



ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วย  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**Experiences of Unplanned Percutaneous Coronary Intervention in Patients With  
Acute Myocardial Infarction**

กรรทิมา ศรีจันทร์

**Kanthima Srijan**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of**

**Master of Nursing Science**

**Prince of Songkla University**

**2553**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ชื่อวิทยานิพนธ์**                     ประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผน  
ล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**ผู้เขียน**                                 นางสาวกรรทิตา ศรีจันทร์

**สาขาวิชา**                             พยาบาลศาสตร์

---

<b>อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก</b>	<b>คณะกรรมการสอบ</b>
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)	.....ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
	.....กรรมการ
<b>อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม</b>	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต)
.....	.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เจี๋ย)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภา แซ่เจี๋ย)
	.....กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)
	.....กรรมการ
	(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

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

ชื่อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ผู้เขียน	นางสาวกรรทิตา ศรีจันทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2552

### บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า จำนวน 8 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์ของแวน มานเนน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าสะท้อนถึงความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ใน 3 ลักษณะ คือ (1) การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง (2) การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ และ (3) การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าใน 4 ลักษณะ คือ (1) ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว (2) การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่ (3) การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมือนการดูแลรักษาต้นไม้ให้เจริญงอกงาม และ (4) เส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้

ผู้ให้ข้อมูลได้รายงานถึงผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ในช่วงการเตรียมก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยรู้สึกกลัวตาย อายุที่ต้องเปิดเผยร่างกาย และรู้สึกประทับใจ ในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยรู้สึกปวด มีความคิดเกี่ยวกับความตาย รู้สึกตื่นเต้น กลัว/กังวล และรู้สึกอาย หลังจากเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผลกระทบด้านร่างกาย ประกอบด้วย ความปวดที่แทงเข็ม ปวดเมื่อยตัว การนอนหลับถูกรบกวน และการรับประทานอาหารลดลง ผลกระทบด้านจิตสังคม ได้แก่ อึดอัดรำคาญใจ ทุกข์ทรมานใจ กลัว/กังวล รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย และรู้สึกวิตกกังวลที่เป็นสาเหตุให้ครอบครัวเป็นห่วง ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความรู้สึกเป็นบาปที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้

ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายถึงวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาผลกระทบใน 2 ด้าน คือ (1) การจัดการด้วยตัวเอง และ (2) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อน ผู้ให้ข้อมูลได้วางแผนสำหรับอนาคตโดย (1) แสวงหาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคม และ (2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต โดยดูแลตนเองทำงานหนัก งดหรือลดอาหารที่มีรสจัด รับประทานยาอย่างเคร่งครัด ลดความเครียดโดยการทำใจ/ไม่คิดมาก มาตรวจตามนัดหรือพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เลิกบุหรี่ เลิกเหล้า และออกกำลังกายเท่าที่ทำได้

ผลการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพในการวางแผนให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าให้มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมแบบองค์รวม

<b>Thesis Title</b>	Experiences of Unplanned Percutaneous Coronary Intervention in Patients With Acute Myocardial Infarction
<b>Author</b>	Miss Kanthima Srijan
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Adult Nursing)
<b>Academic Year</b>	2009

### **ABSTRACT**

This phenomenological study aimed to describe and explain experiences of receiving unplanned percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial infarction. Informants included eight patients with acute myocardial infarction receiving unplanned percutaneous coronary intervention. Data were obtained using in-depth interviews and non-participant observation, and adopted qualitative analysis guided by van Manen's approach.

The patients with acute myocardial infarction described the meaning of receiving unplanned percutaneous coronary intervention as (1) unplanned percutaneous coronary intervention is hope, (2) unplanned percutaneous coronary intervention is treatment to alleviate symptoms but not cure from disease, and (3) unplanned percutaneous coronary intervention is medical therapy with high technology. The patients with acute myocardial infarction described the meaning of experiences of receiving unplanned percutaneous coronary intervention as (1) sudden and unexpected experiences, (2) receiving support as if being reborn, (3) receiving the right treatment like a tree get good care so that it grows well, and (4) experiences of a destined path of life.

The informants reported physical, psychosocial and spiritual impacts as results of receiving unplanned percutaneous coronary intervention. Feeling of fear of death, shyness due to the physical exposures and being impressed with the high quality of nursing care were expressed as impacts during the preparation period. While receiving percutaneous coronary intervention at the catheterization laboratory, informants reported both physical and psychosocial impacts, including experiencing pain, having thoughts about death, feeling excited, feeling anxious, and feeling shy. After receiving percutaneous coronary intervention, they reported pain at the catheter insertion points, muscle ache, sleep disturbance, and decrease in eating habit as physical impacts, and feeling frustration, emotional suffering, fear/worry, and anxiety about the

cost of treatment, and being a cause of concern for their family as psychosocial impacts, and also feeling like having sin due to not being able to perform religious practices as usual.

The informants described the management strategies used to alleviate these impacts. These included managing problems by themselves and seeking help from health care providers or others. Their plans for the future were seeking psychosocial security and lifestyle modification by limiting workload, adapting eating habits, adhering to medication seriously, reducing stress, complying with medical appointment or seeking unplanned medical treatments when experiencing symptoms, quitting smoking and alcohol, and performing exercises as tolerated.

The result from this study will be useful for health care providers to develop a holistic care plan for patients with acute myocardial infarction who receive unplanned percutaneous coronary intervention.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี้ย อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา

ขอขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และ 2 ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่เอื้ออำนวยความสะดวก และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ให้โอกาสในการลาหยุดจากการปฏิบัติงานเป็นเวลา 3 เดือนเพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาขึ้นปฏิบัติงานแทนผู้วิจัยในหลาย ๆ โอกาส ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาปริญญาโท ภาคพิเศษรุ่น 6 ตลอดจนขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ได้เสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา คุณชาย และญาติพี่น้องทุกท่านที่มอบความรัก ความห่วงใย และเป็นกำลังใจอันสำคัญ ขอขอบพระคุณคุณแม่อารี นุ้ยบ้านคำน ที่จุดประกาย และให้โอกาสในการศึกษา ขอขอบคุณพี่สุพัศรา อุปนิสากร ที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นพี่ปรึกษา

ท้ายสุดนี้ ขอระลึกถึงดวงวิญญาณของคุณแม่วรรณ ศรีจันทร์ ที่เป็นแรงบันดาลใจสำคัญ คอยผลักดันให้มีพลังจนสามารถทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนกำลังใจ และความช่วยเหลือจากทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ในครั้งนี้

กรรทิตมา ศรีจันทร์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
คำถามการวิจัย.....	4
แนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	7
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	8
อาการ และอาการแสดงของโรค.....	8
การรักษาโรค.....	9
การขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	9
ประเภทของการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	10
การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า.....	10
ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า.....	11
การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการวางแผนเพื่อการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังเข้ารับการรักษา หลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า.....	14
การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล.....	15
การวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง.....	16



## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	18
การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเซอร์แมนนิวติก.....	19
กระบวนการการดำเนินการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา.....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	24
ผู้ให้ข้อมูล และการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	24
สถานที่ศึกษา.....	25
ภูมิหลังผู้วิจัย.....	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	27
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	28
การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล.....	30
การพิทักษ์สิทธิ และจรรยาบรรณของนักวิจัย.....	32
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	36
ผลการวิจัย.....	36
อภิปรายผลการวิจัย.....	83
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	101
สรุปผลการวิจัย.....	101
ประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการวิจัย .....	103
ข้อเสนอแนะ .....	103
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	114
ก การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	115
ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	116
ค ตัวอย่างการสัมภาษณ์ และการจัดการข้อมูล.....	119
ง แบบบันทึกภาคสนาม.....	120
จ ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	121

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ประวัติผู้เขียน.....	122

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ข้อมูลจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล.....	31
2	ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล.....	38
3	ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล.....	46
4	ความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า....	52
5	ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้ วางแผนล่วงหน้า.....	55
6	การจัดการกับผลกระทบด้วยตัวเอง.....	75
7	การวางแผนในอนาคตของผู้ป่วยที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้ วางแผนล่วงหน้า.....	82

# บทที่ 1

## บทนำ

### *ความเป็นมาและความสำคัญ*

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั่วโลก โดยพบว่า ในปี 2002 มีอัตราการตายของโรคหัวใจ และหลอดเลือดถึง 16.5 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 17 ล้านคนในปี 2003 (Jong-Wook, 2004) และคาดว่าจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอีก 40 เปอร์เซ็นต์ ในปี 2030 (Mackay & Mensah, 2004) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคหัวใจ และหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศ ในปี 2005 มีอัตราการตาย 144 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ (Lloyd-Jones et al., 2009) เช่นเดียวกับประเทศไทย พบว่า อัตราการตายจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดในปี 2547 เป็น 164 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน (WHO, 2009)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสภาวะที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง และเฉียบพลัน เป็นภาวะที่มีความรุนแรงของโรค และเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โดยมีอาการ และอาการแสดงของโรคที่พบได้บ่อย คือ อาการเจ็บปวด/แน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการเด่นชัดมากที่สุดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ที่พบได้อีก เช่น เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และหัวใจหยุดเต้น ซึ่งมักพบได้ใน 4 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ (จักรพันธ์, 2545) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์กับขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจจะมีขนาดการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุก ๆ 30 นาที (Raitt et al., 1996) ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และแม่นยำ เพื่อลดอัตราการตาย และภาวะแทรกซ้อนของโรค

อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษา มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้เวลาก่อนมารับการรักษามากกว่า 1 ชั่วโมง (ปฏิพร, 2543; เป็น, 2550; Johansson, Stromberg & Swahn, 2004) และมีระยะเวลาก่อนมารับการรักษาเฉลี่ย 12.9 ชั่วโมง (Quinn, 2005) ซึ่งการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาช้า หรือหลังการเกิดอาการได้ภายใน 12 ชั่วโมง (Abbas & Grines, 2007)

การขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน (emergent percutaneous coronary intervention) เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน โดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันให้มีเลือด และออกซิเจนไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (Smeltzer,

Bare, Hinkle & Cheever, 2008) เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (จักรพันธ์, 2545) ภายหลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีข้อบ่งชี้ต้องเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจทันที ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่จำเป็นอย่างรวดเร็วที่สุด ภายใน 10 นาที หรือไม่เกิน 20 นาที (กอบกุล, 2546) ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างรีบด่วน เช่น การทำความสะอาด และโกนขนเพื่อเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะตรวจ การงดน้ำ และอาหารทันที การให้สารน้ำตามแผนการรักษา มีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน คือ ห้องขยายหลอดเลือดหัวใจ และหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมทันที หลังจากนั้นจะถูกส่งตัวไปห้องขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างรีบด่วนภายในเวลา 60 นาที (ศรีณย์, 2546) หรือ 90 นาที ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เพราะจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด (จักรพันธ์, 2545) ในระหว่างที่อยู่ห้องขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานที่ใหม่ บรรยากาศในห้องที่มีอุณหภูมิหนาวจัด เจ้าหน้าที่ที่ใหม่ วิธีการทำหัตถการ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และการถูกแยกจากญาติ และในระหว่างการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตต่ำลง หัวใจหยุดเต้นกะทันหันได้ (อภิชาติ, 2543) ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อเฝ้าติดตามสัญญาณชีพ และภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานที่แปลกใหม่ ต้องเผชิญกับเจ้าหน้าที่กลุ่มใหม่ ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากต้องทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง และไม่สามารถงอบริเวณส่วนที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ทำให้ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่หออภิบาลผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยโรคหัวใจประมาณ 1-2 วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจะได้รับการพักผ่อนที่หอผู้ป่วยสามัญประมาณ 1-2 วัน และหากไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ และจะนัดตรวจที่หอผู้ป่วยนอกเป็นระยะ ๆ จะเห็นได้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เป็นประสบการณ์ที่วิกฤตอย่างรีบด่วน ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน ห้องขยายหลอดเลือดหัวใจ และหออภิบาลผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยโรคหัวใจ

จะเห็นได้ว่าการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นประสบการณ์คุกคามต่อชีวิต และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการเข้ารับการรักษา อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาผู้วิจัยไม่พบการศึกษาถึงผลกระทบ และการตอบสนองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าแต่พบว่า มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แพทย์นัดมาฉีดสตีลหลอดเลือดหัวใจ โดยผลการศึกษาพบว่า

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีความวิตกกังวลในเรื่องอาการเจ็บหน้าอกที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทุกเวลา (ทองทิพย์และจรรยา, 2539) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในชีวิต วิธีการทำหัตถการ กล่าวว่าจะเสียชีวิตขณะฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (De Jong-Watt & Arthur, 2005) อย่างไรก็ตามประสบการณ์ของผู้ป่วยที่แพทย์นัดมาฉีดสีหลอดเลือดหัวใจอาจจะแตกต่างจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แพทย์นัดมาฉีดสีหลอดเลือดหัวใจจะได้รับการเตรียมตัวมาแล้ว ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว มีความรู้ มีเวลาในการทำใจยอมรับมาก่อนแล้ว ขณะที่ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งไม่ได้รับการเตรียมตัว ไม่ได้ทำใจมาก่อน ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว อีกทั้งยังต้องเผชิญกับอาการ และความรุนแรงของโรค โดยทั่วไปผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน และวิกฤตจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในรูปของความเครียด ความวิตกกังวล การสูญเสียพลังอำนาจ ภาวะพรากความรู้สึก ภาวะที่มีการกระตุ้นความรู้สึกมากเกินไป (วิจิตรา, 2546)

จะเห็นได้ว่าองค์ความรู้เชิงลึกในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ายังมีน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาซึ่งเป็นการศึกษาที่เน้นให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่ของบุคคล เน้นความรู้สึก วัฒนธรรม (อาภรณ์, 2536) ธรรมชาติ และความเป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ โดยเชื่อว่าบุคคลที่จะรู้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น ได้ดีที่สุด คือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้น (ศิริพร, 2546) ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจปรากฏการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ตามมุมมองของผู้ป่วยเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรม การเผชิญกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่เหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัว และการหายของโรคเร็วขึ้น ตลอดจนการดูแลตนเองในอนาคต นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยในบริบทที่อยู่ในระยะวิกฤต ระยะพักฟื้น และก่อนการจำหน่ายได้ครอบคลุมมากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

## คำถามการวิจัย

### คำถามหลัก

ประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นอย่างไร

### คำถามรอง

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าอย่างไร
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าอย่างไร
3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าได้รับผลกระทบอย่างไร
4. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามีวิธีการจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างไร
5. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามีการวางแผนการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในอนาคตอย่างไร

## แนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเชื่อพื้นฐานว่าประสบการณ์ของบุคคลมีความเฉพาะเจาะจง บุคคลที่จะอธิบาย และบรรยายประสบการณ์นั้น ได้อย่างลึกซึ้ง คือ ผู้ประสบเหตุการณ์นั้น ผู้วิจัยจึงใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology research) เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยนำปรัชญาการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวดิก (hermeneutic phenomenology) มาเป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการให้ความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตามธรรมชาติ การรับรู้ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก โดยมีแนวคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และ

ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า การจัดการกับผลกระทบขณะพัก รักษาตัวในโรงพยาบาล และการวางแผนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เมื่อผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์ นักวิจัยจะนำข้อมูลที่ได้อามาให้ความหมายตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

### นิยามศัพท์

*ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* หมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประสบ จากการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ตั้งแต่เริ่มรับรู้ว่าจะต้องเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจนถึงก่อนกลับบ้าน ซึ่งเข้าสู่กระบวนการเตรียมตัวที่ห้องฉุกเฉิน การเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่ศูนย์โรคหัวใจ และการเข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิดที่หออภิบาลผู้ป่วย (ไอซียู) และพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ

*ความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า* หมายถึง การให้ความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

*ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า* หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทั้งในระยะเตรียมตัวก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งมีทั้งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ

*วิธีการจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า* หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้เพื่อจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทั้งในระยะเตรียมตัวก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

*การวางแผนการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในอนาคต* หมายถึง การตัดสินใจล่วงหน้าเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติการใช้ชีวิตประจำวันหลังเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ารวมถึงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน



### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยเข้านอนพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหรือไอซียู (ผู้ใหญ่) และพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญของโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยทั้งก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าให้มีประสิทธิภาพ

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษา ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.1 อาการ และอาการแสดงของโรค
  - 1.2 การรักษาโรค
2. การขยายหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.1 ประเภทของการขยายหลอดเลือดหัวใจ
  - 2.2 การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 2.3 ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
3. การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการวางแผนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 3.1 การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
  - 3.2 การวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง
4. การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 4.1 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวติก (Hermeneutic phenomenology)
  - 4.2 กระบวนการดำเนินการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

## โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากมีการพัฒนากระบวนการเปลี่ยนแปลงของภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อม (coronary atherosclerosis) อย่างต่อเนื่อง เมื่อมี thrombus มาเกาะรอบคราบไขมัน (atherosclerotic plaques) ทำให้เกิดการหนาตัวของหลอดเลือด เมื่อใดก็ตามที่มีปัจจัยเหนี่ยวนำมากระตุ้น เช่น การออกกำลังกาย ความเครียด ภายหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จะทำให้เกิดการปริแตกของคราบไขมันเฉียบพลัน (จรรยา, 2547) เมื่อสารไขมันจะมาจับกับเซลล์กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือด ทำให้มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ แมคโครฟาจ (macrophages) ทีลิมโฟไซต์ (T-lymphocytes) หลังจากนั้นจะมีการห่อหุ้มหลอดเลือดด้วยไฟเบอร์ และแคลเซียม จนเกิดเป็นคราบหนาเกาะรอบคราบไขมัน (atherosclerotic plaques) ทำให้ขนาดของหลอดเลือดมีขนาดตีบแคบลง เมื่อมีการไหลเวียนของเลือดจึงเกิดแรงต้าน และเกิดการเสียดสีกับบริเวณที่ตีบแคบ เมื่อมีการฉีกขาด หรือการแตกของคราบไขมัน (acute plaque rupture) ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการกระตุ้นให้มีการสะสมของเกร็ดเลือด และลิ่มเลือด บริเวณที่มีการแตกของคราบไขมันทำให้เกิดการอุดตันเส้นเลือดแดงโคโรนารีอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ทันที การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจึงหยุดชะงักอย่างรวดเร็ว เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และออกซิเจนไปเลี้ยงจะเกิดการบาดเจ็บ และเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน (จรรยา, 2547; วราภรณ์, 2550; อภิชาติ, 2543; อุไร, 2543) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มี 2 ชนิด คือ ชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกขึ้น (ST-segment elevation myocardial infarction: STEMI) และชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทีกดลง (ST-segment depression) ซึ่งประกอบด้วย ชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทีไม่ยกขึ้น (Non-ST-segment elevation myocardial infarction: NSTEMI) และกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบแองไจน่า (unstable angina [UA]) (ภัทรพงศ์, 2545)

### อาการ และอาการแสดงของโรค

อาการ และอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบได้บ่อย คือ อาการเจ็บหน้าอก โดยจะรู้สึกเจ็บบริเวณหน้าอกด้านหน้า บางครั้งมีเจ็บร้าวไปบริเวณหน้าอกด้านซ้าย ไหล่ หรือแขนทั้ง 2 ข้าง บริเวณคาง คอ และเจ็บแน่นลิ้นปี่ อาการเจ็บหน้าอกจะมีความรุนแรง และระยะเวลา นานมากกว่า 30 นาทีขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ที่สามารถพบร่วมกันได้อีก เช่น อาการเหนื่อยหอบ คลื่นไส้ อาเจียน อาการอ่อนเพลีย และวิตกกังวล (Brady, Ghaemmaghami, Bear & Perron, 2005) นอกจากนี้ยังมีอาการใจสั่น อาการหมดสติชั่วขณะ (syncope) เหงื่อแตก ทั้งนี้อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยแต่ละคนจะมีความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เริ่มมี

อาการ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการจัดการเพื่อบรรเทาอาการ (Smeltzer et al., 2008) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์กับขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยพบว่า กล้ามเนื้อหัวใจจะมีขนาดการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุก ๆ 30 นาที (Raitt et al., 1996)

### การรักษาโรค

แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีวัตถุประสงค์เพื่อลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย และป้องกันไม่ให้เกิดการตายเพิ่มขึ้น โดยมีทั้งการรักษาทางอายุรกรรมซึ่งเป็นการรักษาด้วยยา ยาที่ใช้รักษา เช่น ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents) ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet agent) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant agents) เป็นต้น (จรรยา, 2547; วราภรณ์, 2550; อภิชาติ, 2543) สำหรับการรักษาทางศัลยกรรม ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) และการซ่อมหลอดเลือดโดยผ่านกล้ามเนื้อหัวใจด้วยการใช้เลเซอร์ (Transmyocardial laser revascularization) (วราภรณ์, 2550)

### การขยายหลอดเลือดหัวใจ

การขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) เป็นการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายวิธีหนึ่ง ที่ช่วยลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น (วราภรณ์, 2550) โดยจะทำในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจหลอดเลือดหัวใจแล้วพบว่า มีเส้นเลือดหัวใจตีบอย่างน้อย 1 เส้น ขนาดของหลอดเลือดเมื่อเทียบกับหลอดเลือดปกติพบว่า มีการตีบแคบมากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ และกล้ามเนื้อหัวใจยังมีชีวิตอยู่โดยผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ ภาวะเจ็บหน้าอกที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบการขาดเลือดขณะพัก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ตรวจพบหลอดเลือดตีบอย่างรุนแรง เป็นต้น (เบญจมาศ, 2551) การรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจจะทำให้อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น แต่ไม่ได้เป็นการรักษาที่ทำให้โรคหายขาด โดยพบว่า มีโอกาสตีบซ้ำ (restenosis) ในตำแหน่งเดิมถึงร้อยละ 20-30 (ภัทรพงศ์, 2545)

### ประเภทของการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โดยทั่วไป การขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดที่สามารถรอดได้ ซึ่งมักจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดเอสทีไม่ยกขึ้น และกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบแองไจน่า ที่ไม่ตอบสนองต่อการให้ยา (ภัทรพงศ์, 2545; อภิชาติ, 2543)
2. การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า มักจะทำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสทียกขึ้น ซึ่งจะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจเฉพาะหลอดเลือดที่คาดว่าจะเป็สาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่านั้น (ภัทรพงศ์, 2545)

### การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องรักษาที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีแนวโน้มที่สูงขึ้น กล่าวคือ ในไตรมาสแรกมีจำนวน 37 ราย ไตรมาสที่ 2 มีจำนวน 48 ราย และไตรมาสที่ 3 มีจำนวน 47 ราย ตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม, 2551) การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง โดยการใส่สายสวนหลอดเลือดผ่านผิวหนังเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จากนั้นจึงทำการฉีดสารทึบรังสีเพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ เมื่อพบตำแหน่งที่มีการอุดตัน แพทย์จะทำการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือด โดยจะทำภายใน (door to balloon time) 60-120 นาที หลังจากผู้ป่วยมาถึงในโรงพยาบาล (วรารักษ์, 2550, เบญจมาศ, 2551) ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า จะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อาการเหนื่อยหอบ หัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น มีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เปลี่ยนแปลงในลีดต่าง ๆ ระดับของเอนไซม์กล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นในกระแสเลือด หากพบว่า ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ 2 ใน 3 อย่าง และมีข้อบ่งชี้ที่ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ก็จะพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจทันที ซึ่งเป็นการทำหัตถการโดยไม่ได้นัดหมาย หรือมีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าโดยทั่วไปการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีดังนี้

1. การขยายหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิ (primary percutaneous coronary intervention: Primary PCI) เป็นการรักษาภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยที่ไม่เคยได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษา คือ ผู้ป่วยที่มีข้อห้าม และมีความเสี่ยงสูงในการ

ใช้ยาละลายลิ่มเลือด มีอายุน้อยกว่า 75 ปีที่มีภาวะช็อกจากหัวใจภายใน 18 ชั่วโมง มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้าง (ภัทรพงศ์, 2545; เบนจามาต, 2551) การขยายหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิจะทำภายใน 6-12 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ หรือพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยที่มาภายหลัง 12 ชั่วโมง แต่ยังมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ (ภัทรพงศ์, 2545; อภิชาติ, 2543)

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อช่วยชีวิต (rescue percutaneous coronary intervention : rescue PCI) เป็นการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจในกรณีที่หลอดเลือดหัวใจยังอุดตันอยู่ภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว แต่ไม่สามารถเปิดหลอดเลือดได้ (ภัทรพงศ์, 2545) โดยประเมินจากอาการเจ็บหน้าอก การลดลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอสที การเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการกำซาบใหม่ (reperfusion arrhythmia) และการเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างรวดเร็วของเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (ภัทรพงศ์, 2545; เบนจามาต, 2551)

3. การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการให้ยาละลายลิ่มเลือด (percutaneous coronary intervention combined with fibrinolysis) เป็นการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจภายหลังการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันที

#### *ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นภาวะวิกฤต เป็นประสบการณ์ที่สำคัญ และคุณภาพต่อชีวิตมีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (เป็น, 2550; วิจิตรอง, 2543; สุนีย์, 2540) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยตรง ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทั่ว ๆ ไป และผู้ป่วยในระยะวิกฤตที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคาดว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นไม่น่าจะมีความแตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ เป็นสถานการณ์ที่ต้องอยู่ในภาวะฉุกเฉิน วิกฤตเช่นเดียวกัน ดังนั้นผลกระทบของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า มีดังต่อไปนี้

#### 1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

1.1 เจ็บปวดทุกข์ทรมานจากอาการ และอาการแสดงของโรค เป็นความทุกข์ทรมานมากที่สุด เป็นความเจ็บปวดมากที่สุดในชีวิต เจ็บจนแทบขาดใจ จนทำให้นึกถึงความตาย (จิราวรรณ, 2548; ชวนพิศ, 2541) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ได้รับ เช่น การใส่สายต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย (จริยา, 2547) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพุงหัวใจ (intra aortic balloon pump) จะรู้สึกปวด ระบายเคือง และเจ็บเสบบริเวณง่ามขา

และบริเวณที่ใส่เครื่องพุงหัวใจ (ทิวาวรรณ, 2552) การงดน้ำและอาหาร ทำให้หัวใจ และกระเพาะ (วิจิตรรา, 2546) เกิดความรู้สึกปวดแสบปวดร้อนหรือรู้สึกหนักภายในทรวงอกจากการฉีดสารทึบรังสีเข้าสู่ (Cason, Russell & Fincher, 1992 อ้างตามสิริมาศ, 2543)

1.2 อาการปวดเมื่อยหลัง อาการปวดเมื่อยหลังเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยทุกรายต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากการสอดใส่เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษาหรือจากการผูกยึด (วิจิตรรา, 2551) สำหรับผู้ป่วยภายหลังการเข้ารับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจมีอาการปวดหลังได้เนื่องจากการต้องทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง อีกทั้งยังต้องนอนเหยียดขาในระหว่างที่มีท่อใส่สายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบจนกระทั่งเอาสายสวนหัวใจออกแล้ว 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเพิ่มความดันในหลอดเลือดและอุดกั้นการไหลของหลอดเลือดบริเวณที่ทำการสอดใส่ (สิริมาศ, 2543) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพุงหัวใจ จะไม่สามารถขอช่างที่มีเครื่องพุงหัวใจได้ ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยหลัง เอว และปวดกล้ามเนื้อ (ทิวาวรรณ, 2552)

1.3 การพักผ่อนนอนหลับลดลง ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ เนื่องจากบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยหรือไอซียูที่มีแสงไฟจ้าเกินไป เสียงเครื่องมืออุปกรณ์ เสียงโทรศัพท์ที่มีเสียงดังทำให้รบกวนการนอนหลับ (วิจิตรรา, 2551) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีคุณภาพการนอนหลับลดลงได้จากอาการของโรค เช่น อาหารเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า (กันตพร, 2547)

1.4 ไม่สุขสบายจากการขยับถ่ายผิดปกติ การที่ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องขยับถ่ายอุจจาระบนเตียงทำให้รู้สึกเจ็บ และอึดอัดท้อง จากการที่ไม่สามารถขยับถ่ายได้ ต้องเบ่งถ่ายเจ็บบริเวณทวารหนัก (จิตรรา, 2546) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่เคยมีปัญหาในการขยับถ่ายขณะอยู่ที่บ้าน แต่เมื่อพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการท้องผูก และขยับถ่ายผิดปกติ (สุทธิษา, 2548)

1.5 ผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนได้ตลอดเวลา เช่น มีการปิดของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute vessel closure) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการมีการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี (spasm) การปริแตก (dissection) หรือการมีก้อนเลือด (thrombus) มาอุดกั้นจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การแพ้สารทึบรังสี อัมพฤกษ์ อัมพาต ความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) หัวใจเต้นผิดปกติที่รุนแรง หัวใจหยุดเต้นกะทันหัน (เบญจมาศ, 2551; ภัทรพงศ์, 2545) มีการทำงานของไตผิดปกติ (Brown et al., 2008) มีผู้ป่วยที่เลือดออกบริเวณที่แทงเข็ม (อำพร, 2547) นอกจากนี้อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ที่พบได้บ่อยได้แก่ การตีบซ้ำ (restenosis) ของหลอดเลือดหัวใจ (เพ็ญรุ่ง, 2541; สมจิตร, 2541; อำพร, 2547)

## 2. ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

2.1 กลัว ในระยะก่อน ระหว่าง และหลังการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยมีความกลัวจากหลายสาเหตุ ได้แก่ กลัวว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา เนื่องจากรับรู้ว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้ขาด อาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (วิริงรอง, 2543) กลัวการใส่สายสวนหัวใจ กลัวการผ่าตัด (วิริงรอง, 2543; จิรวรรณ, 2548) กลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการตรวจสวนหัวใจหรือการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Caldwell, Arther, Natarajan, & Anand, 2007; De Jong-Watt & Arthur, 2005; Lyon, Fanshawe, & Lip, 2002)

2.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เมื่อมีความรู้สึกกลัวจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดขึ้นซ้ำได้ตลอดเวลา (ทิพมาสและช่อลดา, 2537; วิลาวัดย์, 2552) รู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจได้ตลอดเวลา (De Jong-Watt & Arthur, 2005) รู้สึกไม่แน่นอนในผลการรักษาที่ได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับผลการผ่าตัด (Rosemary & Nancy, 1995)

2.3 ความวิตกกังวล ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจากหลายสาเหตุ ได้แก่ วิตกกังวลเนื่องจากรับรู้ว่าการตรวจสวนหัวใจมีโอกาสเสี่ยงต่ออันตรายที่คุกคามชีวิต ประกอบกับไม่ทราบรายละเอียดและขั้นตอนระหว่างตรวจสวนหัวใจ (ทองทิพย์และจรรยา, 2539) วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องหยุดงานทำให้ขาดรายได้ วิตกกังวลที่ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม บทบาท และหน้าที่เดิมถูกปรับเปลี่ยนจากหัวหน้าครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว (เป็น, 2550; วิริงรอง, 2543; วิลาวัดย์, 2552) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวทำให้เกิดความวิตกกังวล (Moser & Dracup, 2004)

2.4 รู้สึกไม่ชอบ การเปิดเผยอวัยวะในขั้นตอนการเตรียมผิวหนัง และขณะทำการตรวจสวนหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ชอบเป็นอย่างยิ่ง (Caldwell et al., 2007)

2.5 ราคาญ/อึดอัด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพยุงหัวใจ ซึ่งไม่สามารถงอขาข้างที่มีเครื่องพยุงหัวใจได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติได้ ทำให้รู้สึกราคาญ และอึดอัดใจ (ทิวารวรรณ, 2552) สำหรับผู้ป่วยที่ต้องขยับถ่ายอุจจาระบนเตียงทำให้รู้สึกอึดอัดที่ต้องขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ไม่เคยชินในการขยับถ่าย รู้สึกว่าไม่เป็นธรรมชาติ (จิตรา, 2546)

## 3. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นการให้คุณค่า การให้ความหมาย และเป้าหมายชีวิตของมนุษย์ (Black & Matassarini-Jacobs, 1993) ภาวะบิบบิ้นด้านจิตวิญญาณ (spiritual distress) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้บ่อย



ในผู้ป่วยภาวะวิกฤต แต่มักจะถูกทะเลาะเนื่องจากเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยาก (สุจิตรา, 2551) ศาสนามีความสำคัญยิ่งในการตอบสนองด้านจิตวิญญาณเนื่องจากศาสนาเกิดจากความเชื่อของมนุษย์ ที่มีความศรัทธาอันยิ่งใหญ่ ซึ่งเริ่มต้นจากความเกรงกลัว และความอัศจรรย์ในธรรมชาติและปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ที่มนุษย์ต้องการแสวงหาคำตอบทางจิตวิญญาณ จากการศึกษาของวอลตัน (Walton, 2002) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกจะเกิดความวิตกกังวล และความกลัว ผู้ป่วยจะพยายามทำจิตใจให้สงบลงโดยการพูดคุยสื่อสารกับพระเจ้า และได้รับการปกป้องดูแลจากพระเจ้า ทำให้รู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย และมีเป้าหมายมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งผลกระทบทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กัน โดยผลกระทบทางร่างกาย ได้แก่ ความรุนแรงของโรคที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ตลอดเวลา เกิดความเจ็บปวดทรมานจากอาการ และอาการแสดงของโรค และการรักษา ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาทีมสุขภาพ และบุคคลในครอบครัวมากขึ้น จนส่งผลกระทบทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด วิตกกังวล และส่งผลกระทบด้านจิตสังคม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ได้เหมือนเดิม ส่งผลกระทบต่อจิตวิญญาณทำให้ความคาดหวัง และความหมายในชีวิตเปลี่ยนแปลง เนื่องจากบุคคลมีความเป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์กัน ดังนั้นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อโรคที่เป็นอยู่ โดยพบว่า ความวิตกกังวลจะมีผลต่อภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายมากขึ้น (Moser et al., 2007) และพบว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ จะมีแรงกดดันในร่างกายเพิ่มขึ้น เพิ่มความต้องการพลังงานในร่างกาย จะทำให้การหายของโรคช้าลง และมีผลต่อการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยต่อไป (Bizek, 2005) พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ ที่มีบทบาทช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นช่วงระยะวิกฤตทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณไปได้ โดยการทำความเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้น และให้การดูแลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

*การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการวางแผนเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างองค์รวม ผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้น และเมื่อแพทย์เตรียมวางแผนกลับบ้าน ผู้ป่วยจะมีการวางแผนในการดูแลตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ในระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจมีความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ วิธีการจัดการกับอาการ และผลกระทบ สามารถแบ่งได้เป็น

1.1 การจัดการด้วยตัวเอง เมื่อผู้ป่วยได้รับผลกระทบจะพยายามจัดการกับผลกระทบ ที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต เพื่อบรรเทาผลกระทบเหล่านั้นให้ลดลง โดยมีประเด็น ดังต่อไปนี้

1.1.1 การจัดการเมื่อมีอาการปวดเมื่อย หากมีอาการปวดเมื่อยจากการถูกจำกัดการ เคลื่อนไหว ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดทำทางเพื่อให้เกิดความสบาย (ทิพรดา, 2550) การปรับสภาพทาง อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก โดยการยอมรับสภาพ อดทน และเบี่ยงเบนความสนใจไปยัง เป้าหมายของการรักษาว่าจะทำให้ได้ผลดี (ทิพรดา, 2550; วรรณภรณ์, 2544)

