื่อยๆ ซึ่งผมปฏิเสธไม่ผ่าตัด ทำทางหมอเค้าโกรธและบอกว่าผมอยากหายไหมผมบอกหมอบอกว่าผมจะไม่ผ่าตัดตอนนี้ เพราะผมพยายามดูแลตัวเองอย่างดี ไม่เคยเจ็บหน้าอกเลย แต่ผมอาจจะเปลี่ยนใจรับการผ่าตัดในอนาคต หมอบอกว่าตามใจ แต่หมอไม่รับรองนะ ผมเข้าใจหมอเค้า แต่ทำไมหมอเค้าไม่เข้าใจว่าผมต้องการเวลา การผ่าตัดหัวใจเป็นเรื่องใหญ่มาก และอาจตายก็ได้ใครจะรู้ ผมเคยถามหมอบอกว่าผ่าตัดหัวใจมีตายไหม หมอบอกมีเหมือนกัน ใครจะรับรองให้ผมละว่าผมผ่าแล้วไม่มีอันตราย ผมมีภาระอีกเยอะที่ต้องจัดการให้เข้าที่ ลูกผมกำลังจะสอบชั้นม.6 บ้านก็ยังมี

ต้องผ่อน ผมต้องเตรียมทุกอย่างให้พร้อม เพราะมันไม่ใช่การผ่าตัดที่ฉุกเฉินนี้ ผมอยากให้
 หมอใช้เวลาในการอธิบายและให้เวลาผมในการคิดตัดสินใจด้วย ผมรู้ว่าหมอเค้หวังดี
 แต่ชีวิตของผมๆ ควรมีส่วนร่วมในการคิดและเลือกเองไม่ใช่หมอเลือกให้”

ระบบครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 14 รายที่ศึกษาครั้งนี้มี
 11 ราย ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และเป็นหม้าย 3 ราย (ตารางที่ 1) และ 13 ราย มี
 บุตร มีเพียง 1 รายที่ไม่มีบุตร สัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วยหลายรายที่มีปัญหา
 เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยเกือบทุกรายพยายามรักษาทบหนักในการกระทำกิจกรรม
 ต่างๆ ที่ตนเคยทำ รวมทั้งบทบาทภายในครอบครัว ผู้ป่วยชายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 ส่วนใหญ่บอกว่าสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือตน และเฝ้าดูแลอย่างเข้มงวดเกี่ยว
 กับการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย บางครั้งทำให้เกิดความขัดแย้งและทะเลาะกัน ซึ่ง
 ผู้ป่วยรู้สึกว่ามันสูญเสียความมีคุณค่า เหมือนคนพิการ ไร้ซึ่งสมรรถภาพและเป็นภาระ ผู้ป่วย
 ส่วนใหญ่ตอบสนองในอารมณ์หงุดหงิด รู้สึกคับข้องใจ โกรธ จากการทำตนถูกควบคุมหรือ
 บังคับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ (Wishnie, et al. 1971:1294; Shanfield
 1990:113; Johnson & Morse 1990:130-131)

“ผมอยู่บ้านก็ขุดดินปลูกต้นไม้ได้แต่ทำไม่ได้มากหรอก ลูกๆ ของผมมักจะดูแล
 ห้ามไม่ให้ผมทำ บางครั้งเราต้องทะเลาะกัน ผมรู้ว่าลูกๆ หวังดีแต่ผมอยากทำและผมรู้ว่า
 ผมจะทำได้แค่ไหน ผมไม่ได้พิการอะไรนี้ ทำไมต้องบังคับผมด้วย ผมอยากให้คนช่วยพูด
 กับลูกๆ ของผมด้วย”

“ผมกับภรรยาของผมมีเรื่องทะเลาะกันมานาน ภรรยาของผมเค้ามักจะคิดว่า
 เค้ายกกว่าผมทุกอย่าง พอผมป่วยเป็นโรคนี้ บางครั้งเราหวังดีเห็นเค้ายกเลิกจากทำงาน
 มาเหนือๆ เราจะช่วยแบ่งเบาในบ้าน เช่น ทำอาหาร ล้างจาน กวาดบ้าน ถ้าอารมณ์
 เค้ายไม่ดีจะคิดว่าผมเสมอว่าเดี๋ยวเกิดป่วยอีกต้องเข้าโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นภาระกับเค้
 โอเค ผมรู้ว่าเค้หวังผม แต่ผมไม่เข้าใจเลยว่าทำไมเค้ต้องดุดมและคิดว่าผมเป็น
 ภาระของเค้ แต่ก่อนนี้ผมทำมากกว่านี้ มันมีหลายเรื่องที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในอดีต ทำไมเค้

ต้องเอามาพูดตอกย้ำความรู้สึกของผมเสมอ มีครั้งหนึ่งผมโกรธเคืองและเราทะเลาะอย่าง
แรง ผมปิดประตูขังตัวเองในห้องพระ ไม่พูดไม่ทานอาหารและยาทั้งวัน ผมโกรธและ
เสียใจมากที่ตัวเราเหมือนสิ่งของที่ไม่มีค่าแล้ว”

“ผมสังเกตเห็นว่าเวลาผมทำอะไรในบ้านลูกผมจะต้องคอยตามดูแลห้าม ผมไม่
ชอบเพราะผมรู้สมรรถภาพกำลังของผมดี และผมก็ยังไม่อยากเป็นอะไร บางครั้งทำให้เบื่อ
เหมือนกัน”

“ผมสามารถทำงานได้ บางครั้งเวลาขับรถไปต่างจังหวัด เช่น พัทยา รัชของ
น้องชายและภรรยาจะคอยถามเสมอว่าเหนื่อยไหมเปลี่ยนคนขับกัน บอกตรงๆ ผมหงุด
หงิดนะผมบอกแล้วว่าถ้าผมเหนื่อยผมจะหยุดและเปลี่ยนคนขับเองเหมือนคุณถูกเรา
เคยขับรถข้ามประเทศมาแล้วสมัยผมเรียนอยู่ต่างประเทศ”

การดำรงชีวิตไม่ใช่เพียงแต่ดูแลสุขภาพตนเองเท่านั้นยังต้องทำหน้าที่และดำรง
บทบาทในสังคมด้วย ผู้ป่วยที่มีภาระ และบทบาทในครอบครัวก่อนเจ็บป่วยเมื่อกลับไปอยู่
บ้านยังคงกลับไปทำหน้าที่เช่น

“หลังกลับไปอยู่บ้าน 5 วัน ฉันทำงานบ้านทุกอย่าง ตั้งแต่ขัดถูบ้าน ซักผ้า ทำ
อาหาร และจ่ายตลาด วันนั้นฉันแทบเป็นลม เพราะเหนื่อยมากต้องนอนชดเชยทั้งวัน ลำ
บากมากนะ ที่บ้านไม่มีใคร มีแต่ลูกชาย 11 ปี และสามีเค้าก็เป็นคนเฉยๆ และไม่รู้
เรื่องงานในบ้านและงานในร้าน พอฉันได้คุยกับคุณแล้ว ทำให้ฉันรู้และเข้าใจแล้วว่าจะเป็น
อันตรายต่อหัวใจถ้ายังทำงานออกแรงหลายๆ อย่างพร้อมกัน ฉันคิดได้แล้ว จึงจ้างเด็กมา
ช่วยทำ แต่ค้าขายยุ่ง กินไม่เป็นเวลา จนคุมเบาหวานไม่ได้แต่งงานในร้านฉันรับผิดชอบ
หมด”

ในขณะที่ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งพบยาสภาพของโรคหัวใจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วย
เหลือตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวจึงต้องตอบสนองความต้องการการดูแลให้กับผู้ป่วย

“ผมสงสารลูกผม เค้ากำลังเรียนครูปีที่ 3 ไม่ได้พักนอน ต้องคอยอุ้มผมขึ้นลง
จากเตียงตลอด เพราะผมเจ็บหน้าอกบ่อย แต่ก่อนนี้ยังพอช่วยตัวเองได้ตอนนี้เหมือนคน
พิการทั้งตัว เป็นภาระลูกและเมีย”

แหล่งประโยชน์

ผู้ป่วยที่มีฐานะดีหรือปานกลาง จะไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ผู้ป่วยที่ฐานะไม่ค่อยดี จะถูกกระทบมาก เนื่องจากค่ายา ค่าตรวจในแต่ละครั้งต้องจ่ายเงินมากกว่า 1,000 บาท ถึงแม้จะมีสังคมสงเคราะห์ช่วย แต่นักสังคมสงเคราะห์ต้องซักถามและพยายามให้ผู้ป่วยเสียค่ารักษาบ้าง ซึ่งผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจะจ่ายได้ เนื่องจากปัญหาครอบครัว และตนเองไม่มีรายได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาการรักษาจากโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อยและไร้ค่า

"ผมขอรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเป็นอยู่ต้องการเวลาในช่วงระยะแรกคนที่ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ก็จะช่วยเสริมแรงและมีกำลังใจให้ทำได้ง่ายขึ้น เพราะคนเรามีเรื่องต้องเครียดหลายอย่าง"

"ฉันพยายามมาตรวจ ค่าชาก็แพง ขอสังคมเค้าช่วย แต่บอกไม่ถูก มันเหมือนกับเราไปขอกทานเค้า บางคนก็พูดไม่ตีว่าทำไมไม่ช่วย โห่เอ๊ยลูกฉันเคื่อก็เอาตัวไม่รอด บอกตามตรง ลูกชาย 2 คน คนหนึ่งติดยาเสพติด อีกคนก็เป็นคนงานโรงงานมีครอบครัวเคื่เองก็แทบไม่พอใช้ สามฉันเรอหก็กินเหล้า ฉันก็แค่รับจ้างซักผ้า พอกินเป็นวันๆ"

นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายยอมรับว่าผู้วิจัยเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยในการให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะแรงจูงใจซึ่งคอยช่วยเหลือในการสนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า

"ผมขอรับว่าคุณมีส่วนอย่างมากในการช่วยให้ผมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตใหม่ ผมรู้สึกเหมือนมีชีวิตใหม่ที่มีคุณค่า บางครั้งผมยังเคยคิดว่าถ้าไม่ได้พบและรู้จักกับคุณ ชีวิตของผมหลังจากออกจากโรงพยาบาลจะเป็นอย่างไร"

บุคลิกภาพ

จากการประเมินและสังเกตบุคลิกภาพของผู้ป่วยร่วมกับการประเมินการรับรู้ต่อบุคลิกภาพของตนจากตัวผู้ป่วยและญาติผู้ใกล้ชิด พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ เป็นคนเอาจริงเองจริง มีความตั้งใจจริง และรู้จักแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีบุคลิกภาพแบบเอ โดยที่ผู้ป่วยแบบเอเมื่อมีความเชื่อ และมั่นใจต่อข้อมูลที่ตนเองได้รับจะช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่าย แต่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สร้างสัมพันธภาพค่อนข้างยาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองสูง จะเชื่อและฟังเหตุผลผู้อื่นเมื่อตนเองมั่นใจและศรัทธา ฉะนั้นการติดต่อต้องใช้เวลาและความอดทน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ยอมรับว่าตนมีข้อจำกัดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย และตระหนักถึงความสำคัญของการต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อกลับไปอยู่บ้านมักมีปัญหารัดแข็งกับสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับการช่วยกระทำกิจกรรมบางอย่างแทนหรือถูกจำกัดกิจกรรมและการออกกำลังกาย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะขอความช่วยเหลือโดยการขอคำแนะนำหรือปรึกษา เพื่อเพิ่มความมั่นใจ และเป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะคือรู้จักแสวงหาข้อมูล มีความสนใจ และซักถามวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานของตนอย่างละเอียด เมื่อกระทำการดูแลตนเองได้ผลจะยิ่งส่งเสริมและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อไปได้ดี ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ 5 ใน 7 รายที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตได้สำเร็จ ผู้ป่วยเหล่านี้มักประเมินว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อความสามารถของตน ตนเองมีความสามารถ มีความพยายามและอดทนต่อการที่จะปฏิบัติอย่างจริงจัง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีบุคลิกภาพแบบเอ และเป็นเพศชายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบบี (Shanfield 1990; Burgess, et al. 1987)

