



บทที่ 1

บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาวะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นับว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกระทันหันนี้ ทั้งผู้ป่วยและชีวิตจะมีความรู้สึกที่ถูกคุกคามอย่างรุนแรงต่อชีวิตในทันที (Aquilera and Messick, 1974) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นโรคที่จัดว่ารุนแรง หัวใจอาจหยุดเต้น และเสียชีวิตอย่างกระทันหัน จากการศึกษาของฟอลลิคและคณะ (Follick et al., 1988) พบว่าผู้ป่วย 400,000 คนใน 600,000 คน เสียชีวิตอย่างกระทันหัน และโรคยังสามารถเป็นกลับซ้ำได้อีก ทั้งชีวิตและผู้ป่วยจึงมีความรู้สึกสูญเสีย มีความรู้สึกกลัว โกรธ ไม่ยอมรับ และมั่งร้าย (Royle, 1973) ความสูญเสียที่เกิดขึ้นเป็นภาวะสูญเสียสวัสดิภาวะทั้งทางสรีรจิตสังคม สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียหน้าที่ของครอบครัว สูญเสียรายได้ สูญเสียสวัสดิภาวะทางเพศ (Lambert and Lambert, 1985)

ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ยังต้องประสบปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตรที่บ้าน ปัญหาเศรษฐกิจ ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ต้องใช้ความสามารถ ความพยายามในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาปัจจุบันทันด่วน ต้องคอยฟังการเปลี่ยนแปลงอยู่นอกห้องชีวิตด้วยความกระวนกระวายใจ ซึ่งไม่แน่ใจว่าอาการจะดีขึ้นหรือเลวลง และคิดไม่ออกว่าจะไปขอความช่วยเหลือจากใคร จึงได้แต่จ้องมองนาฬิกาเดินไปเดินมา (Rasie, 1980) บางคนมีความวิตกกังวลสูง ความคุ้มครองตนเองไม่ได้ เราจึงพบว่าชีวิตแสดงออกทางคำพูดที่เปลี่ยนแปลงไป อาจใช้



ศัพท์ต่างๆ ทั้งๆ ที่ไม่รู้ความหมาย บางคนเมื่อพบเตียงที่ผู้ป่วยเคยนอนว่างเปล่าเนื่องจากผู้ป่วยย้ายเตียงก็แทบช็อค เพราะคิดว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (Skelton and Dominion, 1973) บางคนมีอาการแปรปรวนระหว่างความหวัง ความสิ้นหวัง และความคับข้องใจ สิ่งเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาต่อภาวะวิกฤต (ฉวีวรรณ ธงชัย, 2530)

คูชีวิตผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีความรู้สึกผิด ภรรยาบางคนโทษตัวเองคิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย เช่น ให้สามีทำงานหนักเกินไป จึงไม่ยอมให้สามีได้ออกกำลังเลย ปกป้องสามีมากเกินไป พฤติกรรมการปกป้องมากเกินไปนี้ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีพฤติกรรมโกรธ จนทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ (Lambert and Lambert, 1985) ยิ่งเพิ่มภาระให้กับครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยเองก็เป็นห่วงครอบครัว ทำให้มีความคับข้องใจไม่กล้าพูดความจริงกับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งระดับประคองทางด้านจิตใจที่ดีที่สุด (Mercer, et al., 1986)

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีความกลัว ความวิตกกังวล และความเครียดสูง จากสาเหตุต่างๆ มากมาย เช่น จากการเจ็บป่วย จากสภาพสิ่งแวดล้อมใน ชีชียุ จากความเป็นห่วงครอบครัว (ประคอง อินทรสมบัติ, 2521, Sezkalla, 1973 Moor, 1977) ความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย นับเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการช่วยชีวิตผู้ป่วย เพราะความเครียดเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงเสียชีวิตอย่างกะทันหัน เนื่องจากหัวใจห้องล่างเต้นผิดปกติ (Follick et al., 1988) ในภาวะเช่นนี้ครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในการที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง และเผชิญภาวะเครียดได้ (Smilkstien quoted in mercer, 1986) ทั้งนี้ เพราะคูชีวิต บุตร และสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งของการสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด (Gotlieb อ้างถึงใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531) และบราวน์ (Brown, 1976) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการสนับสนุนจากคูชีวิตกับจากบุคคลอื่น พบว่าการสนับสนุนจากคูชีวิตมีผลต่อการประสบผลสำเร็จได้มากกว่าและถ้าไม่ได้รับสิ่งที่เป็นประโยชน์จากคูชีวิตแล้ว สัมพันธภาพที่ได้จากบุคคลอื่นจะไม่สามารถทดแทนได้ (Lieberman, 1986)