1.1.2 การจัดการเรื่องการนอนหลับพักผ่อนน้อยลง เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายมีอาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะใช้เวลาในการนอนพักผ่อนในช่วงเวลากลางวัน ½-1 ชั่วโมงทุก วัน และนอนพักผ่อนทั้งวัน (สุนนา, 2548; สุทธิษา, 2548) นอกจากนี้ยังใช้วิธีการผ่อนคลาย การสวด มนต์หรือการทำสมาธิ (สุนตรา, 2541; สุทธิษา, 2548; สุนนา, 2548)

1.1.3 การจัดการเมื่อต้องขับถ่ายบนเตียง ผู้ป่วยจะมีการปรับเรื่องความคิดเพื่อลดการ ให้ความสำคัญของกลิ่นลง คิดว่าเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในการให้การดูแลทำให้รู้สึกสบายใจใน การขอความช่วยเหลือมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังจัดการโดยกลิ่นอุจจาระจนรู้สึกว่ามันไม่ไหวแล้ว จึงจะถ่ายอุจจาระ รอคอยเวลาจนกว่าจะผ่านพ้นจากการจำกัดการเคลื่อนไหว นอนหลับเพื่อไม่ให้ เกิดอาการปวดถ่ายอุจจาระ ในขณะที่ถ่ายอุจจาระผู้ป่วยใช้แรงดันช่วย โดยการใช้นิ้วกดบริเวณหน้า ท้อง เบ่งถ่ายอุจจาระ การเรียนรู้ที่จะใช้หมอนอนด้วยตัวเองเพื่อจะได้ไม่ต้องขอความช่วยเหลือจน เป็นภาระของผู้อื่น ไม่มองผู้อื่นขณะขับถ่าย แกล้งทำเป็นอ่านหนังสือขณะขับถ่าย ภายหลังขับถ่าย จะทำความสะอาดไม่ให้มีกลิ่นเหม็นตกค้าง และปกปิดหมอนอนให้มิดชิด เป็นต้น (จิตรา, 2546) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งแพทย์ พยาบาลห้ามไม่ให้มีการเบ่งถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยจึง จัดการกับอาการท้องผูก โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ (สุทธิษา, 2548)

1.1.4 การจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ และจิตใจ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะใช้ วิธีการเผชิญกับความเครียดโดยการมุ่งแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับแหล่งความเครียดนั้น และวิธีการ จัดการกับอารมณ์โดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญ และกำลังใจหรือ ลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการกับอารมณ์ โดยการระบายความทุกข์กับคน ที่ใกล้ชิด (สุทธิษา, 2548; สุนนา, 2548) เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ผู้ป่วยจะซักถามจาก ทีมการรักษา หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับปัญหา ใช้เวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ อ่านหนังสือ/ดูทีวี/

ฟังเพลง แต่จะไม่ใช้ชื่อยาคลายเครียดมารับประทานเอง สำหรับวิธีการจัดการกับการเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา เช่น ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธจะฟังเทศน์ ฟังธรรม พยายามในทางบวก การมองโลกในแง่ดี ไม่คิดมาก ส่วนผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามจะไปสุเหร่าเพื่อละหมาดวันละ 5 ครั้งถ้าเป็นไปได้หรือน้อยกว่าถ้ามีอาการเจ็บป่วย เพื่อให้จิตใจแน่วแน่ในศาสนา (วิลาวด์ย์, 2552; สุทธิษา, 2548; อูมา, ประคอง, และสมจิต, 2544)

1.2 ขอความช่วยเหลือจากทีมการรักษา เมื่อผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับผลกระทบด้วยตนเองแล้ว แต่ยังไม่สามารถลดหรือบรรเทาผลกระทบเหล่านั้นได้ ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการขอความช่วยเหลือจากทีมการรักษา ในประเด็นดังต่อไปนี้

1.2.1 มีอาการของโรค เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น เหงื่อท่วมตัวหรือหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการป้องกัน และควบคุมความรุนแรงของโรค ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยรับรายงานให้แพทย์ และพยาบาลทราบทันที (วิลาวด์ย์, 2552; สุมนา, 2548)

1.2.2 การนอนหลับพักผ่อนที่น้อยลง เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกวิธีการขอยานอนหลับจากพยาบาลมารับประทาน (สุทธิษา, 2548; สุมนา, 2548)

1.2.3 การจัดการกับการขับถ่าย หากมีปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายหรือมีอาการท้องผูกผู้ป่วยจะรายงานให้แพทย์ พยาบาลทราบเพื่อขอความช่วยเหลือ (จิตรรา, 2546) สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อมีอาการท้องผูกจะขอยาระบายจากพยาบาลมารับประทาน (สุทธิษา, 2548)

## 2. การวางแผนเพื่อการดูแลตนเอง

ภายหลังจากได้รับการรักษา และเตรียมตัวเพื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากทีมการรักษาในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การทำงาน ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้หลังออกจากโรงพยาบาล 6-8 สัปดาห์ โดยเริ่มทำงานน้อย ๆ แล้วค่อยเพิ่มระยะเวลาขึ้น ควรหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องออกแรงอย่างหนักหรืองานที่ทำให้เกิดความเครียด (วิจิตรรา, 2551; อัจฉรา, กนกพร, ฐาปณีย์ และวิไลลักษณ์, 2543) สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการปรับการทำงานโดยการปรับลดความต้องการในความก้าวหน้าของหน้าที่การงานลง ขอย้ายออกจากหน่วยงานที่ทำแล้วมีอาการเหนื่อย การบอกผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานให้ทราบถึงข้อจำกัดในการทำงาน (ชวนพิศ, 2541)

2.2 การรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรงดอาหารประเภทไขมัน และอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น ไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์ เป็นต้น ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสจัด อาหารที่มีรสเค็ม ไม่ควรรับประทานอาหารที่ย่อยยาก รับประทานอาหารพอสัมเพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนัก (สมจิตต์ และวาริ, 2549; อัจฉราและคณะ, 2543) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการปรับการบริโภค โดยการเลือกประเภทของอาหารที่ไม่มีไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่สามารถจำกัดปริมาณการบริโภคอาหารได้ทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเกินมาตรฐานสากล (ชวนพิศ, 2541) สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะแรกจะรับประทานข้าวต้ม แต่หลังจากนั้นรับประทานอาหารตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุประเภทของอาหารที่รับประทานจึงขึ้นอยู่กับลูกหลานที่จะจัดหามาให้ (สุทิษา, 2548) ผู้ป่วยบางรายยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงแต่รับประทานในปริมาณน้อยเนื่องจากคิดว่าจะไม่ผลต่อร่างกาย แต่หากรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงในปริมาณมากจะทำให้เกิดไขมันอุดตันได้ (วิริงรอง, 2543)

2.3 การรับประทานยา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องรับประทานยาตามแผนการรักษาให้ครบถ้วน และติดต่อกัน (วิจิตรา, 2551) แต่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยาลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้หลงลืมได้ (สุทิษา, 2548)

2.4 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดเครียดทางจิตใจ โกรธ หงุดหงิด (อัจฉราและคณะ, 2543) ไม่ควรเผชิญกับสิ่งที่ทำให้ตื่นเต้นตกใจ (วิจิตรา, 2551) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีการปรับลดความเครียด โดยส่วนมากจะเลือกปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา โดยการทำจิตใจให้สงบ ใช้ธรรมะชนะความทุกข์ (ชวนพิศ, 2541) การอยู่กับธรรมชาติ (วิริงรอง, 2443) เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยจะซักถามจากญาติหรือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ จากนั้นจึงเก็บคำถามไว้รอถามแพทย์ พยาบาลในวันนัดตรวจเป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล เกิดความไม่มั่นใจอยู่บ่อยครั้ง (สุทิษา, 2548)

2.5 มาตรวจตามแพทย์นัดหรือเมื่อมีความผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนกำหนดวันนัด (วิจิตรา, 2551) โดยอาการเตือนที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกอมยาแล้วไม่ดีขึ้น หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ ใจสั่น เป็นต้น (อัจฉราและคณะ, 2543)

2.6 งดสูบบุหรี่ (วิจิตรา, 2551) เนื่องจากบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (อุไร, 2543) เมื่อกลับไปกลับไปอยู่ที่บ้านพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากให้เหตุผลว่า ถึงจะไม่ได้สูบบุหรี่ก็มีชีวิตอยู่ได้ (สุทิษา, 2548) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบาง

รายทั้งคสูบบุหรี่แล้ว แต่เมื่อพบปะกับเพื่อนก็กลับมาสูบบุหรี่บ้าง แต่ปริมาณน้อยลง และพยายามสูบไม่ให้อควันบุหรี่เข้ามาถึงบริเวณหน้าอก เพื่อไม่ให้เข้าสู่ปอด และหัวใจได้ (วิริงรอง, 2543)

2.7 ออกกำลังกาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเริ่มออกกำลังกายครั้งละน้อย ๆ ในระยะแรก แล้วจึงเพิ่มระยะเวลา และความถี่ขึ้น โดยไม่มีอาการเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้การเกร็งของกล้ามเนื้อหรือออกแรงดัน (วิจิตรา, 2551) ผู้ป่วยมีการปรับการออกกำลังกายโดยการพยายามออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และออกกำลังกายเท่าที่ตนเองสามารถทำได้ ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายโดยการเดิน (ชวนพิศ, 2541; วิริงรอง, 2543) แต่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายน้อย เนื่องจากกลัวว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยหอบ จึงไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงการออกกำลังกาย (สุทิษา, 2548)

### การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นศาสตร์สาขาหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ศึกษาปรากฏการณ์หรือสภาพของปัญหา โดยการทำความเข้าใจบริบทหรือสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏการณ์หรือปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับ ให้ความสำคัญตามทัศนะของผู้ให้ข้อมูลในเรื่องของความหมาย การมองปรากฏการณ์ตามทัศนะของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ช่วยให้ความหมาย และเหตุผลว่าเกิดอะไรขึ้นเพราะอะไร ตามตรรกะของผู้ให้ข้อมูล (Cohen & Omery, 1994 อ้างตามวิณา, 2547) การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีแนวคิดพื้นฐานทางสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ โดยเชื่อว่า ธรรมชาติ และสังคมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นความจริงแท้แน่นอนนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติที่เป็นสากลเสมอไป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ให้ความสำคัญกับข้อมูลจากประสบการณ์ เน้นการให้ความหมาย ความรู้สึกและวัฒนธรรม (อาภรณ์, 2536) เน้นธรรมชาติและความเป็นจริง ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ โดยเชื่อมโยงความจริง และการรับรู้ ทฤษฎี และการปฏิบัติ (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543) ซึ่งแสดงออกมาทางพฤติกรรม (ดารุณี, 2545; ประณีตและคณะ, 2543; อาภรณ์, 2536; อารียวรรณ, 2549) ดังนั้นบุคคลที่จะรู้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น ได้ดีที่สุดคือ ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้น (ศิริพร, 2546)

ฮัสเซิล (Husserl) ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยา ซึ่งมีแนวคิดหลัก คือ ให้ความสำคัญของการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์ของบุคคล (subjectivity) ที่รับรู้ประสบการณ์นั้นอย่างมีสติ และเชื่อว่าบุคคลมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิ่งแวดล้อมหรือโลก (life-world) ไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้ เน้นการค้นหาคำความจริงที่ปรากฏอยู่โดย

ไม่มีการคิดล่วงหน้าหรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องแยกออกจากสิ่งที่กำลังศึกษา (ประณีตและคณะ, 2543) นักวิจัยใช้ความสามารถในการทำความเข้าใจอย่างปราศจากอคติ โดยใช้การจัดกรอบความคิด กำจัดความคิดล่วงหน้า หรือความคิดที่มีอยู่เดิม เพื่อให้ได้ข้อมูลใหม่ที่เป็นจริงมากที่สุด ต่อมาไฮเดกเจอร์ (Heidegger) ได้พัฒนาแนวทางการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก (Hermeneutic phenomenology) (Husserl, 1962 อ้างตามจอณพะจง, 2546)

### การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ ไฮเดกเจอร์ (Heidegger) เป็นการปรากฏการณ์เพื่อทำความเข้าใจ (Hermeneutic phenomenology) โดยเน้นการค้นหาคำให้การให้ความหมายของการมีชีวิตอยู่ของบุคคล ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (Plager, 1994)

1. มนุษย์มีชีวิตอยู่เป็นสังคม และมีการสนทนากัน
2. มนุษย์มีความเข้าใจมาก่อนแล้วจากการปฏิบัติร่วมกันในภูมิหลัง เช่น การอยู่ร่วมกันเป็นสังคม และวัฒนธรรม การใช้ภาษา การมีทักษะ และกิจกรรมต่าง ๆ และการให้ความหมายโดยทั่ว ๆ ไป
3. มนุษย์มักจะอยู่ในวงจรของการทำความเข้าใจอยู่แล้ว
4. การแปลความแสดงถึงการทำความเข้าใจร่วมกัน และมีโครงสร้างในการทำความเข้าใจมาก่อนแล้วเหมือนกัน
5. การแปลความ จะหมายรวมถึงการแปลความของผู้แปลความ และการแปลความในบทสนทนา

เนื่องจากการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติก เป็นการทำความเข้าใจความหมาย ทักษะ ความรู้สึกเบื้องต้นในจิตใจของผู้ที่ประสบกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์หนึ่ง ซึ่งอาจจะกำลังประสบเหตุการณ์นั้นอยู่หรือผ่านพ้นไปแล้ว (ทวีศักดิ์, 2548) ดังนั้น การเข้าใจบุคคลจึงมีความสำคัญสำหรับจะนำไปสู่แนวคิดนี้ ซึ่งไฮเดกเจอร์ กล่าวไว้ดังนี้ (วิณา, 2548)

บุคคล เป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากคนอื่น กล่าวคือ ประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนนั้น ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

1. บุคคลเป็นผู้ที่มีโลก และสังคมของตัวเอง หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกจากกันได้ คำว่า “โลก” ในที่นี้ หมายถึง สิ่งแวดล้อมในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณี ที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมา และเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมาตั้งแต่กำเนิด ไม่ใช่สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ดังนั้น

การศึกษาที่เกี่ยวข้องถึงบุคคลจะต้องศึกษาให้เข้าใจในบริบทที่เป็นสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นจริง ๆ ว่าเป็นอย่างไร บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า และความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษาแต่ละบุคคล ดังนั้นการทำความเข้าใจในการแสดงออกหรือความรู้สึกของบุคคล จึงต้องศึกษาบุคคลในบริบทของคน ๆ นั้น

2. บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย หมายถึง บุคคลให้ความหมายของประสบการณ์ตามความคิด ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งแตกต่างจากความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงทางทฤษฎี ซึ่งเชื่อว่าการแปลความ ตีความนั้นมาจากสังคม ภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลนั้น ๆ

3. บุคคลเป็นหน่วยรวม นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิต ไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วน ๆ ได้ เชื่อว่า คนประกอบด้วยกาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น

4. บุคคลมีมิติของเวลา โดยเชื่อว่า เวลาไม่ถูกแยกออกจากการดำรงอยู่แต่เวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏอยู่ ดำรงอยู่ เวลาเป็นกรอบสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจ ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนัก และให้ความสนใจ

นอกจากนี้ไฮเดกเกอร์ยังให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อม และการเชื่อมโยงประสบการณ์ ซึ่งมีความสำคัญ ดังนี้ (ประณีตและคณะ, 2543)

1. สิ่งแวดล้อม เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน รวมถึงภูมิหลัง อายุ การศึกษา ภาษา วัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม ซึ่งซึมซับอยู่ในตัวของบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่เกิด และเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกออกจากสิ่งแวดล้อมได้

2. การเชื่อมโยงประสบการณ์ เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยรับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะรับรู้ และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน

ไฮเดกเกอร์เชื่อว่าการแปลความ ตีความทุกชนิด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงที่มาที่ไปในภูมิหลังของการปฏิบัติหรือพฤติกรรม ไฮเดกเกอร์ให้ความสำคัญกับ 3 องค์ประกอบของการแปลความ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันเป็น “วงจร” เรียกว่า “hermeneutic circle” ดังนี้คือ (Heidegger, 1962 cited in Plager, 1994)

1. อะไรที่เราทราบย่อมมีมาก่อน คือ การที่บุคคลมีประสบการณ์เดิมที่ได้จากการปฏิบัติ นั่นคือ การแปลความหมายจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มาแล้วในภูมิหลัง

2. อะไรที่เข้าใจย่อมเคยเห็นมาก่อน เนื่องจากบุคคลมีภูมิหลัง ทำให้เคยเห็นหรือเคยเข้าใจมาบ้างแล้ว ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการแปลความหมายขึ้นได้

3. อะไรที่เรารับรู้ย่อมเกิดจากการมีมโนภาพมาก่อน (A fore-conception) เนื่องจากบุคคลมีภูมิหลัง ทำให้บุคคลเกิดความคาดหวังในการที่จะทำนายการแปลความหมาย

ดังนั้น hermeneutic circle เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยรับหรือเข้าใจมาก่อนเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อรับรู้ และให้ความหมายของประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่ นอกจากนี้ไฮเดกเกอร์ ยังให้ความสำคัญต่อ “ภาษา” โดยกล่าวว่า การพูดคุย (talk) เป็นเครื่องมือหลักในการดำรงอยู่ของโลกมนุษย์ เป็นคุณลักษณะสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Heidegger, 1962 อ้างตามวีณา, 2548)

ต่อมาการ์ดเมอร์ (Gardamer) ได้เพิ่มเติมแนวคิดอีก 2 ประการคือ (Gadamer, 1976 อ้างตามประณีตและคณะ, 2543)

1. ภาษา โดยเชื่อว่าภาษาเป็นสื่อกลางที่สำคัญ ที่จะสื่อความหมายที่เข้าใจปรากฏการณ์นั้น ๆ ซึ่งจำเป็น และต้องทำความเข้าใจทั้งในรูปแบบ และความหมายของภาษา ซึ่งอาจเป็นคำเฉพาะที่เข้าใจในกลุ่มหรือสังคมที่ผู้ให้ข้อมูลใช้

2. การเชื่อมโยงความหมาย เป็นการเชื่อมโยงมุมมองของนักวิจัย ซึ่งรวมถึงความรู้ และสิ่งต่าง ๆ จากการศึกษานั้นกับผู้ให้ข้อมูล แต่ความเข้าใจถูกต้อง และลึกซึ้งจะเกิดขึ้นเมื่อมีการทำความเข้าใจ เชื่อมโยง แลกเปลี่ยน และขยายความคิดเห็นต่อกัน เพื่อช่วยลบลอคติหรือความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการศึกษา และความเข้าใจตรงกัน

#### กระบวนการการดำเนินการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการการดำเนินการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การบรรยายปรากฏการณ์ (descriptive phenomenology) ขั้นตอนนี้จะมีผลโดยตรงต่อการสำรวจ วิเคราะห์ และการบรรยายปรากฏการณ์ ขั้นตอนนี้จะกระตุ้นให้ทราบการรับรู้ประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ โดยเน้นความสมบูรณ์ของข้อมูล (richness) และความลึกซึ้งของข้อมูล (depth) สามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน (Streubert & Carpenter, 1999 อ้างตามจอณพะจง, 2546) คือ



การสำรวจ (intuiting) เป็นขั้นตอนที่นักวิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัย โดยปราศจากการวิจารณ์ การให้คุณค่าหรือความคิดเห็นของใคร นักวิจัยจะเป็นเครื่องมือในกระบวนการการสัมภาษณ์ อะไรจะเกิดขึ้นเมื่อผู้วิจัยอ่านบททวนหลาย ๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

การวิเคราะห์ (analyzing) เป็นขั้นตอนที่นักวิจัยต้องมีการแยกแยะจุดสำคัญของปรากฏการณ์ จากข้อมูลที่ได้มา และข้อมูลที่ปรากฏอยู่ เพื่อให้เกิดภาพความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือเป็นแก่น

การบรรยาย (describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อบรรยายปรากฏการณ์ ทำให้ผู้อ่านเข้าใจ

ขั้นตอนที่ 2 สาระสำคัญของปรากฏการณ์ (phenomenology of essences) เป็นขั้นตอนที่มีผลต่อการหยั่งรู้ข้อมูลที่ได้จากการสืบค้น เพื่อค้นหาแก่นสาระสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์ที่ต้องการ (Streubert & Carpenter, 1999 อ้างตามจอณพะจง, 2546)

ขั้นตอนที่ 3 การทำปรากฏการณ์ให้ประจักษ์มากขึ้น (phenomenology of appearances) เป็นขั้นตอนการเฝ้ามองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากที่ตั้งใจไว้ (Spiegelberg, 1965, 1975 cite in Streubert & Carpenter, 2003)

ขั้นตอนที่ 4 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ (constitutive phenomenology) เป็นขั้นตอนที่มีการกำหนดรูปแบบของปรากฏการณ์เพื่อให้เห็น โครงสร้างที่ชัดเจน (Spiegelberg, 1965, 1975 cite in Streubert & Carpenter, 2003)

ขั้นตอนที่ 5 การตัดทอนปรากฏการณ์ (reductive phenomenology) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยต้องลดอคติ โดยการจัดกรอบ ความคิด ความเชื่อ และความรู้ที่มีอยู่เดิม เพื่อแยกประสบการณ์เดิมออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล (Streubert & Carpenter, 1999 อ้างตามจอณพะจง, 2546)

ขั้นตอนที่ 6 การตีความในปรากฏการณ์ (hermeneutic phenomenology) เป็นการเข้าใจธรรมชาติที่เกิดขึ้นจริงของปรากฏการณ์ ซึ่งปรากฏออกมาจากเป็นถ้อยคำหรือคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Spiegelberg, 1965, 1975 cite in Streubert & Carpenter, 2003)

### สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแล รักษาที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทุกวินาทีจึงหมายถึงโอกาสรอดของชีวิต นอกจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความรุนแรงของโรคแล้วยังต้องเผชิญกับการทำหัตถการเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้

วางแผนล่วงหน้าซึ่งไม่ได้คาดคิดหรือมีการเตรียมตัวมาล่วงหน้า อีกทั้งยังเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงถึงขั้นเสียชีวิต นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ในหออภิบาลผู้ป่วยหรือไอซียู ซึ่งมีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์มากมาย มีการเฝ้าติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การถูกแยกจากญาติซึ่งต้องเข้าเยี่ยมเป็นเวลาตามระเบียบของหน่วยงาน การต้องนอนพัก และทำกิจกรรมอยู่บนเตียง โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลเกือบทั้งหมด ในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าคุณเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยิ่งส่งกระทบต่อความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ดังนั้นพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความเข้าใจถึงผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างลึกซึ้ง เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์ ซึ่งมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งที่จะนำมาใช้ในการศึกษาเรื่องประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ปรัชญา และระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological method) ตามปรัชญาของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวก เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ผู้ให้ข้อมูล และการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลที่มีความเหมาะสม และสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้าสู่กระบวนการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี

จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความเพียงพอในการอธิบาย หรือเห็นภาพของสิ่งที่ต้องการศึกษาชัดเจน และเน้นคุณภาพของข้อมูลมากกว่าปริมาณของข้อมูลที่ได้ (ประณีตและคณะ, 2543; Patton, 2002) โดยผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (saturation) (Streubert & Carpenter, 2003) กล่าวคือ ข้อมูลที่ได้เริ่มซ้ำกับข้อมูลเดิม และไม่มีข้อมูลใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์กับการวิจัยเพิ่มขึ้นอีก (ทวิศักดิ์, 2548) ซึ่งความอิ่มตัวของข้อมูลขึ้นอยู่กับเนื้อหาของเรื่องหรือประเด็นที่ศึกษาเป็นสำคัญ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ดังนั้น จึงไม่สามารถกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลไว้ล่วงหน้าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของการเก็บข้อมูล และทิศทางของข้อมูล (Sandelowski, 1986 อ้างตามประณีตและคณะ, 2543) สำหรับการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 8 ราย

### สถานที่ศึกษา

สถานที่ศึกษาครั้งนี้ คือ โรงพยาบาลตติยภูมิ มีผู้รับบริการทั้งในส่วนของผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งไม่สามารถให้การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ เนื่องจากขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทีมแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล จึงถูกส่งต่อมารักษาต่อในโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาซึ่งมีศูนย์โรคหัวใจที่มีเครื่องมือสำหรับให้บริการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีทีมแพทย์พยาบาล และทีมงานหออภิบาลผู้ป่วยหรือไอซียู (ผู้ใหญ่) ที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ มีทีมงานความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างใกล้ชิด มีหอผู้ป่วยสามัญสำหรับพักฟื้นก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลาในการเข้าสู่กระบวนการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล และดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเสมือนญาติมิตร จึงใช้คำสรรพนามในการเรียกชื่อผู้ป่วยแบบนับญาติ

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยสามัญ และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว โดยการไปสัมภาษณ์ที่บ้านจำนวน 3 ราย สัมภาษณ์เมื่อแพทย์นัดมาตรวจ 1 ราย และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน 3 ราย

### ภูมิหลังผู้วิจัย

ผู้วิจัยเป็นเพศหญิง สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ภายหลังสำเร็จการศึกษาได้ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหรือไอซียู (ผู้ใหญ่) เป็นระยะเวลา 6 ปี ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยหรือไอซียู (ผู้ใหญ่) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าหลายราย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาก่อนการเก็บข้อมูลจริง ซึ่งอยู่ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (in depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้ข้อมูล และผู้สัมภาษณ์กำหนดทิศทางสนทนาร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการทำความเข้าใจร่วมกัน (ทวิศักดิ์, 2548) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย คุณภาพของงานวิจัยเชิงคุณภาพขึ้นอยู่กับศักยภาพของนักวิจัยเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ทวิศักดิ์, 2548) ดังนั้น จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

### 1.1 ด้านความรู้เนื้อหาวิชาการ

ผู้วิจัยเตรียมความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยทั่วไป การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า การจัดการกับผลกระทบ และการจัดการเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์

### 1.2 ด้านความรู้ และฝึกทักษะระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยเตรียมความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา โดยทำการศึกษาปรัชญา วิธีการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้มีการฝึกทักษะในการสร้างแนวคำถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ฝึกทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกข้อมูล การบันทึกภาคสนาม การถอดบทสัมภาษณ์ การแปลความ และการวิเคราะห์ เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการดำเนินการวิจัย ซึ่งได้ทำศึกษานำร่องกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจำนวน 1 ราย ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ความเข้าใจให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานวิจัยต่อไป

## 2. แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว บทบาทในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะรายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล และแบบบันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการ

รับประทานยา วันที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของการทำหัตถการ ระยะเวลาที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ภาวะแทรกซ้อนจากการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า อาการและอาการแสดงการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งแนวคำถามที่ใช้เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลบรรยาย และอธิบายรายละเอียดของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทั้งในเรื่องการให้ความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า การจัดการกับผลกระทบจากการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ตลอดจนการวางแผนการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในอนาคตภายหลังการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าได้อย่างอิสระ

3. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) เพื่อบันทึกสิ่งแวดล้อม และบรรยากาศของการสัมภาษณ์ รวมถึงความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล ปัญหา และอุปสรรคในการสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการบรรยาย และอธิบาย ทั้งนี้เพื่อให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์ที่ศึกษาชัดเจนมากขึ้น

4. การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เตรียมเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ สมุดบันทึก ดินสอ ปากกา สำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องบันทึกเสียง จำนวน 1 เครื่อง แบตเตอรี่

#### *การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ*

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผลกระทบของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า วิธีการจัดการกับผลกระทบ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอริแมนนิติก และกระบวนการดำเนินการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา เพื่อสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปศึกษานำร่อง

(pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามกำหนด จำนวน 1 ราย และนำแนวคำถามมาปรับปรุงแก้ไข ซึ่งอยู่ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นจึงนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนที่จะนำไปใช้กับการวิจัยจริง

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมการ

1. นำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ผ่านการพิจารณาแล้วต่อเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาประเมินงานด้านจริยธรรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งทำหนังสือแนะนำตัวเพื่อขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รับการอนุมัติแล้วจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอดำเนินการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง อายุกรรมชาย 1 และ 2 ในโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขออนุญาตหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วย ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
3. ผู้ให้ข้อมูลทุกรายต้องผ่านการนอนพักรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วย เนื่องจากช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลเข้าพักรักษาตัวเป็นเวลาไม่แน่นอน ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากผู้ร่วมงาน โทรศัพท์บอกข้อมูลกับผู้วิจัย และผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลจากผู้ร่วมงานเป็นระยะ ๆ
4. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากเวชระเบียน แพ้มผู้ป่วย และการบันทึกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยรวมถึงการสอบถามอาการเจ็บป่วยของผู้ให้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ เพื่อทำความรู้จักกับผู้ป่วยในระดับหนึ่งก่อนที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นจึงแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงความสมัครใจในการยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการนัด

หมายวัน เวลาในการสัมภาษณ์ตามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล และติดตามผู้ให้ข้อมูลไปสัมภาษณ์ที่หอผู้ป่วยสามัญตาม วัน เวลา ที่ได้นัดหมายไว้

5. ภายหลังจากได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์สนาม การบันทึกเทป ซึ่งช่วยในเก็บรายละเอียดทุกคำพูด มีความต่อเนื่อง แม่นยำ ช่วยให้ผู้สัมภาษณ์มีสมาธิในการฟัง และการสังเกต ไม่กังวลกับการจดบันทึกมากเกินไป ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกเทปได้มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการใช้งาน โดยผู้วิจัยฝึกใช้เครื่องมือจนมีความชำนาญ ก่อนนำไปใช้งาน และตรวจสอบสภาพการใช้งาน รวมทั้งตรวจสอบว่ามีแบตเตอรี่เพียงพอที่จะใช้ในการบันทึกในแต่ละครั้ง เตรียมแบตเตอรี่สำรอง สมุดบันทึก ดินสอหรือปากกาไปด้วยทุกครั้ง ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงเพื่อความถูกต้องของข้อมูล อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกเสียงจะวางบนพื้นราบที่มั่นคง ใกล้เคียงผู้ให้ข้อมูล

6. เริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกสามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทของการสัมภาษณ์ ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพ และบรรยากาศการสนทนาให้เป็นธรรมชาติสบาย ๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ จึงเริ่มสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นที่ต้องการ พร้อมทั้งทำการบันทึกเสียง และจดบันทึกในหัวข้อที่ต้องการถามซ้ำในภายหลัง เพื่อไม่ขัดจังหวะการพูด การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-90 นาที โดยสัมภาษณ์ 3-5 ครั้ง/ราย ซึ่งจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มต้นโดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง จำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ก่อนการสัมภาษณ์ขออนุญาตทำการบันทึกเสียงก่อนทุกครั้ง ในระหว่างการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้บันทึกเสียงสามารถขอหยุดได้ตลอดเวลา หากกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะใช้วิธีการจดบันทึกข้อมูลแทน

7. การสังเกต (observation) ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ โดยสังเกตบรรยากาศขณะสัมภาษณ์ สีหน้าท่าทาง ลักษณะคำพูด การใช้ภาษา น้ำเสียง บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล รวมถึงสภาพแวดล้อม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

8. การจดบันทึกภาคสนาม (field note) โดยจะทำการจดบันทึกร่วมกับการสัมภาษณ์ จดบันทึกด้วยคำสั้น ๆ เฉพาะประเด็นที่สำคัญ เมื่อออกจากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะจดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตตามความเป็นจริง โดยไม่มีการตีความ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนำมาใช้เป็นข้อมูล



ประกอบการบรรยาย และอธิบาย ทำให้มองปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้สมบูรณ์เหมือนกับผู้วิจัยได้เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล และจดบันทึกรายละเอียดภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ทันที

9. หลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยนำข้อมูลบันทึกเสียงที่ได้ในแต่ละวัน มาฟังอย่างตั้งใจ จดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นจากการฟัง เช่น ข้อมูล และประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ รวมถึงพิจารณาว่าประเด็นใดบ้างที่ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม หรือต้องการตรวจสอบความเข้าใจให้ชัดเจนมากขึ้น แล้วทำการถอดเทปบันทึกเสียงเป็นคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค ร่วมกับการเขียนบรรยายบรรยายากาศที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ที่ได้จากการสังเกต บันทึกประจำวันที่เกี่ยวข้องกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหา และอุปสรรคในการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย ตลอดจนการวางแผนสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

เปรียบเทียบข้อความเชิงบรรยายกับข้อมูลที่ได้จากการฟังเทปบันทึกเสียง และทำซ้ำ ๆ อ่านคำบรรยายที่ได้จากการถอดเทป พร้อมทั้งทำความเข้าใจข้อมูล จดเส้นใต้ข้อความที่เป็นการให้ความหมายของประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล หากมีข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือยังไม่เข้าใจ ผู้วิจัยจะตั้งคำถามเพื่อกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งต่อไปจนไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น

### การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล เป็นการสร้างความแน่ใจว่าข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง และตรงตามความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้ (Guba & Lincoln, 1989 อ้างตามอารีวรรณ, 2549)

1. ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ผู้วิจัยใช้วิธีในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ดังนี้

1.1 ความเชื่อถื่อด้านระยะเวลา โดยระยะเวลาที่คลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลนานมากพอ (prolonged engagement) ที่จะสร้างสัมพันธภาพจนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะแบ่งปันประสบการณ์ และเล่าถึงประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า โดยผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง เพื่อสร้างความคุ้นเคยจนเกิดความไว้วางใจ และสอบถามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกเพื่อนัดหมายในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป นอกจากนี้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ควรมีระยะเวลานานพอที่จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มพูดคุย เปิดเผยความรู้สึก ความคิดออกมามากที่สุด โดยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-90 นาทีต่อครั้ง และมีการสัมภาษณ์ซ้ำจนกว่าจะได้ข้อมูลที่อิ่มตัว ในการศึกษาครั้งนี้ทำการสัมภาษณ์ 3-5 ครั้ง/ราย ซึ่งมีรายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1

## ข้อมูลจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	จำนวนการสัมภาษณ์ (ครั้ง)
น้ำคำ	4 ครั้ง
ห่มะ	5 ครั้ง
น้ำทศ	4 ครั้ง
ลุงจวน	3 ครั้ง
น้ำซิด	4 ครั้ง
ลุงลับ	5 ครั้ง
พี่ธวัช	4 ครั้ง
ลุงน้อย	3 ครั้ง

1.2 การเขียนบันทึกประจำวัน ผู้วิจัยเขียนบันทึกประจำวันเพื่อสะท้อนความรู้สึก หรือ มุมมองของผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงเวลาของการดำเนินการวิจัย ซึ่งการสะท้อนตัวเองจะช่วยลดความลำเอียงในการแปลความหมายของผู้วิจัย

1.3 การสังเกตติดต่อกัน (persistent observation) ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้เวลา มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา สิ่งแวดล้อม บรรยากาศ การสังเกตสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลเพื่อประกอบการพูดคุยตลอดการสัมภาษณ์เพื่อนำไปสู่ ข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้น