"ผมเป็นคนที่ถ้าคิดจะทำอะไรให้ได้ ก็จะทำให้สำเร็จ แต่ก่อนจะทำผมต้องมีเป้าหมายและดูก่อนว่าทำได้ไหม อย่างเช่นความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ได้รับจากคุณ ทำให้ผมเชื่อถือ เพราะคุณมีความรู้และเข้าใจผม ทำให้ผมซึ่งแต่เดิมไม่เคยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ และคนรอบข้างต่างบอกว่าผมเป็นคนดีเอาแต่ใจตัวเอง ตอนนั้นผมเองก็ตั้งใจจริง และคิดว่าต้องทำได้ รวมทั้งภรรยาผมเองเดັกก็เข้าใจและช่วยเหลือผม ผมยังคิดว่าผมเองโชคดีที่ได้พบและรู้จักกับคุณ"

สำหรับผู้ป่วยอีกกลุ่มที่ไม่มีบุคลิกภาพแบบเอ ต้องการกำลังใจและความช่วยเหลือในการบอกถึงความคืบหน้าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ถ้าผลออกมาในทางบวกผู้ป่วยจะดีใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ค่อยมีความเชื่อมั่นในสมรรถภาพของตนเองคิดว่าตนยังคงป่วยอยู่แม้ว่าจะอยู่บ้าน ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่และช่วยเหลือ การจะออกแรงกระทำกิจกรรมบางอย่างมักไม่มีความมั่นใจ โดยเฉพาะในรายที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ช้า ต้องการการสนับสนุนและคำแนะนำมาก

"ฉันเจ็บหน้าอกบ่อยๆ จนเข้าโรงพยาบาลอีกครั้ง ทำให้รู้สึกท้อแท้ไม่รู้จะต้องทำอย่างไรต่อไป มีคุณมาช่วยเหลือและเยี่ยมอีก และบอกว่าฉันจะมีชีวิตเหมือนเดิมได้ โดยที่ฉันต้องระวังเรื่องออกแรง เพราะครั้งก่อนมีหัวใจวายต่อไปฉันจะเชื่อคุณเวลามีอะไรไม่แน่ใจจะขอรับทวนปรึกษา คุณช่วยฉันได้มากจริงๆ ขอบคุณมาก"

ระดับการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาดี คือ ตั้งแต่ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปริญญาตรีและโท และมีบุคลิกภาพแบบเอ ร่วมด้วยจะเป็นผู้ป่วยที่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างดีและต่อเนื่อง โดยมีทักษะในการสังเกต ประเมิน และวิเคราะห์ ปัญหาหรือปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ รู้จักแสวงหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาเฉพาะ และจดบันทึก และรายงานผลของการปฏิบัติ รู้จักซักถามเพื่อขอความมั่นใจ ใ้ถามทักษะพิเศษในการดูแลสุขภาพของตน รวมทั้งมีทักษะและความสามารถในการซักถามหรือเจรจาต่อรองกับแพทย์และพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยที่มีการศึกษาดีจะสามารถจดจำและรู้จักปรับวิธีการดูแลตนเองได้อย่างดี และต่อเนื่องช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ (Christman, et al. 1988; Mischei 1986, 1988) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่จบประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มักมีลักษณะเกรงใจ ไม่กล้าซักถามข้อสงสัยจากเจ้าหน้าที่แพทย์ และมักมีปัญหาเศรษฐกิจด้วย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้วิจัยต้องติดตามสอบถามและกระตุ้นเกี่ยวกับการค้นหาปัญหา และการดูแลตนเองอยู่เสมอ โดยเฉพาะในรายที่มีระดับความรุนแรงของโรคต่ำ (Kleip 1) จะไม่เห็นความสำคัญในการมาตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์ในชีวิตในลักษณะที่สามารถผ่านการฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ มาได้ โดยเฉพาะเรื่องงานมักเล่าถึงความสำเร็จและความสามารถของตนเองในอดีต หรือผู้ป่วยที่เคยมีการหย่าร้าง ลูกติดยาเสพติด หรือขัดแย้งกับลูกๆ ประจำ มีหลายรายได้ใช้ประสบการณ์เหล่านี้ ช่วยให้ตนเองอดทนต่อความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ และประสบการณ์ที่สำคัญที่สุด คือ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อเข้าอยู่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยทุกรายยอมรับว่าเป็นประสบการณ์ที่สำคัญที่สุดในชีวิต อันเนื่องจากผลของการเจ็บป่วยที่ตนเองไม่คาดคิดมาก่อนและเป็นภาวะที่รุนแรงคุกคามชีวิต และมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัว การงาน ตลอดจนความรู้สึกคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกที่จะเกิดขึ้นหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องเพิ่มความระมัดระวังมิให้เกิดเหตุการณ์เหมือนคราวแรก นั่นคือการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยที่เคยผ่านพ้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอดีตที่ตนสามารถจัดการและกระทำได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมและจัดการต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ โดยเปรียบเทียบกับอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตที่ผ่านมา

"ผมเคยประสบความสำเร็จในการขับรถข้ามทวีปได้สำเร็จ ซึ่งตอนนั้นผมยังหนุ่ม เป็นเหตุการณ์ที่ตื่นเต้นและลำบากมาก ผมยังทำได้ ทำไมผมถึงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ ผมไม่ได้ ทั้งที่เมื่อ 6 เดือนก่อน หมอบอกให้ผมคุมเบาหวาน ความดัน ลดน้ำหนัก ลดไขมัน เลิกบุหรี่ ผมทำไม่ได้ แต่คราวนี้ที่ผมประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความเป็น อยู่ของผมได้ คงเกิดจากประสบการณ์ที่ผมรู้สึกว่าชีวิตผมอยู่ใกล้กับความตาย มีภรรยาผม และคุณคอยช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผมมีกำลังใจที่จะทำได้"

"ในอดีตฉันมีชีวิตที่มีความสุข แม้ว่าจะลำบากมาก่อน พอสามีฉันตายไป แบ่งสมบัติให้ลูกๆหมด เราต้องอาศัยลูกๆ พอลมาป่วยเป็นเบาหวาน ความดันก็อยู่มา 10 ปี แต่พอคราวนี้มาเกิดโรคหัวใจขึ้นรู้สึกว่ามันมากเกินไป เป็นภาระให้ลูกๆมากขึ้น ลูกๆ ทุกคนทำงานและมีครอบครัว ฟังได้แต่ลูกสาวคนเดียว ลูกๆ คนอื่นๆ เค้าเฉยๆ ฉันรู้สึกว่าป่วยคราวนี้หนักมาก แรกกลับไปบ้านยังมีเจ็บหน้าอกบ่อยๆ ฉันส่งสารลูกสาว ทำไมเรา ต้องเป็นภาระให้เค้า"

รูปแบบการช่วยเหลือและผลของการช่วยเหลือ

รูปแบบการช่วยเหลือได้มาจากบันทึกวิธีการต่างๆ ที่ผู้วิจัยใช้ในการดูแลผู้ป่วย และนำมาวิเคราะห์เนื้อหาเปรียบเทียบโดยใช้วิธีสอดคล้อง (The analytic comparison by method of agreement) (เนญจา ยอดดำเนิน-อิตติกร 2535 บรรยาย) และวิธีการใช้ Illustration model โดยใช้ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem 1991) เป็นแนวทาง ซึ่งรูปแบบการช่วยเหลือจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ระยะเข้ารักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ สำหรับรูปแบบวิธีการและผลของการช่วยเหลือมีรายละเอียดดังนี้

1. รูปแบบการช่วยเหลือโดยการทดแทนทั้งหมด

ระยะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่รักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก อายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเกิดขึ้นอย่างกะทันหันรุนแรงและคุกคามชีวิต และเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คาดคิดและไม่สามารถควบคุมได้ คือมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เหนื่อยหอบ จนกระทั่งต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง จะได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้ผู้ป่วยได้รอดชีวิต มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ในการตรวจรักษา และถูกจำกัดกิจกรรมและการออกกำลังกายเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ (helping method) ดังนี้

1.1 การกระทำให้ ในระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรศาสตร์ หรือหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้กระทำกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ป่วยตั้งแต่สนองตอบความต้องการในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน บรรเทาความไม่สบายและความเจ็บปวด

1.2 การให้ข้อมูลที่เหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่บางครั้งอาจไม่เพียงพอและตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลหัวใจ

ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วยเหลือในการให้ข้อมูลและอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแผนการรักษา และ สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยให้ตรงกับประเด็นที่ผู้ป่วยแต่ละบุคคลกังวลอยู่ ให้ความมั่นใจและชี้ให้เห็นว่า เขากำลังได้รับการช่วยเหลืออย่างไรบ้างที่จะช่วยให้รอดชีวิตและปลอดภัย เพื่อลดความกลัวตาย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเขาในขณะนี้ เช่น การถูกจำกัดการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายจะเป็นอยู่ชั่วคราว และอธิบายให้เข้าใจถึง เหตุผลของการรักษา เช่น การจำกัดกิจกรรม และผลของยาขยายหลอดเลือดที่ทำให้ ปวดศีรษะ รวมทั้งความสำคัญในการขอความช่วยเหลือจากพยาบาลในการกระทำกิจกรรม ต่างๆ หรือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยแน่น เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยมีความ พึงพอใจในการช่วยเหลือของผู้วิจัย ดังเช่น

"ผมต้องขอบคุณมากที่คุณช่วยอธิบายให้ผมได้เข้าใจดีขึ้น เพราะหมอบอกผม ก่อนนี้ แต่พูดสั้นๆ ซึ่งผมไม่ค่อยเข้าใจ ยิ่งได้ยินหมอและพยาบาลพูดกัน ทำให้ผมยิ่งคิดมาก และกลัว พอคุณได้บอกและอธิบายว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอย่างไร จะรักษาได้ อย่างไร ตัวผมต้องปฏิบัติอย่างไร และที่สำคัญคุณให้เวลาและเต็มใจฟังสิ่งที่ผมพูด รวมทั้ง ให้กำลังใจ ทำให้หายกลัว เข้าใจและรู้สึกว่าคุณยังมีความหวัง"

"พอคุณอธิบายให้ผมฟังว่ายาละลายลิ่มเลือดเป็นอย่างไร ทำให้ผมเข้าใจ สบายใจ และหายกลัว เพราะตอนผมได้ยานี้รู้สึกวูบๆ หลายครั้ง ผมก็ไม่กล้านอน กลัว หลับแล้วไม่ตื่น ไม่กล้าขยับเกร็งจนเมื่อย เพราะกลัวว่าเลือดจะไหลออกท่วมตัวจนตาย ขอขอบคุณมากๆ"

"ฉันต้องขอบคุณคุณมากที่ช่วยบอกให้ฉันได้รู้ว่าเค้าให้ยายาขยายหลอดเลือดในขวด น้ำเกลือทำไม ซึ่งฉันเองตั้งแต่เมื่อคืน 3 ทุ่มจนเช้าที่เจอคุณ ฉันปวดหัวทั้งคืนนอนไม่หลับ เลย ได้แต่หลับตา คุณได้ช่วยให้กำลังใจ และให้ยาแก้ปวดหัวให้ฉันกินเองทุก 4 ชั่วโมง ตามนาฬิกาข้างฝา และคุณได้บอกหมอให้ยานอนหลับเพิ่ม ทำให้ฉันค่อยยังชั่วและนอนได้ บ้างค่อยหายกลัว เพราะป่วยทั้งกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจวาย เบาหวาน และยัง ทรมาณกับปวดหัวอีก ทำให้คิด และกลัวมาก ฉันไม่รู้ว่าจะขอบคุณอย่างไร (ยกมือไหว้ผู้วิจัย หลายครั้ง)