คอห์น และดีโลจิส (Coyne and Delogis, 1986) กล่าวว่าผู้ที่ผู้ป่วยได้  
 รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากคู่ชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดี และ  
 มีกำลังใจในการที่จะนำความรู้ที่มีอยู่ไปปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีขึ้นในทาง  
 ตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากคู่ชีวิตไม่เพียงพอ หรือมีการขาดหายไปของแหล่ง  
 สนับสนุนนี้ก็จะ เป็นภาวะเครียดอย่างหนึ่ง (Aneshesal and Stone, 1982) การที่ผู้ป่วย  
 มีความเครียดถ้าสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดี สามารถปรับตัวได้ ระดับความเครียดลดลง  
 อารมณ์จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้ และขาดการสนับสนุนจาก  
 คู่ชีวิตหรือบุคคลากรในทีมสุขภาพผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต (Aquilera and Messick,  
 1982) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฮน์เซนมานน์และแบกเลย์ (Hienzelmann and  
 Bagley, 1970) ที่พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารีที่ได้รับการ  
 สนับสนุนจากคู่ชีวิตที่เพียงพอจะให้ความร่วมมือในการออกกำลังกายเป็นอย่างดี

ในปัจจุบันขนาดของครอบครัวเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family)  
 จึงขาดแหล่งประคับประคองจากสมาชิกในครอบครัวในภาวะวิกฤต (Northouse, 1980)  
 และทำให้คู่ชีวิตมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยมากเกินไป จึงเป็นฝ่ายต้องหาแหล่งช่วยประคับ  
 ประคองและช่วยเสริมแรงมากกว่าเป็นฝ่ายให้กำลังใจ หรือให้การสนับสนุนผู้ป่วย ซึ่งเป็น  
 การเพิ่มความเครียดให้กับผู้ป่วย (O'Keefe and Gilles, 1988) และดอสซี่  
 (Dossy, 1987) กล่าวว่าความวิตกกังวลของคู่ชีวิต จะยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วย  
 มีบ่อยครั้งที่ตัวผู้ป่วยต้องลดความวิตกกังวลของคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา  
 ของบราวน์ (Brown, 1976) ที่ได้ตรวจสอบพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดใน ซิซียู  
 สรุปได้ว่าความเครียดในผู้ป่วยเกิดจากครอบครัวมาเยี่ยม

พยาบาลมีหน้าที่ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพราะครอบครัวหรือคู่ชีวิต  
 ผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อภาวะวิกฤต และเป็นผู้ช่วยประคับประคอง  
 สภาพจิตใจผู้ป่วยให้เข้มแข็ง ตลอดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาใน ซิซียู แต่ก่อนที่  
 ครอบครัวของผู้ป่วยจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ดั่งนั้น ตัวคู่ชีวิตเองจะต้องเข้าใจ และได้รับการ  
 ช่วยเหลือให้ได้รับการสนองความต้องการและปรับตัวกับภาวะวิกฤตนั้นเสียก่อน (Supporting



the Supporter) พยาบาลเป็นผู้อยู่ระหว่างผู้ป่วยและคู่ชีวิต ฉะนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการที่จะช่วยให้คู่ชีวิตปรับตัวให้เข้ากับสภาพผู้ป่วย และห้องผู้ป่วยหนัก โดยพยาบาลต้องเข้าใจว่าผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตต้องการการสนับสนุนในระดับสูงกว่าปกติ พยาบาลต้องรับศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล แหล่งทรัพยากรที่ใช้ในการเผชิญภาวะวิกฤต (Coping resources) ของคู่ชีวิตผู้ป่วยทันทีที่มาติดต่อกับพยาบาล (Northouse, 1980) ถ้าพยาบาลพิจารณาว่าได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอ จะต้องรีบชี้แนะแหล่งทรัพยากรที่คู่ชีวิตสามารถดึงมาใช้ได้ เพื่อให้คู่ชีวิตเผชิญภาวะวิกฤตให้ได้เร็วที่สุด (Wilson and Kneisl, 1988) และเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ (Dracup and Breu, 1978)

พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักมักได้รับการคาดหวังอย่างว่า จะต้องเป็นผู้มีความชำนาญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต เป็นผู้สามารถแก้ไขอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน เป็นผู้ที่มีปฏิภาณไหวพริบดี มีความรู้และความสามารถในการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตให้ทำงานกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ความคาดหวังนี้ทำให้พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักมุ่งความสนใจไปยังสิ่งดังกล่าว จนทำให้ความสนใจคู่ชีวิตผู้ป่วยลดน้อยลงหรือในบางครั้งถูกละเลย (ฉวีวรรณ ชงชัย, 2530, Breu and Dracup, 1978) ทำให้คู่ชีวิตเผชิญภาวะวิกฤตอย่างโดดเดี่ยว ถ้าการคุกคามไม่ได้รับการบรรเทา การรับรู้ต่อเหตุการณ์ไม่เปลี่ยนแปลงหรือไม่มีแหล่งทรัพยากร (Coping resources) ที่เพียงพอในการแก้ไขภาวะถูกคุกคาม สุขภาพส่วนบุคคลจะเสียไป และลงเอยด้วยการเจ็บป่วยทางจิตประสาท (Narayan and Joslin, 1980, ทัดนา บุญทอง , 2531) หรือเกิดโรคทางด้านร่างกายที่มีสาเหตุจากความเครียด เช่น หอบหืด เป็นแผลในกระเพาะ ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (Lambert and Lambert, 1985) ซึ่งถ้าปล่อยให้เหตุการณ์เป็นเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลไม่ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ นับเป็นการขาดประสิทธิภาพและความล้มเหลวของการบริหารการพยาบาลและการสาธารณสุขของประเทศด้วย

ความสามารถของคู่ชีวิตในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยมีผลกระทบทั้งต่อสุขภาพและหน้าที่ของครอบครัว และยังมีผลต่อการปรับตัวทางด้านร่างกายอารมณ์และต่อความเจ็บป่วย



จากโรคของผู้ป่วย จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่า การเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิต ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีเสนอเฉพาะกรณี การศึกษาอย่างเป็นระบบยังมีน้อย พอสรุปได้ว่าการเผชิญภาวะวิกฤตมี 2 วิธี คือ การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ การเผชิญภาวะวิกฤตที่ปรับตัวได้ดี คือ การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Folkman and Lazarus, 1984) และยังมีองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญภาวะวิกฤตได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษานใน ซี ซี ยู การดูแลคู่สมรสก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Gass and Chang, 1989) และทรัพยากรที่ช่วยในการเผชิญภาวะวิกฤต (Folkman and Lazarus, 1980) ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและ แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ รวมทั้งการประเมินสถานการณ์ แต่ผลการวิจัยยังไม่สามารถสรุปตรงกันได้นั่นเอง และงานวิจัยเกือบทั้งหมดทำในต่างประเทศซึ่งมีขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมแตกต่างจากของไทยผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงการเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายการเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมี อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของคู่สมรสที่ต้องเข้ารับการรักษานใน ซีซียู การดูแลคู่สมรสก่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ และการประเมินสถานการณ์



## สมมติฐานของการวิจัย

การเผชิญภาวะวิกฤต เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะทำให้ภาวะเครียดลดลง หรือจัดภาวะเครียดและวิตกกังวลออกไป และไม่สามารถจะลดความคับข้องใจหรือแก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยการใช้กลไก ทางจิต หรือวิธีแก้ปัญหาที่เคยใช้อยู่ได้ ทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลสูงมาก และทำให้เกิดความไม่สมดุลทางอารมณ์ ถ้าหากความเครียดไม่คลายลง ความวิตกกังวลยิ่งสูงขึ้นเรื่อยๆ ความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจจะตามมา ภาวะเช่นนี้เป็นภาวะ ที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือ

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนับได้ว่าเป็นภาวะวิกฤต ตามทฤษฎีระบบ เมื่อเกิดภาวะวิกฤตกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัว ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย ถ้าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นหัวหน้าครอบครัวจะทำให้ครอบครัวต้องอยู่ในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่ชีวิตของผู้ป่วย จะต้องประสบปัญหาต่างๆ มากมาย เช่น ปัญหาการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาเศรษฐกิจ ตลอดจนต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ในภาวะเช่นนี้คู่ชีวิตผู้ป่วย ต้องใช้ความรู้ สติปัญญา ประสบการณ์ มาแก้ไขปัญหา เพื่อให้ครอบครัวอยู่ในภาวะสมดุล จากเอกสารและผลงานวิจัยพอจะสรุปได้ว่ามีองค์ประกอบภายนอกตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญภาวะวิกฤต ได้แก่ อายุ การเผชิญภาวะวิกฤตจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ จะเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะตามเหตุการณ์ของชีวิตในแต่ละวัย (Lazarus and Folkman, 1984) และยังพบว่าเพศชายและเพศหญิงเลือกใช้วิธีการเผชิญภาวะวิกฤตแตกต่างกัน (Bell, 1977) เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญภาวะวิกฤต และการปรับตัวด้านจิตใจ เพราะสังคมยอมรับวิธีการระบายอารมณ์ และความรู้สึก ของเพศหญิงและเพศชายต่างกัน (Andreasen and Norris, 1976) นอกจากนี้การศึกษา อาชิน รายได้ มีผลต่อการเผชิญภาวะวิกฤต (Pearlin and Schooler, 1978) จำนวนครั้งของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลคู่สมรสก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลต่อการเผชิญภาวะวิกฤต (Gass and Change, 1987)



ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่าทรัพยากรในการเผชิญภาวะวิกฤต ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุเป็นสิ่งที่บุคคลดึงมาใช้เพื่อเผชิญภาวะวิกฤต และจากการศึกษา ของ ฟอล์คแมน และ ลาซารัส (Folkman and Lazarus, 1980) พบว่าการประเมินสถานการณ์ มีอิทธิพลต่อการเผชิญภาวะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขสถานการณ์ได้แล้วบุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ มากกว่าสถานการณ์ ที่บุคคลประเมินว่าสามารถจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขบางอย่างได้ และสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าต้องค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อที่จะนำมาแก้ไขสถานการณ์นั้น บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่าสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของกลุ่มสมรสที่เข้ารับการรักษาใน ซี ซี ยู การดูแลกลุ่มสมรสก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการประเมินสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในซีซียู การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ และการประเมินสถานการณ์สามารถร่วมกันพยากรณ์การเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



### ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ในหน่วย ซี ซี ยู หรือ ไอซียู ไม่เกิน 7 วัน และย้ายออกจาก ซีซียู ไม่เกิน 1 เดือน

#### 2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรพยากรณ์มี 14 ตัว คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาใน ซีซียู การดูแลกลุ่มก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาวะสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ และการประเมินสถานการณ์

ตัวแปรเกณฑ์ คือ การเผชิญภาวะวิกฤต (รวม) การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อายุ หมายถึงอายุตามปฏิทินของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่คิดเป็นจำนวนปีบริบูรณ์

เพศ หมายถึง เพศของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับชั้นเรียนจากการเรียนในระบบการศึกษาของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

อาชีพ หมายถึง งานที่คู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำเป็นอาชีพหลัก เพื่อให้มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่คู่ชีวิตหามาได้จากการประกอบอาชีพและจากผู้อื่น เป็นรายเดือนของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จำนวนครั้งของกลุ่มที่เข้ารับการรักษาใน ซี ซี ยู หมายถึงจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเป็นโรคและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และต้องเข้า



รับการรักษาใน ซิซียู ไอซียู อาจเป็นครั้งที่ 1,2 หรือ 3 ครั้งขึ้นไป

การดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไปหรือผู้ป่วยไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอยู่ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน ในครั้งที่เก็บข้อมูล

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งมักได้จากการประเมินตนเองถึงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความสามารถในการทำงานของตนเอง และความเจ็บป่วยในระยะตั้งแต่ 3 เดือน ที่ผ่านมา ก่อนผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงที่เก็บข้อมูล

ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่รับรู้ว่าการกระทำต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้นเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง

ทักษะการแก้ปัญหา หมายถึงความสามารถในการวิเคราะห์และแก้ไขสถานการณ์ โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหา 3 ขั้นตอน ได้แก่ การระบุตัวปัญหา แนวทางในการแก้ไขปัญหา และการพิจารณาทางเลือกก่อนตัดสินใจแก้ปัญหา ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึงคะแนนรวมที่วัดได้จากแบบวัดทักษะการแก้ปัญหา โดยประเมินจากความสามารถในการตอบแบบวัดทักษะการแก้ปัญหของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแก้ไขปัญหาคอบครัวที่อาจเกิดขึ้นซึ่งสรุปได้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับเกี่ยวกับการระบุตัวปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา การพิจารณาทางเลือกก่อนตัดสินใจแก้ปัญหา