1.4 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เป็นการตรวจสอบข้อสรุปที่ได้ ภายหลังจากการสัมภาษณ์ โดยการยืนยันความถูกต้องกับผู้ให้ข้อมูล หากข้อมูลที่สรุปไปไม่ครบถ้วน หรือเข้าใจไม่ตรงกัน ผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยได้ปรับข้อสรุปที่ได้ให้เข้าใจตรงกัน และเพิ่มเติมส่วนที่ ขาดไป นอกจากนี้ ผู้วิจัยนำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งภายหลังจากการแปล ความ และวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริง

2. ความสามารถในการถ่ายโอน หรือนำไปประยุกต์ใช้ (transferability) เป็นความสามารถ ให้ผู้อ่านเข้าใจ และมองเห็นภาพของประสบการณ์ที่ศึกษา โดยการเขียนวิธีการศึกษา ระเบียบวิธี วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และบริบทที่ศึกษาอย่างชัดเจน (thick description) เพื่อให้สามารถมองเห็น และเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษาเหมือนเกิดขึ้นกับตัวเอง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลใน การจะนำไปใช้กับบริบทที่ใกล้เคียงกัน

3. ความสามารถในการวางใจได้ (dependability) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปตรวจสอบกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อยืนยันความตรงของข้อมูลตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

4. ความสามารถยืนยันความถูกต้อง (confirmability) คือ โดยทุกขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมเอกสารที่สำคัญเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกราย ตลอดจนผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับการตรวจสอบ เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้อาจมีความลำเอียง และอคติของผู้วิจัยในทุกขั้นตอนของการวิจัย

#### *การพิทักษ์สิทธิ และจรรยาบรรณของนักวิจัย*

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งต้องพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูลในเรื่องทัศนคติ ความรู้สึก ความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และในเรื่องส่วนตัวบางเรื่อง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจ อารมณ์ และความเจ็บป่วยได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยการปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด ดังนี้

##### 1. ก่อนการสัมภาษณ์

1.1 ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็นอย่างไร ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาช่วยให้มีแนวทางในการวางแผน และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้ครอบคลุม และสอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ การควบคุมโรค และการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การช่วยเหลือ และดูแลผู้ที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ารายอื่นต่อไป

1.2 ชี้แจงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขออนุญาตสัมภาษณ์เจาะลึก และบันทึกเสียง เพื่อให้เกิดความชัดเจน และความถูกต้องของข้อมูลมากที่สุด และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงชื่อยินยอมตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ (ภาคผนวก ก) หรืออาจเป็นการยินยอมด้วยวาจา ทำทางหลังจากนั้นจึงนัดหมายวัน และเวลาตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยแจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบว่า หากผู้ให้ข้อมูลต้องการออกจากการศึกษาวิจัย หรือไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งผู้วิจัยทราบได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ชื่อผู้ให้ข้อมูล และการรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในนามสมมติ ผู้อ่านจะไม่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้ และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาใด ๆ เทปที่ใช้ในการบันทึกเสียงจะถูกเก็บเป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดงานวิจัย

## 2. ระหว่างการสัมภาษณ์

2.1 แจ้งผู้ให้ข้อมูลทราบว่า หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้มีการบันทึกเสียงในช่วงใด ๆ หรือไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถแจ้งผู้วิจัยทราบได้ตลอดเวลาของการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดการบันทึก และหยุดสัมภาษณ์ทันที

2.2 หากเกิดกรณีผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะวิกฤตทางด้านอารมณ์ และจิตใจ เช่น รู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราว และทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยการอยู่เป็นเพื่อน การแสดงความเห็นอกเห็นใจ แสดงความเอื้ออาทร การรับฟังอย่างตั้งใจในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการระบาย ใช้การสัมผัสเบา จนผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้น และพร้อมที่จะให้ข้อมูลต่อไป จึงเริ่มการสัมภาษณ์ได้ หากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะอยู่เป็นเพื่อนจนกว่าผู้ให้ข้อมูลรู้สึกดีขึ้น ยุติการสัมภาษณ์ และสอบถามความสะดวกในการนัดหมายวัน เวลาครั้งต่อไป

2.3 หากเกิดกรณีผู้ให้ข้อมูลมีอาการของโรค เช่น อาการเจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราว และปฏิบัติหน้าที่เป็นพยาบาล โดยการประเมินสัญญาณชีพเบื้องต้น เช่น อัตราการเต้นของชีพจร ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และส่งต่อกับเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีบทบาทดูแลผู้ให้ข้อมูลโดยตรงจนกว่าอาการจะดีขึ้น และปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วย สำหรับการศึกษารั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก ผู้วิจัยหยุดการสัมภาษณ์ชั่วคราว และประเมินสัญญาณชีพ โดยการจับอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และรายงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีบทบาทดูแลผู้ให้ข้อมูลโดยตรงจนอาการดีขึ้น และปลอดภัยจากอาการเจ็บป่วย

สำหรับการเก็บรวบรวมในการศึกษารั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลที่ประสบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ ขณะเล่าถึงเหตุการณ์ที่กำลังหายใจไม่สะดวก และเกิดความทุกข์ทรมาน เมื่อได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ และพยาบาล อาการจึงดีขึ้น และรอดพ้นจากการเสียชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลร้องไห้ขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงหยุดสัมภาษณ์ และให้การช่วยเหลือโดยการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก อยู่เป็นเพื่อน รับฟังอย่างตั้งใจในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการระบาย และใช้มือสัมผัสบริเวณหลังมือของผู้ให้ข้อมูลเบา ๆ จากนั้นจึงสอบถามถึงอาการเจ็บหน้าอก ผู้ให้ข้อมูลมีอาการเจ็บหน้าอกเล็กน้อย ผู้วิจัยจึงหยุดการสัมภาษณ์ และจับชีพจร สังเกตการหายใจ คอยสอบถามอาการเจ็บหน้าอก สังเกตสีหน้าท่าทางของผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับเสนอผู้ให้ข้อมูลว่ายุติการสัมภาษณ์ไปก่อน แต่ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าอาการเจ็บหน้าอกหายแล้ว จากนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงเริ่มเล่าประสบการณ์

ต่อเรื่อย ๆ และในระหว่างนั้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกอีก เมื่อสัมภาษณ์จบ จึงนัดการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

สำหรับการเก็บรวบรวมในการศึกษาครั้งนี้ มีผู้ให้ข้อมูลที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 11 ราย ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มีผู้ให้ข้อมูลที่ขอลงตัวออกจากการศึกษา 3 ราย ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ปฏิเสธการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงขออนุญาตจดบันทึกบทสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครบถ้วน ผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยภายหลังการสัมภาษณ์แล้ว 3 ครั้งแต่ข้อมูลยังไม่อึดตัว ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีก 1 ราย ได้ทำการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้โทรศัพท์สอบถามอาการ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีอาการเหนื่อยหอบต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใกล้บ้านอยู่ตลอดจึงไม่สามารถให้การสัมภาษณ์ต่อไป

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปรากฏการณ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวน มาเนน (Van Manen, 1990) ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้วิจัยได้มีการแปลความ และตีความ เพื่ออธิบายความหมายของปรากฏการณ์ การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. กลับไปสู่ธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต โดยการนำผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงจุดเริ่มต้นของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่ผู้ให้ข้อมูลประสบมา ผู้วิจัยต้องเข้าใจธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต รู้ว่าปรากฏการณ์ที่ศึกษาคืออะไร ให้ความสนใจ มีการคิดอยู่ตลอดเวลา มีการตั้งคำถามที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ และสามารถอธิบายปรากฏการณ์ออกมา เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นตามบริบทที่เป็นอยู่ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต สังคมวัฒนธรรม รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยประสบมาในอดีตจนถึงปัจจุบัน

2. ค้นหาประสบการณ์ชีวิตให้เหมือนมีส่วนร่วมอยู่ด้วย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ผู้วิจัยเข้าถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริงในบริบทที่ต้องการศึกษา ทำความเข้าใจความหมายของภาษาหรือสำนวนอารมณ์ และความรู้สึกร่วมกับการสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก มีการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ และจดบันทึกภาคสนาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้ง และมีความครอบคลุมมากขึ้น

3. สะท้อนคิดคำหลักที่สำคัญ โดยการพยายามจับประเด็นการให้ความหมายที่สำคัญ เพื่อทำความเข้าใจถึงการให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้

วางแผนล่วงหน้า เนื่องจากความหมายของปรากฏการณ์มีหลากหลายมิติ ทำให้ไม่สามารถเข้าใจด้วยคำจำกัดความเดียว ซึ่งการวิเคราะห์คำหลักสำคัญ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

3.1 การถอดข้อมูลจากบทสัมภาษณ์อย่างละเอียดคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค

3.2 การอ่านข้อมูล ทำความเข้าใจ และดึงคำสำคัญหลัก โดยการอ่านข้อความทั้งหมด แล้วสรุปใจความสำคัญในภาพรวมภายใต้บริบทที่ศึกษาอย่างชัดเจน หลังจากนั้นเลือกหรือเน้นข้อความโดยการเน้นข้อความ ชีคเส้นใต้ หรือทำเครื่องหมายให้เด่นชัดที่ข้อความนั้น

3.3 การอ่านแบบละเอียด หรือบรรทัดต่อบรรทัด เป็นการอ่านทุกประโยค และกลุ่มประโยค โดยการอ่านซ้ำ ๆ แล้วพิจารณาว่าประโยคหรือกลุ่มคำที่สำคัญดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์หรือประสบการณ์อย่างไร

4. จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาปรับเปลี่ยนภาษา โดยนำคำหลักสำคัญมาปรับเปลี่ยนภาษาตีความเพื่อสื่อถึงความหมายของประสบการณ์ที่ได้ศึกษา แล้วรวบรวมคำหลักสำคัญทั้งหมดมาอธิบาย นำคำหลักที่ได้ไปตรวจสอบความตรงกับผู้ให้ข้อมูล และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน จากนั้นจึงนำข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกรายมาจัดหมวดหมู่ของคำหลักสำคัญหลัก และวิเคราะห์แปลความหาคำหลักของการศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

5. เขียน และบรรยายปรากฏการณ์ โดยการเขียนบรรยายคำสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์คำหลัก และการเขียนซ้ำ เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิด การระลึก ทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น โดยยกตัวอย่างข้อความ ประโยค หรือวลีที่ได้จากการสัมภาษณ์มาประกอบคำสำคัญหลัก ทำให้เกิดความชัดเจนของปรากฏการณ์ที่ศึกษามากขึ้น

6. คงไว้ซึ่งคำสำคัญหลัก เป็นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้ว่าคำหลักสำคัญนั้นมีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา และสามารถตอบคำถามวิจัยได้ เพื่อไม่ให้เกิดความลำเอียงหรือหลงประเด็นในการศึกษา โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบผลการศึกษาที่ได้กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาอีกครั้งหนึ่ง

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบ เซอร์แมนนิวก มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ในภาคใต้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า จำนวน 8 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2552 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางวิเคราะห์ของแวน มาเนน (van Manen, 1990) ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล
2. ความหมายของประสบการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 2.1 ความหมายของการเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 2.2 ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 2.3 ผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 2.4 การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า
  - 2.5 การวางแผนชีวิตในอนาคตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

#### ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มี 8 ราย เป็นเพศชาย 7 ราย เพศหญิง 1 ราย มีอายุระหว่าง 46-78 ปี นับถือศาสนาพุทธ 7 ราย นับถือศาสนาอิสลาม 1 ราย สถานภาพสมรสคู่ 7 ราย หย่าร้าง 1 ราย จำนวนสมาชิกในครอบครัว อยู่ระหว่าง 1-8 คน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 5 ราย ระดับมัธยมศึกษา 2 ราย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) 1 ราย อาชีพ ข้าราชการบำนาญ

2 ราย รับจ้าง 2 ราย ทำธุรกิจส่วนตัว 1 ราย งานบ้าน 1 ราย พนักงานบริษัท 1 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 1 ราย มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 5 ราย มีหนี้สิน 1 ราย รายได้พอใช้ และมีเงินเก็บ 2 ราย ลักษณะค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเบิกได้ 3 ราย ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตร 30 บาท) 4 ราย และสิทธิ์ประกันสังคม 1 ราย ข้อมูลดังตาราง 2

ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคหัวใจมาก่อน มีเพียง 2 ราย ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจมาก่อน โดย 1 ราย มีเพียงอาการใจสั่น รักษาโดยการรับประทานยา ส่วนอีกรายมีมีอาการคล้ายจะเป็นลม อ่อนแรง แต่ไม่เคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือมีอาการรุนแรงเหมือนกับครั้งนี้มาก่อน รักษาโดยการรับประทานยา และแพทย์วางแผนไว้ว่าจะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีโรคประจำตัวอื่น ๆ 3 ราย สามารถช่วยเหลือตัวเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้เองทั้งหมด ข้อมูลดังตาราง 3

เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 8 ราย ผู้วิจัยจึงใช้นามสมมุติ ดังนี้ น้ำคำ หมะ น้ำทศ ลุงจวน น้ำซิด ลุงลับ พี่รัช และลุงน้อย ซึ่งได้นำเสนอภูมิหลัง และข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายโดยสรุป ดังนี้



ตาราง 2

## ภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพสมรส	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	บทบาทในครอบครัว	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ลักษณะรายได้ต่อเดือน	สิทธิการรักษาพยาบาล
น้ำดำ	ชาย	46	พุทธ	หย่าร้าง	1	หัวหน้าครอบครัว	ประถมศึกษา	กิจการส่วนตัว	ไม่พอใช้ มีหนี้สิน	บัตร 30 บาท
ห่มะ	หญิง	68	อิสลาม	คู่	4	สมาชิกในครอบครัว	ประถมศึกษา	งานบ้าน	พอใช้ไม่มีหนี้สิน	เบิกได้
น้ำทศ	ชาย	50	พุทธ	คู่	2	หัวหน้าครอบครัว	ประถมศึกษา	รับจ้าง	พอใช้ไม่มีหนี้สิน	บัตร 30 บาท
ลุงจวน	ชาย	68	พุทธ	คู่	2	หัวหน้าครอบครัว	มัธยมศึกษา	ข้าราชการบำนาญ	พอใช้ไม่มีหนี้สิน	เบิกได้
น้ำซิด	ชาย	51	พุทธ	คู่	8	หัวหน้าครอบครัว	ประถมศึกษา	รับจ้าง	ไม่พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	บัตร 30 บาท

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้ให้ ข้อมูล	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพ สมรส	จำนวนสมาชิก ในครอบครัว	บทบาทใน ครอบครัว	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	ลักษณะรายได้ต่อ เดือน	สิทธิการ รักษาพยาบาล
ลุงลับ	ชาย	72	พุทธ	คู่	4	หัวหน้า ครอบครัว	ประถมศึกษา	ไม่ได้ประกอบ อาชีพ	พอใช้ มีเงินเก็บ	บัตร 30 บาท
พี่วัช	ชาย	47	พุทธ	คู่	3	หัวหน้า ครอบครัว	ปวส.	พนักงานบริษัท	พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	ประกันสังคม
ลุงน้อย	ชาย	76	พุทธ	คู่	2	หัวหน้า ครอบครัว	มัธยมศึกษา	ข้าราชการ บำนาญ	พอใช้ ไม่มีหนี้สิน	เบิกได้

### น้ำคำ

น้ำคำ ชายไทยวัยกลางคน อายุ 46 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนจังหวัดสุพรรณบุรี มีนิสัยขี้เกรงใจ ขี้อาย ชอบช่วยเหลือคนอื่น มีพี่น้อง 4 คน น้ำคำเป็นลูกคนที่สอง บิดาและมารดายังมีชีวิตอยู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับเหมาทำม้านินอ่อน มีรายได้ 5,000 บาทต่อเดือน รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากต้องชำระหนี้สินให้กับคนงานแต่งงานกับภรรยาคนที่ 1 มีลูกด้วยกัน 2 คน อยู่กินกันได้ประมาณ 15 ปี ตัดสินใจแยกทางกันเนื่องจากภรรยาติดการพนัน อยู่กินกับภรรยาคนที่ 2 ไม่มีลูกด้วยกันแยกทางกันเนื่องจากภรรยาโกงเงิน 2 ครั้ง อาศัยอยู่บ้านคนเดียว มารดามีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานรักษาด้วยการรับประทานยา

น้ำคำสูบบุหรี่ตั้งแต่อายุ 15 ปี วันละ 1-2 มวน หยุดสูบเมื่อประมาณ 2 เดือนก่อนนอนโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการมัน นอนไม่หลับ คัดจมูกตั้งแต่อายุ 15 ปี ครั้งละ 1-2 แก้ว สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง คัดครั้งสุดท้ายเมื่อ 2 วันก่อนนอนโรงพยาบาล ปริมาณ 2 ขวด น้ำคำมีอาการปวดเมื่อยบ่อย จึงจ้างหมอบ้านมาบีบนวด และซื้อยาคลายกล้ามเนื้อมารับประทาน น้ำคำมีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 3 ปี เดิมรักษาด้วยยามาตลอด เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์แนะนำให้ควบคุมการรับประทานอาหาร น้ำคำเห็นว่าสุขภาพร่างกายยังแข็งแรง สามารถทำงานได้ตามปกติ จึงหยุดรับประทานยาเองมาประมาณ 1 ปี แต่เมื่อ 1 เดือนก่อนเข้าโรงพยาบาลมีอาการมันง หน้ามืดอยู่บ่อย ๆ จึงรับประทานยาเบาหวานที่เหลืออยู่จนหมด และไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ น้ำคำมีอาการเจ็บหน้าอกด้านซ้าย ปวดเมื่อยแขนขาทั้ง 2 ข้าง คิดว่าเป็นอาการปวดเมื่อยปกติ จึงซื้อยาคลายกล้ามเนื้อมารับประทานแล้วนอนพัก หลังจากรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อประมาณ 15 นาที มีอาการปวดแสบ ๆ บริเวณหน้าอก และแขนซ้าย ร้อนเหงื่อแตกทั่วตัว หน้ามืด คิดว่าเกิดจากโรคเบาหวาน และจากแพ้ยาคลายกล้ามเนื้อ จึงนอนพัก และบีบนวดตรงบริเวณหน้าอกแต่อาการไม่ดีขึ้น จึงตัดสินใจขอความช่วยเหลือคนงานที่อยู่ข้างบ้านพาไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

### ห่มะ

หญิงไทยวัยสูงอายุ อายุ 68 ปี นับถือศาสนาอิสลาม ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดสงขลา มีพี่น้อง 5 คน ห่มะเป็นลูกคนโต พี่น้องคนอื่นสุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรงมากนัก แต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ บิดาเสียชีวิตแล้ว มารดายังมีชีวิตอยู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เดิมประกอบอาชีพทำนา ทำไร่น้ำสวน ปัจจุบันเป็นแม่บ้าน มีรายได้จากลูก ห่มะเป็นคนรักความสะอาด มีนิสัยเป็นคนเจ้าระเบียบ มีความเครียดกับเรื่องต่างๆ ได้ง่าย ห่มะแต่งงานมา 50 ปี มีลูก 6 คน เป็นผู้ชาย 2 คน ผู้หญิง 4 คน คนโตเป็นผู้ชายอายุ 47 ปี ประกอบอาชีพทำสวน มีครอบครัวแล้ว ภรรยามีอาชีพเป็นครู ยังไม่มีลูกด้วยกัน

เนื่องจากภรรยาสุขภาพไม่แข็งแรง เมื่อ 3 เดือนก่อน ลูกชายป่วยเป็นโรคเส้นเลือดในสมองแตกนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลใกล้บ้านประมาณ 1 เดือน ต้องเจาะคอ และผ่าตัดหลายครั้ง ปัจจุบันนอนรักษาตัวที่บ้านซึ่งอยู่ไม่ไกลจากบ้านห่มะมากนัก ห่มะทำหน้าที่ซักผ้า หุงหาอาหาร ส่วนลูกคนอื่น ๆ ก็สลับกันมาดูแลตลอด ช่วงกลางวันห่มะต้องจ้างคนมาดูแล วันละ 200 บาท มีค่าใช้จ่ายค่าอาหารทางสายยางประมาณ 3,500 บาท/เดือน โดยมีลูกสาวคนสุดท้องดูแลหลังเลิกงานทุกวัน

หลังจากที่ลูกชายป่วย ห่มะต้องคอยดูแลทุกวัน ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก นอกจากนี้ห่มะรู้สึกเครียดเรื่องความเจ็บป่วยของลูกชายที่อาการไม่ดีขึ้น ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ เครียดที่ลูกคนอื่น ๆ ต้องหยุดงานเพื่อมาสลับกันดูแล ประมาณ 3 เดือนก่อน ห่มะสังเกตเห็นมีอาการใจเต้นผิดปกติ บางครั้งเต้นแรงมาก ไปตรวจที่สถานอนามัยใกล้บ้าน เจ้าหน้าที่แนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ตรวจพบว่า ป่วยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดปกติ แพทย์ให้ยามารับประทาน แต่ห่มะไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากเครียด กังวลเรื่องการเจ็บป่วยของลูกชายจนรับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ พักผ่อนน้อยลง ร่างกายอ่อนแอ ยังมีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ แพทย์แนะนำให้ไปตรวจที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ แต่ห่มะต้องดูแลลูกชาย จึงไม่ได้ไปตรวจอีก

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หลังจากช่วยทำงานบ้าน และดูแลลูกชายตามปกติ ห่มะมีอาการหน้ามืด เป็นลมไม่รู้สึกรู้สิดตัว ลูกจึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

### น้ำทศ

ชายไทยวัยกลางคน อายุ 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดสงขลา มีพี่น้อง 9 คน น้ำทศเป็นลูกคนที่ 3 บิดาเสียชีวิตเมื่อปีที่แล้วด้วยรับพิษจากฝิ่นต่อย ส่วนมารดาป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ รักษาโดยการรับประทานยามาตลอด ไม่เคยขาดยา พี่น้องทั้งหมดของน้ำทศไม่มีใครป่วยเป็นโรคหัวใจ สุขภาพแข็งแรงดี จบการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพขับรถประจำทาง น้ำทศเล่าให้ฟังว่าเมื่อ 6 ปีที่แล้ว เคยถูกปล้นบ้านจนหมดตัว ทำให้ต้องทำงานหนักมาก จนปัจจุบันรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีหนี้สิน น้ำทศมีบุตร 3 คน คนโตเป็นผู้ชาย อายุ 26 ปี ทำธุรกิจส่วนตัว อาศัยอยู่จังหวัดยะลา ยังไม่มีครอบครัว คนที่ 2 เป็นผู้หญิงอายุประมาณ 23 ปี มีครอบครัวแล้วมีลูก 2 คน ประกอบอาชีพทำสวน อาศัยอยู่กับน้ำทศ คนสุดท้องเป็นผู้ชายอายุประมาณ 21 ปี มีครอบครัวแล้วมีลูก 1 คน อาศัยอยู่ใกล้กับน้ำทศ ประกอบอาชีพทำสวน น้ำทศภูมิใจที่ลูกทุกคนเป็นคนดี

น้ำทศสูบบุหรี่วันละ 1 ซอง มาประมาณ 20 ปี ดื่มสุราสังสรรค์กับเพื่อนประมาณ 4-5 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละประมาณ 2-3 แก้ว เมื่อ 3 เดือนก่อน น้ำทศมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก รับประทานยาลม คมยาคม จิบน้ำ และโหนตัวเองให้สูงขึ้นทำให้อาการดีขึ้น คิดว่าเป็นลมธรรมดา

ไปพบแพทย์ที่คลินิกพบความดันโลหิตสูงแพทย์จึงให้ยามารับประทานจนหมดตั้งแต่ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล น้ำตาลไม่มีอาการเจ็บป่วยอีกจึงไม่ได้รับประทานยาต่อ

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้หลังอาบน้ำตอนเช้า มีอาการแน่นหน้าอก และหายใจไม่สะดวก รู้สึกร้อน มีเหงื่อแตกท่วมตัว รับประทานยาลม คมยาคม จิบน้ำ และโหนตัวเองให้สูงขึ้น แต่ก็ไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น จึงขอให้ลูกนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

### ลุงจวน

ชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 68 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเดิมเป็นคนจังหวัดนครศรีธรรมราช จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ย้ายมาประกอบอาชีพรับราชการ ทำงานเกี่ยวกับที่ดินในจังหวัดสงขลาเพื่อพักอาศัยกับครอบครัว ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ ทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ มีรายได้จากเงินบำนาญเพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีลูก 3 คน คนโตยังไม่มีครอบครัวอาศัยอยู่กับลุงจวนและภรรยา คนกลางเป็นลูกสาวแต่งงานมีครอบครัว มีลูกแล้ว อาชีพรับราชการครู อาศัยอยู่ในอำเภอเดียวกัน ลูกชายคนสุดท้ายทำงานเทศบาล ยังไม่แต่งงาน อาศัยอยู่ใกล้บ้านลุงจวน

ลุงจวนสูบบุหรี่ประมาณ 2 ซอง/วัน ดื่มสุรา 1-2 แก้ว/ครั้ง มา 30 ปี เมื่อประมาณ 15 ปีก่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว รักษาด้วยยาเคมีบำบัด และยาสมุนไพรจนอาการดีขึ้น และไม่เคยเจ็บป่วยอีก

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ลุงจวนมีอาการเหนื่อยหลังจากทำสวน หยุดพักแต่อาการไม่ดีขึ้น เจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่ออก จึงขอความช่วยเหลือให้ลูกนำส่งโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

### น้ำซิด

ชายไทยวัยกลางคน อายุ 51 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดสงขลา จบการศึกษาประถมศึกษา มีลูก 4 คน ลูกคนโตเป็นผู้ชายอายุประมาณ 30 ปี ทำงานบริษัทประกันภัยรถยนต์ ลูกชายคนที่ 2 อายุ 27 ปี แต่งงานมีครอบครัวแล้ว ประกอบอาชีพเป็นช่างซ่อมรถ มีลูกแล้ว 2 คน เป็นผู้หญิงอายุประมาณ 4 ขวบ และ 7 ขวบ ลูกคนที่ 3 เป็นลูกสาว อายุ 24 ปี เป็นพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ลูกสาวคนสุดท้ายอายุ 22 ปี อาชีพเป็นครูสอนโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง น้ำซิดอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาว 2 คน ลูกชาย และลูกสะใภ้ และหลานสาวอีก 2 คน ประกอบอาชีพขับรถรับจ้าง น้ำซิดรู้สึกภาคภูมิใจที่ลูกทุกคนเรียนจบปริญญาตรี เป็นคนดี นอกจากนี้ น้ำซิดกับภรรยาจะรับซื้อข้าวกล่องจากตลาดสดไปขายที่ตลาดใกล้บ้าน มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

น้ำซิคไม่เคยมีโรคประจำตัว สุขบุหรืวันละครึ่งซอง/วัน ระยะเวลาที่สูบนาน 6 ปี เลิกสูบบุหรืเมื่ออายุประมาณ 24 ปี ดืมสุรามา 27 ปี วันละ 5-6 แก้ว ส่วนใหญ่ดืมเพื่อสังคมกับเพื่อน มีบางครั้งที่ดืมจนเมา น้ำซิคไม่เคยตรวจสุขภาพเพราะเห็นว่าร่างกายแข็งแรงดี เมื่อ 3 วันก่อนมีอาการเจ็บหน้าอกขณะอยู่เฉย ๆ เป็นอยู่ประมาณ 15 นาที หายได้เอง วันที่ 2 และวันที่ 3 เริ่มเป็นวันละ 2 ครั้ง ตอนเช้า และตอนเย็น เป็นครั้งละประมาณ 15 นาทีก็หายไป น้ำซิคคิดว่าเป็นอาการปวดเมื่อยจากการทำงานที่ต้องยกของ ขนของหนักให้ภรรยาไปขายในตลาด

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ หลังจากตื่นนอน รู้สึกเจ็บหน้าอกเล็กน้อยจึงไปช่วยภรรยาของตามปกติ ขณะยกของมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น มีอาการคลื่นไส้จะอาเจียน หายใจไม่ค่อยสะดวก อาการเจ็บหน้าอกทวีความรุนแรงขึ้น น้ำซิคนั่งพักก็ไม่ดีขึ้น จึงให้ลูกนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

### ลุงลับ

ชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 72 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดสงขลา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เดิมมีอาชีพทำสวนยาง ปัจจุบันเป็นไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้จากสวนยางพาราเพียงพอกับค่าใช้จ่าย มีพี่น้อง 9 คน ลุงลับเป็นลูกคนที่ 2 ส่วนพี่น้องคนอื่น ๆ สุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรงมากนัก แต่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด บิดามารดาของลุงลับเสียชีวิตเมื่อหลายสิบปีก่อนด้วยโรคชรา มีลูก 4 คน คนโตเป็นผู้ชายอายุ 40 ปี อาชีพทำสวนยาง มีครอบครัวแล้วแต่ยังไม่มีลูก คนที่ 2 เป็นผู้ชาย มีครอบครัวแล้ว อาชีพทำสวนยางมีลูก 2 คน คนที่ 3 เป็นผู้ชาย ทำงานอยู่กรุงเทพมหานคร มีครอบครัวแล้ว ยังไม่มีลูก คนสุดท้องเป็นผู้หญิงยังไม่มีครอบครัว ทำงานอยู่กรุงเทพมหานคร ลุงลับอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกคนโต และหลานชาย (ลูกของลูกชายคนที่ 2)

ลุงลับสูบบุหรื ตั้งแต่อายุ 20 ปี วันละประมาณ 10 มวน เลิกสูบมาประมาณ 12 ปีเนื่องจากป่วยเป็นโรคหอบ ดืมสุราตั้งแต่อายุ 21 ปี เลิกดืมเมื่ออายุประมาณ 23 ปี ดืมวันละประมาณ 1 แก้ว ลุงลับป่วยเป็นโรคหอบมา 12 ปี รักษาโดยการพ่นยา เคยต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง จนเจ้าหน้าที่รู้จักลุงลับเป็นอย่างดี บางครั้งอาการรุนแรงต้องถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ ลุงลับจึงรู้สึกเคยชินกับการนอนโรงพยาบาล ตั้งแต่ป่วยเป็นโรคหอบก็ไม่สามารถทำงานได้อีกเลย ลุงลับช่วยเหลือตัวเองในการทำวัตรประจำได้ แต่เดินได้ระยะทางไม่เกิน 10 เมตรก็จะหอบเหนื่อย เมื่อ 2-3 ปีก่อน ลุงลับป่วยเป็นโรคนิวโรค รักษาด้วยยาสมุนไพร ลุงลับเล่าให้ฟังถึงความเจ็บปวดจากโรคนิวโรคว่า เป็นความเจ็บปวดที่รุนแรง และทรมานมากที่สุด ปัจจุบันอาการเจ็บจากโรคนิวโรคยังมีอยู่บ้างนาน ๆ ครั้ง

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ขณะรับประทานอาหารมีอาการเจ็บหน้าอกขึ้นมาทันที เจ็บมากจนเหงื่อแตกท่วมตัว มีอาการหอบเหนื่อยมาก คิดว่าเกิดจากโรคหอบกำเริบ พนยา นอนพัก แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงขอความช่วยเหลือถูกนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน

### พีธวัช

ชายไทยวัยกลางคนอายุ 47 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดสงขลา จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทแห่งหนึ่ง รายได้เพียงพอกับรายจ่าย มีลูก 2 คน เป็นผู้หญิงทั้ง 2 คน คนโตอายุ 20 ปี ศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีปีที่ 2 คนเล็กอายุ 14 ปี ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 บิดาอายุ 67 ปี ป่วยเป็นโรคเครียดรักษาโดยการรับประทานยา มารดาอายุ 65 ปี ป่วยเป็นโรคกรดไหลย้อนรักษาโดยการรับประทานยา มีพี่น้อง 3 คน พีธวัชเป็นคนโต น้องชายอายุ 44 ปี อาชีพพนักงานบริษัท เมื่อ 2 เดือนก่อนป่วยเป็นเส้นเลือดหัวใจตีบแพทย์นัดมารักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรงดี ประกอบอาชีพได้ตามปกติ น้องสาวคนสุดท้ายอายุ 40 ปี เป็นลูกจ้างในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง สุขภาพแข็งแรงดี ครอบครัวจะรักใคร่กันดี มีการสังสรรค์กันในครอบครัวบ่อย ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์พีธวัชจะแทนตัวเองว่าพี่ตลอดการสัมภาษณ์

พีธวัชสูบบุหรี่ และดื่มสุราตั้งแต่อายุ 17 ปี โดยสูบบุหรี่ครั้งละ 1 มวน เมื่อมีงานสังสรรค์ ดื่มสุรา 2-3 แก้ว/วัน หากมีงานเลี้ยงจะดื่ม 3-5 แก้ว/วัน บางครั้งดื่มจนเมา เมื่อ 3 ปีก่อนตรวจสุขภาพประจำปีพบว่า ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยาสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา รับประทานยาได้ 1 ปี แพทย์ตรวจพบความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ให้หยุดรับประทานยา และแนะนำให้เลิกดื่มสุรา แต่ยังไม่เลิกดื่มสุรา เมื่อ 1 ปีก่อน เริ่มมีอาการมึนศีรษะเพียงเล็กน้อย เป็นช่วงเย็น นาน ๆ ครั้ง จึงไม่ได้ไปพบแพทย์ ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนรู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้น มีอาการแน่นหน้าอกเมื่อออกกำลังกาย คิดว่าเป็นอาการปกติจากการออกกำลังกาย จึงไม่ได้ไปพบแพทย์

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ ขณะนอนหลับ รู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกข้างซ้ายเหมือนมีลมอัดอยู่บริเวณท้อง และหน้าอก คิดว่าเป็นลมจึงรับประทานยาลม แต่อาการไม่ดีขึ้น เริ่มมีเหงื่อแตก หายใจไม่สะดวก แน่นหน้าอกมากขึ้น จึงตัดสินใจขับรถมอเตอร์ไซด์ ไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน

### ลุงน้อย

ชายไทยวัยสูงอายุ อายุ 76 ปี นับถือศาสนาพุทธ ภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดกระบี่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพข้าราชการบำนาญ เกษียณอายุราชการเมื่อ 16 ปีที่ผ่านมา เดิมประกอบอาชีพตำรวจ ลุงน้อยมีนิสัยขี้อาย บิดามารดาเสียชีวิตแล้ว มีพี่น้อง 3 คน ลุงน้อยเป็นลูกคน