"คุณได้ช่วยให้ความรู้แก่ผมมากมาย ทำให้ผมพอเข้าใจได้ว่าโรคที่ผมเป็นจะต้องรักษาอย่างไร ผมสบายใจมากที่ได้พบคุณ มิฉะนั้นผมคงต้องจมกับความรู้สึกหวาดกลัวตลอดเวลาว่าผมอยู่ใกล้กับความตายและไร้สมรรถภาพ"

"ผมเข้าใจดีขึ้น และหายหงุดหงิด เมื่อคุณช่วยอธิบายถึงความจำเป็นของการที่ต้องนอนบนเตียง นั่งถ่ายข้างเตียง และทานอาหารของโรงพยาบาลที่มีรสจืด และเป็นข้าวต้ม"

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับความหมายของโรคในทางที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความหวังและมีความเชื่อมั่นในระบบการดูแลรักษา เช่น

"ผมดีใจมากที่ตอนนี้อาการของผมดีขึ้น ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะอีก เพราะตอนมาถึงโรงพยาบาล ผมเจ็บหน้าอกและล้มหมดสติ พอตื่นมาหมอบอกว่าหัวใจผมเต้นผิดจังหวะและหยุดเต้น ซึ่งตอนนั้นผมกลัวมากๆ ขอบคุณมากที่ช่วยบอกให้ผมรู้ว่าอาการเป็นอย่างไรและผมต้องปฏิบัติอย่างไร ตอนนั้นผมรู้สึกว่าคุณมีความหวังจากการรักษาที่คุณอธิบายให้ผมฟัง"

1.3 ให้การสนับสนุนทางด้านจิตสังคม โดยใช้วิธีดังต่อไปนี้

1.3.1 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด ร้องไห้ เกี่ยวกับสิ่งที่เขากำลังกังวลหวังใย รับฟัง และยอมรับความรู้สึกและพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วย โดยไม่ขัดขวางหรือโต้แย้ง

"หมอบอกว่าจะส่วนหัวใจให้ผมในวันพรุ่งนี้ เพราะหัวใจของผมแย่มากแทบไม่ทำงาน ผมอยากรู้ว่าการสวนหัวใจจะช่วยชีวิตผมได้อย่างไรเป็นอันตรายไหม และผมก็ไม่ชอบที่หมอหลายคนมาพูดที่เตียงของผมว่าหัวใจของผมแย่มากแล้ว ผมบอกตรงๆ ไม่อยากฟัง แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร เพราะผมต้องให้เค้าช่วยผม" (น้ำเสียงดังและน้ำตาคลอ)

1.3.2 ส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยต้องการพบ ได้แก่ บุตร ภรรยา หรือสามี ให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มความรู้สึกถึงความมีคุณค่าของตนเองจากบุคคลที่ตนเองรักและคาดหวัง

"ผมป่วยคราวนี้ คุณช่วยให้ลูกผมเข้าใจถึงความรักของผมที่มีต่อเค้า แต่ก่อนนี้เค้าจะขัดใจและเกลียดผมมาก ตอนนี้ผมสบายใจ เพราะลูกเค้ารักและห่วงผม คุณรู้ไหมลูกชายผมเค้าไป xerox หนังสือที่คุณให้ผม"

1.3.3 เบี่ยงเบนความหมกหมุ่นของผู้ป่วยที่คิดว่าความเจ็บป่วยครั้งนี้ เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และจะไร้สมรรถภาพ ทำงานไม่ได้ โดยให้กำลังใจ และยกตัวอย่างบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคมที่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และประสบความสำเร็จในการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งทำให้บุคคลดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดีในปัจจุบัน

2. รูปแบบการช่วยเหลือโดยทดแทนบางส่วน

เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยสามารถจะเคลื่อนไหวและเริ่มทำกิจกรรมและออกแรงได้มากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเพิ่มการทำกิจกรรมและการออกแรงตามขั้นตอนของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งในระยะนี้ผู้ป่วยกลัวว่าตนเองจะสูญเสียสมรรถภาพ และรู้สึกคับข้องใจกับการต้องเริ่มหัดทำกิจกรรมและออกแรงที่เคยทำได้มาก่อน ซึ่งผู้ป่วยคิดว่าตนเองจะทำเองได้ แต่เมื่อเพิ่มการทำกิจกรรมและการออกแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าตนเองสามารถมีกิจกรรมได้ปกติเหมือนเดิม ในผู้ป่วยที่เคยปฏิเสธการเจ็บป่วยว่าตนไม่ได้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการที่แสดงถึงสมรรถภาพของร่างกายเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเจ็บป่วยและข้อจำกัดของตน

สำหรับวิธีการช่วยเหลือที่ผู้วิจัยให้กับผู้ป่วยในระยะนี้ ได้แก่

2.1 การสอน เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองโดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วยก่อนที่จะสอนและให้คำแนะนำ โดยประเมินจากความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนและประเมินความพร้อมด้านร่างกาย เช่น ไม่ง่วงซึมจากฤทธิ์ของยากล่อมประสาท ไม่มีอาการแน่นหน้าอก การสอนให้เอกสารและภาพพลิกประกอบเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงโรค ผลจากพยาธิสภาพของโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยทนต่อการออกแรง

และทำให้สมรรถภาพของร่างกายแข็งแรงขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่จะปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสอนทักษะในการเฝ้าระวังตนเอง เช่น จับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกาย วิธีการใช้ยาอมใต้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย แน่นมากขึ้น หรือไอบ่อย ตลอดจนสอนวิธีการขอความช่วยเหลือ และการเจรจาต่อรองกับแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีความสงสัยและไม่มั่นใจเกี่ยวกับผลการตรวจหรือการรักษา

สำหรับการสอนผู้วิจัยจะสอนข้างเตียงโดยไม่กำหนดเวลาที่เฉพาะ แต่จะสอนทุกวัน ครั้งละไม่มาก เนื้อหาที่สอนผู้วิจัยจะสอนเสริมจากความรู้เดิมที่ผู้ป่วยได้อ่านจากเอกสาร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งคิดหาวิธีจัดระบบการดูแลตนเอง

2.2 การสนับสนุนทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยร่วมมือกับผู้ป่วยในการริเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละขั้นตอนตามที่ได้ตกลง และตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในแต่ละวัน ซึ่งผู้วิจัยจะไม่เร่งรัด ถ้าผู้ป่วยไม่พร้อม เช่น ยังมีอาการเหนื่อยหรือเวียนศีรษะ ผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ จะกระทำการกิจกรรมและการออกกำลังกายได้รวดเร็วเกินขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพในแต่ละวัน ซึ่งก็ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่เมื่อรู้สึกเหนื่อยต้องหยุดพัก ทำให้ได้เรียนรู้ข้อจำกัดของตนเองและการปรับการออกกำลังกายให้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจและต้องการเรียนรู้เพิ่ม เช่น การตรวจจับชีพจรก่อนและหลังออกกำลังกาย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถและมีความมั่นใจมากขึ้นต่อการออกกำลังกาย

2.3 การแนะนำ เป็นการให้ข้อมูลเสริมที่จำเป็นในการปรับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งข้อมูลที่ให้นั้นได้จากการซักถามเพิ่มเติมเฉพาะในผู้ป่วยบางคนที่ต้องการคำแนะนำในการช่วยปรับการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับความต้องการและปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น นิสัยและบุคลิกภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ และภาวะสุขภาพ เป็นต้น เช่น แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักซักถามแพทย์ถึงผลการตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น เพื่อลดความรู้สึกกังวล และช่วยในการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องได้

2.4 ช่วยให้ผู้ป่วยมีเจตคติต่อโรคในทางบวก เพื่อให้มีความหวังและเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองได้ .

2.5 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการดึงแหล่งประโยชน์อื่นมาใช้ ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่ารักษาพยาบาล เช่นในรายที่ใช้ยาละลายลิ่มเลือดที่ราคาแพง โดยการติดต่อและบอกกับหัวหน้าพยาบาลให้รู้ถึงความกังวลห่วงใย และช่วยติดต่อสังคมสงเคราะห์

นอกจากนี้ยังชี้ให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงแหล่งประโยชน์ไม่ใช่แต่เพียงสิ่งของ เช่น สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งผู้วิจัยที่จะช่วยเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการโดยเฉพาะ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

3. รูปแบบการช่วยเหลือโดยการสนับสนุนและให้ความรู้

ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะมีความรู้สึกดีใจที่ตนเองได้รอดชีวิตและกลับสู่ครอบครัว ผู้ป่วยมักพูดว่า "เหมือนได้มีชีวิตใหม่" "โชคดีที่รอดกลับบ้านได้" แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง เนื่องจากปัจจัยพื้นฐานทางด้านบุคลิกภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้วิจัยด้วยวิธีที่ต่างกันไป ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ

กลุ่มแรก คือผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงมาก และเป็นผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบจะทดสอบสมรรถภาพของตน โดยกระทำกิจกรรมและการออกกำลังกายได้เร็วกว่าขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ผู้วิจัยได้ให้เอกสาร เมื่อได้กระทำกิจกรรมและออกกำลังกายโดยไม่มีอาการ ผู้ป่วยจะเพิ่มความมั่นใจในศักยภาพของตน รวมทั้งคอยเฝ้าระวังตนเองเสมอ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกก็สามารถจัดการแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว และเพิ่มความระมัดระวังทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปรับกิจกรรมการออกกำลังกายและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้รวดเร็วและได้ผลดี

กลุ่มที่สอง คือผู้ป่วยสูงอายุที่มีพยาธิสภาพไม่รุนแรงมาก แต่ฟื้นฟูสมรรถภาพได้ไม่มาก เนื่องจากญาติห่วงใยโดยเฉพาะลูกๆ จะพยายามช่วยกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย

ในกิจกรรมที่กระทำแทนให้ หรือคอยขัดขวางการกระทำกิจกรรมและการออกแรงที่ผู้ป่วย เคยกระทำมาก่อน เช่น รดน้ำ พรวนดิน ปลูกต้นไม้ และการเดิน ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึก ถูกควบคุม เหมือนตนเองมีการไร้สมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยน้อยใจหงุดหงิด และบางครั้ง ทะเลาะกับญาติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักขอให้ผู้วิจัยช่วยพูดคุยกับญาติให้เข้าใจและยอมรับในศักยภาพ ของตน

กลุ่มที่สาม คือผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจตายรุนแรง ซึ่งมี 2 ราย โดยมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยๆ และเหนื่อยง่ายขณะพักหรือออกแรงเดินเพียงเล็กน้อยและ ต้องกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำในระยะเวลา 7-10 วันหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งแรก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า เนื่องจากได้พยายามดูแลตนเองอย่างดีแล้ว แต่อาการยัง กำเริบ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง เพราะไม่ทราบรู้ว่าตนเองจะ จัดการแก้ไขและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างไร

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยทั้งสามกลุ่มที่เคยใช้กลไกการปฏิเสธการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย หรือยอมรับว่าเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายแต่คิดว่ารักษาหายแล้วจะเพิ่มความเข้าใจและ ยอมรับข้อจำกัดของตนเองได้มากขึ้นจากการประเมิน และคำบอกเล่าของผู้ป่วยทุกรายที่ รู้สึกว่าสมรรถนะของตนเองไม่เหมือนเดิม แม้ว่าบางรายจะไม่มีอาการเจ็บอกหลังการ ออกแรงมากๆ เช่น ที่เคยกระทำมาในอดีต แต่ผู้ป่วยจะรู้สึกอ่อนเพลียหรือเหนื่อยง่ายกว่า ปกติ และผู้ป่วยบางรายมีอาการเจ็บอกเล็กน้อย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพว่าตนเองจะ ต้องมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้อง ยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดและ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ตลอดจนแก้ไขปัจจัยพื้นฐานบางประการที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการเพิ่มความพยายามในการจัดการ แก้ไขปัญหา ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะนี้จะแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ความ ต้องการและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ดังนี้