ทักษะทางสังคม หมายถึงการแสดงออกทางสังคมเหมาะสมกับสภาพสังคมทั้งคำพูดและกริยาท่าทาง รวมทั้งความสามารถในการติดต่อสื่อสารซึ่งเน้นในเรื่องความสามารถที่จะพูดคุยซักถามข้อมูล หรือขอร้องบุคคลอื่นและการรู้จักรักษาลิทธิของตนเอง การวิจัยครั้งนี้เป็นคะแนนที่ได้จากการวัดทักษะตามเกณฑ์การประเมินหรือการให้คะแนน 3 ระดับของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งผู้วิจัยกำหนดการตอบสนองที่แสดงออกถึง การมีทักษะทางสังคม ในรูปสถานการณ์ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ค่าคะแนนดังกล่าวมีตั้งแต่ 1-3

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



มีบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนที่เชื่อถือไว้วางใจ ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาล ให้การสนับสนุน 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนด้านการยกย่องนับถือมีความจริงใจ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านความช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการได้รับการบริการ เช่น การได้รับการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นในเรื่อง เงิน การปรับสภาพแวดล้อม เป็นต้น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ในการสามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุได้แก่ เงิน สินค้า บริการ ที่คู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแสวงหามาใช้จ่ายในครอบครัวในภาวะเจ็บป่วย และสามารถใช้บริการจากหน่วยงานของรัฐ และสถาบันการเงินได้โดยสะดวก

การประเมินสถานการณ์ หมายถึง ความรู้สึกของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีต่อภาวะการเจ็บป่วยของคู่สมรสที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่เก็บข้อมูล เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เกี่ยวกับความรุนแรง และความเป็นไปได้ในการรักษาภาวะการเจ็บป่วยนั้น

การเผชิญภาวะวิกฤต หมายถึง การแสดงออกของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตต่างๆ เพื่อลดความกดดัน หรือความเครียด ในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน ซี ซี ยู ดังนี้

1. การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem - Focused Coping) หมายถึง การแสดงออกของคู่ชีวิตผู้ป่วย ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะเครียดโดยตรง เช่น การยอมรับสถานการณ์ ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา คิดหาวิธีแก้ไขปัญหาไว้หลายๆ วิธี เป็นต้น

2. การเผชิญภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ (Emotional-Focused Coping) หมายถึงการแสดงออกของคู่ชีวิตผู้ป่วย ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นเพื่อลดความกดดัน โดยจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่คู่สมรสเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการทำให้ความรู้สึกว่าอันตราย



จากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ในความเป็นจริงอันตรายไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป เช่น การแสดงออกมาโดยการวิตกกังวล หงุดหงิด ระบายความเครียด ออกกับคนอื่น เป็นต้น

คู่ชีวิต หมายถึง คู่สมรสหรือคู่ครองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อยู่ด้วยกัน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้

การเข้าใจถึงพฤติกรรมและการเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิต ซึ่งสามีหรือ ภรรยา ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยวิกฤต ต้องอาศัยความสามารถในการประเมิน วางแผนใช้กลวิธีในการพยาบาลอย่างเหมาะสมทันทั้งที่และต้องมีการจัดเตรียมวางแผนรับสถานการณ์ไว้ให้พร้อม เพื่อประโยชน์ ดังนี้

1. เพื่อช่วยในการวางแผนรวบรวมข้อมูลให้ละเอียดครบถ้วนพยาบาลเข้าใจผู้ป่วยและคู่ชีวิตมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำหรือซักถามซ้ำๆ จากแพทย์หรือพยาบาล
2. เพื่อวางแผนในการวินิจฉัยปัญหาทั้งของผู้ป่วยและคู่ชีวิตเพื่อให้คู่ชีวิตปรับตัวให้ได้เร็วที่สุดและให้คู่ชีวิตเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยให้เผชิญภาวะวิกฤตได้เร็วที่สุด
3. ช่วยในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมทั้งช่วยเหลือคู่ชีวิตหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
4. ช่วยผู้บริหารในการนิเทศการพยาบาลให้ครบองค์รวม (holistic Care) อันจะส่งผลต่อการสาธารณสุขของชาติที่เน้นการดูแลครอบครัว และการช่วยเหลือตนเองของประชาชน