ที่ 2 พี่คนโตเสียชีวิตเมื่อ 3 ปีที่แล้วด้วยโรคชรา น้องชายเสียชีวิตเมื่อ 10 ปีที่แล้วด้วยโรคหัวใจ ลุงน้อยมีลูก 5 คน คนโตเป็นผู้ชาย อายุ 45 ปี อาชีพตำรวจ มีครอบครัวแล้วมีลูก 2 คน อาศัยอยู่ใกล้กับบ้านของลุงน้อย คนที่ 2 เป็นผู้หญิงอายุ 43 ปี เป็นพยาบาล และทำธุรกิจส่วนตัว ยังไม่มีครอบครัว อาศัยอยู่กับน้องชายคนสุดท้ายที่อยู่ใกล้กับบ้านของลุงน้อย คนที่ 3 เป็นผู้หญิงอายุ 42 ปี ทำงานในกระทรวงวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ที่กรุงเทพฯ มีครอบครัวแล้วมีลูก 2 คน คนที่ 4 เป็นผู้หญิง ยังไม่มีครอบครัว อาชีพวิศวกร ที่กรุงเทพมหานคร คนสุดท้ายเป็นผู้ชายอายุ 39 ปี อาชีพธุรกิจส่วนตัว มีครอบครัวแล้วเลิกกับภรรยาแล้วมีลูกด้วยกัน 1 คน ลุงน้อยมีลูกหลานไปมาหาสู่อยู่ตลอด ลุงน้อยไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่ยังสามารถทำงานบ้านได้ ทำกิจกรรมในชุมชน ออกกำลังกายทุกวันมาตั้งแต่อายุ 20 ปี ภรรยาลุงน้อยป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง รักษาโดยการรับประทานยา ลุงน้อยชอบรับประทานอาหารประเภทแกงกะทิ อาหารเค็ม และอาหารรสจัดมาก

ลุงน้อยสูบบุหรี่ และดื่มสุรา ตั้งอายุ 20 ปี โดยสูบบุหรี่ วันละ 1 ซอง ดื่มสุราสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 แก้ว เมื่อ 3 ปีก่อนสังเกตเห็นว่ามีอาการหน้ามืดคล้ายจะเป็นลม วันละ 1-2 ครั้ง เป็นเกือบทุกวัน มีอาการทั้งขณะพัก และขณะออกกำลังกาย ไปตรวจที่โรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง แพทย์รักษาโดยการรับประทานยา ลุงน้อยรับประทานยาสม่ำเสมอ เมื่อ 2 เดือนก่อน นอนโรงพยาบาลด้วยอาการหิว ๆ เหงื่อแตกทั้งตัว อ่อนแรงเหมือนจะเป็นลม อาการดีขึ้น แพทย์แนะนำให้ลุงน้อยเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ลุงน้อยไปฟังคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการขยายเส้นเลือดหัวใจจากพยาบาลอย่างคร่าว ๆ ทำให้รู้สึกกลัวมาก กลัวเจ็บ กลัวภาวะแทรกซ้อน และคิดว่าอาจจะไม่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจหากไม่มีอาการผิดปกติ

สำหรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ แพทย์นัดมาผ่าตัดต่อกระดูกข้างซ้าย หลังจากเดินขึ้นบันไดจากชั้นล่างสุด (basement) ถึงห้องตรวจซึ่งอยู่ชั้น 1 ระหว่างขึ้นรอคิวตรวจ มีอาการหิว เหงื่อแตกทั้งตัว เหมือนจะเป็นลม มีอาการแน่นบริเวณลิ้นปี่ และร้าวไปเจ็บบริเวณหน้าอกด้านซ้าย อ่อนแรงทั้งตัว ยืนไม่ไหว ลุงน้อยคิดว่าเกิดจากโรคหัวใจกำเริบแน่นอน เนื่องจากเคยมีอาการแบบนี้มาก่อน จึงตัดสินใจรีบบอกอาการกับพยาบาลตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ พยาบาลจึงรีบนำส่งห้องฉุกเฉินทันที



ตาราง 3

## ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล	โรคประจำตัว	การรักษา	อาการสำคัญที่มา	กิจกรรมขณะมีอาการ	การจัดการก่อนมา รพ.	การรักษาที่ได้รับก่อน ขยายหลอดเลือดหัวใจ	ผลการตรวจสวนหัวใจ
น้ำดำ	เบาหวาน	รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ	เจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่ออก	ขณะนอนพัก	นอนพัก และบีบ นวดตรงหน้าอก	ยา ออกซิเจน	เส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น 2 ตำแหน่ง
หมี	หัวใจ	รับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ	หน้ามืด เป็นลม	หลังทำงานบ้าน	นั่งพัก	ยา ออกซิเจน เครื่องกระตุ้นหัวใจ	เส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น 4 ตำแหน่ง
น้ำทศ	ความดันโลหิตสูง	รับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง	เจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่สะดวก	หลังอาบน้ำ	รับประทานยา คมยาคม จิบน้ำ และ โหนตัวให้สูงขึ้น	ยา ออกซิเจน การช่วยฟื้นคืนชีพ	เส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น 1 ตำแหน่ง
ลุงจวน	มะเร็งเม็ดเลือดขาว	เคยรักษาด้วยยา เคมีบำบัด	เจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่สะดวก	หลังจากทำสวน	นั่งพัก	-	เส้นเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น 9 ตำแหน่ง

ตาราง 3 (ต่อ)

ผู้ให้ ข้อมูล	โรคประจำตัว	การรักษา	อาการสำคัญที่มา	กิจกรรมขณะ มีอาการ	การจัดการก่อนมา รพ.	การรักษาที่ได้รับก่อน ขยายหลอดเลือดหัวใจ	ผลการตรวจสวนหัวใจ
น้ำซิด	-	-	เจ็บหน้าอกมาก หายใจไม่สะดวก	ขณะยกของ	นั่งพัก	ยา ออกซิเจน	เส้นเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น 3 ตำแหน่ง
ลุงลับ	หอบหืด	พ่นยาเมื่อมี อาการ 2-3 ครั้ง/ วัน	หายใจเหนื่อย หอบ เจ็บหน้าอก	ขณะ รับประทานอาหาร	นอนพัก พ่นยา	ยา ยาพ่น ออกซิเจน	เส้นเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น 2 ตำแหน่ง
พี่ธวัช	ความดันโลหิต สูง	รับประทานยา ไม่ต่อเนื่อง	เจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก	ขณะนอนหลับ	นอนพัก รับประทาน ยาลม	ยา ยาละลายลิ่มเลือด ออกซิเจน	เส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น 1 ตำแหน่ง
ลุงน้อย	โรคหัวใจ ความดันโลหิต สูง	รับประทานยา สม่ำเสมอ	เจ็บหน้าอก หายใจ ไม่สะดวก หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม	หลังจากเดินขึ้น บันได 1 ชั้น	บอกกับพยาบาล ทันที	ยา ออกซิเจน	เส้นเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น 4 ตำแหน่ง

ความหมายของประสบการณ์ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก และจำนวน 1 ราย มีความรุนแรงถึงขั้นหมดสติ โดยอาการที่เกิดขึ้นมักเกิดในขณะที่ทำงาน หรือทำกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย เช่น ขณะรับประทานอาหาร อาบน้ำ เดินขึ้นบันได บางรายเกิดขึ้นขณะนอนพัก อาการที่เกิดขึ้นมีลักษณะความรุนแรง และเฉียบพลันจนผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้ ต้องขอความช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิดเพื่อนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เลือกที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด ด้วยเหตุผลเพื่อให้แพทย์ช่วยเหลือให้เร็วที่สุด เมื่อไปถึงโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลได้รับการวินิจฉัยโรค และรักษาโรคที่จำเป็น แต่ได้รับข้อมูลว่าไม่สามารถรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ จึงมีความจำเป็นต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีทีมการรักษา เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์พร้อมสำหรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงผู้ให้ข้อมูล 1 ราย (ลุงจวน) เท่านั้น ที่เลือกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทันทีที่มีอาการ ถึงแม้จะอยู่ไกลบ้านก็ตาม โดยให้เหตุผลว่ามีความเชื่อมั่นในทีมการรักษา เครื่องมือ อุปกรณ์ และมีประวัติเคยเข้ารับการรักษามาก่อน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษารอบคลุมการให้ความหมายของการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผลกระทบของการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า การจัดการกับผลกระทบของการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และการวางแผนการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในอนาคตภายหลังเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ตามการรับรู้ ใน 3 ลักษณะ คือ 1) การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง 2) การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการ แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และ 3) การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 1. การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย เห็นว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เป็นการรักษาที่ทำให้ชีวิตมีความหวัง เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลมีอาการเจ็บหน้าอกมาก จนรู้สึกหายใจไม่ออก ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จนทำให้นึกถึงความตาย ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจัดการให้หายได้ด้วยตัวเอง แม้แต่คนใกล้ชิดก็ไม่สามารถให้การช่วยเหลือ บรรเทาความเจ็บปวดได้เลย ดังนั้นการได้มาถึงมือแพทย์ ซึ่งมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ มีเครื่องมือในการรักษาจึงทำให้เกิดความไว้วางใจ ประกอบกับการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพว่าโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นเพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่สามารถทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าได้ ทำให้รับรู้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นความหวังเดียวที่จะช่วยเหลือให้รอดพ้นจากความตายได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงยอมให้แพทย์ทำทุกอย่าง ไม่ว่าจะรักษานั้นจะทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่ก็ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ทีนี้หมอ พยาบาลเขาก็บอกว่าไปเถอะ ...พยาบาลก็มาบอกว่าผมต้องไปนะนาทีสุดท้ายแล้ว จะไม่มีเวลานะ ต้องไปด่วนเลย...อยู่อย่างนี้ เครื่องมือที่นี่ไม่พร้อม มีอะไรไปที่นู่น เขาบอกเตรียมเครื่องมือไว้แล้ว ไปถึงก็ได้เลย ใช้ได้เลย...ผมก็ได้ตัดสินใจ ถึงผมไม่มีเงิน...เพราะผมก็ไม่มีทางออก...มันเป็นความหวัง คับ”

น้ำคำ

## 2. การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้

ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย รับรู้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เป็นการรักษาอย่างหนึ่งที่ช่วยให้อาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกดีขึ้น เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล จากการสอบถามจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์ ควบคู่ไปกับการสังเกตอาการของตัวเองภายหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วว่ายังคงมีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวกอยู่บ้างเล็กน้อย ทำให้รับรู้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการช่วยเหลือให้เส้นเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน มีเลือดไปเลี้ยงได้ดีขึ้น เพียงบางจุดเท่านั้น แต่ยังมีเส้นเลือดหัวใจอีกบางจุดที่ไม่สามารถรักษาได้ทั้งหมด จึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิต มีผู้ให้ข้อมูล 1 รายที่แพทย์แนะนำให้ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“... เป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการรักษาพยาบาลหนี้... ช่วยให้ดีขึ้น ให้หาย... ในส่วนของการไปขยายหลอดเลือด... เครื่องนี้ถ้ามองมันอยู่ที่ปลายทางคือหลังจากนี้ไปถ้าเราดูแลในส่วนของการใช้ชีวิตตรงนั้นได้ ก็ไม่ต้องกลับมาหาเครื่องนี้อีกแล้ว แต่ถ้าสมมุติว่าเรายังปล่อยปละละเลยหรือใช้ชีวิตตามที่เรเคยใช้หรือว่าจะไรก็แล้วแต่ที่ทำให้ไขมันหรือโคเลสเตอรอลมันจับเส้นเลือดได้เมื่อไหร่ สุดท้ายอาจจะต้องย้อนกลับมาหาเขาอีกที...”

พีรวัช

เช่นเดียวกับลุงจวนให้ความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเปรียบเสมือนการดับเพลิงไหม้ให้มอดลง ไม่ใช่การดับเพลิงให้หมดสิ้นไป การจะดับเพลิงให้หมดไปได้ต้องใช้วิธีการผ่าตัด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาตัดตอน โรคแทนที่มันจะถูกถามเขาก็แก้ปัญหาได้ คือเรื่องที่ว่าไขมันลามเกินเขาทำการก็ดับไปได้ถึงว่าดับไม่หมดก็ค่อย ๆ ดับ เหมือนไฟที่ลามจะให้มันหมดก็เลยมันไม่ได้ตีให้มอดไปที่ไหน ๆ (ทีละนิด)...”

ลุงจวน

น้ำซิคเปรียบเทียบความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเหมือนเครื่องยนต์ที่มีอายุการใช้งานมากขึ้นเครื่องยนต์เก่าแล้ว การทำงานไม่ดีเหมือนเดิม หากได้รับการซ่อมเครื่องยนต์ก็สามารถขับเคลื่อนต่อไปได้ แต่อาจมีติดขัดบ้างเป็นเรื่องธรรมดา เหมือนกับหัวใจของมนุษย์ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การรับประทานยาจนสามารถทำงานได้ แม้จะไม่สามารถทำได้ดีเหมือนเดิม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เหมือนรถเสีย แต่แรก (เมื่อก่อน) รถใหม่มันจี๊ด นี่รถเก่าแล้ว คล้าย ๆ กับเครื่อง (เครื่องยนต์) เหมือนคนหัวใจมีปัญหา... ก็มันคิมันแล่นได้มั้ง วันก่อนแล่นไม่ได้เลยร้อยเปอร์เซ็นต์ เต็มนั่นแหละ ถ้ามันแล่นไม่ได้ ผมว่ามันทำให้เจ็บ...คือให้เครื่องมันดีขึ้น แต่มันติดขัดมั่งเวลามันวิ่งพันทัน (อย่างนั้น) แหละ เหมือนคนนั่นแหละมันติดขัดธรรมดา...”

น้ำซิค

เช่นเดียวกับลุงลับที่เปรียบเทียบความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเหมือนรถที่ขาดน้ำทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนได้ การขยายหลอดเลือด

หัวใจเปรียบเสมือนการเติมน้ำในหม้อน้ำรถยนต์ทำให้รถสามารถขับเคลื่อนได้ตามปกติ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รถยนต์มันกินน้ำกันหละ ใส่น้ำกันไม่เห็นหะ...หม้อน้ำมันนั้น...ขาดน้ำแล้วมันไปไม่รอดหะ...น้ำแห้ง แต่เครื่องไม่พังที... คนถ้าเลือดไม่ฉีดก็ไปไม่ได้ รถก็เหมือ ถ้าขาดน้ำก็ไปไม่ได้ รถมันธาตุสี่เหมือนกันขาดน้ำ นี่เลือดมันฉีดได้แล้วเพราะยอนลวด (ขยายหลอดเลือดหัวใจ) นั่นแล้วเลือดมันไม่อุดตันมันละลาย เหมือนรถที่ใส่ น้ำ (ในหม้อน้ำ) ก็ไปได้หะลาว (อีก)”

ลุงลับ

### 3. การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย สะท้อนความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่า เป็นการรักษาที่ทันสมัย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเคยได้รับข้อมูลจากการบอกเล่าจากผู้ที่เคยมีประสบการณ์ทำให้คิดว่าการรักษาโรคหัวใจต้องใช้วิธีการผ่าตัด แต่เมื่อตัวเองป่วยเป็นโรคหัวใจการรักษาที่ได้รับไม่ต้องผ่าตัด ไม่ต้องมีบาดแผลใหญ่ ไม่ต้องรักษาแผลผ่าตัดนาน ไม่ต้องเจ็บปวดแผลผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าการผ่าตัด ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าเป็นการรักษาที่ทันสมัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“มัน (การขยายหลอดเลือดหัวใจ) ก็คือว่าเป็นเทคโนโลยีที่สมัยใหม่ ที่เขาทำ เขารักษาโดยที่ผู้ป่วยไม่ปวด ไม่ทุรนทุรายไม่เหมือนแต่แรก (เมื่อก่อน) ไม่มีตัวนี้ เขาก็ (จะ) ทำหรือ (ทำอะไร) หมอเขาอาจจะใช้วิธีผ่าตัดหรืออาจจะใช้วิธีอะไรสักอย่างที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเจ็บปวดไข้ใหม่... มันสามารถส่องเข้าไปได้ โดยที่ไม่ต้องเปิดทรวงอก สามารถเอาเข้าไปขยายหลอดเลือดให้มันใหม่ได้ เป็นเรื่องของไฮเทคโนโลยี...อันแรกคือทันทีทันใด รวดเร็ว อันที่ 2 คือความเจ็บปวดน้อย...”

พีธวัช

“...เดี๋ยวนี้มันทันสมัย มีเครื่องมือทันสมัยแล้ว ไม่ต้องผ่าแบบสมัยก่อน เสียอันตรายเดี๋ยวนี้เขาแค่เจาะแล้วก็ยิงตามคอมพิวเตอร์อะไรนี่...รักษา (แผล) ไม่นาน กลับมาปกติได้ แต่ว่าผ่าตัดเราต้องไปนอนรักษา ไม่นานมันนาน...เดี๋ยวนี้เครื่องมืออะไรนี่ทันสมัยไปหมด ทำให้คนเรารอดชีวิตได้ สมัยก่อนนี่มันจริงอยู่ ถ้าเป็นจุดนี้แล้ว หาวีธีที่ว่าจะรอดยาก”

น้ำคำ

“...มัน (การขยายหลอดเลือดหัวใจ) ช่วยโรคได้เยอะ มัน (การขยายหลอดเลือดหัวใจ) สามารถจะมองเห็นไปข้างใน...หมอเขาไม่ได้ทำตรงลงไป ทำไหร (ทำการรักษาอะไร) นั้น เพราะมันมีเครื่องมือที่นั่นแหละ หมอถ้าไม่มีเครื่องมือก็เปล่า (ทำไม่ได้) เหมือนกันแหละ... มันช่วยให้หัวใจเรามันได้รู้ว่าคิดตรงไหน ขัดตรงไหน.....”

น้ำซิค

#### ตาราง 4

ความหมายของการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ความหมาย	คุณลักษณะ
การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง	อาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ทำให้นึกถึงความตายเมื่อมีการรักษาจึงทำให้รอดพ้นความตาย
การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้	เป็นการช่วยเหลือให้เส้นเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน มีเลือดไปเลี้ยงได้ดีขึ้น เพียงบางจุดเท่านั้น แต่ยังมีเส้นเลือดหัวใจอีกบางจุดที่ไม่สามารถรักษาได้ทั้งหมด จึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก
การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่	การรักษาที่ได้รับไม่ต้องผ่าตัด ไม่ต้องมีบาดแผลใหญ่ ไม่ต้องรักษาแผลผ่าตัดนาน ไม่ต้องเจ็บปวดแผลผ่าตัด ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าการผ่าตัด

ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ใน 4 ลักษณะ คือ 1) ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว 2) การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่ 3) การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมือนการดูแลรักษาต้นไม้ให้เจริญงอกงาม และ 4) เส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้ ข้อมูลดังตาราง 5

### 1. ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า เป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถตั้งตัวได้ทัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือคิดว่าเขาน่าจะให้มานอนพักสักคืนก่อน มารอ เราก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำ ทันทันทันใด หรืออาจจะเหมือนโรคบางโรคที่ต้องนอนพักฟื้น ต้องอดน้ำ อดอาหาร เพราะที่ยังเข้าใจว่า เหมือนกับผ่าตัด ถูกไหม ต้องอดอาหาร ก็ชั่วโหมง ... ถ้าพุดง่าย ๆ เหมือนตั้งหลักไม่ติดอะนะ...”

พีชวัช

### 2. การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย เปรียบเทียบประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเหมือนคนที่ตายแล้วเกิดใหม่โดยเปรียบเทียบว่าอาการที่เจ็บหน้าอกมาก อาการหายใจไม่ออก เหมือนคนจมน้ำไม่มีแรงแม้แต่จะหายใจ เป็นเสมือนคนที่ตายแล้ว เมื่อได้รับการช่วยเหลือ การรักษาจากแพทย์จนอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“... ผมว่าผมเหมือนตะเกียงจะดับแล้ว ผมทนไม่ไหวแล้ว ผมหายใจไม่ออกแล้ว มันอะไร ๆ ก็ไม่สะดวกสบายแล้ว เหมือนใครอดจมน้ำตัวเองอย่างเงี้ยะ (เอามือบีบจมูก) ตอนนั้นเราก็คิดว่าไม่รอด... หมายความว่าผมจะไปแล้ว เหตุการณ์เหมือนผมตายแล้วเกิดใหม่ ผมว่านั่นผมตายแล้ว ...”

น้ำคำ

### 3. การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมือนการดูแลรักษาต้นไม้ม้ให้เจริญงอกงาม

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเปรียบเสมือนการดูแลต้นไม้ม้ให้เจริญงอกงาม คือ หลังจากที่แพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยจนทราบว่าป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แล้วจึงได้ทำการรักษาโรคได้ถูกต้อง จนอาการเจ็บป่วยดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า



“เขา (แพทย์) รู้วิธีแล้ว เขารู้แล้วว่ารคน้ำไม้คั้นนี้พิษหรือ (อย่างไร) มันเจริญงอกงาม ผักอันนี้มันจะเจริญงอกงาม ถึงเหมือนนี้เขา (แพทย์) จำยาตัวนี้รักษา...พอถูกกับยา ยานี้ถูกแล้ว พอถูกเข้าเรื่อย ๆ เหมือนเรารคน้ำใส่ปุ๋ยเจริญเติบโต วางยาถูกโรคแล้ว ดีกว่าที่ยวงมโรค วางยาไม่ถูกโรค...”

ลุงจวน

#### 4. เส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้

ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็นเหมือนเส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้ โดยผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ซึ่งนับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าพระอัลเลาะห์เป็นผู้กำหนดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งพระอัลเลาะห์เป็นผู้กำหนดให้หายจากโรค และรอดพ้นจากความตาย เป็นพระประสงค์ของพระอัลเลาะห์ให้ได้มีชีวิตอยู่เพื่อทำบุญ ทำความดีต่อไป การได้หายจากอาการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“นี่ถึงอัลเลาะห์หรือแหละ ถ้าพระเจ้าให้เราเจ็บก็เจ็บ ถ้าพระเจ้าให้เราหายก็หาย ให้พ้นโรคเลย (อีก)...หมอเขาพยายามรักษาเรา...เขาทำบอลูนหัวใจนั่นแหละ...แต่ว่าหายที่สุดคือพระเจ้า...เกิดจากพระเจ้าให้หาย แล้วก็ไม่ถึงเวลาเราที่เขารู้ (จะ) เอาไปที่...มันเหมือนกับว่าอัลเลาะห์ให้เราอยู่ในสวรรค์ ไม่พริ้อ (ไม่เป็นไร) แล้ว...ปลอดภัยแล้ว...เราฟื้นมาได้ก็บุญวาสนาที่พระเจ้าไม่เอาใค้อยู่ทำบุญเลย (อีก)”

หม๊ะ

เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่นับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยเชื่อว่าเป็นพรหมลิขิตให้เป็นไป เมื่อถึงเวลาที่เกิดการเจ็บป่วยตามที่ถูกกำหนดไว้แล้ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“คือว่าคนเราถ้าอิ (จะ) เจ็บมันกะ (ก็) เจ็บอันแหละ (นั่นแหละ) ถ้าไม่เจ็บมัน ไม่เจ็บอัน... ไปตามที่เขาพรหมลิขิตไปพันนั้น (อย่างนั้น) แลละ คนไม่เห็นหะจะบางคน สบายไม่เป็นอะไร สักคิดจนเท่าตาย...ไม่ได้เข้าโรงพยาบาล แต่บางคนต้องเข้าโรงพยาบาลออกๆ แอดๆ สามวัน ไข้ สี่วัน ไข้...”

น้ำซิค

“กราฟชีวิตมันไม่แน่หรือเป็นคลื่น เหมือนกับกราฟหัวใจนั่นแหละ ไม่เห็นหรือ กราฟหัวใจที่เขาถ่ายสไลด์ไว้ กราฟชีวิตเรา มนุษย์เรารู่ม ๆ คอน ๆ... กราฟลงหลาว (อีก) แลละ ไม่สบาย หละ...ก็นี่แหละเกิดไม่สบายขึ้นพันนี้ (อย่างนี้) แลละ ถ้าหายจากไข้ มันค่อยขึ้นหลาว (อีก) แลละ เกณฑ์ผมมันยังไม่ตายที่ นี่ถ้ามาซ้ำ...ตาย”

ลุงจวน

“คนถึงคราวมันอึดเจ็บกันแหละ คนอื่นกินลุย ไม่ใช่กินคนเดียวที่ นั่งกินพร้อมกันนี้ ข้าว นั้น... (พรหมลิขิต) นั่นแหละเพราะเพื่อนเขากินไม่เจ็บ มาเจ็บแต่เราคนเดียว...ถึงคราวเจ็บ...นั่งกิน 3-4 คน ทำไมเพื่อนไม่เจ็บ มาเจ็บแต่เราคนเดียว...”

ลุงลับ

ตาราง 5

ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ความหมาย	คุณลักษณะ
ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว	เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้า เป็นเหตุการณ์ฉุกเฉิน
การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่	อาการที่เจ็บหน้าอกมาก อาการหายใจไม่ออก เป็นเสมือนคนที่ตายแล้ว เมื่อได้รับการช่วยเหลืออาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกดีขึ้น
การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมือนการดูแลรักษาต้นไม้ให้เจริญงอกงาม	ได้รับการรักษาตรงกับโรค

ตาราง 5 (ต่อ)

ความหมาย	คุณลักษณะ
เส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้	พระอัลเลาะห์เป็นผู้กำหนดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เป็นผู้กำหนดให้หายจากโรค และรอดพ้นจากความตาย เป็นพระประสงค์ของพระอัลเลาะห์ให้ให้มีชีวิตอยู่เพื่อทำบุญ เป็นพรหมลิขิตให้เป็นไป เมื่อถึงเวลาที่เกิดการเจ็บป่วย ตามที่ถูกกำหนดไว้แล้ว

### ผลกระทบจากการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งในระยะเตรียมตัวก่อนเข้าห้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ที่แตกต่างกันในหลายประเด็น ดังนี้

#### 1. ผลกระทบระยะเตรียมตัวก่อนเข้าห้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ภายหลังจากผู้ให้ข้อมูลได้รับการประเมิน ตรวจวินิจฉัย และรักษาเพื่อช่วยชีวิตในภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาลใกล้บ้านแล้ว จึงถูกส่งตัวมารักษาต่อโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่โรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เมื่อมาถึงผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการรักษาที่จำเป็นที่ห้องฉุกเฉิน และได้รับการเตรียมตัวอย่างรวดเร็ว เพื่อส่งตัวเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่ศูนย์โรคหัวใจทันที โดยใช้เวลาระหว่าง 10-30 นาที โดยเฉลี่ยประมาณ 20 นาที ด้วยสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน และรีบด่วนส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูลในลักษณะที่แตกต่างกัน 3 ประเด็น คือ 1) รู้สึกกลัว 2) รู้สึกอาย และ 3) ประทับใจในการช่วยเหลือที่รวดเร็ว

##### 1.1 รู้สึกกลัว

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย สะท้อนถึงความรู้สึกที่ได้รับการดูแล ที่ห้องฉุกเฉินว่า รู้สึกกลัวการรักษาที่จะเกิดขึ้นเนื่องจากเข้าใจผิดคิดว่าเป็นการผ่าตัดหัวใจทำให้กลัวว่าจะเสียชีวิตจากการดม

ยาสลบแล้วไม่ฟื้น ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายกลัวว่าจะเสียชีวิต เนื่องจากได้ยินแพทย์ให้ข้อมูลกับญาติเกี่ยวกับ อาการ ความรุนแรงของโรค และการรักษาโดยการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่ามีโอกาสเสียชีวิต 50 เปอร์เซ็นต์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“กลัวหนึ่งกลัวเขาผ่าตัด เนี่ยเราเกิดความกลัวคือว่าเราไม่เคย กลัว เราไม่เคยเป็นอย่างนี้เราไม่เคยผ่าตัด พอเห็นเขาผ่าตัดก็เกิดหวาดเสียว เราต้องมาเป็นหมูนั่งเฉยอย่างงี้ เห็นเขาผ่าตัดองหมูน่ากลัวใจมันก็กลัว กลัวตรงนี้มากกลัวผ่าตัด ก็เห็นผ่าตัดสมัยก่อน...เขาวางยาสลบไซ้ใหม่ เห็นเขาพูดว่าเขาเรียกไม่ได้ยินก็ไปเลย หมายความว่า...ตายไปเลย...”

น้ำคำ

“วันก่อนใจยังดี ไม่นึกตายวันนั้นนึกนิดๆ ที่หมอแกลง (พูด) หมอว่า 50-50 บอกกับญาติ ถึงก็แกลง (พูด) กันไม่ไกล ผมยังได้ยิน ก็เสียวๆ เหมือนกันแหละ 50-50 ถึงเขว่าคนเป็นโรคหัวใจนี้ตายได้ง่าย...ถ้าว่าทำพลาดก็ตายแน่ หมอยังบอกว่า 50-50...รู้ในตัวกันแหละ ครั้งนี้อาการหนักกว่าเที่ยวก่อน เพราะว่ามันเจ็บในอกไซ้ใหม่...”

ลุน้อย

## 1.2 รู้สึกอาย

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย สะท้อนถึงผลกระทบจากการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าอย่างรวดเร็ว โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลหลายคน อีกทั้งยังทำกิจกรรมหลายอย่างในเวลาเดียวกัน โดยเฉพาะขั้นตอนการเตรียมผิวหนังบริเวณขาหนีบเพื่อใส่ท่อ นำสายสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยการทำความสะอาด และโกนขนบริเวณขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลมีบุคลิกเป็นคนขี้อายเดิมอยู่แล้ว ยิ่งทำให้รู้สึกอายมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“อาย...เขาเปลื้องผ้าหมดเลยจ้ะ ผมก็อาย...คนเราก็มีความอายเหมือนกัน...ไม่มีผ้าปิด แล้วก็ห้องนั้นมันก็โล่งๆ ไซ้ใหม่ ผู้หญิงสาวๆ สีห้าคนเขายืนกันเยอะคนหนึ่งจับแขน คนโน้นก็วัดโน้นว่านี่ ...ผมมองดู โอ้โห...สาว ๆ ทั้งนั้นเลยผมก็อาย...เขาก็ยืนหัวร่อ...เขาพูดเรื่องตลกของเขา... ผมก็หลับตา ผมก็อายไซ้ใหม่มาทำอย่างนี้ ผมเป็นคนที่ว่าสิ่งแบบนี้ผมก็อายไซ้ใหม่อะ ผมก็เป็นผู้ชายด้วย หมอเขาก็ไม่คิดอะไรหรอกเขาก็ปฏิบัติทำหน้าที่ของเขา ...”

น้ำคำ

### 1.3 ประทับใจในการช่วยเหลือที่รวดเร็ว

ผู้ให้ข้อมูล 7 ราย สะท้อนถึงความรู้สึกที่ได้รับการดูแล การรักษาที่ห้องฉุกเฉินว่า รู้สึกประทับใจในการช่วยเหลือจากทีมการรักษา ทั้งแพทย์ เจ้าหน้าที่ และเครื่องมืออุปกรณ์ จัดเตรียมไว้พร้อมสำหรับการช่วยเหลือ รู้สึกดีที่ได้รับการรักษา ดูแลทันที ไม่ต้องรอคิวตรวจ ทุกขั้นตอนในการติดต่อเพื่อรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“...หมอพยาบาลมาล้อมกันเต็มเลยเขาไวที่สุดเลย เขาวิ่งมารุม ๆ เราเงย เขาก็เก่งกว่าไว เพราะว่าผมก็เป็นขั้นนี้ ผมเห็นคนอื่นหมอเขาวิ่ง เขาค้นเข้าไป เขารุมเต็ม ๆ ก็เออ...หมอก็รวดเร็วทันใจดี ไวดี... เขารวดเร็วมาก ทันใจ...”

น้ำคำ

“ก็ดี เขาก็ดี รู้สึกเหมือนกับว่าเป็นกรณีฉุกเฉินนะ ...ก็เร็ว พูดยังไม่ได้จิตใจใคร (อะไร) ก็ไม่ต้องมานอนรอนานมาก เขาอาจจะเห็นว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ...ก็มันปั๊บ ปั๊บ พอว่าลงจากรถปั๊บเขาเอาหมอไหน มาถึงทันทีทันใด...แทบจะไม่ต้องคอยอะไรเลยมันค่อนข้างต่อเนื่องไม่ต้องมานั่งรอ...มันก็ดี ก็เรารู้สึกประทับใจ ที่ไม่ต้องคอย รวมก็คือไม่จิตใจ”

พีรวัช

### 2. ผลกระทบขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลจะต้องเข้าห้องที่ปลอดภัย มีอุณหภูมิต่ำมาก ซึ่งอุณหภูมิประมาณ 18-20 องศาเซลเซียส มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เช่น เครื่องเอกซเรย์ความเร็วสูง เครื่องบันทึกภาพภาพเคลื่อนไหว เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสัญญาณชีพ สำหรับอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น เครื่องช็อตไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลจะต้องนอนบนเตียงขนาดเล็ก ถอดเสื้อผ้าออก และใช้ผ้าคลุมด้วยผ้าปราศเชื้อไว้ตั้งแต่คอจนถึงเท้า ยกเว้นบริเวณขาหนีบที่ต้องใส่สายสวนหัวใจ ต้องถูกผูกมือ และเท้าเพื่อป้องกันไม่ให้เคลื่อนไหวร่างกายมาในบริเวณที่ปราศจากเชื้อ หลังจากนั้นแพทย์จะทำความสะอาดบริเวณขาหนีบ และรอบ ๆ ฉีดยาชาบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจะยังรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา เมื่อรู้สึกขาแพทย์จะแทงเส้นเลือดแดงใหญ่บริเวณขาหนีบแล้วนำสายยางซึ่งมีขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร แทงสวนเข้าไปในเส้นเลือด ค่อย ๆ ใสสายยางเข้าไปถึงหัวใจ โดยคุณตำแหน่งจากจอบันทึกภาพ เครื่องฉีดจะฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวน ในขณะที่เครื่องเอกซเรย์จะบันทึกภาพการเคลื่อนไหวของหัวใจ และเส้นเลือดหัวใจไว้ ผู้ให้ข้อมูล และแพทย์

สามารถเห็นตำแหน่งเส้นเลือดที่ตีบ จากนั้นจึงพิจารณาใช้บอลูน หรือขดลวดถ่างขยายเส้นเลือดหัวใจ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เวลาโดยเฉลี่ย 40 นาที ซึ่งระยะเวลาจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และจำนวนของหลอดเลือดที่ตีบ จากขั้นตอน และวิธีการดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย คือ 1) เจ็บมากจนทนไม่ไหว ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ 1) นึกถึงความตายเนื่องจากหายใจไม่ออก/หิวมาก 2) กลัวเทคโนโลยี 3) รู้สึกตื่นเต้น 4) รู้สึกกังวล และ 5) รู้สึกอาย

## 2.1 ผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย

### 2.1.1 เจ็บมากจนทนไม่ไหว

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย สะท้อนถึงความเจ็บปวดขณะที่แพทย์กำลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่ารู้สึกเจ็บหน้าอก และแขนซ้ายมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับความเจ็บปวดก่อนขยายหลอดเลือดหัวใจ เจ็บมากจนเหงื่อแตกทั้งตัว แต่เมื่อเวลาผ่านไปประมาณ 10 นาที อาการเจ็บนั้นก็ดีขึ้นทันที รู้สึกโล่งเหมือนมีอะไรหลุดพ้นออกจากร่างกาย แล้วจึงเริ่มรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดเล็กน้อยบริเวณที่แทงเข็ม ดังคำกล่าวที่ว่า

“พอเขา (แพทย์) ทำไอนั้นปั๊บ (ขยายหลอดเลือดหัวใจ) พอว่ามันเจ็บประมาณราวสิบนาทีได้ คือ...เจ็บตามตัวเหมือนกับเหงื่อออกหมด มันเจ็บคั้น (เจ็บแน่นมาก)...ที่แขนจะเจ็บมากเลย เจ็บมากกว่าตรงนี้ (ชี้ไปที่หัวใจ)...เจ็บแขนข้างนี้เจ็บหมดเลย...มันเจ็บตรงนี้ (ใช้มือขวาจับที่หัวใจ และลูบบริเวณแขนซ้าย)...”