3.1 ให้การสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเอง โดยการโทรค้นที่ติดต่อกับผู้ป่วยทุก 7-10 วัน หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ได้ ไปถึงความคืบหน้าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างสนใจและเห็นใจ ให้ เวลาในการรับฟังผู้ป่วยระบายความรู้สึกคับข้องใจ หรือ ท้อแท้กับความยากลำบากใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต และสอบถามความต้องการในการช่วยเหลือของผู้ป่วยในขณะนั้น ตลอดจนให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกซาบซึ้งในความห่วงใยจากผู้วิจัย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าไม่ถูกทอดทิ้งช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความไว้วางใจในตัวผู้วิจัย และเพิ่มความพยายามในการที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจัง

"ขอบคุณคุณมากที่โทรมาถาม โดยทั่วไปก็สบายดี แต่เวลาออกแรงทำอะไรมาๆ จะเหนื่อย ทำให้ผมรู้แน่ว่าผมเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผมอ่านหนังสือที่คุณให้มาช่วยให้ผมมีแนวทางในการปฏิบัติได้แต่ทำลำบากมาก บางครั้งลูกเค้าไม่ค่อยเข้าใจผมโดยบอกให้ผมไม่ต้องทำงานบริษัทอีก ให้อาศัยแต่เงินบำนาญ ซึ่งไม่พอใช้หรอก เพราะต้องผ่อนบ้าน-รถ และหาเงินให้เค้าได้เรียนผมพยายามปฏิบัติตามที่คุณเคยสอนและอ่านบททวนหนังสือของคุณซ้ำ ผมต้องอดทนมากๆ ดีที่มีคุณคอยสอนชี้แนะและให้กำลังใจผม ซึ่งผมจะพยายามทำให้ได้ เพราะปัญหาของผมมีมาก"

3.2 การสอนเพื่อพัฒนาทักษะ ผู้วิจัยจะสอนความรู้หรือทักษะบางอย่างเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ โดยเนื้อหาที่สอนจะเฉพาะเจาะจงและจำเป็นสำหรับเพิ่มการพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับการใช้ทักษะพิเศษและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต และมีประสิทธิภาพ เช่น

นาย พ. อายุ 42 ปี มีกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านล่างของหัวใจ มีความสนใจและต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องโรคเบาหวาน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลินเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยสอนและอธิบายทางโทรศัพท์และส่งเอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเบาหวานให้ผู้ป่วย รวมทั้งสอนให้ผู้ป่วยได้รู้วิธีการเฝ้าระวังตนเองและสังเกตอาการจากการได้ยาอินซูลิน การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือดในแต่ละช่วงเวลาของฤกษ์ที่ผู้ป่วยเจาะเลือดจากปลายนิ้วที่โบลีคลีนิคใกล้บ้าน และจดบันทึกผลการตรวจ ต่อมาผู้ป่วยมีนายจ้างชาวต่างประเทศซื้อเครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดให้ ผู้ป่วยโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยหลายครั้งโดยรายงานผลการตรวจและซักถามข้อสงสัย บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ แต่ผู้วิจัยได้ช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยร่วมกับการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ลดความเครียด ซึ่งผู้ป่วยสามารถพัฒนาความ

สามารถในการดูแลตนเองได้ดี ผู้วิจัยให้กำลังใจและชมเชยผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยโทรศัพท์ มาบอกถึงความสำเร็จ ซึ่งผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองมีความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะ ควบคุมและป้องกันมิให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นซ้ำได้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจใน ความสามารถของตนมากและมีความพึงพอใจ และซาบซึ้งต่อวิธีการที่ผู้วิจัยสอน

3.3 สอนให้ผู้ป่วยคิดแก้ปัญหา ซึ่งผู้ป่วยบางรายได้กระทำการดูแลตนเองไปแล้วแต่เกิดปัญหาและไม่มี ความมั่นใจ และกังวลต่อการดูแลตนเองต่อไปในอนาคต ผู้วิจัยจะสอนโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการคิด วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น และช่วย โดยการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้นำไปปรับและแก้ไขวิธีการดูแลตนเองใหม่ โดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามประเมินผลเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการแก้ไขปัญหา เช่น

นาย ช. อายุ 59 ปี เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านล่าง มีโรคเบาหวานและโรคอ้วน ปกติผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเกือบทุกวันโดยการวิ่งรอบสนามวันละ 2-3 กิโลเมตร หลังจากการตรวจทดสอบสมรรถภาพของหัวใจ ผู้ป่วยโทรศัพท์มาปรึกษาผู้วิจัย เนื่องจากระหว่างการวิ่งสายพาน คลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้ป่วยมีความผิดปกติบ่งชี้ถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น เจ้าหน้าที่ตกใจและสั่งหยุดทำให้ผู้ป่วยกังวลไม่รู้ว่าตนเองจะออกกำลังกายต่อไปได้หรือไม่ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบรายละเอียดผลการตรวจและพูดคุยปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลและโทรศัพท์บอกให้ผู้ป่วยได้ทราบว่ายังคงออกกำลังกายได้ต่อไป โดยยังไม่ ต้องเพิ่มความถี่และความเร็วมากกว่าขณะที่กำลังวิ่งสายพานเพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพราะการออกกำลังกายต้องค่อยๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ได้สอนทักษะการนับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย และควรมีการอุ่นร่างกายก่อนที่เริ่มและก่อนที่จะหยุดการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจมากเกินไป ซึ่งจะ เป็นอันตรายต่อหัวใจได้ ต่อมาผู้ป่วยสามารถปรับและแก้ไขวิธีการออกกำลังกายได้ถูกต้องและไม่มีอาการผิดปกติ

3.4 การชี้แนะ และให้แนวทางที่เฉพาะตรงกับปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้คิด และใช้ข้อมูลในการปรับความสามารถในการดูแลตนเองให้เหมาะสมและปลอดภัย เช่น

นาง จ. อายุ 54 ปี มีกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ด้านข้างของหัวใจซ้าย อยู่ชั้น 5 ของบ้านพักเป็นแฟลต 5 ชั้น ไม่มีลิฟต์ผู้ป่วยต้องขึ้นลงทางบันได เพื่อมาซื้ออาหารที่ชั้นล่างวันละ 2 ครั้ง ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอกค่อนข้างบ่อยในระยะแรก ผู้ป่วยรู้สึกท้อและเบื่อหน่าย ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยได้รู้และเข้าใจถึงอันตรายของการออกกำลังกายในลักษณะเช่นนี้ในขณะที่กำลังอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได แต่ถ้าจำเป็นใช้วิธีขึ้นได้ 2-3 ชั้น ให้นั่งพักและนำยาอมใต้ลิ้นไปด้วยเพื่อใช้ในขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ผู้วิจัยได้บอกปัญหาของผู้ป่วยแก่ลูกสาว ลูกสาวจึงเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยพร้อม และติดต่อให้เพื่อนบ้านช่วยเหลือมารดาของตนชั่วคราวในระหว่างที่ไปทำงาน ผู้ป่วยได้โทรศัพท์บอกกับผู้วิจัยว่าขณะนี้สามารถปรับการขึ้นลงบันได 5 ชั้นได้โดยไม่มีอาการ และยังช่วยให้สัมพันธ์ภาพระหว่างตนและลูกสาวดีขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณยังรักและห่วงใยตน

นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการชี้แนะผู้ป่วยอื่นที่มีปัญหาคล้ายกับ นาง จ. และประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเป็นแนวทางในการปฏิบัติได้ดี

3.5 การให้คำปรึกษา แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยหลายรายมีความเครียดจากสภาพการทำงาน ความขัดแย้งภายในครอบครัว ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการดูแลตนเองที่มีมากมาย สำหรับปัญหาส่วนตัวของผู้ป่วยผู้วิจัยได้รับฟังปัญหา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้คิดและหาวิธีแก้ไขด้วยตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น

นาย ส. อายุ 43 ปี มีกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านหน้าของหัวใจล่างซ้ายมีโรคประจำตัวเป็น เอสแอลอี และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีปัญหส่วนตัวที่เรื้อรังกับภรรยามานานแล้ว และมักจะทะเลาะเกี่ยวกับเรื่อง ญาติ พี่น้อง เพื่อน การงาน วันหนึ่งผู้ป่วยและภรรยาได้ทะเลาะกันอย่างรุนแรง ผู้ป่วยโกรธมากนั่งตัวเองในห้องพระไม่รับประทานอาหารและยาถึง 2 มื้อ ภรรยาของผู้ป่วยเองก็รู้สึกท้อแท้และขอความช่วยเหลือจากผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วย โดยอธิบายให้ภรรยาได้เข้าใจว่าผู้ป่วยกำลังอยู่ในระยะของการปรับตัวหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งต้องการเวลาและกำลังใจอย่างมากในการเผชิญกับความยากลำบากในการแก้ไขและจัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่มีมากมาย การเพิ่มความเครียดทางอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้น

การได้รับการบรรเทาความเครียดจากสมาชิกในครอบครัวโดยการเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้เร็วและเหมาะสม เมื่อผู้วิจัย ได้พบผู้ป่วยที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกหลังเกิดเหตุการณ์ 3 วัน ผู้ป่วยได้เล่าและระบายถึงความทุกข์ซึ่งเกิดจากความขัดแย้งกับภรรยา ผู้วิจัยรับฟัง และบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเป็น ปัญหาส่วนตัวซึ่งผู้ป่วยและภรรยาควรหันหน้ามาพูดคุยกัน เพื่อวิเคราะห์และหาทางบรรเทา ความรุนแรงของปัญหาด้วยการใช้เหตุผล สำหรับผู้วิจัยเองยินดีและเต็มใจช่วยโดยการรับ ฟังเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ซึ่งจะทำให้ระดับความเครียดลดลง และช่วยให้ สามารถมีสติและคิดแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งผู้ป่วยเข้าใจและขอบคุณที่ผู้วิจัยเข้าใจตน ต่อมาอีก 2 วัน ผู้ป่วยโทรค้นท์มาบอกว่าได้ปรับความเข้าใจเรียบร้อยแล้ว

นาย ช. อายุ 59 ปี มีกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านล่างของหัวใจ อาศัยอยู่กับ บุตรชายอายุ 15 ปี ตามลำพัง เนื่องจากผู้ป่วยหย่าร้างกับภรรยาเมื่อ 1 ปีมาแล้ว ผู้ป่วย กังวลว่าบุตรชายจะทิ้งตนกลับไปอยู่กับมารดา และวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรชาย ซึ่งผู้ป่วยเกรงว่าจะมีปัญหาดุติกรรมทางเพศเบี่ยงเบน ผู้วิจัยเองเคยได้พบและพูดคุยกับ บุตรชายของผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งบุตรชายของผู้ป่วยบอกว่า รักและห่วงใยผู้ป่วยมาก แต่บิดามักจะไม่เข้าใจถึงความรู้สึกและความต้องการของตน ทำให้ตนเองสับสน และวางตัวลำบากจากการถูกกีดกันจากบิดาและญาติๆในการพบปะกับ มารดาของตน ผู้วิจัยได้ช่วยโดยเป็นตัวกลางในการประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและ บุตรชาย ตลอดจนอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น ซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นถึง ความห่วงใยของบุตรชายที่พยายามซักถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือบิดาหลัง เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย บอกให้บุตรชายของผู้ป่วยได้เข้าใจถึงความรัก ความหวังดีและ ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อบุตรชาย จากการติดตามพบว่าสัมพันธภาพทั้งสองเปลี่ยนแปลงใน ทางที่ดีมาก บุตรชายบอกว่าบิดาเข้าใจและมีความยืดหยุ่นต่อตนเองมากขึ้น และตัวผู้ป่วย เองกล่าวว่าความเจ็บป่วยของตนครั้งนี้แม้ว่าจะอันตรายน่ากลัว แต่หลังจากรอดชีวิตทำให้ สัมพันธภาพภายในครอบครัวกลับสู่ภาวะปกติ และผู้ป่วยเองมีความรู้สึกที่ตนเองยังเป็นพ่อ ที่บุตรชายรักและห่วงใยจริงๆ