น้ำตค

เช่นเดียวกับน้ำคำที่รู้สึกเจ็บเล็กน้อยเมื่อฉีดยาชา แต่รู้สึกเจ็บมากขณะที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เขา (แพทย์) ก็ทำ ๆ พอคั้น ช่วงนั้นสงสัยเขาจะยิงเข้าไปผมเจ็บผมก็คั้นแรง ๆ บอกหมอว่าผมทนไม่ไหวแล้ว ไม่ไหวแล้ว...ตอนเขายังข้างในเนี่ย (ชี้ไปที่หัวใจ) มันเจ็บมากเลย เจ็บมาก เจ็บจนทนไม่ไหว....”

น้ำคำ

## 2.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

### 2.2.1 นึกถึงความตายเนื่องจากหายใจไม่ออก/หิวมาก

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย สะท้อนถึงความรู้สึกขณะเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่า ทำให้นึกถึงความตายจากการหายใจไม่ออก และหิว น้ำคำได้สะท้อนถึงความรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวกเหมือนคนกำลังจมน้ำ อีกทั้งขณะทำยังต้องนอนหงายราบ ต้องถูกผูกยึดข้อมือ ข้อเท้าเพื่อป้องกันไม่ให้หน้าอวัยวะต่าง ๆ มาบริเวณที่ปราศจากเชื้อ ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกาย หรือลุกขึ้นมา นั่งหายใจให้สะดวกได้ ความความรู้สึกแน่นอึดอัด และหายใจไม่ออกนี้ทำให้นึกถึงความตายขึ้นมา ดังคำกล่าวที่ว่า

“..คือว่าหายใจไม่โล่งอะ ช่วงนั้นเขากำลังทำอยู่ (ขยายหลอดเลือดหัวใจ)...หายใจไม่สะดวก มันอึดอัดหายใจไม่โล่ง หายใจเหมือนค้ำน้ำมันทุลักทุเล หายใจไม่ออก เหมือนตายแล้ว เหมือนจะพูดตรงๆ เหมือนจะตายแล้ว...มันทนไม่ไหวแล้วมันหายใจไม่ออก...มันแน่นอึดอัด...”

น้ำคำ

เช่นเดียวกับน้ำซิด สะท้อนถึงความรู้สึกขณะเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่า ทำให้นึกถึงความตาย เนื่องจากมีความรู้สึกหิวมาก ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังว่าเป็นความรู้สึกหิวมากที่สุดในชีวิต หิวมากเหมือนจะเป็นลมตาย เหงื่อแตกไปทั่วตัว ร่างกายไม่มีเรี่ยวแรง แม้แต่หัวใจก็ไม่มีแรงที่จะทำงานต่อไปทำให้นึกถึงความตาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เนือย เนือย (หิว) เหมือนอี (จะ) ขาดใจเลยน้องเหอ ผมเนือย (หิว)...ไม่รู้เป็นอะไรหมดนี้ ใส่ ฟุงนั้น ที่ผมคิดนั้นนะ ที่เขาทำนั้น ไฟมันกล้า (แรง)...เนือย (หิว) เหงื่อแตก คำว่าเนือย หิว เขาไปเลย คือไม่มีอะไรเลย...เจ็บหัวใจไม่เท่าไร แต่ไปเนือยหนัก (หิวมาก)...คือว่าตายนึกถึงตายตอนนั้น คิดว่าต้องตายแน่ หัวใจมันไม่ทำงานเนือย (หิว) มันไม่มีแรงทำงาน”

น้ำซิด

### 2.2.2 กลัวเทคโนโลยี

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย สะท้อนถึงผลกระทบขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่า ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวในลักษณะที่แตกต่างกัน คือ กลัวเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้รักษาเนื่องจากเครื่องมือมีขนาดใหญ่ รูปร่างเหมือนสัตว์ร้ายที่น่ากลัว กลัวที่ได้เห็นหัวใจตัวเองกำลังทำงานอยู่ และกลัวว่าจะมีเลือดออกเมื่อแพทย์ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลัว

ว่าจะเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดความผิดพลาดขณะทำ กลัวว่าจะเกิดไฟฟ้าลัดวงจร เนื่องจากมีสายไฟต่าง ๆ ระโยงระยางอยู่รอบตัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“เครื่องนั้นน่ากลัวจริงน่าตกใจจริง มันขยายเหมือนกับดิน (ขา) ตะขบพันนั้น (อย่างนั้น) แหละ วูบวับ ๆ ... น่ากลัวจริงเครื่องนี้ มันมีเห็นหัวใจหมดเลย หัวใจเต้นพันหรือ (อย่างไร) คล้ายๆ ว่าของที่ปิดอยู่เห็นหมดเลย...เห็นหมดเลยหัวใจเต้นยุบ ๆ เห็นอยู่นี้แดงแปลบเห็นเลย หัวใจเราเต้นรูป ๆ เห็นเลยเท่าหัวหมัก...”

น้ำซิด

“ไม่ค่อยมั่นใจ เสีย ๆ ... แบบว่าพอเห็นในภาพถึงแบบว่ากลัวว่าเกิดการผิดพลาดขึ้นมา แล้วอันตรายเกิดกับเราได้ทั้งนั้นเลย เหมือนเขาส่งสายลวดเข้าไปมันผิดพลาดได้นะ พอผิดพลาดถึงมันจะเป็นอันตรายแก่หัวใจเราแหละ เสีย ๆ ... เส้นโลหิตแตกก็มีอันตรายถึงชีวิตได้...ก็กลัว กลัวผิดพลาด... เขาต่อสายไฟปะหมด (ติดแผ่นกลมๆ เชื่อมต่อกับสายที่ใช้ติดตามคลื่น ไฟฟ้าหัวใจ) ต่อสายไฟเยอะแยะหมด ติดสายไฟ ผมว่าถ้าเส้นไหนรื้อแล้ว ซ้อตผม”

ลุนน้อย

### 2.2.3 รู้สึกตื่นเต้น

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย รู้สึกตื่นเต้นเมื่อได้เห็นหัวใจของตัวเองกำลังทำงานจากหน้าจอบันทึกภาพการเคลื่อนไหวของหัวใจ ซึ่งไม่เคยเห็นมาก่อน เพียงแค่เคยอ่านในหนังสือ และจินตนาการเท่านั้น ทำให้รู้สึกตื่นเต้น และรู้สึกว่าเป็นเรื่องแปลกใหม่ที่ไม่เคยเห็นมาก่อน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ตื่นเต้นอยู่เหมือนกันแหละ... มันเป็นเรื่องแปลกสำหรับเรา เราไม่เคยเห็นนั้นนะ เออเราเห็นการเต้นของหัวใจเราเอง เราเคยเห็นแต่รูปภาพ มันเต้นวูบ ๆ...คือมันไม่เคยเห็นมาก่อน แปลกใหม่...มันแปลกที่ว่าเรา หัวใจเรา เรา สามารถมองเห็นได้...คือเราเคยอ่านหนังสือมาว่ามันทำงานแบบนี้ๆ (อย่างนี้ ๆ) พอเห็น ของจริง มันก็ เหมือนที่เราเรียนมา...”

พีธวัช



#### 2.2.4 รู้สึกกังวล

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งรู้สึกกังวลในขณะที่เข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เนื่องจากความไม่รู้ และได้แค่เพียงจินตนาการในสิ่งที่แพทย์พูดคุยกันระหว่างการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งฟังรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้างทำให้คิดกังวล และจินตนาการไปต่าง ๆ นานา คำกล่าวที่ว่า

“...บวกกับที่หมอเขาคุยกัน เราก็เออจินตนาการไปตามที่เราไม่รู้ จินตนาการ โดยที่เราไม่มีความรู้... หมอเขาคุยกันตลอด ฟังออกมั่ง ไม่ออกมั่ง... บางคำเฉพาะทาง เราก็ไม่รู้ว่ามันคืออะไร ฟังไม่ออก เพราะเขาใช้ศัพท์เฉพาะทางเป็นส่วนมาก... ในขณะที่เดียวกันเราก็คิดว่าไม่รู้เป็นอะไรมาก หรือเปล่า คือ แวบ ไปแว็บมาความรู้สึก... มันก็คิดไปเรื่อย...”

พีชวัช

#### 2.2.5 รู้สึกอาย

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง สะท้อนถึงความรู้สึก ขณะเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ว่ารู้สึกอายที่ต้องถูกถอดกางเกง แม้ว่าเจ้าหน้าที่จะใช้ผ้าปิดไว้ เปิดเฉพาะส่วนที่แพทย์ต้องแทงเข็ม แต่ก็ยังรู้สึกอายเพราะขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ลุงน้อยยังคงรู้สึกตัวดีทุกอย่าง ประกอบกับบุคลิกเดิมเป็นคนขี้อายอยู่แล้ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“อายด้วย พอเขาถอดกางเกง แผลง (พูด) ก็ไม่ออก ไม่หาญแผลง (ไม่กล้าพูด) อายแทบตาย เสียงคนหญิงผมก็ยังมี (ถ่ายปัสสาวะ) ไม่ออก อาย... เพราะไม่ใช่สลบอะไร เรายังมีความรู้สึก... เปิดหมด แต่ว่าเขาเอาผ้าคลุมห่มไว้ แต่ตรงที่ท่าเขาก็เปิดแหละ”

ลุงน้อย

### 3. ผลกระทบหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงการเข้ารับการรักษาตัวที่หอภิบาลผู้ป่วยอายุกรรม (ไอซียู) ว่าผู้ให้ข้อมูลต้องนอนพัก และทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะมีเพื่อนาสายสวนหัวใจที่ขาหนีบ ซึ่งเป็นสายที่ใช้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากในระหว่างการทำผู้ให้ข้อมูลจะได้รับยาละลายลิ่มเลือดในปริมาณสูงซึ่งจะมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด หากดึงสายออกทันทีจะทำให้เลือดหยุดยาก เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการทำได้ ดังนั้นจึงต้องรอให้ฤทธิ์ของยาหมดไปก่อน

อย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยมีข้อห้าม คือ ห้ามงอขาข้างที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบ ไปจนกระทั่ง 6 ชั่วโมง หลังจากดึงสายออก ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังว่าได้รับผลกระทบจากการที่ต้องมีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ ต้องทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการต้องคาท่อนำสายสวนหัวใจ และผลกระทบอื่น ๆ ในลักษณะที่แตกต่างกัน สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ 1) เจ็บบริเวณที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบ 2) ปวดเมื่อย 3) พักผ่อน/นอนหลับได้น้อยลง และ 4) รับประทานอาหารได้น้อยลง ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ 1) อึดอัด/รำคาญจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 2) ทุกข์ใจจากขยับถ่ายไม่สะดวก 3) กลัว/กังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา และ 4) กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ผลกระทบทางด้านจิตสังคม คือ 1) เป็นสาเหตุให้ครอบครัววิตกกังวล/เป็นห่วง ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ คือ 1) เหมือนมีบาปจากการไม่ได้ระมัดระวังตามปกติ

### 3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

#### 3.1.1 เจ็บบริเวณที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบ

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย สะท้อนถึงผลกระทบภายหลังจากการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบในลักษณะ และความรุนแรงแตกต่างกัน เจ็บในขณะที่มีสายคาอยู่ แม้กระทั่งขณะที่ดึงสายออกก็ทำให้เกิดความเจ็บปวด ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เจ็บตอนที่มียายเจ็บแหละ...ที่สำคัญหลักไอนี้แหละ (ชี้ไปที่ขาหนีบขวา) พอตอนเอาออกนั้น หมายความว่า ถอดเข็มออกนั้น หมอต้องกดพันนี้ (อย่างนี้) ตั้งสามสิบนาที เพราะมันรูใหญ่ เลือดพุ่งแหละ ถึงถ้าเอาเข็มเล็กได้แหละ นี่เอาเข็มเท่าขากรรไกร โน้น พอถอดปั๊บก็หมายความว่า หมอจะบีบอยู่พันนี้ (อย่างนี้) ไม่ใช่พยาบาล แพทย์เองนะ”

ลุงจวน

#### 3.1.2 ปวดเมื่อย

ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย สะท้อนถึงผลกระทบภายหลังจากการเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามีอาการปวดเมื่อย เนื่องจากมีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบทำให้ไม่สามารถนอนพลิกตะแคงตัวได้ตามปกติ ต้องนอนเหยียดขาตลอดเวลาข้างนั้น ทำให้รู้สึกปวดเมื่อยโดยเฉพาะปวดเมื่อยบริเวณหลัง ดังคำกล่าวที่ว่า

“...มีอาการเจ็บ (เมื่อย) ที่ข้างหลังนิดหน่อย...เพราะนอนแคง (ตะแคง) ไม่ได้แน่นแรกวา (เมื่อวาน) นอนซื่อ (เหยียดขา) ตลอด...มันเจ็บที่สันหลัง ...หลังจากถอดไอ้นี้ (ท่อนำสายสวนหัวใจ) ออก...”

หม๊ะ

### 3.1.3 พักผ่อน/นอนหลับได้น้อยลง

ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย สะท้อนถึงผลกระทบภายหลังจากการเข้ารับการรักษาหยุดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าทำให้พักผ่อน นอนหลับได้น้อยลง เนื่องจากมีสายต่าง ๆ ระโยงระยางค์ การต้องนอนเหยียดขาอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากมีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบไม่สามารถนอนพลิกตะแคงตัวได้ตามปกติ อีกทั้งมีเจ้าหน้าที่มาวัดสัญญาณชีพอยู่บ่อย ๆ บางครั้งก็มีเสียงดัง ทำให้นอนหลับไม่สนิท ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่สามารถขยับถ่ายได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกไม่สบาย ทุกข์ทรมานจนนอนไม่หลับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“... เขาให้นอนซื่อ (เหยียด) อยู่นั้นแหละ เขาล่าม (มีสายคาที่ขาหนีบต่อกับเครื่องบันทึกความดันโลหิต) นอนยากจังไม่ได้นอนหอย ๆ (เคลื่อนไหว) พอหอย ๆ (เคลื่อนไหว) ไอ้นั้น (ท่อนำสายสวนหัวใจ) มันค้ำขาอยู่...”

ลุงจวน

“เขามาวัด ไข้ วัดความดัน พอเราหลับเขาก็มาวัด ไข้ ก็ตื่นบ้าง หลับบ้าง...พันนั้น (อย่างนั้น) แหละ...หลับนั้นแหละ หลับแต่ว่าจะหลับให้บายเหมือนที่บ้านนั้นไม่แหละนะ”

หม๊ะ

### 3.1.4 รับประทานอาหารได้น้อยลง

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย สะท้อนถึงผลกระทบภายหลังจากการเข้ารับการรักษาหยุดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่า การที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบทำให้ไม่สามารถลุกนั่งรับประทานอาหารได้ เพียงแค่ปรับหัวเตียงให้สูงเล็กน้อย ต้องนอนรับประทานอาหารซึ่งทำให้ไม่ถนัด และไม่เคยชินทำให้รู้สึกไม่อยากอาหาร อีกทั้งรสชาติของอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ไม่ถูกปาก ทำให้อาหารรับประทานได้น้อยลง ดังคำกล่าวที่ว่า

“...กินไม่ไหวมาก มีหนึ่ง ก็ 3-4 คำ...มันไม่ถนัดอี (จะ) กิน มันเลยไม่นึกอยาก เราไม่ได้นั่งกิน ไม่ใช่ว่ากินเอง ให้น้องสาว...”

พี่วัช

“ห่มะกินไม่หมด...ห่มะกินข้าวต้มกินนิดเดียวหรือก กินไม่ได้...มันจืดไปเลย มันกินไม่  
หรรอย (อรรอย) ปากนั่นนะ...กินข้าวสวยได้ยากกินข้าวสวย เบื่อแล้วข้าวเปียก ข้าวต้ม”

ห่มะ

### 3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

#### 3.2.1 อีตอัด/รำคาญจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย กล่าวว่า การที่มีเพื่อนาสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบทำให้รู้สึก  
อีตอัด รำคาญที่ไม่สามารถงอขา นั่ง หรือเดินได้ตามปกติ ต้องนอนเหยียดขาตลอดเวลาซึ่ง  
ความรู้สึกของแต่ละคนจะแตกต่างกันตามระยะเวลาที่ต้องคาสายไว้ นอกจากนี้ภายหลังจากที่แพทย์  
ดึงสายออกแล้ว ยังต้องนำหมอนทรายมาทับบริเวณปากแผลไว้อีก 2-3 ชั่วโมง และห้ามงอขาอีก 6  
ชั่วโมงหลังจากดึงสายออกแล้ว ยิ่งทำให้รู้สึกอีตอัด รำคาญเป็นระยะเวลานาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็รู้สึกอีตอัดนั่นแหละ อีตอัดใจ ชัดใจ...หวย (เคลื่อนไหว) ก็ไม่ได้ ไม่หาญ (ไม่กล้า)  
เพราะเขาบอกว่าถ้าหวย (เคลื่อนไหว) แรงมันจะออกเลือดตรงนี้ (ชี้ไปที่ขาหนีบขวา)”

ห่มะ

“อีตอัดใจเหมือนแหละ...มันลำบากแหละ ลำบากในร่างแหละนอนพลิกตัวก็ไม่ได้ สายนี้  
มั่ง สายที่ขา มั่งเท่าขากรรไกร โน่น...ขาขาก็ไม่ได้ นอนซื่อ (เหยียด) อยู่อย่างเดียว... เขานัดยาชาแล้ว  
กดเสร็จเขาเอาก้อนทรายมาทับหลาว (อีก) แล้วยังดิก (กระดิก) ไม่ได้อีกหกชั่วโมง คู่ก็ไม่ได้ยืนอยู่  
พื้นนี้ (อย่างนี้) ทรมาณนี้”

ลุงจวน

#### 3.2.2 ทุกข์ใจจากขยับถ่ายไม่สะดวก

ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย สะท้อนถึงผลกระทบจากการที่มีเพื่อนาสายสวนหัวใจคาที่ขา  
หนีบทำให้ไม่สามารถงอขา เพื่อลุกนั่งหรือยืนขยับถ่ายถ่ายได้ตามปกติ ต้องนอนขยับถ่ายบนเตียง  
โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ชายจะไม่เคยชินกับการนอนขยับถ่าย ส่งผลให้ไม่สามารถขยับถ่ายได้  
ตามปกติ รู้สึกอึดอัดใจและผู้ป่วยเตียงข้าง ๆ กลัวว่าจะมีเสียงขณะเบ่งถ่าย และมีกลิ่น ทำให้  
เกิดความทุกข์ทรมาณมาก ดังคำกล่าวที่ว่า

"... ผมขอเข้าห้องน้ำ ปวดถ่าย เขาบอกว่าที่นี้คนไข้ไปไหนไม่ได้ เขาทำที่นี้เลย ผมก็บอกว่า ผมอยากหอม ผมว่าถ้านี่อะไรนี่ผมก็ปีคมัน ผมก็ฉีไช้ใหม่ ผมปวดหนักนี้ ผมปวดมาร่วมชั่วโมงแล้ว ...ด้วยความที่เตียงข้าง ๆ เราติดกันกลัวว่าเตียงข้าง ๆ เขาจะได้ยินตอนเราเบ่ง มันต้องมีกลิ่นออก ก็กลัวอย่างนั้น...ผมก็บอกหอมว่า ผมขอหอมเข้าห้องน้ำ เขาก็บอกเข้าไม่ได้ไม่ให้เข้าให้ถ่ายที่นี้..."

น้ำคำ

"ลำบาก ไม่รู้คือ เขาว่าเก็บฉี (เก็บปัสสาวะเพื่อบันทึกปริมาณ) ผมว่าเอา (กระ โถน) มานั่งไว้ก่อนเดี๋ยวพี่ทำใจก่อน ทรมานมาก...มันมีสายอยู่ด้วย มันไม่ชินนั้น ไม่เคยนอนโรงพยาบาลเลย ตั้งแต่เกิดมา...คงไม่ชินกับการมานอนฉีบนที่นอน...นอนอยู่กับพื้นถึงเอากระบอมา คือมันไม่ชิน...รู้สึกอึดอัด...เนี่ยพี่ว่าถ้านอนอยู่ห้องไอซียูหลาย (อีก) พี่แย่นะเลย ...คือไอซียู เขาไม่ให้ผู้ป่วยลุกเดินอยู่แล้วไช้ใหม่คิดว่าไปอยู่ตรงไหนก็ได้ที่ไม่ไช้ไอซียู เพื่อเราจะได้ไปห้องน้ำเองได้..."

พีชวัช

### 3.2.3 กลัว/กังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ระบุว่ายังคงมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกอยู่เป็นช่วง ๆ ขณะนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ อีกทั้งได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่ายังมีเส้นเลือดที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีก ทำให้รู้สึกกลัว และกังวลว่าโรคจะกำเริบขึ้นได้ และมีโอกาสเสียชีวิตได้ตลอดเวลา แม้ว่าจะมีพยาบาล เจ้าหน้าที่คอยดูแล แต่หากไม่มีแพทย์ก็ไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันที เพราะรับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หากกลับบ้านไปแล้วก็กลัวว่าจะมีอาการกำเริบได้ตลอดเวลา ดังคำกล่าวที่ว่า

"กังวลเรื่องการเจ็บ (เอามือลูบหน้าอก) มันเจ็บอยู่เรื่อย ๆ...ถ้าเราหายใจแรงมันก็เหมือนกัน มันจะปวดตรงนี้ (ชี้ไปที่หน้าอกด้านซ้าย) สม่่าเสมออยู่... มันก็ปวดอยู่เรื่อย ปวดเหมือนเดิมมันแหละ แต่ว่ามันน้อยกว่าเยอะ ที่ปวดตอนนั้นมันเท่ากับร้อยเปอร์เซ็นต์อันนี้ปวดประมาณแค่อีสิบเปอร์เซ็นต์"

น้ำคำ

### 3.2.4 กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย สะท้อนถึงผลกระทบภายหลังจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลตลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าแม้ว่าจะสามารถเบิกค่ารักษาได้ หรือใช้สิทธิการรักษาประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท แต่ญาติก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยม ค่าอาหาร ค่าที่พัก ส่วนผู้ให้ข้อมูลเองก็ขาดรายได้ที่ไม่สามารถทำงานได้ขณะที่ต้องนอนโรงพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็มีแหละ (ค่าใช้จ่าย) ...ผมรายจ่ายหลายตั้งค์แหละ... แต่ลูกสาวมันบอก เขาทำไบนี่มันมีใบสงเคราะห์ ทำได้ เราค่อยเสียค่าบำรุงให้โรงพยาบาลก่อน ค่ากิน ถ้าว่าเราไม่มีเบี้ย (เงิน) จริง...”

น้ำซิค

### 3.3 ผลกระทบทางด้านจิตสังคม

#### 3.3.1 เป็นสาเหตุให้ครอบครัววิตกกังวลเป็นห่วง

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย สะท้อนถึงผลกระทบภายหลังจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล เลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทำให้คนในครอบครัวมีความวิตกกังวล เป็นห่วงเกี่ยวกับอาการของผู้ให้ข้อมูล ต้องมีภาระหน้าที่มาดูแลทุกวัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...แม่เป็นห่วงผมมากเลย...แม่โทรมาตีหนึ่งยังไม่เห็นหน้าผมเลยเขาโทรมาให้กลับบ้าน ผมก็ไม่กลับ โทรมาก็ครั้งแม่ก็ร้องไห้เพราะผมไม่กลับ...แฟนผมโทรมาบอกว่าแม่เขาจะลงมา ผมก็ทรุดเลย ทรุดเลยนะ...สงสาร ไม่อยากให้เขามา...เป็นห่วงเขาเขาก็แ่อยู่...”

น้ำคำ

“(ลูกสาว) เหนื่อยแหละ เหนื่อยมาก ไม่ใช่เหนื่อยสักหน่อยแหละ...เห็นดู (สงสาร) ลูกมันมาทุกวันทุกคืนแล้ว ผลัดเวรกัน...ไม่รู้เขาหอบ (แอบ) นอนตรงไหนไม่รู้ หน้าห้องไอซียู ตรงไหนไม่รู้”

หม๊ะ

### 3.4 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ

#### 3.4.1 เหมือนมีบาปจากการไม่ได้ละหมาดตามปกติ

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งต้องละหมาดวันละ 5 ครั้ง ตามเวลาที่กำหนดตามคำสอนของศาสนา แต่เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ก็ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้ตามปกติ แม้จะสามารถละหมาดได้ด้วยการนึกถึงพระอัลเลาะห์ หรือซดเซยได้ แต่ก็ไม่ได้ทำอย่างสมบูรณ์แบบตามคำสอนของศาสนา ทำให้รู้สึกเหมือนมีบาป ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาว่าไม่มีปัญหาถ้าเราปฏิบัติไม่ได้ ให้เรานึกเอาก็ได้... นึกว่าเราละหมาดแล้ว ใช้วิธีนี้แทน ถ้าเราทำไม่ได้ ถ้ายืนไม่ได้ให้เรานั่งทำ ถ้านั่งไม่ได้ให้เรานอนทำ แต่ให้นึกถึงพระเจ้าอย่าขาด ... (แต่) มันไม่เหมือนกันตรงที่ว่าถ้ายืนทำ จะได้บุญมากกว่า ถ้าว่านั่งมันจะลดน้อยลง ถ้าว่านอนอยู่ตรงนี้ก็สบาย เขาบอกว่าพระเจ้าจะมาโปรดเหมือนกัน... ก็มีจิตใจมั่ง... ไม่บายใจ (ไม่สบายใจ) ที่พระเจ้าอู้ (จะ) ตัดสินให้บาป... ไม่ทำก็คือบาป... ถ้าทำก็ได้บุญ แต่ต้องทำให้ถูก ถ้าทำไม่ถูกก็ คือบาปกัน ต้องเรียนก่อน”

หม๊ะ

การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

จากการที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าส่งผลให้มีวิธีการจัดการกับผลกระทบในลักษณะที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และตามผลกระทบของที่แต่ละคนได้รับ ใน 2 ประเด็น คือ 1) จัดการด้วยตัวเอง และ 2) ขอความช่วยเหลือจากแพทย์/ทีมการรักษา

#### 1. การจัดการกับผลกระทบด้วยตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูล 8 ราย ใช้วิธีการจัดการกับผลกระทบด้วยตัวเองในสถานการณ์ที่ฉุกเฉินในลักษณะที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และตามผลกระทบของที่แต่ละคนได้รับ เนื่องจากผลกระทบเหล่านั้นยังสามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง ข้อมูลดังตาราง 7

1.1 การจัดการกับผลกระทบด้วยตัวเองระยะเตรียมตัวก่อนเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกอาย เนื่องจากเข้าสู่กระบวนการเตรียมตัวหน้าบริเวณขาหนีบเพื่อใส่ท่อनाสายสวนหลอดเลือดหัวใจ โดยต้องถอดกางเกง ทำความสะอาด โคนขงบริเวณขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ อีกทั้งมีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลหลายคน ในขณะที่ต้องการความเป็นส่วนตัว ประกอบกับผู้ให้ข้อมูลมีบุคลิกเป็นคนขี้อายเดิมจึงเกิดความรู้สึกอาย ผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการจัดการโดยการใช้มือปิด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาเปลื้องผ้าหมดเลยี่ผมก็อาย ผมก็พยายามเอามือปิดเขาก็จับมือไว้ นั่นแหละคนเราก็มีความอายเหมือนกัน”

น้ำคำ

1.2 การจัดการกับผลกระทบด้วยตัวเองขณะเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกเจ็บมากจนทนไม่ไหว ขณะที่แพทย์กำลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีวิธีการจัดการ คือ ดิ้นไปมา และคิดให้กำลังใจตัวเอง ดังคำกล่าวที่ว่า

“... ทนไม่ไหวแล้ว ผมดิ้น หมอเขาถามว่านี่...

น้ำคำ

“ไม่นึกอะไรตอนนั้น คือมันมาถึงที่แล้ว มันมาถึงที่แล้ว ไม่ได้นึกอะไรแล้ว...ขอให้หายเท่านั้นหรือ...มันก็บายใจขึ้น”

น้ำซิค

ผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการหายใจไม่ออกขณะเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จนทำให้นึกถึงความตาย มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ พยายามดิ้นไปมา พยายามลุกนั่ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ดิ้น แบบว่าอยากจะลุกขึ้นให้มันหายใจ โลง่ ๆ...ผมคิดว่าถ้าผม แก้มัดผม ผมลุกขึ้นนั่งแล้วผมจะหายใจโล่ง”

น้ำคำ

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกกลัวเครื่องมือที่มีขนาดใหญ่ กลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดขณะเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จนทำให้นึกถึงความตาย มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ พยายามควบคุมสติ หลับตาเพื่อจะได้ไม่เห็นสิ่งที่น่ากลัว ทำใจยอมรับ คิดเชิงบวกว่าให้หายเร็ว ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ก็คุมสติได้เพราะลูกบอกไว้แล้วว่าเดี๋ยวพ่อเข้าห้องนั้นเครื่องใหญ่นะพ่อนะ อย่าเที่ยวตกใจเครื่องนะพ่อนะ มันรู้ว่าผมไม่เคยเข้าโรงพยาบาล ถึงลูกสาวมัน อยู่โรงพยาบาลมัน มันอยู่โรงพยาบาลมัน ก็รู้หมดนั่นแหละ นั่นแหละมันบอกไว้ก่อนเราก็ได้ทำใจได้...”

น้ำซิค



“...ไม่หาญ (ไม่กล้า) ลืมตาแล (ดู) ว่าเขาทำพันธหรือ (อย่างไร) บอกใครไม่ได้เลยนิ...มันอี (จะ) เสียวแหละ สาวาอี (กลัวว่าจะ) ไม่ให้เขาทำแหละ อีตั้ง (จะสะตั้ง) อะไรพันนั้น (อย่างนั้น) แห ละ...”

น้ำซิด

“...ทำหรือหละ (ทำอะไรหละ) ... เพราะว่าเราจำเป็นต้องให้เขาทำ เพราะกลัวตาย ยอมทุก สิ่ง... ในใจนี้กว่าสักเดียว เดียวเราต้องดิ้น...”

ลุงน้อย

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกอาย ที่ต้องถอดกางเกงขณะเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ถึงแม้ว่าจะมีผ้าคลุมไว้ก็ตาม มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ ทำใจยอมรับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไม่ทำหรือ (ไม่รู้จะทำอย่างไร) เขามัดไว้โน่น มัดหมด มัดมือไว้กับเตียงแข็งหมด ไม่ว่า เขาอีทำไหร (จะทำอะไร) ยอมแล้ว...ตามใจเขาทำหรือ (ทำอะไร) ตอนนั้น ให้ทำเพ (ยอมให้ทำ หมดแล้ว) แล้วเพราะมันอี (จะ) ตายแล้ว หายใจไม่ค่อยได้แล้ว หน้าอกเจ็บหมดแล้ว ระทมไป หมดแล้ว เหนือก็ออกอยู่เรื่อยๆ นั้นแหละ เขาก็ไม่ให้ยาอะไรที่ ...”

ลุงน้อย

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกตื่นเต้นที่ได้เห็นการทำงานของหัวใจตัวเองขณะเข้ารับการขยาย หลอดเลือดหัวใจ มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ การอดทน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทนว่าให้เขาทำให้เสร็จ ถึงเราประเมินไม่ถูกนั้น เราไม่เคยเห็นหัวใจที่ เราเห็นเขาถ่ายอยู่ เต้นหยาบจ้ง เราเห็นแต่หัวใจปลาเราเช็ดคอปปลา หัวใจปลามันเต้นอยู่พันนี้กันหละ (อย่างนี้ด้วย)”

ลุงจวน

1.3 การจัดการกับผลกระทบหลังเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผน ล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกอึดอัด/รำคาญที่มีสายคาที่ขาหนีบ มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ การ ทำใจยอมรับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...อี๊ดอี๊ดใจเหมือนกันแหละ ต้องยอม...มันแล้วแต่เขาทำหรือ (ทำอะไร) แล้วเรามาหาหมอต้องเชื่อเขาแล้ว ไม่เชื่อเขาไม่ได้แหละ ไม่เชื่อเขาไม่ได้แหละคือให้ลำบากเขาไปแหละ (ทำไมแหละ)...”

ลุงจวน

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึก เจ็บบริเวณที่มีสายคาที่ขาหนีบ มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ การอดทน คิดให้กำลังใจตัวเองว่าจะดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถึงทนเจ็บนั้นแหละ ...แต่ว่าเจ็บไม่มากเจ็บพอทนได้...ทำตามนั้นนั้นแหละ ถ้าเราไปแข่งกับมันเลือดคือ (จะ) ออกไปไหนทำยากมันเจ็บมันรู้อยู่แล้ว...”

น้ำซิค

“นอนทนเอาหลาวแหละ หนักใจมาก ต้องทนเอามาทับไว้...เข็ดก็ทนได้”

ลุงน้อย

“ผมก็ทนไป ...คือเราขอ (ยาแก้ปวด) เราปวดนี้ เราก็ทนเอาละ ดูอาการเรา เตียวสักพัก.แต่บางครั้งเราปวดทนไม่ไหว...”

น้ำคำ

ผู้ให้ข้อมูลที่ปวดเมื่อยจากการที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากมีสายคาที่ขาหนีบ มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ การอดทน การเปลี่ยนอิริยาบถ พลิกตะแคงตัว ทำโยคะ ใช้หมอนดันบริเวณหลัง ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อยข้างนี้เราพลิกมาข้างนี้เนี่ยมันก็จะดี ทีนี้บางที่ถ้านอนมาก็อยากจะนั่ง ถ้านั่งก็จะดี พอดีแล้ว นั่งนานไปมันก็จะไม่ค่อยดีแล้วพอนอน มันก็จะผ่อนคลายได้อีก”

น้ำคำ

“ก็พลิกๆ ไหวๆ มันก็หายเอง...ก็เที่ยวแคง เอาหมอนเที่ยวอึดๆ พ้นนั้น (อย่างนั้น)...ยกขาข้างนี้ ยกขาแล้วคลาย ๆ ๆ ข้างนี้แหละ (ชี้ไปที่ขาข้างซ้าย)”

หม๊ะ

“ทนเอาพึ้นนั้น (อย่างนั้น) แหละ ทนเอาเพราะแพลนั้นหละ หมอบอกแล้วถ้าว่าเลื่อออก ซ้าสองมันหนักนั้น แต่ว่าผมไม่พริ้อ (ไม่เป็นไร) ผมพยายาม พอได้เวลาหมอเขามาบอกว่าดินนั้น ขยับได้แล้ว ๆ คู้ไค้แล้วเขาว่านั้น ก็เขาเห็นผมนอนแน่น (นิ่ง) อยู่พึ้นนั้น (อย่างนั้น) แหละ เราตาม หมอ แต่มันคิงจริงหละหัวเข้มนั้นก็คียกขึ้น ไหรคั้น ได้บายหมค ทีนี้เราเทียวนอนหยับไปหยับมามัน ... ดิกขานี้ที่เขาไม่ทำนี้หละน้อง ขานี้ไม่ทำ (ซี้ไปที่จาซ่าย)”

น้ำซิด

“คือมันก็ไม่ไช้ขยับไม่ได้ ซะทีเดียววะ เราเปลี่ยนอิริยาบถมั่งนิดๆ ไหรพึ้นนั้น (อย่างนั้น) เปลี่ยนมุ่มเปลี่ยนไหร...”

พีธวัช

“บิคตัว ใ้โยคะเข้าช่วย... โยคะเข้าช่วยพึ้นนี้ (ทำท่าบิคตัว) ยกคั้นกัน (กระดกเท้า)... ทำ แล้ว...คลายปวดคลายเมื่อยไปมั่ง”

ลุงน้อย

“...ทนหละคำว่าอดทน อดทน แล้วก็ทนเอา ก็ไม่เท่าใดนอนแลนาฬิกามันก็หมุนไปเดี๋ยวกี่สว่าง ต้องอยู่พึ้นนั้น (อย่างนั้น) นอนก็ไม่ไช้หลับนี่ อี (จะ) หลับพริ้อ (จะหลับได้อย่างไร) อยู่ในแบบที่ว่าทำไหรไม่ได้ ต้องตามเขา นอนซาเลนนิ...”

ลุงจวน

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกลัว/กังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา เนื่องจากภายหลังเข้ารับการรักษา หลอดเลือดหัวใจผู้ให้ข้อมูลยังมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกอยู่เป็นช่วง ๆ มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ คอยสังเกตตัวเอง คิดเชิงบวก/ให้กำลังใจตัวเอง สอบถามข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ คุยกับเพื่อนเพื่อให้คลายความกังวล คิดเรื่องตลกขบขันทำให้สบายใจ ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางทีคิดเรื่องตลกขำ ๆ ตัวเอง เนี่ย คนเราคิดอะไรความตาย ตายเหมือนกัน คิดขำตัวเอง คิดเรื่องนี้หละ มันก็อารมณ์ดี บางครั้งถ้ามันมันหัว หรือว่า หน้ามืดขึ้นมามันก็จะปวดทันทีเลย... เพื่อนมันมาพูดเล่นตลก ๆ กัน เพื่อนที่อยู่ที่โรงงานมันก็พูดตลกขำ ๆ บางทีก็พูดหัวร่อ ขำ ๆ กับมัน ผมก็บอกกับเพื่อนว่ากูจะตายอยู่แล้วมึงยังพูดอย่างนี้ ก็มันดีตรงนี้หละ”

น้ำคำ

“...เราก็พยายามสังเกตตัวเองทุกคืนนะ เราก็พยายามไม่คิด เรื่องอย่างอื่นขึ้นมา...”

น้ำคำ

“ถ้ามีเพื่อนคุยก็โอเคเราก็จะลืมซะใหม่ นี่มานอนเฉย ๆ เป็นชั่วโมง คือคนเราจะต้องเดิน โน่นเดินนี่ซะใหม่อะ สบายใจ ก็นอนยังไงก็ไม่สบายใจแล้วอะ...”

น้ำคำ

ผมยังถามเตี้ยข้าง ๆ เมื่อวาน...ผมถามคนนั้นแหละ ผู้หญิงคนนั้น ผมบอกว่า ผมเป็นอย่างนี้หายไหม เส้นเดี๋ยวนี้ เขาก็บอกว่าอาจจะหาย ผมก็ดีใจนะ ผมก็ดีใจ เพราะว่าผมเป็นน้อย อันนั้นเขาเป็น เขาบอกว่าผมเพิ่งเริ่มเป็นซะใหม่อะ ผมก็ดีใจ

น้ำคำ

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกทุกข์ทรมานจากข้อถ่ายไม่สะดวก/ไม่เคยชิน/อายุ เนื่องจากต้องถูกจำกัด การเคลื่อนไหว ต้องทำกิจกรรมบนเตียง ทำให้ข้อถ่ายไม่สะดวก เกิดความไม่เคยชิน และรู้สึกอาย เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยเตี้ยข้าง ๆ หากเบ่งถ่ายแล้วมีเสียงดัง มีกลิ่น ผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการจัดการกับ ผลกระทบ คือ อดทน รับประทานผลไม้ที่มีกากใย แอบไปห้องน้ำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมก็จะซื้อส้มมา กะว่าส้มเปลือกบางมันทำให้ระบายง่าย ผมก็กินไป ถ้าต้องการให้มันถ่าย...”

น้ำคำ

“ผมก็นึกในใจว่าไม่รู้จะทำไม ก็นั่งนิ่งแล้วขาจะเหยียด นิ่ง แล้วมันก็ถ่ายนิดเดียว”

น้ำคำ

“...อยากจะถ่ายแต่มันไม่ถ่าย...ไม่กล้าใช้แรงเบ่งอะไรอะไรนี่...ก็คุณหมอบอกซะใหม่ว่า กลัวจะมีคั่ง เป็นลมอะไรขึ้นมา คราวนี้ผมก็ค่อย ๆ เบ่ง แล้วก็ผ่อนพอรู้ว่าเจ็บก็เลยได้มาหน่อยนึง”

น้ำคำ

“ก็นอนทนอยู่พักใหญ่ เหมือนกันแหละ...ทนให้เวลามันผ่านไป...พยายาม (หอผู้ป่วย สามัญ) บอกว่ายังไปไม่ได้ วัตถุประสงค์เงินในเลือดยังต่ำ...พอว่าหัวเข่าอ้ายเขาซุนละมุนคนไข้ตรง โนนเค้าไว้วาย.....คือรู้งี้ว่าไปได้...เพราะว่าอาการ อาการที่ว่ามันเป็นแน่นหน้าอกไทร ไม่มีแล้ว เหมือนปกติทุกอย่าง แต่ว่าถ้าเกิดมีหัวอะไรขึ้นมาราคิดว่าเรามีวิธีไล่เสาไล่กำแพงไม่ให้ล้ม...”

พีรวัช

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกเหมือนมีบาปจากการไม่ได้ละหมาด เนื่องจากต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องทำกิจกรรมบนเตียง มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ คิดอยู่ในใจว่ากำลังละหมาด และ ปลอบใจตัวเองว่าจะละหมาดชดเชยหลังจากอาการเจ็บป่วยดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อถึงเวลาให้เรานึก นึกว่าเราละหมาดแล้ว ใช้วิธีนี้แทนถ้าเราทำไม่ได้ ถ้ายืนไม่ได้ให้ เรานั่งทำ ถ้านั่งไม่ได้ให้เรานอนทำ แต่ให้นึกถึงพระเจ้าอย่าขาด...มันไม่เหมือนกันตรงที่ว่าถ้ายืนทำ ในจะได้บุญมากกว่า ถ้าว่านั่งมันจะลดน้อยลง ถ้าว่านอนอยู่ตรงนี้ก็ไม่น่าขาย เขาบอกว่าพระเจ้าจะมา โปรดเหมือนกัน...ถ้าว่านอนก็ไม่ต้องชด...ค่อยทำชดให้เขา”

หมีะ

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ ให้ญาติเดินทางมา เยี่ยมพร้อมกัน และมาเยี่ยมวันละ 1 ครั้ง ติดต่อหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไป ๆ มา ๆ ค่ารถหลายตั้งค์ สามสิบบาทสามคน สามหกสิบแปด ร้อยแปดสิบ ถึงมาที่ เดียว พามาที่เดียวเลย มาพร้อมลูกคนเล็กมันดีหว่าแหละมาพร้อมตัวเล็ก โนน มันเลิกงาน โนนแหละ รอลูกเลิกงาน ผมช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว”

ลุงจวน

“...ผมทำไบไอนั้นแหละ บัตรสามสิบน้อง บัตรสามสิบยังใช้ได้หลาย บัตรสามสิบนี้...ลูก สาวมันบอกทำไบ ไบสงเคราะห์ให้รกะไม่รู้ ทำได้ ทำได้น้องเราเราไม่มีเบี่ยจริงๆ ...”

น้ำซิด

ผู้ให้ข้อมูลที่รู้สึกว่าเป็นเหตุให้ครอบครัวกังวล/เป็นห่วง มีวิธีการจัดการกับผลกระทบ คือ ทำใจให้สงบไม่คิดมาก เพื่อไม่ให้เกิดโรคซ้ำจนทำให้ลูกต้องเป็นห่วง ไม่ได้บอกความจริงเรื่องการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“พยายามอยู่ พยายามทำใจให้สงบ ทำใจให้ดีที่สุด...ตอนนี้พยายามจะทำใจให้บาย ๆ เราคิดว่าถ้าเราไม่ทำใจให้บาย ๆ นั้นถ้าเราเป็นหลาว ลำบากกับลูก นั้นแหละ...นี่ก็ว่าของที่มีมันจะเกิดขึ้นก็ให้มันเกิด เราต้องทำใจให้ดีพักเดียว เดียวจะเกิดยุ่งยากกับลูกทีหลัง”

หม๊ะ

“ก็โกหกแม่นะ...ว่าเป็นโรคเบาหวาน...ถ้าไม่โกหกเขาจะมา แล้วก็หนทางนี้แสนจะลำบาก แล้วก็แม่ก็ไม่ค่อยสบาย แม่เป็นโรคเบาหวาน”

น้ำคำ

#### ตาราง 6

##### การจัดการกับผลกระทบด้วยตัวเอง

ผลกระทบ	การจัดการ
ระยะเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	
รู้สึกอาย	ใช้มือปิด
ขณะเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า	
เจ็บมากจนทนไม่ไหว	ดิ้นไปมา คิดให้กำลังใจตัวเอง
นึกถึงความตายเนื่องจากหายใจไม่ออก	ดิ้นไปมา พยายามลูกนั้ง

ตาราง 6 (ต่อ)

ผลกระทบ	การจัดการ
กลัวเทคโนโลยี	พยายามควบคุมสติ หลับตาเพื่อจะได้ไม่เห็นสิ่งที่น่ากลัว ทำใจยอมรับ คิดเชิงบวกว่าให้หายเร็ว ๆ
รู้สึกตื่นเต้น	การอดทน
รู้สึกอาย	ทำใจยอมรับ
หลังเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้ วางแผนล่วงหน้า	
เจ็บบริเวณที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขา หนีบ	การอดทน คิดให้กำลังใจตัวเองว่าจะดีขึ้น
ปวดเมื่อย	การอดทน การเปลี่ยนอิริยาบถ พลิกตะแคงตัว ทำโยคะ ใช้หมอนดันบริเวณหลัง
อึดอัด/รำคาญที่มีสายคาที่ขาหนีบ	ทำใจยอมรับ
ทุกข์ใจจากการขับถ่ายไม่สะดวก	อดทน รับประทานผลไม้ที่มีกากใย แอบไปห้องน้ำ

ตาราง 6 (ต่อ)

ผลกระทบ	การจัดการ
กลัว/กังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา	คอยสังเกตตัวเอง คิดเชิงบวก/ให้กำลังใจตัวเอง สอบถามข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ คุยกับเพื่อนเพื่อให้คลายความกังวล คิดเรื่องตลกขบขันทำให้สบายใจ
กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	ให้ญาติเดินทางมาเยี่ยมพร้อมกัน และมาเยี่ยมวัน ละ 1 ครั้ง ติดต่อหน่วยงานสังคมสงเคราะห์
เป็นสาเหตุให้ครอบครัววิตกกังวล/เป็นห่วง	ทำใจให้สงบไม่คิดมาก เพื่อไม่ให้เกิดโรคซ้ำจน ทำให้ลูกต้องเป็นห่วง ไม่ได้บอกความจริงเรื่องการเจ็บป่วย
เหมือนมีบาปจากการไม่ได้ละหมาดตามปกติ	กำลังละหมาดในใจ ปลอบใจตัวเองว่าจะละหมาดชดเชยหลังจาก อาการเจ็บป่วยดีขึ้น

#### 2.4.2 ขอความช่วยเหลือจากแพทย์/ทีมการรักษา

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ขอความช่วยเหลือจากแพทย์/ทีมการรักษาเพื่อจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้น เนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลประเมินแล้วว่าไม่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง หรือจัดการด้วยตัวเองแล้วไม่ช่วยให้ดี ดังคำกล่าวที่ว่า



“เขาก็ทำ ๆ พอดีน ช่วงนั้นสงสัยเขาจะยิงเข้าไปผมเจ็บผมก็ตื่นแรง ๆ บอกหมว่าผมทนไม่ไหวแล้ว ไม่ไหว... ผมตะโกนผมว่าผมไม่ไหวแล้ว...อยากให้เราหายใจได้สะดวก ๆ ผมบอกว่าผมจะบอกให้เขารู้ว่าผมทนไม่ไหวแล้ว...มันหายใจไม่ออก...มันแน่นอึดอัด นอนเนี่ยอึดอัด แน่นเขาจะได้อะไร”

น้ำคำ

การวางแผนชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา  
หลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจ และแพทย์ได้ทำการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าให้ เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้ ผู้ให้ข้อมูลได้คิดทบทวนสาเหตุของโรค ประกอบกับการได้รับข้อมูล และคำแนะนำด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาที่ได้รับ และการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มวางแผนชีวิตในอนาคตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตัวเองที่มีลักษณะที่แตกต่างกัน สรุปได้เป็น 2 ประเด็น คือ 1) แสวงหาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคม 2) ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ในเรื่อง ดูแลตนเองไม่ทำงานหนัก งดหรือลดอาหารที่มีรสจัด รับประทานยาอย่างเคร่งครัด ลดความเครียดโดยการทำใจ/ไม่คิดมาก มาตรวจตามนัดหรือพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เลิกบุหรี่ เลิกเหล้า และออกกำลังกายเท่าที่ทำได้ ข้อมูลดังตาราง 7

#### 1. แสวงหาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคม

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง ซึ่งอาศัยอยู่คนเดียว รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองว่า ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก หน้ามืดเป็นช่วง ๆ โรคสามารถกำเริบขึ้นได้ตลอดเวลา อาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต จึงวางแผนชีวิตในอนาคตว่าจะกลับไปพักอาศัยที่บ้านเกิด ซึ่งมีญาติพี่น้องคอยดูแล หากจะต้องเสียชีวิตก็ให้เสียชีวิตท่ามกลางญาติพี่น้อง ดังกล่าวที่ว่า

“ผมกลับบ้านสักพักหนึ่ง ไปปรึกษาตัวก่อน... ถ้าอยู่ที่นี้ก็ไม่มีใครมาดูแล อย่างเพื่อนบ้านเขาจะมาดูแล เหมือนครอบครัวเดียวกันก็ไม่ได้...ถ้าเราเป็นอะไรขึ้นมาเราก็ไปหาเขาไม่ทัน...ถ้าเราไปอยู่บ้านเราก็ยังมีพ่อแม่อยู่บ้านเดียวกัน เราก็ได้กินข้าวร่วมกัน ก็เดินอยู่ในบ้านเดียวกันได้...พ่อแม่นอนด้านนี้ เรานอนด้านนี้ เราก็ยังเรียกได้...อยู่ที่บ้านพี่น้องมีอยู่ล้อมรอบใกล้ชิดกัน...ญาติพี่น้องเยอะ มันอบอุ่นกว่า...”

น้ำคำ

## 2. เปลี่ยนวิถีชีวิต

### 2.1 ดูแลตนเองไม่ทำงานหนัก

ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน หรือยังทำงานได้ รับรู้ถึงความเจ็บป่วยของตนเองภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่ายังคงมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก หน้ามืดเป็นช่วง ๆ อีกทั้งยังได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ว่าการรักษาที่ได้รับเป็นเพียงการรักษาเพียงบางจุดเท่านั้น ไม่ได้รักษาทั้งหมดยังมีเส้นเลือดที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีก ร่วมกับการสังเกตอาการ และประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะนอนพักรักษาตัวเชื่อมโยงไปถึงกิจกรรมที่ต้องทำเมื่ออยู่ที่บ้าน จึงรับรู้ต้องปรับการทำงาน และกิจกรรมต่าง ๆ โดยลดภาระงานให้น้อยลง ไม่ทำงานหนัก หรืออาจจะไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม ดังกล่าวที่ว่า

“ถึงเราอย่าทำงานหนักต่อไปนี้...เราต้องทำใจว่าไม่ต้องไปแลมัน (ลูกชายที่กำลังป่วย) ลืม ๆ ไม่ต้องไปทำอะไรกับมัน)... ดูแลตัวเอง เราก็อย่าทำงานหนัก ๆ...อยู่ให้บาย ๆ (สบาย ๆ) งานไม่ต้องทำ ไม่ต้องไปสนใจอะไรแล้ว”

ห่มะ

“ทำงานหนัก รุนแรงๆ ของหนักๆ ทำไม่ได้เลย...ถ้าหัวใจไหนๆ ก็หัวใจสักครั้งหนึ่งเสีย ครั้งหนึ่งเราคอยหัวใจสองทีเสีย เราอย่าหัวใจทีเดียวแหละ อย่าหัวใจทีเดียว มันมาก หนัก เจ็บ เจ็บหัวใจนี้แหละก่อน ...ถ้าหัวใจของหนักๆ ฮั่น ถ้าเดินบายๆ (สบาย ๆ) พันนี้ (อย่างนี้) มันปกติไม่พริ้อ (ไม่เป็นไร) นอนไหนหนีไม่พริ้อ (ไม่เป็นไร) อาการไม่ออก”

น้ำทศ

### 2.2 งดหรือลดอาหารที่มีรสจัด

ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย รับรู้สาเหตุของโรคหัวใจจากเจ้าหน้าที่ว่าการรับประทานอาหารที่มัน เค็ม หวานจัด เป็นสาเหตุของโรค ผู้ให้ข้อมูลจึงคิดเชื่อมโยงพฤติกรรมมารับประทานอาหารของตัวเองที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยการงดหรือลดอาหารที่มีรสจัดทุกชนิด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังกล่าวที่ว่า

“อาหารต้องเปลี่ยน อย่าให้รสชาติเข้มข้น...กินจืดๆ อย่าส้ม (รสเปรี้ยว) อย่าเผ็ด อย่าเค็ม...อย่าหวานจัด...กินปลากินไทร...เขา (แพทย์) บอกแล้วให้ สา (ระวัง) ไว้บ้าง เราควบคุมก็คือ เราต้องควบคุมอาหารกัน...”

ห่มะ

“ก็กินแกงส้ม ผักผักไทรพ่นนี้ (อย่างนี้) กินกับเขา (ครอบครัว) นั้นแหละ เขาต้องทำสองอย่างเขาต้องทำให้พอจืด ๆ ...อย่าให้เค็มแรง (มาก) หมอว่าอย่ากินเค็ม น้ำปลาหมอว่าอย่าใส่ลงไปมากก็เท่านั้นแหละเราต้องเข้าใจตรงนี้แหละเพราะเราต้องคุมตัวเองแล้ว อย่าใส่ให้เค็มมากก็อย่าใส่น้ำปลา กินได้แต่ของจืด ๆ”

น้ำซิด

### 2.3 รับประทานยาอย่างเคร่งครัด

ผู้ให้ข้อมูล 6 ราย ระบุว่าโรคสามารถมีอาการกำเริบซ้ำได้ และการรักษาที่ได้รับเป็นเพียงการรักษาบางส่วนเท่านั้นยังมีเส้นเลือดหัวใจบางส่วนที่ยังไม่ได้รับการรักษาผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่วางแผนในอนาคตเมื่อกลับบ้านว่า จะรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยาเราต้องกินเคร่งครัด ยาที่ต้องกินก่อนก็ก่อน กินหลังก็หลังเพราะต้องกินหลายปีไม่ใช่กินวันสองวัน หมอเขาสั่งเราก็ต้องกินตามเขานั้นแหละ...เขาให้กินยาเราต้องกินยาแหละ ทำตามระเบียบเขาแหละ พอถึงเวลากินยาต้องกินยาแหละ กินข้าวต้องกินข้าว อยู่ได้บาย (สบาย)...”

น้ำซิด

“กินจนตายหมอว่า ถ้ามัวต่อใจ (เมื่อไหร่) หยุดหละยาหมอ...กินจนตาย ...ต้องกินยาอยู่เรื่อยแหละ ไม่อยากให้มีอาการช็อกเกิดขึ้น”

ลุงน้อย

### 2.4 ลดความเครียดโดยการทำใจ/ไม่คิดมาก

ผู้ให้ข้อมูล 1 ราย สังกัดว่ามีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ อ่อนเพลียง่ายตั้งแต่ลูกชายเริ่มเจ็บป่วย ส่วนตัวเองก็เครียด คิดมากเรื่องความเจ็บป่วยของลูกชาย และคนในครอบครัวต้องมีภาวะ

เพิ่มขึ้น จึงพยายามคิดเรื่องความเจ็บป่วยของลูกชายให้น้อยที่สุด และหันมาสนใจดูแลสุขภาพของตัวเองเพื่อจะได้ไม่ต้องเจ็บป่วยเป็นภาระให้กับคนในครอบครัวอีก ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ก็เครียดเรื่องคน...ที่ไม่สบายนั้น เรื่องอื่นไม่มี... (ตอนนี้) นึกในใจว่าอย่าไปเครียดกับอะไร...เวลาอยู่บ้านให้นึกว่าอย่าคิดมากเกินไป ให้หัวใจคิดว่าอย่าคิดมากเกินไปนะ อย่าคิดมากเกินไปนะ จะตั้งใจอธิษฐาน...มีอะไรเกิดขึ้นก็ไม่ต้องเครียด...คิดว่าต้องทำใจให้ได้ อย่าไปคิดมันแรง (มาก)...เรายังเป็นอะไร ไป ลูกมันก็เสียใจไปหลาย ๆ คน...เราต้องทำใจให้แข็ง...”

หม๊ะ

## 2.5 มาตรวจตามนัดหรือพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย กล่าวว่า จะต้องมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้งเพื่อมารับยาไปรับประทาน หากมีอาการผิดปกติก่อนวันนัด ให้ไปพบแพทย์ใกล้บ้านทันที ดังคำกล่าวที่ว่า

“แล้วถึงหม๊ะนี้ ต่อไปนี้หมอสั่งแล้วว่า ถ้ามีอะไรให้หม๊ะมาโรงพยาบาลที่บ้านมาหาเลยเขาบอกว่า พอสา (รู้สึก) อะไรมาหาหมอสเลย ก่อนที่ตรวจโรงพยาบาลเขาาก็บอกแล้ว หม๊ะก็ไปตรวจหาดีใหญ่แหละ ไปตรวจหาดีใหญ่ ที่นี้เขาว่าเขาไม่มีเครื่องมือเครื่องไม้”

หม๊ะ

## 2.6 เลิกบุหรี่ เลิกเหล้า

ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการเลิกสูบบุหรี่ ผู้ให้ข้อมูลจึงกลับสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุราที่ผ่านมา และเชื่อมโยงถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ และดื่มสุราอย่างเด็ดขาด ดังคำกล่าวที่ว่า

“สูบจัดเลย...นี่กว่า วิเคราะห์คิดว่ามีแนวโน้มสูง นิโคตินมันเข้าไป ถึงเราสูบเข้าไปเกาะฟันดำ อาจจะใกล้เคียง ไซ้ไม่ไซ้ไม่ทราบ แต่ผมว่าใกล้เคียง ร้ายตัวนี้ร้ายกว่าเหล้า...เหล้าก็ร้ายเหมือนกัน มันไปบั่นทอนสุขภาพ สมอง ความคิด ตับ ไต บั่นทอนความคิด ร้าย ๆ บุหรี่ร้ายที่สุด...ต้องหยุดแหละนี้ ไม่หยุดหรือ (ได้อย่างไร) เกรงใจคนพามารักษา...ถ้า ไม่หยุดก็ตาย...”

ลุงจวน

## 2.7 ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้

ผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ และจากพื้นฐานความรู้เรื่องเดิมว่าการออกกำลังกายทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง จึงวางแผนในอนาคตว่าเมื่อกลับบ้านว่าจะออกกำลังกายตามคำแนะนำ โดยเริ่มต้นจากการเดินออกกำลังกายเบา ๆ และสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ออกกำลังกาย ปกติผมออกกำลังกายอยู่แล้ว...เดินเล่น ๆ เดินสูดโอโซนเล่น ๆ ปรับเรากัน (ด้วย) แหละ...เดิน แบบเรารวังมากก็ไม่ได้อายุมากแล้ว เดินแบบ เดินแบบ เดินเร็ว ๆ...”

ลุงจวน

“ออก (กำลังกาย) อยู่แล้ว ผมอยู่เฉย ๆ ไม่ได้ ถึงมันจะสลับคาสนามก็แล้วแต่ อยู่ไม่ได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย...ลองแลกก่อนแหละ อย่าไกล ๆ ก่อนนะ...เดินในบ้าน แค่ว่า บ้านก่อน ถ้าเป็นอะไร เขาได้พามาส่งบ้าน”

ลุงน้อย

### ตาราง 7

การวางแผนในอนาคตของผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

การวางแผนในอนาคต	คุณลักษณะ
แสวงหาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคม	หากคนดูแล และเสียชีวิตท่ามกลางญาติพี่น้อง
ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต	ดูแลตนเองไม่ทำงานหนัก งดหรือลดอาหารที่มีรสจัด รับประทานยาอย่างเคร่งครัด ลดความเครียดโดยการทำใจ/ไม่คิดมาก มาตรวจตามนัดหรือพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ เลิกบุหรี่ เลิกเหล้า ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้

### การอภิปรายผล

จากภูมิหลังของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีความเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน มีนิสัยเป็นคนเจ้าระเบียบ มีความเครียดได้ง่ายซึ่งตรงกับบุคลิกภาพแบบเอ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และมีประวัติของบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร (2541) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเข้ารับการรักษาหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูนมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ปัจจัย และส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยง 2-3 ปัจจัย จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย ซึ่งเป็นเพศชายทั้งหมดมีประวัติสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ในช่วง 6-56 ปี ปริมาณที่สูบบุหรี่ในช่วง 1-2 มวนถึง 2 ซองต่อ/วัน และเป็นที่น่าสนใจว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทุกรายมีประวัติดื่มสุราร่วมด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีประวัติสูบบุหรี่ และปัจจุบันยังสูบบุหรี่ นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาเป็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และภาวะไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ อธิบายได้ว่าการสูบบุหรี่ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ทำให้เกิดการเสื่อมของเซลล์หลอดเลือดหัวใจ ทำให้การสร้างสารไนตริกออกไซด์ (Nitric oxide) ลดลงแต่สร้างเอนโดทีลิน (endothelin) และนิวเคลียสแฟกเตอร์ แคปป์ บี (nuclear factor kappa B) ซึ่งกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่ใช้กระบวนการอักเสบ และสารที่ทำให้เกิดการจับตัวของเซลล์ต่าง ๆ เข้ากับผนังหลอดเลือดหัวใจ ทำให้การขยายของหลอดเลือดหัวใจลดลง และมีการรวมตัวกันของเกร็ดเลือดและเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มีการสร้างเซลล์กล้ามเนื้อเรียบในชั้นสับเอนโดทีเลียม (sub endothelium) เพิ่มขึ้นทำให้มีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดหัวใจจนเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ (เบญจมาศ, 2551)

สำหรับผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 7 ราย มีเส้นเลือดตีบตั้งแต่ 1-3 เส้น โดยพบตำแหน่งที่เส้นเลือดตีบ 1-4 ตำแหน่ง แต่ผู้ป่วยทุกได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเพียงเส้นเดียว และตำแหน่งเดียวเท่านั้น อธิบายได้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจะทำเฉพาะหลอดเลือดที่คาดว่าจะเป็็นสาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่านั้น (ภัทรพงศ์, 2545) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าประสบความสำเร็จผู้ป่วยทุกราย ซึ่งหมายความว่าเส้นเลือดหัวใจมีการตีบน้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ (อภิชาติ, 2543) มีเพียงผู้ป่วย 1 รายเท่านั้น ซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลใกล้บ้านแล้วแต่ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ แพทย์จึงตัวมารักษาต่อด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า แต่พบว่า

ผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจมีเส้นเลือดหัวใจตีบเพียง 30 เปอร์เซ็นต์ และอยู่ในตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการทำ แพทย์จึงพิจารณาว่าไม่มีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เข้ารับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจก็มีกระบวนการ และขั้นตอนในการทำ เช่นเดียวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า กล่าวคือ การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าต้องผ่านกระบวนการฉีดสีก่อน จากนั้นเมื่อพบความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจจึงใช้บอลลูนถ่างขยายเส้นเลือดหัวใจที่อุดตัน

#### *ความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า สะท้อนถึงความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ ใน 3 ลักษณะ 1) การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง 2) การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถรักษาให้โรคหายขาดได้ และ 3) การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ความหมายของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็น *การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง* ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจจะมีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต ร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกที่มีความรุนแรง มีความรู้สึกหายใจไม่ออกเหมือนคนกำลังจะตาย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรีบจัดการเพื่อหลีกเลี่ยงความตาย หรือบรรเทาอาการให้เร็วที่สุด แต่เมื่ออาการเหล่านั้นไม่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง แม้แต่บุคคลใกล้ชิดก็ไม่สามารถให้การช่วยเหลือ หรือบรรเทาอาการให้ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องรีบจัดการเพื่อให้ตัวเองไปถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โดยขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้เคียง นำส่งโรงพยาบาลทันที ซึ่งเชื่อว่าการมาโรงพยาบาลจะช่วยบรรเทาอาการให้ดีขึ้น และรอดพ้นจากความตายได้ แต่เมื่อได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการรักษาที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถทำการรักษาได้เนื่องจากไม่มีทีมแพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ จึงต้องส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อธิบายได้ว่า บุคคลจะมีความหวังเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรือคุกคามต่อชีวิต อาจเกิดในสถานการณ์ที่มีความปรารถนาสิ่งใดสิ่งหนึ่งแต่มีความไม่แน่นอนที่จะได้รับสิ่งนั้น ความหวังทำให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และมีเป้าหมายในชีวิต ผลที่ตามมาคือก่อให้เกิดความสงบ สุขภาพร่างกาย และจิตใจดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น (ดวงรัตน์, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของเจนเซน และพิเทอร์สัน (Jensen

& Petersson, 2003) ที่ทำการศึกษาระยะการครั้งแรกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการเผชิญกับภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยการมีความหวังว่าจะผ่านพ้นภาวะคุกคามชีวิตไปได้ ซึ่งความหวังเป็นความรู้สึกทางบวกที่ก่อให้เกิดกำลังใจ เกิดพลังและจุดประกายให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าแล้ว พบว่าอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกดีขึ้นเมื่อเทียบกับอาการก่อนเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า อีกทั้งยังช่วยให้รอดพ้นจากความตาย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกอยู่เป็นช่วง ๆ แต่ความรุนแรงน้อยกว่าก่อนเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า นอกจากนี้การได้รับข้อมูลจากทีมการรักษาว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการช่วยเหลือให้หลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันมีเลือดไปเลี้ยงได้ดีขึ้นได้เพียงตำแหน่งเดียวเท่านั้น ยังมีเส้นเลือดหัวใจที่ไม่สามารถรักษาในครั้งนี้ได้ ดังนั้นจึงมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก แพทย์ให้คำแนะนำว่าต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ผู้ป่วยบางรายได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่ามีเส้นเลือดหัวใจที่ยังไม่ได้รับการรักษาหลายตำแหน่ง จึงมีความจำเป็นต้องปรึกษาแพทย์ที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านศัลยกรรมเพื่อพิจารณาเข้ารับการรักษาผ่าตัดหัวใจ และจากผู้ป่วยมีการสังเกตอาการร่วมกับการได้รับข้อมูลจากทีมการรักษา ทำให้รับรู้ว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็น การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ เปรียบเสมือนการดับเพลิงไหม้ให้มอดลงไม่ใช่การดับเพลิงให้หมดสิ้นไป เปรียบเสมือนการเติมน้ำในเครื่องยนต์ทำให้รถสามารถขับเคลื่อนได้ และเปรียบเสมือนการซ่อมเครื่องยนต์ให้สามารถทำงานได้ สอดคล้องกับศึกษาของวิรังรอง (2543) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รักษาไม่หายขาด เนื่องจากต้องรับการรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อธิบายได้ว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการถ่างขยาย หรือกรอกราบไขมันที่อุดตันออก (เบญจมาศ, 2551) เพื่อเปิดทางให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (กอบกุล, 2546) แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจะทำเฉพาะหลอดเลือดที่คาดว่าจะเป็สาเหตุของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่านั้น จึงมีเส้นเลือดบางเส้นที่ไม่ได้รับการรักษา อีกทั้งยังพบว่า ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดการตีบซ้ำ (restenosis) ของหลอดเลือดในตำแหน่งเดิมถึงร้อยละ 20-30 (ภัทรพงศ์, 2545) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการเจ็บหน้าอกเป็นช่วง ๆ

ปัจจุบันการขยายหลอดเลือดหัวใจในประเทศยังไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายมากนัก เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง อีกทั้งความรู้เดิมของคนส่วนใหญ่ที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ และผู้มีประสบการณ์ว่าการรักษาโรคหัวใจทำได้โดยการ



ผ่าตัดหัวใจ ซึ่งภายหลังการผ่าตัดต้องมีบาดแผลขนาดใหญ่ ต้องพักรักษาตัวโรงพยาบาลนาน มีโอกาสเสียชีวิตสูง แต่เมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าด้วยตัวเอง จึงนำมาเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการการผ่าตัด ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการรักษาที่ช่วยให้อาการดีขึ้น รอดพ้นจากความตาย โดยไม่ต้องผ่าตัด ไม่ต้องมีบาดแผลขนาดใหญ่มีเพียงแผลจากการใส่ท่อใส่สายสวนหัวใจที่ขาหนีบ ภายหลังจากดึงสายออกแล้วก็มีรูขนาดเล็กซึ่งหายได้รวดเร็วกว่าบาดแผลจากการผ่าตัดที่มีขนาดใหญ่ ไม่ต้องเจ็บปวดจากบาดแผลผ่าตัด และระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยประมาณ 2-3 วัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็น *การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่*

*ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*  
จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า สะท้อนถึงความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ ใน 4 ลักษณะ คือ 1) ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว 2) การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่ 3) การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมือนการดูแลรักษาต้นไม้มิให้เจริญงอกงาม และ 4) เส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีภาวะของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องนอนพักรักษาตัว ผู้ป่วยทุกรายยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานซึ่งประกอบอาชีพตามปกติ แต่การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน มีอาการรุนแรงทันทีทันใด ไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ที่ต้องให้การดูแลอย่างรีบด่วน การพยาบาลที่ให้อ้างอิงเรื่องการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ (วิจิตรา, 2546) สำหรับการเจ็บป่วยในครั้งนี้ใช้เวลาในการเตรียมตัวเพียง 10-30 นาที เท่านั้น หลังจากนั้นจึงเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทันที ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลใกล้บ้านจนอาการดีขึ้นระดับหนึ่ง อีกทั้งยังได้รับคำบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์มาก่อนว่าต้องมีการเตรียมตัวก่อนทำ โดยต้องมานอนพักรักษาตัวก่อนทำ มีการงดน้ำงดอาหารก่อน ทำให้คิดว่ายังไม่ต้องเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจทันที ผู้ป่วยจึงให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็นประสบการณ์ที่เฉียบพลันทันทีทันใด รวดเร็ว เป็น*ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว* อธิบายได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจจึงได้รับเลือดหรือออกซิเจนไปเลี้ยงไม่