3.6 แนะนำวิธีการในการติดต่อเจรจาต่อรองกับแพทย์ เมื่อตนเองต้อง การหรือมีปัญหา เช่น การขอผลัดการฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจ ปัญหาค่ายาและค่าตรวจ การซักถามสิ่งที่กำลังกังวลห่วงใย เช่น

นาง ก. อายุ 64 ปี มีกล้ามเนื้อหัวใจตายด้านหน้าของกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายล่างและเคยมีหัวใจวายผู้ป่วยมีปัญหาคือไม่ต้องการรับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งแพทย์ต้องการให้ผู้ป่วยรับการสวนหัวใจ โดยที่ไม่ผ่าตัดก็ได้ แต่ผู้ป่วยบอกว่าตนเองยังไม่พร้อม เพราะเพิ่งกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ 1 ครั้งเมื่อเร็วๆ นี้ ด้วยอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นผู้ป่วยไม่ต้องการรับการตรวจที่จะทำให้ตนเจ็บปวดและไม่สบายในขณะนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยบอกกับแพทย์ผู้ดูแล ซึ่งแพทย์ยังคงต้องการให้รับการสวนหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองหลีกเลี่ยงไม่ได้และกังวลใจมาก ในที่สุดผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปปรึกษาลูกๆ ก่อนแล้วค่อยกลับมานัดวันตรวจก็ได้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวลว่าไม่มีเวลาในการคิด

3.7 ช่วยแปลความหมายของผลการตรวจ ของแพทย์ให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเพิ่มขึ้นในรายละเอียดที่ผู้ป่วยยังสงสัย รวมทั้งนอกถึงความคืบหน้าของภาวะสุขภาพให้ผู้ป่วยได้มีขวัญและกำลังใจเพิ่มขึ้น และช่วยจัดการในเรื่องขาให้กับผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่สับสนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนยาของแพทย์ เมื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาได้ถูกต้อง

3.8 อธิบายเกี่ยวกับระบบและสภาพการทำงานของแต่ละแผนก ในโรงพยาบาลให้ผู้ป่วยได้ทราบ เพื่อลดความรู้สึกคับข้องใจ และแนะนำในการประหยัดเวลาที่ต้องใช้ในการตรวจแต่ละวัน โดยการไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาลหรือคลินิกใกล้บ้านก่อนวันตรวจ 1 วัน

3.9 ติดตามและกระตุ้น ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามแพทย์นัด ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโรคนี้ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางหัวใจในการรักษาและต้องใช้เวลา

3.10 ช่วยเป็นตัวแทนให้ผู้ป่วย ในการบอกปัญหา และอุปสรรคแก่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลแผนกตรวจผู้ป่วยนอกได้ทราบ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมีเลือดออกเล็กน้อยจากปลายผิวหนังของอวัยวะเพศในระหว่างที่ยังคงได้ยา Coumadin ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ ผู้วิจัยได้พบและปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งได้แนะนำให้หยุดยา Coumadin ชั่วคราว และนัดให้มาตรวจในสัปดาห์ถัดไป หรือการเลื่อนนัดเมื่อติดธุระสำคัญ เป็นต้น

3.11 ติดตามและไต่ถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ แม้ผู้ป่วยจะไม่มีอาการ ซึ่งผู้ป่วยหลายรายบอกว่าแค่โทรมาหรือส่งไปรษณียบัตรถามทุกข์สุขช่วยกระตุ้นให้ตนได้ทบทวนและปฏิบัติกาดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้ เนื่องจากรู้ว่าผู้วิจัยหวังดีและห่วงใยตน

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการช่วยเหลือของผู้วิจัยซึ่งมี 3 รูปแบบ คือรูปแบบโดยการทดแทนทั้งหมด ทดแทนบางส่วนและการสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งทุกรูปแบบได้ใช้วิธีการช่วยเหลือ 7 วิธี คือ 1) การกระทำให้ 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง 6) การพัฒนาทักษะในการรู้จักเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่ 7) การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและ 8) การติดตามและกระตุ้นแรงจูงใจในการดูแลตนเองเป็นระยะๆ ยกเว้นวิธีการช่วยเหลือโดยการกระทำซึ่งใช้เฉพาะในรูปแบบทดแทนทั้งหมด และทดแทนบางส่วนเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการช่วยเหลือของโอเรียม คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (สมจิต หงุเจริญกุล 2536:38) โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธีเช่นกัน แต่ในรูปแบบการช่วยเหลือของผู้วิจัยได้พบวิธีการช่วยเหลือเพิ่มอีก 3 วิธีคือ

1. การพัฒนาทักษะในการรู้จักเจรจาต่อรอง ซึ่งเป็นการให้อำนาจผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และยอมรับนับถือความคิดเห็นของผู้ป่วย (สมจิต หงุเจริญกุล 2536:11)

2. การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและเพิ่มความรักใคร่ห่วงใย และเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการช่วยบรรเทาความเครียด

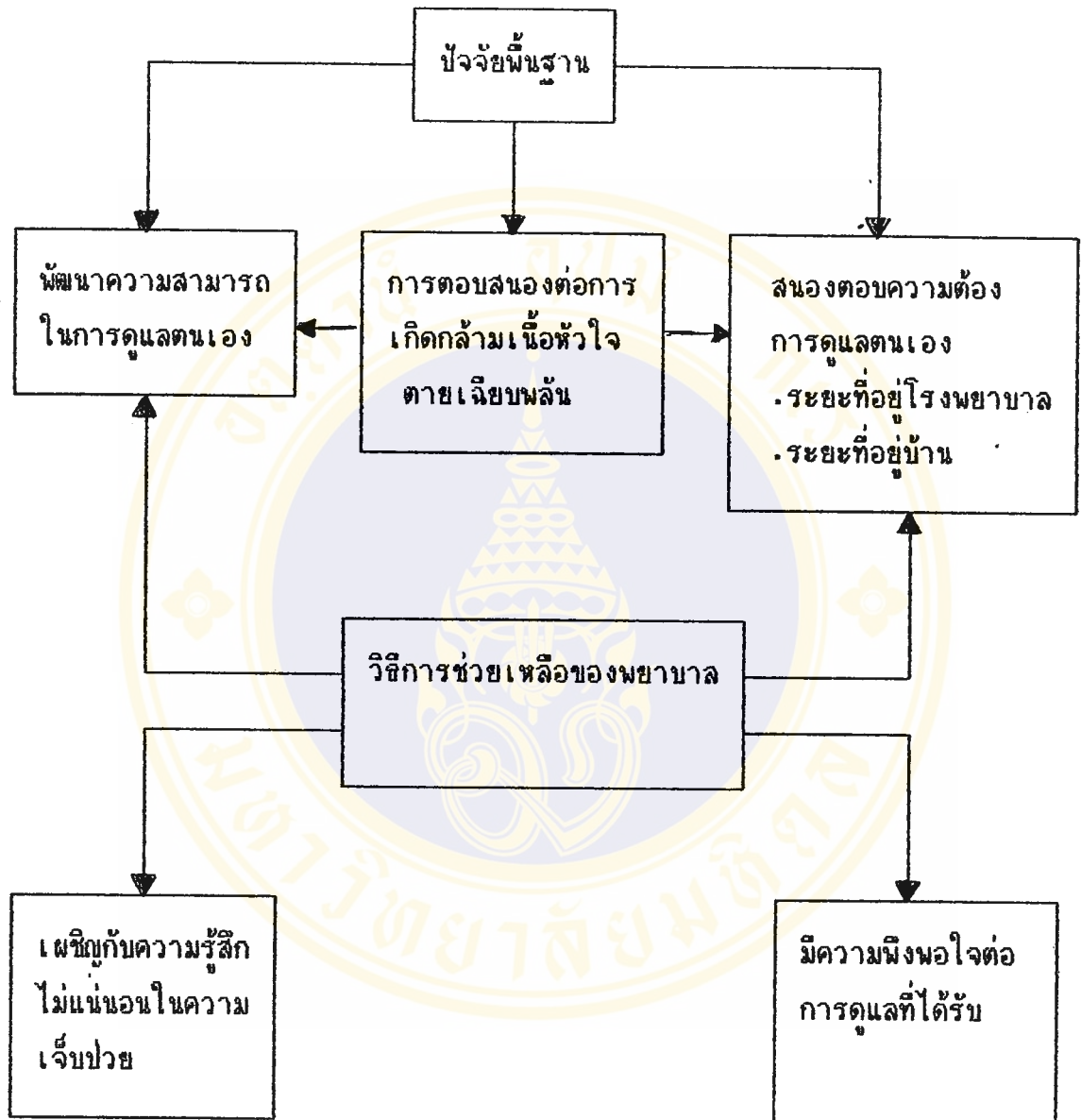
3. การติดตามและกระตุ้นแรงจูงใจในการดูแลตนเองเป็นระยะๆ เนื่องจากวิธีการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจมีมากและเป็นภาระ เพราะต้องไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ การติดตามผลและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้ถึงความห่วงใย จะช่วยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อไป

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการ และขั้นตอนเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่เริ่มเข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ การที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองได้นั้นจำเป็นต้องทราบปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อทั้งความสามารถ และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด รูปแบบการช่วยเหลือนั้นจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการกำหนดปัญหา ความต้องการการดูแลตนเอง วิธีการดูแลตนเองและประเมินผลของการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย และแผนการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักวางแผนเป้าหมายที่เป็นจริงมองเห็นแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยที่ผู้วิจัยจะช่วยวิเคราะห์ความสามารถและข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และหาวิธีช่วยเหลือเพื่อปรับแก้ไขความพร่องในการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยคงความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดและความคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค สามารถเผชิญกับความเครียดอันเกิดจากรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตลอดจนเพิ่มความความสามารถในการกลับไปทำงานได้เร็วขึ้น (ดูในรูปที่ 2) และจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบวิธีการช่วยเหลือจากผู้วิจัย

จะเห็นว่าผลการวิจัยเป็นการพิสูจน์ความตรงของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ว่าบุคคลเป็นผู้มีเหตุผล มีความสามารถที่จะเรียนรู้วางแผนการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการมีความต้องการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา และมีความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อปรับหน้าที่หรือป้องกันความผิดปกติที่จะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการบุคคลแต่ละคนเป็นเจ้าของตนเอง และเขาเท่านั้นที่จะมีสิทธิเหนือตนเอง (สมจิต หงษ์เจริญกุล 2536:295) ซึ่งจะ เป็นแนวคิดให้ผู้ให้บริการได้เคารพในสิทธิของบุคคล สร้างจริยธรรมให้กับวิชาชีพและผู้รับบริการ และการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัยในการหาวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รู้จักรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน และพึ่งพาตนเองได้ยั่งยืนต่อไป

นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม ที่ว่าการที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้สำเร็จนั้น ต้องอาศัยระบบสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่เกิดจากความสัมพันธ์ภายใต้ระบบสังคม (โอเร็ม

1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536:38) จะเห็นได้จากการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามระยะของความเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดและความคงปัจจัยเสี่ยงของโรคซึ่งเกิดจากการให้ความช่วยเหลือของระบบวิชาชีพและการปฏิบัติภายใต้การมีส่วนร่วมที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการกำหนดปัญหา ความต้องการการดูแลตนเอง วิธีการดูแลตนเองตลอดจนการประเมินผล จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วย เพื่อได้คิดและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองได้ เพราะผู้ป่วยตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง เชื้อมั่นและศรัทธาต่อวิธีการช่วยเหลือและความสามารถของพยาบาลอย่างแท้จริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ



รูปที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และผลของวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยจะต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ซึ่งจะทำได้ข้อมูลที่ เป็นจริงและน่าเชื่อถือมากที่สุด แม้ว่าผู้ป่วยบางรายต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ โดยเพราะผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ
2. เป็นการวิจัยที่ต้องใช้การบรรยายรายละเอียด ดังนั้นผู้วิจัยต้องไวต่อ รายละเอียดและเก็บข้อมูลให้มากที่สุด
3. เป็นการวิจัยที่ใช้เวลาในการติดตามผลของการให้ความช่วยเหลือ และ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนิน ชีวิตใหม่ ตั้งแต่เข้ารับรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์
4. เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีน้อยเพียง 14 ราย และทำการศึกษาใน โรงพยาบาลใหญ่ คือโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน ทำให้มีข้อ จำกัดในการสรุปผลและการอ้างอิง

จุดเด่นของงานวิจัย

1. สามารถได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและตรงกับผู้ป่วยมากกว่าการศึกษาเชิงปริมาณ ซึ่งมีข้อจำกัดในการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ลึกซึ้งอีกทั้งลักษณะของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เป็น พลวัตร และมีปัจจัยต่างๆ เกี่ยวข้องมากมาย ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมและตรงกับสถานการณ์ของความเป็นจริงที่เกิดขึ้นแบบองค์รวม
2. ช่วยให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของ บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนได้ถ้าบุคคลนั้นได้รับโอกาส และได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่ง จะมีประโยชน์ในการหารูปแบบการช่วยเหลือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้

ถูกต้องและตรงประเด็น โดยเฉพาะการดูแลตนเองในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ซึ่งจะมีผลทำให้คุณภาพของประชาชนดีขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม

3. ช่วยให้ผู้สามารถมองเห็นกระบวนการในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทั้งภาวะที่เฉียบพลันวิกฤติ และเรื้อรัง ต้องเผชิญกับความเครียด ซึ่งเกิดจากความเปลี่ยนแปลงของภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตและไม่ว่าที่ ตลอดจนการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ช่วยแก้ปัญหาการวิจัยในเรื่องจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักจะมีจำนวนไม่มากแต่สามารถศึกษาได้อย่างลึกซึ้ง และทำให้ไม่ต้องเลือกทำวิจัยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกหรือกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก

5. ช่วยลดความคับข้องใจและรู้สึกผิดจริยธรรมทางการแพทย์ ในการวิจัยเชิงทดลองนั้นผู้วิจัยต้องแบ่งผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งตามแผนการทดลองผู้วิจัยไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมได้ แต่ในสถานการณ์จริงบนคลินิกการพยาบาลนั้นต้องให้ปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการตลอดเวลา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ต้องระงับการปนเปื้อนในแผนการทดลองเพราะไม่มีกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสามารถให้การช่วยเหลือให้คำแนะนำและให้ความรู้กับผู้ป่วย แต่จากการไม่มีกลุ่มควบคุมดังกล่าว อาจจะถูกวิจารณ์ในเรื่องของความตรงภายในของผลการวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพของรูปแบบการช่วยเหลือแต่ข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ป่วยบ่งบอกถึงประสิทธิผลของการช่วยเหลือต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณที่แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนน้อย แต่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้รวมทั้งกลับไปทำงานและปรับตัวได้

6. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่กำหนด และปรับรูปแบบการช่วยเหลือ การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ การสังเกต การรวบรวมข้อมูล และในเวลาเดียวกันมีการวิเคราะห์ข้อมูลและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติ ตลอดจนมีการติดตามและประเมินผลของการปฏิบัติ เพื่อให้ได้รูปแบบการปฏิบัติที่สมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

ของการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในคลินิก ซึ่งเป็นลักษณะการพยาบาลที่มีวงจรต่อเนื่อง และมีกลไกย้อนกลับทุกขั้นตอน ซึ่งทำให้ได้แนวคิดและความรู้ใหม่ในการปฏิบัติต่อไป

7. ช่วยทำให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยที่เฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งในอดีตผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ก็มักถูกตำหนิว่าเป็นผู้ป่วยที่ดื้อ (noncompliance) แต่จากการวิจัยนี้ทำให้เข้าใจและทราบว่าผู้ป่วยมีความยากลำบาก และอุปสรรคมากมายในการพยายามปรับการดูแลตนเองใหม่ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลในการสอนชี้แนะแนวทาง ให้การสนับสนุนและกำลังใจ ตลอดจนเื้อออำนวยความสะดวกที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะในการรู้จักเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่ การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และการติดตามและการกระตุ้นแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง โดยมีพื้นฐานบนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่า และเกิดแรงจูงใจในการที่จะพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองใหม่

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้วิธีการทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อศึกษารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ตั้งแต่เริ่มรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านอีก 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นครั้งแรกที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามธิบดีและโรงพยาบาลกรุงเทพ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2535 ถึงเดือนมีนาคม 2536 จำนวน 14 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 30 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นครั้งแรก 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยรู้เรื่องและเข้าใจ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมี 4 ชุดได้แก่ 1) หัวใจและโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3) การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 4) การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

2.2 แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ ชควีร์ สุขุมาลจันทร์ (2524) และของบล็อคเกอร์ (Blocker 1986) ซึ่งประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อน 18 ชนิดที่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และในระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์

2.3 แบบบันทึกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยวัดเมื่อเริ่มเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และวัดอีกครั้งหลังกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์

2.4 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel 1990) ที่แปลโดยบุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) ผู้วิจัยนำมาดัดแปลงปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เหลือข้อคำถาม 26 ข้อ ศึกษาครั้งนี้กับผู้ป่วย ทั้ง 14 ราย โดยวัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน และหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ

2.5 แบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และปัญหาหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้พบกับผู้ป่วยตั้งแต่ที่ผู้ป่วยถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และติดตามให้การช่วยเหลือทุกวัน จนกระทั่งกลับบ้าน หลังจากนั้นได้ให้เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถโทรศัพท์มาปรึกษาได้ตามต้องการ และผู้วิจัยพบกับผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาศิริ) เมื่อผู้ป่วยมาตรวจกับแพทย์ตามนัด การรวบรวมข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยและเก็บรวบรวมข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล โรคและการรักษาขณะที่ผู้ป่วยรักษาอยู่โรงพยาบาล และเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง คือขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ ในเรื่องเกี่ยวกับภาวะ

แทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยตอบ 2 ครั้ง คือครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน และครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลตามนัดตามนัด หลังจากออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ โดยครั้งที่ 2 นี้ผู้ป่วยนำแบบสอบถามไปตอบที่บ้าน และส่งกลับคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลกรุงเทพในการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปที่บ้านผู้ป่วยเมื่อครบ 8 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาลกรุงเทพ

การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และปัญหาหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และสัมภาษณ์เจาะลึกเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเป็นเวลา 8 สัปดาห์

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้บันทึกรูปแบบและวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในขณะที่รักษาอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ในผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นครั้งแรก เพศชาย 10 ราย เพศหญิง 4 ราย อายุตั้งแต่ 42-72 ปี ระดับการศึกษาค่อนข้างดี รายได้ค่อนข้างสูง ตำแหน่งบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายมากที่สุดคือด้านหน้า (Anterior wall) มี 6 ราย ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคมิตั้งนี้คือ หัวใจวาย 7 ราย เจ็บหน้าอก 9 ราย หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง 2 ราย หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดไม่รุนแรง 4 ราย จำนวนวันที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยตั้งแต่ 1-7 วัน เฉลี่ย 3.6 วัน และจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 5-30 วัน เฉลี่ย 9.6 วัน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ ภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดโรคลดลง มีอาการเจ็บอก 6 ราย กลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ 3 ราย โดยมีอาการเจ็บอกชนิดไม่คงที่และมีหัวใจวายร่วมด้วย 2 ราย และเจ็บอกชนิดไม่คงที่อย่างเดี่ยว 1 ราย

การตอบสนองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังนี้

1. กลัวตาย จากการรับรู้ความเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงทำให้ถึงตายได้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยยอมรับการช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาลอย่างเต็มใจ สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีบุคลิกภาพแบบยอมรับการช่วยเหลือ แต่มีอาการโกรธและหงุดหงิด
2. กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ เพื่อบรรเทาเบาบางความรุนแรงของสถานการณ์โดยการปฏิเสธว่าตนไม่ได้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่เป็นโรคอื่น เช่น โรคกระเพาะ มีผู้ป่วยบางรายยอมรับว่าตนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่รักษาหายดีแล้ว ยังคงเหลือแต่โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รู้สึกทนสูญเสียสมรรถภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ซึมเศร้าและท้อแท้
3. กลัวโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับเป็นซ้ำ ทำให้ตอบสนอง 2 ลักษณะคือ ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอจจะยอมรับว่าตนเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการเกิดโรคจากพฤติกรรมบางอย่างของตนเอง และมีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ สำหรับผู้ป่วยอีกกลุ่มจะโกรธที่เป็นโรคนี้อีก และสงสัยว่าทำไมโรคนี้อีกเกิดขึ้นกับตน
4. รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตนเอง โดยในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 วัน คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมค่อนข้างต่ำเล็กน้อย ($M=73.50, S.D=13.48, skewness=1.35$) มีการตอบสนองต่อการรับรู้ในระยะก่อนจำหน่ายในอารมณ์ดีใจที่รอดชีวิตและมั่นใจว่าตนเองสามารถที่จะดูแลตนเองได้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์แล้วคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมค่อนข้างสูง ($M=75.50, S.D=12.37, skewness=-1.25$) และมีการตอบสนองต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น 2 ลักษณะคือผู้ป่วยส่วนหนึ่งจะเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลตนเอง ตรวจสอบหาสาเหตุของปัญหา ผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งตอบสนองต่อการรับรู้โดยมีอาการหงุดหงิดร่วมกับซึมเศร้า ท้อแท้ที่ตนไม่สามารถจัดการและควบคุมอาการของโรคได้

5. รุ้สึกยากลำบากในการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรค พบว่าผู้ป่วยทั้ง 14 รายมีปัจจัยเสี่ยงก่อนการเกิดโรค ซึ่งในจำนวนปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งหมด 7 ชนิด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยคนหนึ่งๆ มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1-7 ชนิดเมื่อประเมินครั้งแรกในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยที่สามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ทั้งหมดมี 7 ราย และไม่สามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้เลยมี 4 ราย ส่วนอีก 1 รายยังลดได้เกือบหมด กลุ่มผู้ป่วย 7 รายที่สามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยชายที่มีบุคลิกภาพแบบเอถึง 5 ราย โดยสามารถลดจำนวนปัจจัยเสี่ยงได้ตั้งแต่ 1 ถึง 7 ชนิด

วิธีการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองใหม่ เพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค คือวิธีการแก้ปัญหาโดยคิด และวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและจัดการแก้ไข รวมทั้งขอความช่วยเหลือ คำแนะนำจากผู้วิจัย ส่วนผู้ป่วยที่ไม่สามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้จะตอบสนองโดยรู้สึกท้อแท้และเบื่อหน่าย

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่ามี 7 ประการ คือภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แหล่งประโยชน์ บุคลิกภาพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และความ ต้องการการดูแลตนเองในแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1991 อ้างใน สมจิต หงเจริญกุล 2536:22)

รูปแบบการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น เป็นการช่วยเหลือตามระยะของความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเข้ารับรักษาอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการทดแทนทั้งหมด ระยะนี้สภาพในหอผู้ป่วยทั่วไปเป็นการทดแทนบางส่วน และระยะกลับไปอยู่บ้านจะเป็นการสนับสนุน และให้ความรู้ โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 8 วิธี ได้แก่ การกระทำให้ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน และให้กำลังใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง การพัฒนาทักษะในการรู้จักเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่ การส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และการติดตามผลและ

กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะๆ ซึ่งวิธีการช่วยเหลือทั้งหมดได้ใช้ทุกระยะของความเจ็บป่วยยกเว้นวิธีการช่วยเหลือ โดยการกระทำให้ไม่ใช้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และทุกวิธีการช่วยเหลือให้หลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง และสถานการณ์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น ศรัทธา ต่อรูปแบบการช่วยเหลือทำให้เพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สามารถปรับตัวต่อภาวะเครียดต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ ช่วยให้กลับไปทำงานได้ และมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ

สำหรับวิธีการช่วยเหลือ 5 วิธีแรก คือการกระทำให้ การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง เป็นวิธีการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับวิธีการช่วยเหลือของโอเร็ม (Orem 1985, 1991) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบุคคลตามภาวะสุขภาพเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสำคัญและจำเป็นมาก เนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยต้องอาศัยกำลังใจและแรงจูงใจในการเพิ่มความพยายามในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงต้องการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนั้นการมีพยาบาลผู้ชำนาญการจึงมีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตั้งแต่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทำให้เพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งช่วยผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากพยาบาลผู้ชำนาญจะมีหน้าที่ในการดูแลกับผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ยังต้องทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล และพยาบาลประจำการเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสารกับแพทย์ และเจ้าหน้าที่อื่นๆในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ พยาบาลผู้ชำนาญการจึงต้องพัฒนาทักษะความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินการในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเองได้ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยทุกรายมีความพึงพอใจมากต่อการช่วยเหลือของผู้วิจัย ซึ่งถ้าพยาบาลได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยเช่นนี้จะส่งเสริมให้พยาบาลมีกำลังใจ และมีความรับผิดชอบในงานส่วนที่เอกสิทธิ์ของพยาบาลมากขึ้น

2. ระบบบริการสุขภาพควรจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ในการเอื้ออำนวย และเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ โดยการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สุขภาพในทุกระดับสามารถมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ผู้ป่วยคือบุคคลที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อไป ฉะนั้นระบบบริการสุขภาพควรจะเป็นระบบที่เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นสิทธิของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงควรได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเอง จากการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของรัฐควมคุมผู้ป่วยและจำกัดการได้ข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ป่วยคิดตัดสินใจและเลือก เจ้าหน้าที่มักคิดว่าสิ่งที่ตนเองคิดและตัดสินใจให้ผู้ป่วยนั้นดีที่สุดแล้ว โดยไม่คำนึงถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสตกอยู่ในภาวะจำยอมต่อระบบบริการสุขภาพอย่างไม่มีทางเลือกมองเห็นความไม่เท่าเทียมกันของระบบบริการสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเอกชน ระบบบริการของรัฐกลายเป็นแหล่งที่เพิ่มความเครียดและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. ปรับปรุงระบบงานบริการของแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลควรประเมินและดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เจ็บผนังที่มาตรวจตามแพทย์นัดในระยะแรก โดยเฉพาะใน 1-2 เดือนหลังเกิดโรค หรือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งผู้ป่วย

กลุ่มนี้ยังมีสมรรถภาพของร่างกายไม่แข็งแรงพอ จึงควรสงวนพลังงานของผู้ป่วย ลดอาการอ่อนเพลียอ่อนล้าจากการมาตรวจโดยช่วยลดระยะเวลาในการรอตรวจ เอื้ออำนวยการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ช่วยติดตามผลการตรวจเลือดให้ไม่ต้องให้ผู้ป่วยไปตามเองในรายชื่อที่ไม่มีญาติมาด้วย การช่วยลดระยะเวลาในการรอชื่อยาโดยติดต่อและตกลงกับเจ้าหน้าที่ห้องยาให้ทราบเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ชื่อยาเร็วขึ้น

4. ควรมีสถานที่ให้พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลผู้ชำนาญการ ได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

5. ควรมีการสนับสนุน ติดตามให้คำปรึกษา และประเมินผลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นระยะๆ แม้ว่าผู้ป่วยสามารถจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตได้แล้วก็ตาม แต่การดูแลตนเองเป็นภาระและต้องกระทำตลอดระยะยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยอาจเบื่อหน่าย ท้อแท้โดยเฉพาะถ้ามีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต มีภาวะเครียดแทรกเข้ามา ผู้ป่วยอาจจะดูแลตนเองไม่ได้ ดังนั้นการติดตามโดยการโทรศัพท์ หรือส่งไปรษณีย์บัตรถึงผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าที่ยังมีคนสนใจและห่วงใย ซึ่งจะช่วยให้ช่วยเพิ่มการกระตุ้นแรงจูงใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และพยาบาลผู้ชำนาญการอาจให้เบอร์โทรศัพท์กับผู้ป่วย เพื่อติดต่อเมื่อผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายังมีพื้นที่มีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเขาเวลาที่มีความยุ่งยากลำบากในการดูแลตนเอง

6. ควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ การทำเอกสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกับที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เอกสารการดูแลตนเองในเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพศสัมพันธ์ และมีการสร้างสื่อที่เสริมความรู้ความเข้าใจ คือ สไลด์ ภาพพลิก หรือวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การสอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะในการออกกำลังกายและการผ่อนคลาย โดยทำเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม นอกจากนี้พยาบาลควรร่วมมือกับผู้ป่วยในการตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยพยาบาลเป็นผู้ส่งเสริมกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ด้านการวิจัยต่อไป

1. ทำการศึกษาซ้ำในเรื่องนี้ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยอันเนื่องจากพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ผู้ป่วยโรคเอดส์
2. ศึกษาวิธีการที่สนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
3. ศึกษาวิธีการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยให้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการปรับการดูแลตนเองร่วมกัน
4. ทำการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้เพิ่มแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเข้าอยู่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้านและกลับไปทำงานอย่างน้อย 6 เดือน
5. ทำการศึกษาซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาระในการดูแลตนเอง ความเครียด ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น เพื่อเสริมความสมบูรณ์และนำไปใช้ในการปรับปรุงการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้เหมาะสมยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- เกษม วัฒนชัยและคณะ. "การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". วารสารโรคหัวใจ. 1(มกราคม-มีนาคม 2531): 11-19.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จุนาร์ักษ์ กวีวิจิตรชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- เนญจา ยอดดำเนิน-อัติติกัจ. รองศาสตราจารย์ ดร. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรยาย. 24 เมษายน 2535.
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- ทิพพาวร วงศ์หงษ์กุล. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้
 สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องปากลมดลูกที่กำลังรับรังสีรักษา.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตมหา-
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- นภาพร แก้วนิมิตชัย. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พยงค์ จูฑา. "ไข่มุกกับโรคหลอดเลือดโคโรนารี". วารสารโรคหัวใจ. ปีที่ 1
 ฉบับที่ 2 เมษายน 2531: 70.
- มณฑา ลี้มทองกุล. ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธี
 การเผชิญกับปัญหาในขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณ
 เต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- มุกดา คุณาวัฒน์. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความ
 พร้อมในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาออก.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์. "ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน" ใน ตำราโรคหัวใจ
 และหลอดเลือด หน้า 302-321 สมชาติ โลจายะ, ญุชอบ พงษ์พาณิชย์ และ
 พันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์ บรรณาธิการพิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูไนเต็ด
 โปรดักชั่น, 2534.
- _____ . "โรคหัวใจขาดเลือด" ใน ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด หน้า
 293-295 สมชาติ โลจายะ, ญุชอบ พงษ์พาณิชย์ และพันธุ์พิชญ์ สาครพันธ์
 บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูไนเต็ดโปรดักชั่น 2534 .

- ยวดี ภาษาและคณะ. คู่มือวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 กทม. : วิกตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2532.
- ยงยุทธ สหสสกุลและคณะ. "ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางคลินิก การตรวจเพื่อการวินิจฉัยกับอัตราการตายในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". วารสารโรคหัวใจ. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม 2532: 19-23.
- วัชรีย์ กลิ่นเฟื่อง. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความวิตกกังวล การมีส่วนร่วมได้ควบคุมตนเอง และการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- วิชัย ตันไพจิตร. "ไขมันกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ-ตัน." ใน หัวใจของเรา. หน้า 108-109, กมล สีนชวนนท์ และคณะ, บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์, 2534.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย." วารสารโรคหัวใจ. ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2531: 1-10.
- สมจิต หนุเจริญกุล. ในการดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 8. สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : บริษัท-วชิรวิทย์ จำกัด, 2534.
- _____ . "แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง". ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 1-15 สมจิต หนุเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. นรินต์, 2536.

- สมจิต หนูเจริญกุล. "ความเครียดกับการดูแลตนเอง" ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 96-119 สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- _____ . "ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 17-54 สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- _____ . "การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน" ใน การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. หน้า 85-103 สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- สมจิต หนูเจริญกุล และนิกุล วิทยาเจือก. "การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัด และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ: พยาบาลสาร. 18(มกราคม-มีนาคม 2535): 1-9.
- สถิตี สาธารณสุข 2532 กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กทม : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2534.
- อรสา พันธุ์ภักดี. "ภาวะหมดหนทางช่วยเหลือกับความพร้อมในการดูแลตนเอง." ใน การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์พยาบาล. หน้า 168 สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินต์ติ้ง, 2536.
- อรรถ มาลาหอม. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดหัวใจในโตและท่อนโตและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- Bennett, S.J. "Perceived threats of individual recovering from myocardial infarction." Heart Lung. 21 (July/August 1992) : 322-326.
- Blessing, D.L., et al. "Success of a Cardiac rehabilitation Program in returning patients to work." Critical Care Nursing Quarterly. (March 1988) : 81-85.
- Blocker, W.P. Cardiovascular Problem in Everyday Practice. Switzerland : CIBA-GEIGY Limited, 1986.
- Bohachik, P. "Progressive Relaxation Training in Cardiac Rehabilitation : Effect on Psychologic Variable". Nursing Research. 33 (September/October): 283-287.
- Briody, M.E. "The Role of the Nurse in Modification of Cardiac Risk Factor." The Nursing Clinics of North America. 19 (September 1984): 387.
- Burgess, A.W. and Hartman, C.R. "Patients Perceptions of Key to Recovery." American Journal of Nursing. (March 1986): 568-571.
- Burgess, A.W., et al. "A Randomized Control Trial of Cardiac Rehabilitation". Social Science Medicine. 24(1987): 359-370.
- Cassem, N.H. and Hackett, T.P. "Psychological Aspects of Myocardial infarction." Medical Clinics of North America. 6(July 1977): 714-717.

- Christman, N.J. et al. "Uncertainty, Coping and Distress Following Myocardial Infarction Transition from Hospital to Home." Research in Nursing & Health. 11 (1988): 71-82.
- Connelly, A.G. "An examination of Stressors in the patient undergoing cardiac electrophysiologic studies." Heart & Lung. 21(July/August 1992): 335.
- Cronin, S.N. and Harrison B. "Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction." Heart & Lung. 17 (July 1988): 374-375.
- Duryec, R. "The efficacy of inpatient education after myocardial infarction". Heart & Lung. 21 (May 1992): 217-227.
- Fleury, J.D. "Wellness motivation in cardiac rehabilitation". Heart & lung. 20 (January 1991): 3-8.
- Garding, B.S. and etal. "Effectiveness of a program of information and support for myocardial infarction patients recovering at home." Heart & Lung. 17(July 1988): 355-362.
- Garret, A.P. "A Nursing System Design for a Patient with Myocardial Infarction." The Science and Art of Self-Care. Appleton-Century /Connecticut., 1985.
- Gentry, W.D., et al. "Type A behavior pattern and ischemic cerebrovascular disease." Heart & Lung. 8(November-December 1979): 1115.