เพียงพอ จนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (ภัทรพงศ์, 2545; อุไร, 2543) การขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการเปิดหลอดเลือดที่ตีบตัน โดยการใช้อุณหภูมิที่มีแรงดันทำให้เกิดการปริแยกของแผ่นไขมัน และผนังหลอดเลือด หลอดเลือดมีการถ่างขยายส่งผลให้การหดกลับของผนังหลอดเลือดสูญเสียไป จากนั้นแผ่นไขมันจะถูกกดให้แบนลงทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้เพียงพอ (อภิชาติ, 2543) เนื่องจากการรักษาที่แก้ไขพยาธิสภาพได้โดยตรงจุด ทำให้กลุ่มอาการของโรคดีขึ้นได้ทันที จากอาการหายใจไม่สะดวก หายใจไม่ออก เหมือนคนกำลังจมน้ำ หรือมีคราบน้ำคอกจนไม่สามารถหายใจเอาอากาศเข้าสู่ร่างกายได้ อาการเป็นอย่างต่อเนื่องจนไม่มีแรงแม้แต่จะหายใจเปรียบเสมือนคนใกล้ตาย แต่เมื่อได้รับการช่วยเหลือ การรักษาจากแพทย์จนผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ อาการเจ็บหน้าอก อาการหายใจไม่สะดวกดีขึ้น ผู้ป่วยจึงสะท้อนประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในครั้งนี้เป็น การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่

ผู้ป่วยให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็น การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเสมือนการดูแลรักษาต้นไม้มิให้เจริญงอกงามเนื่องจากการที่แพทย์ได้ทำการตรวจ และสามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง และรวดเร็ว หลังจากนั้นจึงได้ทำการรักษาได้ตรงจุด ทำให้อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง และรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าร่วมกับยาหลาย ๆ ชนิดอื่น ๆ จนมีอาการเจ็บป่วยดีขึ้นทันทีซึ่งเป็นการรักษาที่ถูกต้องแล้ว และถ้าการรักษาด้วยยาได้ผลดีอาจจะไม่ต้องผ่าตัด เช่นเดียวกับการดูแลรักษาต้นไม้มิแต่ละประเภทที่ต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง ต้นไม้นั้นจึงจะเจริญเติบโตงอกงามได้

ผู้ป่วยให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้ โดยให้ความหมายในลักษณะที่แตกต่างกันตามความเชื่อ สำหรับผู้ป่วยซึ่งนับถือศาสนาอิสลาม มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ เป็นพระประสงค์ และถูกกำหนดโดยพระเจ้าอัลเลาะห์ การจะหายจากความเจ็บป่วย หรือต้องเสียชีวิตก็เป็นประสงค์ของพระเจ้าอัลเลาะห์ทั้งสิ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยจึงยึดมั่นต่อพระเจ้าอัลเลาะห์ โดยการระลึกถึง และขอพรจากพระเจ้าอัลเลาะห์อยู่ตลอดเวลา มีความเชื่อว่าจะช่วยให้บาปที่มีอยู่ลดลง หรือพระเจ้าจะช่วยให้ได้ขึ้นสวรรค์ หากต้องเสียชีวิตผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องทรมานอยู่ในหลุมฝังศพจนกว่าจะรอรับการตัดสินในวันสิ้นโลก การที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงเป็นพระประสงค์ของพระเจ้าอัลเลาะห์ที่ช่วยให้ปลอดภัย และรอดพ้นจากความตาย ได้มีชีวิตอยู่เพื่อทำความดีต่อไป ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะช่วยปรับวิธีการมองความเจ็บป่วยในทางที่ดี และนำไปสู่การปรับวิถีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังการเจ็บป่วย ซึ่งอธิบายตามความเชื่อของศาสนาอิสลามได้ว่า โลกปัจจุบันเป็นเพียงโลกที่ไม่จริง จะต้อง

แตกสลาย เมื่อถึงวันสิ้นโลกมนุษย์ทั้งหมดจะต้องไปรวมกัน ณ ที่ของพระอัลเลาะห์เพื่อรอการสอบสวน และพิพากษาตามความชั่วที่ทำไว้เมื่อยังมีชีวิตอยู่ในโลกปัจจุบัน ผู้ทำดีก็จะเข้าสู่สวรรค์ ผู้ทำชั่วจะเข้าสู่นรก (สุจิตรา, 2552) ส่วนผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธมีความเชื่อว่าเมื่อถึงเวลาที่พรหมลิขิตให้เกิดการเจ็บป่วย ก็จะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น อธิบายได้จากความเชื่อของศาสนาพราหมณ์-ฮินดู ในยุคพราหมณ์ เชื่อว่าพระพรหมเป็นผู้ได้รับยกย่องให้เป็นเทพเจ้าสูงสุด มีความยิ่งใหญ่ พระพรหมเป็นผู้สร้างมนุษย์ และสรรพสิ่งในโลกเพียงพระองค์เดียว (สุจิตรา, 2552)

### *ผลกระทบก่อนการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

โรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จึงได้นำมาตรฐานแนวปฏิบัติของ American College of Cardiology/ American Heart Association ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งการปฏิบัติต้องทำอย่างรวดเร็วที่สุด แต่ขณะเดียวกันปฏิกริยาในการช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ที่รีบด่วนร่วมกับผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการรุนแรงเฉียบพลันถึงขั้นเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นภาวะฉุกเฉิน อีกทั้งยังได้ยื่นแพทย์ให้ข้อมูลกับญาติว่าโรคมีความรุนแรงมากมีโอกาสเสียชีวิต และรอดชีวิตเท่า ๆ กัน ทำให้เกิดความ *รู้สึกกลัว*ว่าจะเสียชีวิตจากโรค และความผิดพลาดจากการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยซึ่งได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ว่าต้องเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจ แต่เกิดความเข้าใจผิดว่าคิดว่าเป็นการผ่าตัดหัวใจ ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวว่าจะเสียชีวิตจากการดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิริงรอง (2543) และจิราวรรณ (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความกลัวการใส่สายสวนหัวใจ กลัวการผ่าตัด เช่นเดียวกับการศึกษาของไลออน และคณะ (Lyon et al., 2002) ที่ศึกษามุมมองของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหัวใจพบว่า ก่อนการเข้ารับการรักษาหัวใจผู้ป่วยมีความรู้สึกวิตกกังวล และกลัวเหมือนกับการเข้ารับการผ่าตัด โดยกลัวว่าจะเสียชีวิตจากการมีเลือดออกขณะตรวจสวนหัวใจ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะต้องการการดูแลที่รีบด่วน แต่อย่างไรก็ตามการได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วตามแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง และตอบสนองกับความต้องการ ก็ยังคงอยู่ภายใต้การปกป้องสิทธิของความเป็นบุคคล การทำกิจกรรมหลาย ๆ อย่างในเวลาเดียวกัน และมีเจ้าหน้าที่หลาย ๆ คนในบางสถานการณ์ซึ่งต้องการความเป็นส่วนตัว อาทิ การทำความสะอาด โคนขนบริเวณขาหนีบ และหัวหน่าวซึ่งเป็นบริเวณที่ใกล้กับอวัยวะสืบพันธุ์ จึงต้องการให้ปกปิดอย่างมิดชิด ซึ่งวัฒนธรรมของคนไทยที่ไม่นิยมเปิดเผยร่างกายทำให้ผู้ป่วย *รู้สึกอาย* สอดคล้องกับการศึกษาคาร์เดล และคณะ (Caldwell et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจไม่ชอบเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเปิดเผยร่างกายตนเองให้ผู้อื่นเห็น แต่อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกอาย เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นส่วน

หนึ่งของขั้นตอนในการรักษา และมีความต้องการให้การรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุดเนื่องจากอาการของโรคที่มีความรุนแรง อีกทั้งมีบุคคลเป็น คนไม่ชื้ออายุ

แต่อย่างไรก็ตามการมีระบบการส่งต่อโดยแพทย์จากโรงพยาบาลที่ไม่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ เจ้าหน้าที่ในการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า จะมีการติดต่อประสานงาน รวมทั้งมีการปรึกษากับแพทย์ในโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ซึ่งเป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ถึงอาการของผู้ป่วย และความจำเป็นในการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวมาถึงโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ซึ่งเป็น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทีมการรักษาซึ่งเตรียมความพร้อมไว้เรียบร้อยแล้ว จะทำการประเมิน ตรวจ และรักษาเพิ่มเติมด้วยความรวดเร็วอีกครั้ง หลังจากนั้นจึงเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา หลอดเลือดอย่างรวดเร็วที่สุด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินใช้ระยะเวลาเพียง 10-30 นาทีเท่านั้น ผู้ป่วยซึ่งมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวก มีอาการรุนแรง ทุกข์ทรมาน และคุกคามต่อชีวิตจึงมีความต้องการการดูแลที่รีบด่วน ทันทีทันใด ไม่อยากให้เสียเวลาแม้แต่วินาที เมื่อความต้องการการดูแลได้รับการตอบสนองทันทีทันใด ทุกขั้นตอนในการรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ *รู้สึกประทับใจในการช่วยเหลือที่รวดเร็ว* สอดคล้องกับการศึกษาของแอสติน ฮันเตอร์ เพรสลีย์ แมคลีนาเคน และครอส (Astin, Hunter, Priestly, McLenachan, & Closs, 2007) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจแบบปฐมภูมิทันทีที่มีอาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ผู้ป่วยรู้สึกประหลาดใจ และประทับใจในการช่วยเหลือที่รวดเร็ว

#### *ผลกระทบขณะขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกายทำให้มีอาการเจ็บปวดมากจากการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจ โดยเมื่อสารทึบรังสีเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดความรู้สึกปวดแสบปวดร้อน หรือรู้สึกร้อน และอาจเกิดความรู้สึกนี้กับส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ บางครั้งเกิดความรู้สึกหนักภายในทรวงอก (Cason, Russell & Fincher, 1992 อ้างตามศิริมาศ, 2543) ความรู้สึกเหล่านี้ร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ยิ่งทำให้ความเจ็บปวดยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก และแขนซ้าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึก *เจ็บมากจนทนไม่ไหว* อาการเจ็บมีความรุนแรงมากเมื่อเทียบกับอาการก่อนการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 1 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลใกล้บ้านแล้ว ทำให้อาการเจ็บหน้าอกดีขึ้นในระดับหนึ่งแล้ว ผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจพบว่า มีเส้นเลือดหัวใจตีบเพียง 30 เปอร์เซ็นต์ อาจเป็นไปได้ว่าขณะทำผู้ป่วยจึงไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณ

หน้าอกหรือแขนซ้ายแต่อย่างใด อีกทั้งเมื่อแพทย์จึงพิจารณาว่าไม่มีความจำเป็นต้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ทำให้มีระยะเวลาในการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ อธิบายได้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจจะทำในผู้ป่วยที่มีผลการตรวจหลอดเลือดหัวใจพบว่ามีเส้นเลือดหัวใจตีบอย่างน้อย 1 เส้น ขนาดของหลอดเลือดเมื่อเทียบกับหลอดเลือดปกติพบว่า มีการตีบแคบมากกว่า 75 เปอร์เซ็นต์ ส่วนผู้ป่วยอีก 1 รายที่รู้สึกเจ็บเพียงเล็กน้อยขณะฉีดยาชา แต่ขณะทำไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณหน้าอกหรือแขนซ้ายอาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาหลังจากเริ่มมีอาการจนถึงเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าน้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ เนื่องจากขณะเกิดอาการผู้ป่วยรายนี้กำลังอยู่ในโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่แล้ว อธิบายได้ว่าอาการ และอาการแสดงของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแต่ละรายจะมีความรุนแรงมากขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ และการจัดการเพื่อบรรเทาอาการ (Smeltzer et al., 2008) จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการมีความสัมพันธ์กับขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยพบว่ากล้ามเนื้อหัวใจจะมีขนาดการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ทุก ๆ 30 นาที (Raitt et al., 1996) ส่วนผู้ป่วยอีก 1 ราย ไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดเนื่องจากก่อนทำ และขณะทำผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกตัว

การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ส่งผลกระทบกับผู้ป่วยทางด้านจิตใจทำให้นักถึงความตาย อาการหายใจไม่ออก หายใจไม่สะดวกจากอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร่วมกับต้องนอนหงายราบบนเตียงทำให้ไม่สามารถลุกนั่งเพื่อหายใจให้สะดวกได้ ทำให้ผู้ป่วย *นึกถึงความตายเนื่องจากหายใจไม่ออก* อธิบายได้ว่า อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอาการที่เกิดขึ้นได้จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากหัวใจมีแรงบีบตัวลดลง และไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอจนเกิดภาวะหัวใจวายเลือดคั่งที่ปอดได้ (ปราณี, 2543) รวมถึงขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบซึ่งกะบังลมจะถูกดันด้วยอวัยวะภายในช่องท้อง ทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ และขณะนอนหงายราบเลือดจะไหลกลับเข้าหัวใจด้านขวา และปอดทำให้มีเลือดคั่งในปอดมากขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง (ปราณี, 2543) ผู้ป่วยบางราย *นึกถึงความตายเนื่องจากหิวมาก* อาการหิวมีรุนแรงมากที่สุดในชีวิต เหงื่อออก ร่างกายอ่อนเพลียมาก จนรู้สึกหัวใจไม่มีแรงทำงาน อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีภาวะเครียดจะมีปฏิกิริยาตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก อดรีนัล และเมดัลลาทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย (Smeltzer et al., 2008) ทำให้เกิดอาการหิวได้ นอกจากนี้เมื่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนลดลง และอัตราการขับของเสียจากเนื้อเยื่อเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อ

ขับออกลดลง ของเสียจึงค้างคั่งอยู่ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากทำให้ความทนต่อการกระตุ้นลดลง จึงเกิดอาการอ่อนเพลียได้ (ปราณี, 2543)

ผู้ป่วยทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์ในการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า มาก่อน เมื่อถึงห้องที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ซึ่งเป็นห้องขนาดใหญ่ ปลอดเชื้อ มีอุณหภูมิต่ำมากประมาณ 18-20 องศาเซลเซียส มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจำนวนมาก เช่น เครื่องเอกซเรย์ความเร็วสูงที่มีขนาดใหญ่ เครื่องบันทึกภาพภาพเคลื่อนไหว เครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสัญญาณชีพสำหรับอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น เครื่องช็อคไฟฟ้าหัวใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นเครื่องมือ อุปกรณ์เหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยพบเห็นมาก่อน และมีขนาดใหญ่ ทำให้เกิดความ *รู้สึกกลัวเทคโนโลยี* แม้จะรับรู้จากผู้มีประสบการณ์ว่าเครื่องมือ และอุปกรณ์ดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ใช้รักษาโรคแล้วก็ตาม การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นเหตุการณ์ที่ใช้รักษาโรคอย่างหนึ่งที่เกิดกระทำโดยตรงกับหัวใจ โดยขณะทำผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา และสามารถมองเห็น รับรู้เหตุการณ์ทั้งหมด ในห้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจะมีทีมการรักษาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะอีกทีมหนึ่งที่ผู้ป่วยไม่เคยเจอมาก่อน แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้สึกกลัวเครื่องมือเนื่องจากเคยได้รับข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์เล่าให้ฟังว่ามีเครื่องมืออะไรบ้าง มีขั้นตอนการทำอะไรบ้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายที่ไม่รู้สึกตัวขณะทำ ขณะทำผู้ป่วยมีความรู้สึกกลัวเกิดขึ้นกลัวว่าจะเกิดความผิดพลาดถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยกลัวว่าจะเกิดภาวะเลือดออก เส้นโลหิตแตกได้ จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองบ้าง ส่งผลให้มีความรู้สึกกลัว จากการศึกษาของคาร์ดเวล และคณะ (Caldwell et al., 2007) ศึกษาเกี่ยวกับความกลัว และความเชื่อถึงประโยชน์ของการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยรู้สึกกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของดีจงวัต และอาร์เทอร์ (De Jong-Watt & Arthur, 2005) พบว่า ผู้ป่วยที่นัดมานัดสีหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนในชีวิต วิธีการทำหัตถการ กลัวว่าจะเสียชีวิตขณะนัดสีหลอดเลือดหัวใจ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายไม่มีความรู้สึกกลัว เนื่องจากเคยได้ยินคำบอกเล่าจากผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาบ้างแล้ว และเห็นว่าผลการรักษาช่วยให้กลับไป มีชีวิตได้ตามปกติ สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม

ขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นลักษณะ รูปร่าง และการทำงานของหัวใจตัวเองจากจอบันทึกภาพเป็นครั้งแรกทำให้เกิด *ความรู้สึกตื่นตัว* เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่เคยเห็น การได้เห็นการทำงานของหัวใจตัวเองทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของหัวใจมากขึ้น โดยคิดว่าหากเมื่อไหร่ที่เส้นเลือดหัวใจเส้นใดเส้นหนึ่งเกิดหยุด

ทำงานก็จะเสียชีวิตได้ทันที นอกจากนี้ขณะทำผู้ป่วยยังได้ยินที่แพทย์พูดคุยปรึกษากันโดยใช้ภาษาทางการแพทย์บ้าง ภาษาไทยบ้าง ทำให้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคบางส่วน แต่ในประเด็นที่ฟังไม่รู้เรื่อง ทำให้จินตนาการไปมากกว่าความเป็นจริงจนเกิด *ความรู้สึกกังวล* สอดคล้องกับศึกษาของมอสเซอร์และดราคูป (Moser & Dracup, 1996) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความวิตกกังวลสูงใน 48 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเต้นของหัวใจผิดปกติ (ventricular tachycardia และ ventricular fibrillation) และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลสูงขึ้น ขณะทำผู้ป่วยต้องนอนหงายราบบนเตียงขนาดเล็ก และถูกผูกยึดมือ และเท้า จะต้องถูกถอดกางเกงออก จากนั้นจึงคลุมด้วยผ้าปราศจากเชื้อ และเปิดไว้เฉพาะบริเวณที่แพทย์ต้องสอดใส่ท่อนำสายสวนหัวใจเข้าไปในหลอดเลือดแดงใหญ่ซึ่งอยู่บริเวณขาหนีบ ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความ *รู้สึกอาย* ที่ต้องถอดเสื้อผ้าขณะทำ

#### *ผลกระทบหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเสร็จแล้ว แพทย์จะถอดอุปกรณ์ที่ใช้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าออก เหลือไว้เฉพาะท่อนำสายสวนหัวใจ เนื่องจากระหว่างทำจะได้รับยาเฮปาริน (Heparin) ในขนาดสูง 70-10 units ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมซึ่งทำให้ไม่สามารถถอดได้ทันที ต้องเอาออกหลังจาก 4 ชั่วโมง และต้องหยดยาต่ออีก 8 ชั่วโมง (เบญจมาศ, 2551) แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องคาท่อนำสายสวนหัวใจในช่วง 3 ชั่วโมง ถึง 1 วัน (เฉลี่ย 14.37 ชั่วโมง) เนื่องจากต้องประเมินค่าความดันโลหิตจากท่อนำสายสวนหัวใจตลอดเวลาในกรณีที่มีภาวะช็อก หรือคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีความผิดปกติ จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดต่อจากศูนย์โรคหัวใจ คือ ยาอินทริกิลลิน (Intrigillin) ซึ่งจะสามารถนำท่อนำสายสวนหัวใจออกได้หลังจากหยุดยาแล้ว 2 ชั่วโมง ผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าส่วนใหญ่เกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในขณะที่คาท่อนำสายสวนหัวใจ และทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียงเพื่อลดปริมาณการใช้ออกซิเจน และความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นของร่างกาย (วรรณิ, 2551) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการคาท่อนำสายสวนหัวใจแตกต่างกัน แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีลักษณะคล้ายกัน เมื่อมีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย โดยเฉพาะการสอดใส่เข้าไปในหลอดเลือด และคาไว้ตลอดเวลา ทำให้รู้สึก *เจ็บบริเวณที่มีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบ* สอดคล้องกับการศึกษาของทิวาวรรณ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพุงหัวใจ (intra aortic balloon pump) จะรู้สึกปวด ระบายเคือง และเจ็บแสบบริเวณง่ามขา และบริเวณที่ใส่เครื่องพุงหัวใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยทุกรายต้องนอนหยดยาอยู่ตลอดเวลาจากการมีท่อนำสายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบ ทำให้เกิดอาการ *ปวดเมื่อย* ร่างกาย

เนื่องจากไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้ตามปกติ อธิบายได้ว่าเมื่อก้ามเนื้อมีการหดตัวอยู่นานจะทำให้เกิดมีการกั้งของกรดแลคติก และของเสียอื่น ๆ ทำให้เกิดอาการเมื่อยล้า และปวดเมื่อยก้ามเนื้อ (วรรณิ, 2551) นอกจากนี้โรคก้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนลดลง และอัตราการขับของเสียจากเนื้อเยื่อเข้าสู่กระแสเลือดเพื่อขับออกลดลงด้วย ของเสียจึงคั่งค้างอยู่ในเนื้อเยื่อต่าง ๆ มากทำให้ความทนต่อการกระตุ้นลดลง จึงเกิดอาการปวดเมื่อยได้ (ปราณี, 2543) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคก้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพยุงหัวใจ จะไม่สามารถงอขาข้างที่มีเครื่องพยุงหัวใจได้ ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยหลัง เอว และปวดก้ามเนื้อ (ทิววรรณ, 2552) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของ *พักผ่อน/นอนหลับได้น้อยลง* โดยมีผลสืบเนื่องมาจากการเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการไม่สามารถขยับถ่ายได้ตามปกติ การทำกิจกรรมทางการพยาบาลบ่อย ๆ เสี่ยงดัง สำหรับการศึกษาของกันตพร (2547) มีคุณภาพการนอนหลับลดลงได้จากอาการของโรค เช่น อาหารเหนียวหอบ อาการเหนื่อยล้า และอาการซึมเศร้า การมีท่อनाสายสวนหัวใจที่ขาหนีบยังส่งผลกระทบต่อกรับประทานอาหารทำให้ *รับประทานอาหารได้น้อยลง* เนื่องจากนอนรับประทานอาหารบนเตียงซึ่งอยู่ในท่าทางที่ไม่เคยชิน อีกทั้งยังถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียงทำให้การเคลื่อนไหวล่าช้าลดลงอาจเกิดอาการท้องผูกได้ (วรรณิ, 2551) และไม่ได้ขยับถ่ายตามปกติทำให้รู้สึกอึดอัดในระบบทางเดินอาหารนำไปสู่ความรู้สึกอยากอาหารลดลง นอกจากนี้อาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เป็นอาหารเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคก้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งจำกัดเกลือทำให้มีรสชาติจัดผู้ป่วยไม่เคยชินกับรสชาติทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง

การที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระตามความต้องการ ในขณะที่ยังมีความรู้สึกตัว และยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ทำให้เกิดรู้สึก *อึดอัด/รำคาญจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว* สอดคล้องกับการศึกษาของทิววรรณ (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคก้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพยุงหัวใจ ซึ่งไม่สามารถงอขาข้างที่มีเครื่องพยุงหัวใจได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติได้ ทำให้รู้สึกรำคาญ และอึดอัดใจ การเคลื่อนไหวร่างกายอาจทำให้มีการเลื่อนหลุดของท่อनाสายสวนหัวใจซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดเลือดออกรุนแรง มีก้อนเลือดบริเวณขาหนีบ เป็นต้น การจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลงส่งผลกระทบต่อการทำงานขับถ่ายอุจจาระได้ยากขึ้นจนเกิดท้องผูกได้ (วรรณิ, 2551) ทำให้เกิดความ *ทุกข์ใจจากขยับถ่ายไม่สะดวก* จากการที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งโดยปกติจะยื่นขยับถ่ายปัสสาวะ เมื่อต้องปัสสาวะในท่านอนทำให้รู้สึกไม่เคยชิน สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา (2546) พบว่า ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ต้องขยับถ่ายอุจจาระบนเตียงทำให้รู้สึกเจ็บ และอึดอัดท้อง จากการที่ไม่สามารถขยับถ่ายได้ ต้องเบ่งถ่าย เจ็บบริเวณทวารหนักเกิดความทุกข์ทรมานมาก



การได้รับข้อมูลจากแพทย์ว่ายังมีเส้นเลือดที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีก มีโอกาสเป็นซ้ำได้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้รับรู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจเสียชีวิตได้ทันที แม้ว่าจะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วก็ตาม ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกกลัว/กังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของวิริงรอง (2543) พบว่า ผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้รู้สึกกลัวโดยกลัวว่าจะมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน และรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ การเจ็บป่วยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจทำให้ขาดรายได้จากการที่ต้องหยุดงานขณะนอนพักรักษาตัว อีกทั้งเมื่อกลับบ้านก็ต้องนอนพักฟื้นและอาจจะไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม สำหรับบุคคลในครอบครัวก็ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่าผู้ป่วยบางรายไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลเนื่องจากใช้สิทธิ์การรักษาเบิกค่ารักษาได้ หรือจากสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่อย่างไรก็ตามก็จะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหาร จะเห็นได้ว่ารายได้ของครอบครัวลดลงในขณะที่เดียวกันก็มีรายจ่ายมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อยู่ในวัยทำงาน และทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว รับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ *รู้สึกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย* สอดคล้องกับการศึกษาของวิริงรอง (2543) พบว่า ผลกระทบของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่ต้องหยุดการประกอบอาชีพทำให้ขาดรายได้ และมีความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของเป็น (2550) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความรุนแรงของโรคจะไม่สามารถประกอบอาชีพได้เหมือนเดิม บทบาทและหน้าที่เดิมถูกปรับเปลี่ยนจากหัวหน้าครอบครัวมาเป็นสมาชิกในครอบครัว ทำให้สูญเสียโอกาสความก้าวหน้าในการทำงาน ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะการเงิน และเศรษฐกิจ

การที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะวิกฤต และต้องเข้ารับการรักษาเพื่อช่วยเหลือฉุกเฉิน อีกทั้งยังต้องนอนพักรักษาตัวโรงพยาบาลทำให้ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ต้องคอยดูแล ส่วนผู้ป่วยที่มีญาติอยู่ห่างไกลไม่สามารถมาดูแลใกล้ชิดได้แต่สอบถามอาการทางโทรศัพท์เท่านั้นยิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล เป็นห่วงมากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ *เป็นสาเหตุให้บุคคลในครอบครัวรู้สึกเป็นห่วง และวิตกกังวล* สอดคล้องกับการศึกษาของมอสเซอร์ และดราคัป (Moser & Dracup, 2004) ที่กล่าวว่าภายหลังจากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าคู่สมรสจะมีระดับความวิตกกังวล และซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วย และยังพบว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในภาวะวิกฤต ก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของสมาชิกในครอบครัว แลปฏิกิริยาดังกล่าวจะมีผลกลับมายังผู้ป่วยด้วย (ชอลดา, 2536)

สำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามซึ่งต้องนอนทำกิจกรรมทุกอย่างบนเตียง แต่เมื่อเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ก็ไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจโดยการละหมาดได้ตามปกติ ซึ่งต้องทำ

วันละ 5 ครั้ง และเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติมาโดยตลอด ถึงแม้ว่าการละหมาดจะสามารถทำได้โดยการนึกนึกพระอัลเลาะห์ นั่งหรือนอนละหมาด หรือซกดเซยกายหลังอาการเจ็บป่วยดีขึ้น แต่จะได้บุญน้อยกว่าการยืนละหมาดอย่างถูกต้องตามคำสอนของศาสนา พระอัลเลาะห์จะตัดสินให้มีบาปทำให้รู้สึกไม่สบายใจ อึดอัดใจที่เป็น เหมือนการมีบาปจากการที่ไม่ได้ละหมาดตามปกติ อธิบายได้ว่า การละหมาดเป็นหลักปฏิบัติหรือหน้าที่ตามคำสอนของศาสนาอิสลาม โดยผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะต้องปฏิบัติทุกวันวันละ 5 ครั้ง ในเวลาเช้ามีด เที่ยง บ่าย เย็น และตอนกลางคืน การละหมาดหรือการนมัสการต่อพระเจ้าอัลเลาะห์ เป็นการแสดงความเคารพ รักดีต่อพระเจ้าอัลเลาะห์ นอกจากนี้ยังเป็นการสำรวมจิตระลึกถึงพระเจ้า เป็นการขัดเกลาจิตใจให้บริสุทธิ์ เป็นการฝึกนิสัยให้ตรงต่อเวลา มีระเบียบ มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ รักษาความสะอาด อีกทั้งยังเป็นการบริหารร่างกาย การละหมาดจะช่วยคลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ได้ดีที่สุด (สุจิตรา, 2552)

*การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า*

ผู้ป่วยที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าต้องเผชิญกับกระบวนการการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงมาโรงพยาบาล ผ่านกระบวนการเตรียมตัวอย่างรวดเร็วเพื่อเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า และพักรักษาตัวที่หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยสามัญตามลำดับ กระบวนการดูแลรักษาที่เกิดขึ้นรวดเร็ว และเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจึงมีวิธีการปรับตัวเพื่อเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้น ซึ่งใช้วิธีการจัดการในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เพื่อลด และบรรเทาผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธี การจัดการด้วยตนเอง ด้วยการพยายามอดทน ซึ่งพบว่าเป็นวิธีที่ผู้ป่วยนำมาใช้มากที่สุด จากการที่ผู้ป่วยให้ความหมายของการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเป็นความหวังว่าจะช่วยให้อาการดีขึ้น ช่วยให้รอดพ้นจากความตาย ผู้ป่วยจึงยอมอดทนทุกอย่าง เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วที่สุด การต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งก่อน ขณะ และหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าจึงเป็นผลกระทบเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และเมื่อเปรียบเทียบผลกระทบจากการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ากับการผ่าตัดแล้วพบว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามีผลกระทบน้อยกว่าการผ่าตัดในหลาย ๆ ประเด็น ทำให้ยอมอดทน และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีการจัดการกับผลกระทบด้วยวิธีอื่น ๆ ตามสาเหตุ ดังเช่น เมื่อมีอาการปวดเมื่อยก็ใช้วิธีการออกกำลังกายเบา ๆ หรือพลิกตะแคงตัว เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรดา (2550) พบว่า หากมีอาการปวด

เมื่อจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดทำทางเพื่อให้เกิดความสบาย การปรับสภาพทางอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกโดยการยอมรับสภาพ อดทน และเบี่ยงเบนความสนใจ ไปยังเป้าหมายของการรักษาว่าจะทำให้ได้ผลดี (ทิพรดา, 2550; วรรณภรณ์, 2544) เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจะใช้เวลาในการนอนพักผ่อนในช่วงเวลากลางวัน ½-1 ชั่วโมงทุกวัน และนอนพักเกือบทั้งวัน (สุนนา, 2548; สุทธิษา, 2548) นอกจากนี้ยังใช้วิธีการผ่อนคลาย การสวดมนต์หรือการทำสมาธิ (สุนทรา, 2541; สุทธิษา, 2548; สุนนา, 2548) เมื่อมีปัญหาในการขับถ่ายผู้ป่วยจะใช้วิธีการจัดการโดยการรับประทานผลไม้ที่มีกากใยช่วยให้ขับถ่ายได้ดีขึ้น การจัดทำทางให้ขับถ่ายสะดวกค่อย ๆ เบ่งถ่ายอุจจาระ เช่นเดียวกับการศึกษาของจิตรา (2546) พบว่าผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีวิธีการจัดการกับปัญหาในการขับถ่ายอุจจาระที่หลากหลาย เช่น การกลั้นอุจจาระจนรู้สึกว่าการขับถ่ายไม่ไหวแล้วจึงขับถ่าย รอคอยเวลาจนกว่าจะผ่านพ้นจากการจำกัดการเคลื่อนไหว ในขณะที่ถ่ายอุจจาระผู้ป่วยใช้แรงดัน โดยการเบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งแพทย์พยายามห้ามไม่ให้มีการเบ่งถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยจึงจัดการกับอาการท้องผูก โดยการเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ (สุทธิษา, 2548)

เมื่อเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ก็จะใช้วิธีการปลอบใจตัวเอง คิดเชิงบวก หรือหาเพื่อนคุย เบี่ยงเบนความสนใจ/เป็นกำลังใจ โดยการพูดคุยเรื่องตลกขบขันกับเพื่อน เจ้าหน้าที่ และสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างหรือผู้ป่วยด้วยกัน เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว หรือวิตกกังวล หรือเมื่อเกิดความสงสัย วิตกกังวลก็จะแสวงหาข้อมูลโดยการสอบถามข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะใช้วิธีการเผชิญกับความเครียดโดยการมุ่งแก้ปัญหาเพื่อจัดการกับแหล่งความเครียดนั้น และใช้วิธีการจัดการกับอารมณ์โดยการปรับอารมณ์ความรู้สึกไม่ให้ความเครียดนั้นทำลายขวัญ และกำลังใจหรือลดประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคล (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของทิพมาส และชอลดา (2537) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยการพยายามคิดในสิ่งที่ดี ๆ การคิดว่าไม่ได้เป็นอะไรมาอาการคงหายเองพยายามอดทน เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสุทธิษา (2548) และสุนนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้วยการจัดการกับอารมณ์โดยการระบายความทุกข์กับบุคคลที่ใกล้ชิด

เมื่อผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับผลกระทบด้วยตนเองจนสุดความสามารถแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถลด หรือบรรเทาผลกระทบเหล่านั้นได้ ผู้ป่วยจึงใช้วิธีการ *ขอความช่วยเหลือจากแพทย์/ทีมการรักษา* โดยจะกระทำเมื่อผู้ป่วยประเมินแล้วว่าผลกระทบเหล่านั้นไม่สามารถจัดการได้ด้วยตัวเอง หากยังปล่อยให้ผลกระทบนั้นเกิดขึ้นต่อไปจะทำให้คุณภาพต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการในลักษณะเหมือนกับอาการของโรคที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ อีกทั้งไม่มั่นใจว่า

ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อการเจ็บป่วยทำให้อาการทรุดลงหรือไม่ ผู้ป่วยจึงพึ่งพาเจ้าหน้าที่ทีมการรักษา ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลโดยตรง อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจะมีวิธีการเผชิญความเครียดโดยการแสวงหาความช่วยเหลือ หรือแรงสนับสนุนทางสังคมในเครือข่ายรอบข้าง (Lazarus & Folkman, 1984) เช่น ขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้ามีอาการเจ็บมากที่สุดบริเวณหน้าอก และแขนซ้าย และอาการหิวมาก ไม่มีแรงเหมือนจะเสียชีวิต ภายหลังหลังจากการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าแล้วยังมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกเป็นช่วง ๆ ผู้ป่วยจะรายงานให้แพทย์พยาบาลทราบ ผู้ป่วยจะรายงานให้แพทย์ทราบทันที สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวด์ย์ (2552) และสุมนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านการป้องกัน และควบคุมความรุนแรงของโรค ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยรีบรายงานให้แพทย์ และพยาบาลทราบทันที ผู้ป่วยที่ไม่สามารถขับถ่ายได้ตามปกติ และมีความทุกข์ทรมานการจัดการกับการขับถ่าย ผู้ป่วยจะขอระบายจากพยาบาลมารับประทาน (สุทิดา, 2548) จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการกับผลกระทบที่ผู้ป่วยใช้เป็นวิธีการที่เหมาะสม การส่งเสริม โดยการให้ความรู้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรับมือมากขึ้น

#### *การวางแผนในอนาคต*

จากการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของโรคที่มีความรุนแรง เจ็บพลันจนถึงอาจถึงเสียชีวิตได้ ภายหลังเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าทำให้กลุ่มอาการของโรคดีขึ้น ผู้ป่วยบางรายจึงสะท้อนประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าว่าเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่ ส่งผลถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รวมถึงการได้เห็น และทราบผลการตรวจสวนหัวใจจากแพทย์ และทีมการรักษา และการรักษาที่ได้รับว่าเป็นการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเจ็บพลันเพียงบางตำแหน่งเท่านั้น ยังมีเส้นเลือดหัวใจบางจุดที่ไม่ได้รับการรักษาจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำ และเกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค รวมถึงมีการสะท้อนคิดถึงพฤติกรรมความเสี่ยงของตนเอง ตลอดจนการแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นไปได้ มีความเหมาะสม สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตของตนเองมากที่สุด ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลจากแพทย์ และทีมสุขภาพ มีความสำคัญ และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรง จะมีแรงผลักดันให้เกิดความเป็นไปได้การปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ผลประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติ

เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ทันที ทัศนคติ ทัศนคติจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ก็ได้ และอาจเสียชีวิตได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งอาศัยอยู่คนเดียวจึงมีการวางแผนเพื่อ *แสวงหาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคม* โดยวางแผนว่าจะย้ายกลับไปอยู่ที่บ้านเกิดเนื่องจากครอบครัวทุกคนอยู่ที่นั่น หากมีอาการเจ็บป่วยจะได้มีญาติคอยดูแลอยู่ใกล้ ๆ หรือหากต้องเสียชีวิตจะได้เสียชีวิตท่ามกลางญาติ มีความอบอุ่นทางจิตใจ

จากการที่ผู้ป่วยสังเกต และประเมินอาการภายหลังทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้รับรู้ว่าการเจ็บหน้าอก หายใจไม่สะดวกยังมีอยู่เป็นช่วง ๆ ยังคงมีอาการอ่อนเพลีย ดังนั้นร่างกายจึงต้องการการพักผ่อน การจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องทำด้วยความระมัดระวังมากขึ้น จึงมีการวางแผนว่าจะ *ดูแลตนเองไม่ทำงานหนัก* หากมีความจำเป็นต้องยกของก็แบ่งจำนวนยกที่ครั้งหนึ่ง ผู้ป่วยบางรายวางแผนว่าอาจจะต้องหยุดงาน เพื่อไม่ให้โรคมีอาการกำเริบหรือรุนแรงขึ้น อธิบายได้ว่าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายจะฟื้นคืนสู่สภาพได้ยาก บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายจะเป็นแผลเป็นบนกล้ามเนื้อหัวใจตลอดไป ดังนั้นเมื่อร่างกายต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น หัวใจจึงเอาออกซิเจนจากอวัยวะต่าง ๆ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อให้เลือดมาเลี้ยงหัวใจมากขึ้น ดังนั้นร่างกายจึงต้องพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อลดการทำงานของหัวใจ (ปราณี, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรังรอง (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่าจะต้องการปรับลดการทำงานลง ไม่ทำงานหนัก หยุดทำงาน และพักผ่อนมากขึ้น

*งดหรือลดอาหารที่มีรสจัด* จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากทีมการรักษาว่าต้องงดอาหารที่มีรสจัด อาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมู ไข่ วัว เป็นรับประทานประเภทผัก และเนื้อปลา และสังเกตว่าอาหารของโรงพยาบาลมีรสชาติจืด แต่เป็นอาหารที่ถูกสุขลักษณะสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงพยายามรับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารตามการรับรู้ว่าจะต้องรับประทานอาหารประเภทผัก งดอาหารที่มีไขมันสูง และควบคุมอาหารตามคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยคิดว่าอาหารของโรงพยาบาลมีรสจืด ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยซึ่งมีผลต่อการได้รับสารอาหารหล่อเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทร (2541) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่รับประทานอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย แต่อย่างไรก็ตามเมื่อออกจากโรงพยาบาลจะพยายามค่อย ๆ ปรับอาหารตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งถือว่า ผู้ให้มุลมีความคิด และมีการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมกับตนเอง

จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากแพทย์ และทีมสุขภาพว่าต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ผู้ป่วยจึงรับรู้ว่ายามีความสำคัญต่อชีวิตจึงวางแผนไว้ว่าจะ *รับประทานยาอย่างเคร่งครัด* โดยการรับประทาน

ขาดตรงเวลา และต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง โดยผู้ป่วยจะรับประทานอาหารที่โรงพยาบาลจัดให้ เพื่อจะได้รับประทานยาตามเวลา ผู้ป่วยบางรายสังเกตุ และสามารถจดจำลักษณะ สรรพคุณของยาตามที่พยาบาลบอกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอูมา และคณะ (2544) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ การรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยที่รับรู้ว่าคุณภาพอ่อนแอลงจากความเครียด อีกทั้งมีอุปนิสัยเป็นคนเจ้าระเบียบจึงวางแผนในการ *ลดความเครียด โดยการทำใจ/ไม่คิดมาก* โดยการพยายามปล่อยวาง และหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพของตัวเองมากขึ้น เพื่อจะได้ไม่ต้องเจ็บป่วยเป็นภาระให้กับคนในครอบครัวอีก อธิบายได้ว่าบุคคลที่มีภาวะเครียดเรื้อรังจะทำให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีนไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดความดันโลหิตสูงขึ้น มีอัตราการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด และเป็นตัวกระตุ้นอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ปราณี, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของวิรังรอง (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรม และวิถีชีวิตในด้านงดเว้นการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การพยายามลดความเครียดด้วยการสวดมนต์ ทำสมาธิ ทำใจ และการงดสูบบุหรี่

จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องรับประทานยาตลอดชีวิต จึงมีการวางแผนว่าจะ *มาตรวจตามนัด หรือพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการ* เพื่อมารับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เห็นว่าการมาตรวจตามแพทย์นัดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผลของการรักษา และการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่อไป อีกทั้งการมาพบแพทย์ยังทำให้เกิดความมั่นใจในการใช้ชีวิตต่อไป จากการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพว่าบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงวางแผนว่าจะ *เลิกบุหรี่ เลิกสุรา* อย่างเด็ดขาด ซึ่งอธิบายว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ส่งเสริมการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงขึ้น (อุไร, 2543) โดยเริ่มต้นจากการเลิกสูบบุหรี่ และดื่มสุราตั้งแต่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เนื่องจากทางหอผู้ป่วยไม่อนุญาตให้สูบบุหรี่ และดื่มสุรา จึงหาวิธีการเลิก เช่น อมลูกอมตลอดเวลา พยายามไม่พูดถึง เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายที่กล่าวว่าไม่สามารถเลิกสุราได้เด็ดขาด แต่จะลดปริมาณลง จากประสบการณ์การเจ็บป่วยครั้งนี้ อีกทั้งการได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ จากทีมการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ผู้ป่วยซึ่งออกกำลังกายเป็นประจำ มีการวางแผนว่าจะยังคงออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยจะวางแผนว่าจะ *ออกกำลังกายเท่าที่ทำได้* โดยเริ่มต้นจากการเดินในหอผู้ป่วย เดินเข้าห้องน้ำ ออกกำลังกายบนเตียงเบา ๆ พร้อมกับคอยสังเกตุอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด ส่วนผู้ป่วยที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีการวางแผนว่าจะออกกำลังกายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุมนา (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 วันก่อนจำหน่าย มีอาการออกกำลังกาย โดยการเดินในหอผู้ป่วย และทำกายบริหารบนเตียงเบา

จะเห็นได้ว่าการวางแผนชีวิตในอนาคตภายหลังจากเข้ารับการรักษาหายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า มีความสอดคล้องกับการรับรู้การเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยงของโรค และการให้ความหมายของประสบการณ์ ทั้งนี้ปัจจัยส่งเสริมโดยการได้รับข้อมูลจากแพทย์ และทีมการรักษา ดังนั้นการให้ความรู้ และการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์ เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยทำการเลือกข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 8 ราย ทำการเก็บรวบรวมเป็นระยะเวลาตั้งแต่เดือนมิถุนายน-ตุลาคม 2552 โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลจนเกิดความไว้วางใจ และทำการสัมภาษณ์เจาะลึกตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น ร่วมกับการบันทึกเสียงจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว จัดบันทึกภาคสนาม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ของแวน มานเนน (van Manen, 1990) สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

#### ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกราย ได้สะท้อนให้ผู้วิจัยศึกษา และสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ต่อไปนี้

#### ความหมายของการเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ให้ความหมายของการเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าตามการรับรู้ใน 3 ลักษณะ คือ 1) การรักษาที่ทำให้เกิดความหวัง 2) การรักษาที่ช่วยบรรเทาอาการแต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และ 3) การรักษาด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ จากการใช้ความหมายของการเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเข้ารับการรักษาพยาบาลของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการรักษาที่ถูกรักษา ช่วยให้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวไม่สามารถทำให้โรคหายขาดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค



### ความหมายของประสบการณ์การขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ให้ความหมายของประสบการณ์การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ตามการรับรู้ใน 4 ลักษณะ คือ 1) ประสบการณ์ไม่ทันตั้งตัว 2) การได้รับความช่วยเหลือเหมือนการตายแล้วเกิดใหม่ 3) การได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมือนการดูแลรักษาต้นไม้ให้เจริญงอกงาม และ 4) เส้นทางชีวิตถูกลิขิตไว้

### ผลกระทบของการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

การเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยมีผลกระทบทั้งในระยะเตรียมตัว ขณะทำ และหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงประสบการณ์ที่แตกต่างกันในประเด็นดังนี้

#### 1. ผลกระทบระยะเตรียมตัวก่อนเข้าห้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสะท้อนถึงผลกระทบระยะเตรียมตัวก่อนเข้าห้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ในลักษณะที่แตกต่างกัน 3 ประเด็น คือ 1) รู้สึกกลัว 3) รู้สึกอาย และ 3) ประทับใจในการช่วยเหลือที่รวดเร็ว

#### 2. ผลกระทบขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสะท้อนถึงผลกระทบขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า ในลักษณะที่แตกต่างกัน 6 ประเด็น คือ 1) เจ็บมากจนทนไม่ไหว 2) นึกถึงความตายเนื่องจากหายใจไม่ออก/หิวมาก 3) กลัวเทคโนโลยี 4) รู้สึกตื่นเต้น 5) รู้สึกกังวล และ 6) รู้สึกอาย

#### 3. ผลกระทบหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสะท้อนถึงผลกระทบหลังทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของการต้องคาท่อใส่สายสวนหัวใจ และผลกระทบอื่น ๆ ในลักษณะที่หลากหลาย สำหรับผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ 1) เจ็บบริเวณที่มีท่อใส่สายสวนหัวใจคาที่ขาหนีบ 2) ปวดเมื่อย 3) พักผ่อน/นอนหลับได้น้อยลง และ 4) รับประทานอาหารได้น้อยลง ผลกระทบทางด้านจิตใจ คือ 1) อึดอัด/รำคาญจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 2) ทุกข์ใจจากขยับถ่ายไม่สะดวก 3) กลัว/กังวลว่าอาการจะกำเริบได้ตลอดเวลา และ 4) กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ผลกระทบทางด้านจิตสังคม คือ 1) เป็นสาเหตุให้ครอบครัววิตกกังวลเป็นห่วง ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ คือ 1) เหมือนมีบาปจากการไม่ได้ละหมาดตามปกติ

การจัดการกับผลกระทบขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากการเข้ารับการรักษา  
หลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผน  
ล่วงหน้ามีวิธีการจัดการกับผลกระทบในลักษณะที่แตกต่างกันตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล  
และตามผลกระทบของแต่ละคนได้รับ ใน 2 ประเด็น คือ 1) จัดการด้วยตัวเอง และ 2) ขอความ  
ช่วยเหลือจากแพทย์/ทีมการรักษา

การวางแผนชีวิตในอนาคตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับ  
การรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผน  
ล่วงหน้า มีการวางแผนชีวิตในอนาคตเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านที่มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตใน  
ลักษณะที่แตกต่างกัน สรุปได้เป็น 2 ประเด็น คือ 1) แสวงหาความมั่นคงทางด้านจิตใจ และ  
สังคม และ 2) ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ในเรื่องดูแลตนเองไม่ทำงานหนัก งดหรือลดอาหารที่มีรสจัด  
รับประทานยาอย่างเคร่งครัด ลดความเครียดโดยการทำใจ/ไม่คิดมาก มาตรวจตามนัดหรือพบแพทย์  
ทันทีเมื่อมีอาการ เลิกบุหรี่ เลิกเหล้า และออกกำลังกายเท่าที่ทำได้

ประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดจากการวิจัย

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เรียนรู้ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับการทำวิจัยเชิง  
คุณภาพ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ช่วยให้เข้าใจถึงความรู้สึก นึกคิด และอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง
2. การศึกษาครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้มองเห็นภาพของประสบการณ์การเข้ารับการ  
รักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้  
เข้าใจผู้ป่วยได้ลึกซึ้งมากขึ้น สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ช่วยเหลือผู้ป่วย  
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณภายใต้  
สถานการณ์ที่วิกฤต ชุกฉุนให้มีคุณภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในด้านการปฏิบัติพยาบาล

1.1 ระยะเวลาเตรียมตัวก่อนเข้าห้องขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

1.1.1 ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกอาย จากการถอดกางเกง และมีเสียงเจ้าหน้าที่ผู้หญิงหลายคนเข้ามาช่วยเหลือในขั้นตอนการเตรียมร่างกาย โดยการทำความสะอาด โคนขนบริเวณขาหนีบ และอวัยวะสืบพันธุ์ ดังนั้นพยาบาลควรอธิบายเหตุผล และขั้นตอนในการทำ มีการขออนุญาตผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ควรจัดให้มีสถานที่เฉพาะที่ปกปิดมิดชิด มีความเป็นส่วนตัว มีเจ้าหน้าที่ให้การดูแลที่จำเป็นเท่านั้น ใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วยทุกครั้ง ขณะทำเจ้าหน้าที่ควรกิริยาท่าทางสำรวม และไม่เปิดเผยร่างกายส่วนอื่นโดยไม่จำเป็น

1.1.2 ผู้ป่วยที่เข้าใจผิดคิดว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจนทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ดังนั้นพยาบาลควรมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนเกี่ยวกับการรักษา วิธีการรักษา รวมถึงสอบถามการรับรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

## 1.2 ขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

1.2.1 ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า พยาบาลควรมีการประเมินระดับความรุนแรงของความปวด โดยการสอบถามผู้ป่วยอยู่เป็นระยะ ๆ และรายงานให้แพทย์เพื่อหาวิธีการบรรเทาความปวด

1.2.2 ผู้ป่วยที่มีความกลัว วิดกกังวล รู้สึกตื่นเต้นขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า พยาบาลควรให้ข้อมูลอยู่เป็นระยะ ๆ เกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการทำ ความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้นขณะทำ พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อน มีการสัมผัส พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

1.3 ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการไม่กล้าขยับถ่ายเนื่องจากรู้สึกอาย พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยขยับถ่ายบนเตียงตามลำพัง พยาบาลควรมีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพจากจอบันทึก (monitor) เมื่อผู้ป่วยขยับถ่ายเสร็จแล้วจึงให้ความช่วยเหลือในการทำสะอาด ผู้ป่วยที่มีไม่เคยชินกับการนอนขยับถ่ายบนเตียงควรมีการสร้าง เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยขยับถ่ายบนเตียงได้สะดวกขึ้น หากผู้ป่วยยังไม่สามารถขยับถ่ายได้ ควรรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษา เช่น ให้ยาระบาย ต่อไป

1.4 ทีมสุขภาพควรสร้างแนวปฏิบัติการณ์ให้ความรู้ และข้อมูลทั้งผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการส่งเสริม สนับสนุนในกรณีที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจมากขึ้น

## 2. ข้อเสนอแนะในด้านการวิจัยทางการแพทย์

2.1 ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการได้รับการพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

2.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า

2.3 ควรมีการศึกษาวิธีการลดผลกระทบจากการเข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เช่น ความปวด ความกลัว และความวิตกกังวล เป็นต้น

## บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปาศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.
- กันตพร ยอดไชย. (2547). *ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จรรยา ตันดิชธรรม. (บรรณาธิการ). (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- จนณะจง เพ็งจาด. (2546). *ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 15(2), 1-10.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2545). Acute Coronary Syndrome. ใน *วิทยา ศรีดามา* (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 2), (หน้า 304-326). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตรา เตมีประเสริฐกิจ. (2546). *ประสบการณ์การขับถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหวขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- จิรวรรณ เดชอดิษฐ์. (2548). *กลุ่มอาการ และการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ชวนพิศ ทานอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ช่อลดา พันธุเสนา. (2536). *การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ*. สงขลา: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2542). *ความหวัง: พลังอันยิ่งใหญ่ในผู้ป่วยเรื้อรัง*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 17(3), 16-23.
- ดารุณี จงอุดมการณ์. (2545). *การวิจัยเชิงคุณภาพ: ภาพสะท้อนจากการปฏิบัติ*. *วารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 25(1), 85-98.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเล่ม 2: คู่มือการปฏิบัติการวิจัยประยุกต์ เพื่อพัฒนาคน องค์การ ชุมชน สังคม*. นครราชสีมา: โชนเจอร์นีย์มาร์เก็ตติ้ง.

- ทองทิพย์ ดำรงวัฒน, และจรรยา ตันติธรรม. (2539). ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจ. *วารสารพยาบาลรามาศิปดี*, 2(2), 44-52.
- ทิพมาศ ชินวงศ์, และชอลดา พันธุเสนา (2537). การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเรื่องการรับรู้การเจ็บหน้าอก และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 14(4), 14-22.
- ทิพรดา ประสิทธิ์แพทย์. (2550). *ประสบการณ์การได้รับการใส่สายระบายทรวงอกของผู้บาดเจ็บทรวงอก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- ทิวาวรรณ เทพา. (2552) *ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ใส่เครื่องพุงหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เบญจมาศ แสนแสง. (2551). การดูแลผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจ และการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (PTCA). ใน เพลินตา ศิริปการ, สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจาริก, และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), *การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 3), (หน้า 187-212). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ปฏิพร บุญพัฒน์กุล. (2543). *การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของอาการ ผลของอาการ และวิธีการจัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2543). ความเหมือน และความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ปรากฏการณ์วิทยา, ทฤษฎีพื้นฐาน และชาติพันธุ์วรรณา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 15(2), 12-23.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (บรรณาธิการ). (2543). *การผันแปรออกซิเจน และการระบายอากาศ การพยาบาลทางอายุรศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ้ง ทรานส์ มีเดีย.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อน และหลังใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- ภัทรพงศ์ กีฬาแปง. (2545). การรักษา Acute Coronary Syndrome (ACS). ในอภิชาติ สุคนธ์สรรพ  
และศรัณย์ ควณประเสริฐ (บรรณาธิการ), *HEART: Cardiac Diagnosis and Treatment*  
(พิมพ์ครั้งที่ 2), (หน้า 182-220). เชียงใหม่: ไอเด้นดีดี กรุ๊ป.
- วรรณิ วัตยวิวัฒน์. (บรรณาธิการ). (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์* (พิมพ์ครั้งที่ 6).  
กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- วรรณภรณ์ โล่สกุล. (2544). *ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
บูรพา, ชลบุรี.
- วารภรณ์ สัตยวงศ์. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน คณาจารย์สถาบัน  
พระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 9),  
(หน้า 111-134). นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- วิจิตรา กุสุมภ์. (บรรณาธิการ). (2546). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง. (2551). ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือด (cardiac  
alterations). ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม*  
(พิมพ์ครั้งที่ 3), (หน้า 189-238). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชา  
พานิชย์.
- วิรังรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ  
ศัลยศาสตร์ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิลาวลัย แก้วอ่อน. (2552). *การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลัง  
เกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ*.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วีณา เทียงธรรม. (2547). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของ Heidegger. *วารสาร  
พยาบาลสาธารณสุข*, 18(1), 70-78.
- วีณา เทียงธรรม. (2548). ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology). ในประกาย จิโรจน์กุล (บรรณาธิ  
การ), *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 1), (หน้า 165-  
196). กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.

- ศรัณย์ ควณประเสริฐ. (2546). แนวทางการรักษา Acute Coronary Syndrome. ในอภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ ควณประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease: New guideline* (พิมพ์ครั้งที่ 1), (หน้า 211-263). เชียงใหม่: ไอแอมอแอกเนเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิ่ง.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สถิตีผู้ป่วยหอบกิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม. (2551). สถิตีผู้ป่วยที่เข้ารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) 2551. สงขลา: หอบกิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และวารี วณิชปัญญาพล. (บรรณาธิการ). (2549). คู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด.
- สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลูน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2543). การตรวจสอบหัวใจกับบทบาทของพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 23(1), 51-61.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (บรรณาธิการ). (2551). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต: Critical care nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สุจิตรา อ่อนค้อม. (2552). *ศาสนาเปรียบเทียบ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหธรรมิก จำกัด.
- สุทิดา สุวรรณศรี. 2548. *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูบ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุนทรา เลียงเชวงวงศ์. (2541). *ผลการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุนีย์ เอี่ยมศิริณกุล. (2540). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



- สุมนา สัมฤทธิ์รินทร์. (2548). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อภิชาติ สุขนครธรรม. (บรรณาธิการ). (2543). *Coronary artery disease* (พิมพ์ครั้งที่ 9). เชียงใหม่: ไอลีนดีดีกรุ๊ป.
- อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, ฐาปณีย์ น้ำเพชร, และวิไลลักษณ์ จันทวง. (บรรณาธิการ). (2543). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: ลิฟวิ่งทรานส์ มีเดีย.
- อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. (2536). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 42(1), 16-31.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำพร มิ่งขวัญ. (2547). การปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดโคโรนาราย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อุมา จันทวิเศษ, ประคอง อินทรสมบัติ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 5(1), 54-69.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- Abbas, A. E., & Grines, C. L. (2007). Primary PCI. In C. P. Cannon & P. T. O' Gara (Eds.), *Critical pathways in cardiovascular medicine* (2<sup>nd</sup> ed.), (pp. 100-107). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Astin, F., Hunter, S., Priestly, C., McLenachan, J. & Closs, S. J., (2007). Primary PCI patients' perspectives of health information provision: preliminary findings [Electronic version]. *School of Healthcare, Baines Wing, University of Leeds and Yorkshire Heart Centre, Leeds General Infirmary, Leeds, 1333.*
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Chaeles B. Slack.

- Bizek, K. S. (2005). The patient's experience with critical illness. In P. C. Morton., D. C. Fontaine. C. M. Hudak, & B. M. Gallo (Eds.). *Critical care nursing: A holistic approach* (8<sup>th</sup> ed.), (pp. 12-26). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Black, J. M., & Matassarini-Jacobs, E. (Eds.). (1993). *Medical-surgical nursing: A psychophysiologic approach* (4<sup>th</sup> ed), (pp, 89-102). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Brady, W. J., Ghaemmaghami, C. A., Baer, A., & Perron, A. D. (2005). Acute coronary syndrome: Pathophysiology and diagnosis. In Fink, M. P., Abraham, E., Vincent, J-L., & Kochanek, P. M. (Eds.), *Textbook of critical care* (pp. 741-751). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Brown, J. R., DeVries, J. T. Piper, W. D., Robb, J. F., Hearne, M. J., Ver Lee, P.M., et al. (2008). Serious renal dysfunction after percutaneous coronary interventions can be predicted. *American Heart Journal*, 155, 160-166.
- Caldwell, P. H., Arther, H. M., Natarajan, M., & Anand, S. S. (2007). Fears and beliefs of patients regarding cardiac catheterization [Electronic version]. *Social science and Medicine*, 65, 1041-1045.
- De Jong-Watt, W. J., & Arthur, H. M. (2005). Anxiety and health-related quality of life in patients awaiting elective coronary angiography [Electronic version]. *Heart and Lung*, 33, 237-248.
- Jensen, B. O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patient after a first time myocardial infarction [Electronic version]. *Patient Education and Counseling*, 51, 123- 131.
- Johansson, I., Stromberg, A., & Swahn, E. (2004). Ambulance use in patients with myocardial infarction [Electronic version]. *Journal of cardiovascular nursing*, 19(1), 5-12.
- Jong-Wook, L. (2004). Foreword: A message from Dr. LEE Jong-Wook director-general World Health Organization. In D. J. Mackay & D. G. Mensah (Eds.). *The atlas of heart disease and stroke*. Hong Kong: World Health Organization.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New york: Springer Publishing Company.

- Lloyd-Jones, D., Adams, R., Carnethon, M., Simone, G.D., Ferguson, T.B., Flegal, K., et al. (2009). Heart disease and stroke statistics 2009 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee [Electronic version]. *Journal of the American Heart Association*, *119*, e1-e161.
- Lyon, A.C., Fanshawe, C., & Lip, G. Y. H. (2002). Knowledge, communication and expectancies of cardiac catheterization: the patient's perspective. [Electronic version]. *Psychology Health & Medicine*, *7*(4), 461-467.
- Mackay, D. J., & Mensah, D. G. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. Hong Kong: World Health Organization.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1996). Is anxiety early myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events. *Psychosomatic Medicine*, *58*, 395-401.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (2004). Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event [Electronic version]. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 527-532.
- Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., An, K., & Sheahan, S. (2007). Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction [Electronic version]. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 10-16.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation methods* (3<sup>rd</sup> ed.). Thousand Oaks: Sage publication.
- Plager, K. A. (1994). Hermeneutic phenomenology: A methodology for family health and health promotion study in nursing. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring and ethics in health*. (pp.65-83). Thousand Oaks: Sage publications.
- Quinn, J. R. (2005). Delay in seeking care for symptoms of acute myocardial infarction: Applying a theoretical model [Electronic version]. *Research in Nursing & Health*, *28*, 283-394.
- Raiff, M. H., Maynard, C., Wagner, G. S., Cerqueira, M. D., Selvester, R. H., & Weaver, W. D. (1996). Relation between symptom duration before thrombolytic therapy and final myocardial infarct size [Electronic version]. *Journal of the American Heart Association*, *93*, 48-53.

- Rosemary, W., & Nancy, F. (1995). Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. Abstract retrieved August 1, 2008, from <http://pt.wkhealth.com/pt/re/helu/abstract.html>
- Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (Eds.). (2008). *Text book of medical-surgical nursing* (11<sup>th</sup> ed.), (pp, 90-110). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (Eds.). (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. London: The Althouse Press.
- Walton, J. (2002). Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. *Dimens of Critical Care Nursing*, 1(1), 36-43.
- World Health Organization. (2009). *World health statistics 2009*. France.

**ภาคผนวก**

**ภาคผนวก ก**  
**การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล**

ดิฉันนางสาวกรรติมา ศรีจันทร์ เป็นนักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย และอธิบายประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งภาวะฉุกเฉินดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ มีความเข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้งมากขึ้น และมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการ มากที่สุด เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน โดยตรง ท่านจึงเป็นบุคคลที่จะให้ข้อมูลได้ดีที่สุด ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือในการพูดคุยเพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกในประเด็นดังกล่าว โดยจะทำการสัมภาษณ์ประมาณ 2-3 ครั้ง แต่ทุกครั้งจะใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที สำหรับวัน เวลา และสถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับความสะดวกของท่าน และเพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความถูกต้อง และครบถ้วนจึงขออนุญาตบันทึกเสียงไว้ทุกครั้ง ในระหว่างการสัมภาษณ์หากมีคำถามใดที่ท่านไม่ต้องการตอบหรือไม่ต้องการให้มีการบันทึกท่านสามารถบอกผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากท่านต้องการยุติการเป็นผู้ให้ข้อมูลท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม โดยใช้นามสมมติ การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยหวังว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

นางสาวกรรติมา ศรีจันทร์

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจรายละเอียดการพิทักษ์ข้างต้นเป็นอย่างดี และยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

ผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่ ..... เดือน.....ปี.....

**ภาคผนวก ข**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยรายที่ .....

วันที่เก็บข้อมูล ..... / ..... / ..... เวลา.....ถึง.....น.

สถานที่.....

ชื่อ..... นามสมมติ .....

หมายเลขโทรศัพท์.....เลขที่โรงพยาบาล .....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย (/) ลงในวงเล็บ ( ) หน้าข้อความที่เป็นคำตอบ และเติมข้อความลงในช่องว่างคำตอบแต่ละข้อ

**1. ข้อมูลส่วนตัว**

1) อายุ.....ปี

2) เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

3) นับถือศาสนา

( ) พุทธ

( ) คริสต์

( ) อิสลาม

( ) อื่น ๆ .....

4) สถานภาพสมรส

( ) โสด

( ) สมรสอยู่ด้วยกัน

( ) สมรสแยกกันอยู่

( ) หม้าย

( ) หย่า

5) จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

6) บทบาทในครอบครัว

( ) หัวหน้าครอบครัว

( ) สมาชิกครอบครัว

( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

- 7) ระดับการศึกษา.....
- 8) อาชีพ.....
- 9) ลักษณะรายได้ต่อเดือน  
 มีเพียงพอ  
 มีแต่ไม่พอใช้
- 10) สิทธิการรักษาพยาบาล  
 เบิกได้ทั้งหมด  ฟรี โดยมีบัตรทอง  
 จ่ายค่ารักษาเอง  ประกันสังคม

## 2. ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษา

- 1) ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และการรักษา.....

.....

.....

.....

- 2) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....

.....

- 3) ประวัติโรคประจำตัว

- ไม่มี
- มี โปรดระบุ.....

- 4) ประวัติการรับประทุกันยา.....

- 5) วันที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน ..... / ..... / .....

- 6) ผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ.....

.....

.....

.....

- 7) หัตถการที่ทำ

- Primary PCI
- Rescue PCI

- 8) ระยะเวลาที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน.....



- 9) เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ( ) เกิด (ระบุ).....
- ( ) ไม่เกิด
- 10) อาการ และอาการแสดงภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน.....

## ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์

1. ช่วยเล่าความเจ็บป่วยครั้งนี้หน่อยนะคะ
2. ได้รับการดูแลรักษาอย่างไรบ้าง
3. ได้รับการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างไรบ้าง
4. ขณะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง
5. ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉินรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง
6. ได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง
7. คุณมีวิธีจัดการกับผลกระทบอย่างไรบ้าง
8. ขณะนี้มีความรู้สึกอย่างไรบ้าง
9. คุณคิดว่าหลังจากเหตุการณ์ครั้งนี้ คุณจะดูแลตัวเองอย่างไรต่อไป เพราะเหตุใดคะ
10. ถ้าให้เปรียบสถานการณ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาขยายหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน คุณจะเปรียบเทียบกับ  
ได้กับสิ่งใด เพราะเหตุใดคุณถึงคิดอย่างนั้น
11. สรุปว่า.....เข้าใจถูกต้องไหมคะ

## ภาคผนวก ก

## ตัวอย่างการสัมภาษณ์ และการจัดการข้อมูล

สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 ครั้งที่ 4

วันที่ 22 กรกฎาคม 2552 เวลา 09.40-13.10 น.

บทสัมภาษณ์	คำสำคัญ	การจัดกลุ่ม
<p>พยาบาล : อิม พอไปถึง พอรถจากโรงพยาบาลบางกล้าไปถึงโรงพยาบาลรัฐสี่ก้อย่างไรคะ</p> <p>ผู้ให้ข้อมูล : ใจมันขึ้นว่าถึงหมอแล้ว แต่ก็กลัวหนึ่งกลัวเขาผ่าตัด เนี่ยเราเกิดความกลัวคือว่าเราไม่เคย กลัวเราไม่เคยเป็นอย่างนี้เราไม่เคยผ่าตัด พอเห็นเขาผ่าตัดก็เกิดหวาดเสียว เราต้องมาเป็นหมูนั่งแข็งอย่างงี้ เห็นเขาผ่าท้องหนู น่ากลัวใจมันก็กลัว กลัวตรงนี้มาก</p> <p>พยาบาล : กลัวนี่คือกลัวว่า</p> <p>ผู้ให้ข้อมูล : กลัวผ่าตัด ก็เห็นผ่าตัดแล้ว สมัยก่อนเขาว่าเขาผ่าตัดแล้วที่ว่าไปก็ไปเลยเจีย</p> <p>พยาบาล : ไปนี่ก็คือ</p> <p>ผู้ให้ข้อมูล : เขาวางยาสลบใช้ไหม เห็นเขาพูดว่าเขาเรียกไม่ได้ยินก็ไปเลย หมายความว่า...ตายไปเลย จริงไหม</p>	<p>กลัวหนึ่งกลัวเขาผ่าตัด เนี่ยเราเกิดความกลัวคือว่าเราไม่เคย กลัวเราไม่เคยเป็นอย่างนี้เราไม่เคยผ่าตัด พอเห็นเขาผ่าตัดก็เกิดหวาดเสียว</p>	<p>ผลกระทบ: กลัวการผ่าตัด/การรักษา</p>

## ภาคผนวก ง

### แบบบันทึกภาคสนาม

ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1 (นำคำ: นามสมมุติ)

สัมภาษณ์ครั้งที่ 1 วันที่ 27-06-2522 เวลา 07.30-09.15 น.

#### 1. ความรู้สึกของผู้วิจัย และการเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ของผู้วิจัย

รู้สึกตื่นเต้นมากที่จะได้ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นครั้งแรก เมื่อคืนก่อนเข้านอนได้อ่านบททบทวนบทสัมภาษณ์ ชาร์จแบตเตอรี่เงินเต็ม และทดสอบเครื่องบันทึกเสียง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาด...

#### 2. สิ่งแวดล้อม และบรรยากาศในการสัมภาษณ์

บรรยากาศค่อนข้างอุ่นใจเนื่องจากมีแพทย์มาเยี่ยมผู้ป่วยหลายชุด ทั้งที่เป็นแพทย์ประจำหอผู้ป่วย แพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะทางแต่ละสาขา และญาติ ทุกเตียงจะมีผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง และบางเตียงก็จะมีญาติขึ้น และนั่งอยู่ข้าง...

#### 3. ลักษณะการสนทนา

ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลไม่มีอาการเกร็งใจ ใดๆ ช่วงแรกจะตอบคร่าว ๆ โดยไม่ลงรายละเอียด หลังจากข้าพเจ้าได้ถามถึงความรู้สึก ความคิดผู้ให้ข้อมูลจึงตอบเชิงลึกมากขึ้น...

#### 4. การวางแผนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

- ข้าพเจ้ายังรู้สึกเกร็งกับการสัมภาษณ์ เกรงว่าจะได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงดูแลคำถามจากแบบสัมภาษณ์ร่วมด้วย บางครั้งผู้ให้ข้อมูลกำลังพูดถึงอีกเรื่องหนึ่ง แต่ข้าพเจ้าก็พูดถึงอีกเรื่องหนึ่ง
- ควรจดประเด็นที่สำคัญที่ต้องนำมาถามต่อมากขึ้น

#### 5. ปัญหา และอุปสรรค

ช่วงเวลาเช้าจะเป็นช่วงที่แพทย์ตรวจทำให้มีเสียงรบกวน อาจจะต้องปรับเปลี่ยนเวลาทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ และความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล

## ภาคผนวก จ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผศ.ดร. ทิพนมาส ชินวงศ์                      ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
2. นางวัลลา จิรัชธรรมโอภาส                      ศูนย์โรคหัวใจนราธิวาสราชนครินทร์  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
3. นางสาวอรพรรณ ไชยเพชร                      แผนกหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม  
ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวกรรติมา ศรีจันทร์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5010421002	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2546
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน		
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ	
สถานที่ทำงาน	หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	