- Gentry, W.D. and Haney, T. "Emotional and behavioral reaction to acute myocardial infarction". Heart & Lung. 4(September-October 1975) : 738-744.
- Hijek, T.W. "The Health Belief Model and Cardiac Rehabilitation." Nursing Clinics of North America. 19(September 1984): 449-450.
- Johnson, J.L. and Morse, J.M. "Regaining Control : The Process of adjustment after myocardial infarction." Heart & Lung. 19(March 1990): 126-135.
- Julian, D.G. "Quality of life after myocardial infarction." American Heart Journal. (July 1987) : 241-243.
- Karlik, B.A. "Learning needs of cardiac patients: A Partial replication." Heart & Lung. 16(September 1987): 544-551.
- Lindsay, C., et al. "Programmed instruction booklet for cardiac rehabilitation teaching." Heart & Lung. 20 (November 1991): 648-653.
- Lipkin, G.B. and Cohen, R. "The patient with Coronary Heart Disease." Effective Approaches to Patients Behavior. New Youk: Springer Publishing Company, 1980.
- Lovey, B. "Transition in chronic illness : The at-risk role." Holistic Nursing Practice. (May 1990): 59-63.

- Miller, S.P., et al. "A Content Analysis of life Adjustments Post Infarction." Western Journal of Nursing Research. 1989.
- Mishel, M.H. "The Measurement of Uncertainty in illness." Nursing Research. 30(September/October 1981): 258-263.
- _____. "Perceived Uncertainty and Stress in illness." Research in Nursing and Health. 7(1984): 163-171.
- _____. "Uncertainty in illness." Image. 20 (Winter 1988) : 225-232.
- _____. "Reconceptualization of the Uncertainty in illness Theory." Image. 22 (Winter 1990).
- Nickel, J.T., et al. "Depression and Anxiety among Chronically ill Heart Patients : Age Difference in Risk and Predictors." Research in Nursing & Health. 13(1990): 951.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 4th ed. New York : McGraw Hill Book Co., 1991.
- O' Malley, P.A. and Menke, E. " Relationship of Hope and Stress after Myocardial infarction." Heart & Lung. 17(March 1988): 189.
- Siegel, D., et al. "Risk Factor Modification after Myocardial Infarction." Annals of Internal Medicine. (August 1988): 213-215.

- Shanfield, S.B. "Return to work after an acute myocardial infarction: A review." Heart & Lung. 19(March 1990): 109-117.
- Scherck, K.A. "Coping with acute myocardial infarction." Heart & Lung. 21(July/August 1992): 327-334.
- Steele, J.M. and Ruzichi, D. "An evaluation of the effectiveness of cardiac teaching during hospitalization." Heart & Lung. 16(May 1987): 306.
- Strovsky, B. "Nursing Interventions for Risk Factor Reduction." Nursing Clinics of North America. 27(March 1991): 257-267.
- Thomas, S.A., et al. "Denial in coronary care patients-An objective reassessment." Heart & Lung. 12 (January 1983): 74-80.
- Wishnie, H.A., et al. "Psychological Hazards of Convalescence Following Myocardial Infarction." JAMA. 21(February 1971): 1292-1296.
- Webster, K.K. and Christman, N.J. "Perceived Uncertainty and Coping Post Myocardial Infarction." Western Journal of Nursing Research. 10(1988): 384-400.



ภาคผนวก ก

คำชี้แจงสำหรับผู้ป่วยและการนิทภัตสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าร่วมวิจัย

สวัสดีค่ะดิฉันนางสาวจริยา ตันติธรรม เป็นนักศึกษานานาชาติปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล ขณะนี้กำลังทำโครงการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยอื่นต่อไป ถ้าคุณ.....เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ดิฉันจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการดูแลตนเองของคุณระหว่างรักษาอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างที่คุณอยู่บ้านคุณสามารถติดต่อปรึกษาขอคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองของคุณได้โดยโทรศัพท์ถึงดิฉัน ดิฉันจะให้คำตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนคุณจะกลับบ้าน 1 วัน และอีก 1 ครั้งเมื่อคุณกลับไปอยู่บ้าน 8 สัปดาห์แล้ว ข้อมูลทั้งหมดที่คุณตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

หากคุณ.....มีข้อสงสัยประการใดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันยินดีจะตอบให้คุณเข้าใจ และไม่ว่าคุณจะเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม คุณจะยังคงได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลตามปกติ คุณมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และถึงแม้คุณจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณก็ยังมีสิทธิจะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่คุณต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ คุณ.....มีข้อสงสัยอะไรไหมค่ะ และยินดีเข้าร่วมโดยการวิจัยนี้ไหมค่ะ ขอคุณมากค่ะในความร่วมมือครั้งนี้

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โรค และการรักษา

ผู้ป่วยรายที่.....

HN.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

หอผู้ป่วย.....

คำชี้แจง

กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย 0 (วงกลม) ส้อมรอบหัวข้อที่ท่านเลือกเพียงคำตอบเดียวหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1) เพศ

1) ชาย

2) หญิง

2) อายุ.....ปี

3) สถานภาพสมรส

1) โสด

2) คู่

3) หม้าย หย่า แยก

4) ศาสนา

- 1) พุทธ
- 2) คริสต์
- 3) อิสลาม
- 4) อื่น ๆ

5) ภูมิสำเนา

- 1) กทม.
- 2) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6) ระดับการศึกษา

- 1) ไม่ได้เรียน
- 2) ประถมศึกษา
- 3) มัธยมศึกษา
- 4) ประกาศนียบัตร
- 5) ปริญญาตรี
- 6) ปริญญาโท

7) จำนวนปีที่ใช้ในการศึกษา.....ปี

8) อาชีพ

- 1) รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 2) รับจ้าง ระบุ.....
- 3) ค้าขาย ระบุ.....
- 4) เกษตรกรรม ระบุ.....
- 5) นักธุรกิจ ระบุ.....
- 6) ไม่มีอาชีพ
- 7) อื่น ๆ ระบุ.....

9) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- 1) น้อยกว่า หรือเท่ากับ 4000 บาท
- 2) 4,001 - 6,000 บาท
- 3) 6,001 - 8,000 บาท
- 4) 8,001 - 10,000 บาท
- 5) 10,000 - 15,000 บาท
- 6) 15,001 - 20,000 บาท
- 7) 20,001 - 40,000 บาท
- 8) 40,001 - 60,000 บาท
- 9) 60,001 - 80,000 บาท
- 10) ตั้งแต่ 80,000 บาทขึ้นไป

--	--	--	--	--

10) วิธีการเสียค่ารักษานานาชาติ

- 1) เบิกค่ารักษานานาชาติได้
- 2) เสียค่ารักษาเอง
- 3) ส่งกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
- 4) ประกันสังคม
- 5) อื่น ๆ ระบุ.....

11) ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่าย

- 1) ไม่มีปัญหา
- 2) มีปัญหาเล็กน้อย
- 3) มีปัญหาปานกลาง
- 4) มีปัญหามาก

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา

- 12) Chest pain เวลา.....น. Duration of Chest pain.....hr
- 13) E.C.G.....
- 14) Area of infarct size.....
- 15) Cardiac Enzyme
- | | | | |
|-----------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| CPK | D ₁ | D ₂ | D ₃ |
| CKMB | D ₁ | D ₂ | D ₃ |
| LDH | D ₁ | D ₂ | D ₃ |
| LD ₁ | D ₁ | D ₂ | D ₃ |
| LD ₂ | D ₁ | D ₂ | D ₃ |
- 16) Killip on admission หรือภายใน 24 ชม. แรก.....
- 17) การวินิจฉัยโรค.....
- 18) การรักษาThrombolyticNon Thrombolytic
CABGPTCA

วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล.....

วันที่รับเข้าในไอ.ซี.ยู. หรือ ซี.ซี.ยู.....

วันที่ย้ายออกจากไอ.ซี.ยู. หรือ ซี.ซี.ยู.....

ย้ายไป ward.....

จำนวนวันที่อยู่ในไอ.ซี.ยู. หรือ ซี.ซี.ยู.....วัน

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล.....

รวมจำนวนที่อยู่โรงพยาบาล.....วัน

ภาคผนวก ค

แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยรายที่.....

HN.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาวะแทรกซ้อน	ไม่เกิด	เกิด	วันที่เกิด	วันที่หายไป	หมายเหตุ
1) หัวใจเต้นผิดจังหวะ (PVC) 4 ตัว/นาที SVT, bradycardia)					
2) หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เช่น VT, VF, Heart block ชนิดอันตราย					
3) หัวใจวาย					
4) ช็อคจากหัวใจ					
5) อาการเจ็บหน้าอก (Angina)					
.					
.					
.					
17) การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ					
18) สโตรก (Stroke)					

ภาคผนวก ง

แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้ป่วยรายที่.....

--	--

HN.....

--	--	--	--	--	--	--	--

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

--	--

--	--

--	--	--	--	--

		ก่อนเกิดโรค		หลังเกิดโรค 8 สัปดาห์	
		มี	ไม่มี	ควบคุมได้	ควบคุมไม่ได้
1.	เบาหวาน				
2.	ความดันโลหิตสูง				
3.	สูบบุหรี่				
4.	อ้วน				
5.	ไขมันในเลือดสูง				
6.	รับรู้ว่ามียุคคลิกภาพ แบบเอ				
7.	การออกกำลังกาย				

ภาคผนวก จ

แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยรายที่.....

--	--

HN.....

--	--	--	--	--	--	--	--

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

--	--	--	--	--	--

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้สึกของท่าน โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อแล้วใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ช่อง การใส่เครื่องหมายทำดังนี้

1. ถ้าท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้นเป็นจริงหรือไม่จริงให้ใส่เครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านตามความมากน้อยของความเป็นจริงหรือไม่จริง
2. ถ้าท่านไม่แน่ใจ ให้ใส่เครื่องหมาย ลงในช่องไม่แน่ใจ

ตัวอย่าง :

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
ก. ฉันไม่รู้ว่าคุณชื่ออะไร					✓

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
ข. ฉันไม่สามารถทำงานหนักได้อีกแล้ว			✓		

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันมีข้อสงสัยมากมายเกี่ยวกับโรคและการรักษา					
2. ฉันไม่แน่ใจว่าความเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นหรือเลวลง					

26. การวินิจฉัยโรคของฉันแน่นอนแล้ว ไม่เปลี่ยนแปลง					
--	--	--	--	--	--

ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์

ผู้ป่วยรายที่.....

--	--

HN.....

--	--	--	--	--	--	--	--

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

--	--

--	--

--	--	--	--

1. คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับความเจ็บป่วยครั้งนี้
2. อะไรที่ทำให้คุณคิดเช่นนั้น
3. คุณมีความกังวลในเรื่องอะไรบ้าง
4. คุณต้องการให้ดิฉันได้ช่วยเหลือคุณในเรื่องอะไรบ้าง
5. คุณคิดว่าคุณมีส่วนร่วมในการได้รู้ถึงแผนการรักษา และวิธีการดูแลตนเองอย่างไร จากใครบ้าง
6. มีปัจจัยหรือสาเหตุอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองของคุณ
7. คุณได้จัดการหาทางแก้ไขอย่างไร
8. คุณรู้สึกอย่างไรต่ออุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นต่อการดูแลตนเองของคุณ
- .
- .
- .
16. คุณคิดว่ามีปัจจัยอะไรที่มีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และคุณมีความรู้สึกอย่างไรต่อการต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่
17. คุณคิดว่าวิธีการที่ดิฉันได้ช่วยเหลือคุณเกี่ยวกับการให้คุณได้รู้วิธีการดูแลตนเองครั้งนี้เป็นอย่างไร และคุณมีข้อเสนอแนะอะไรบ้าง



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์),
วท.ม. (พยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ปิยะมิตร ศรีธรา พ.บ.,
ว. (อายุรศาสตร์), Diploma in Cardiology (U.K)
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หनुเจริญกุล วท.บ. (พยาบาล)
M.S., Ph.D.
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมันตร์ ค.บ. (พยาบาล),
ค.ม. (บริหารการพยาบาล)
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล