ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Patients' Discharge Information Needs and Nurses' Discharge Information Support Regarding Acute Myocardial Infarction

อุไรวรรณ ขวัญคง

Auraiwan Khwankong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prince of Songkla University
2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้เขียน นางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	**คณะกรรมการสอบ**
.....	.....ประธานกรรมการ
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ มานะสุรการ)
	....……กรรมการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)
.....	.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)
	.....กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอม สุวรรณโณ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ…….
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ……..
(นางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ……

(นางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ผู้เขียน นางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามของชีวิต ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเพื่อสามารถดูแลตนเองได้เมื่อออกจากโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเปรียบเทียบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 75 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลที่ศึกษา 2 แห่ง จำนวน 140 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ สภาพจิตใจ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ข้อมูลยา อาหาร การทำกิจกรรม การจัดการอาการ และอื่น ๆ (การจับชีพจร การตรวจและเหตุผลของการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล) ทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ .98 ตามลำดับ ผลการวิจัยมีดังนี้

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายโดยรวมในระดับมาก (M = 4.03, SD = 0.70) เมื่อแยกรายด้านพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจมากที่สุด (M = 4.35, SD = 0.69) รองลงมาคือด้านปัจจัยเสี่ยง (M = 4.32, SD = 0.79) และ ด้านการจัดการอาการ (M = 4.15, SD = 0.89) ตามลำดับ

2. พยาบาลสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, SD = 0.55) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนการสนับสนุนข้อมูล

ก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านการจัดการอาการมีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับมาก (M = 4.05, SD = 0.70) รองลงมาคือ ด้านอาหาร (M = 3.85, SD = 0.67) ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (M = 3.84, SD = 0.65) ตามลำดับ

3. โดยรวมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายมากกว่าการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาล เมื่อนำมาเปรียบเทียบโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) พบว่าความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.508, p < .05) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันทุกด้าน ยกเว้น ด้านอาหารและด้านการจัดการอาการ

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถใช้เป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตรงตามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยอย่างแท้จริง นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิธีการที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

Thesis Title	Patients' Discharge Information Needs and Nurses' Discharge Information Support Regarding Acute Myocardial Infarction
Author	Auraiwan Khwankong
Majo Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2014

Abstract

The purpose of this comparetive descriptive research was to examine the discharge information needs of patients with myocardial Infarction, and nurses' discharge information support regarding acute myocardial infarction. The sample of this study comprised 75 patients with myocardial infarction who were admitted at Phattalung Hospital and Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital and nurses working at the 2 hospitals who had experiences in caring for patients with myocardial infarction. Data were collected using demographic and health related questionnaire information and the Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI). The CPLNI consists of 8 components: anatomy and physiology, psychological factors, life-style factors, medication, dietary information, physical activity, symptom management and miscellaneous. The reliability of the Cardiac Patients Learning Needs Inventory questionnaire used with patients and with nurses was examined, yielding Cronbach's alpha coefficients of .91 and .98, respectively.

The results revealed that:

1. Patients with myocardial infarction reported a total score of discharge information needs at a high level (M = 4.03, SD = 0.70). Regarding components of information needs, the information that patients needed the most was anatomy and physiology (M = 4.35, SD = 0.69) followed by risk factors of myocardial infarction (M = 4.32, SD = 0.79) and symptom management (M = 4.15, SD = 0.89).

2. Nurses reported a total score of discharge information support regarding acute myocardial infarction at a high level (M = 3.7, SD = 0.55). Regarding components of information support, the information that nurses supported most was symptom management (M = 4.05, SD =

0.70), followed by diet (M = 3.85, SD = 0.67) and risk factors of myocardial infarction (M = 3.84, SD = 0.65).

3. Overall, patients with acute myocardial infarction reported discharge information needs more than nurses' discharge information support. When compared using Independent t-test, there was a significant difference between overall patients' discharge information needs and overall nurses' discharge information support regarding acute myocardial infarction. (t = -3.508, p < .05). The difference of patients' discharge information needs and nurses' discharge information support of each component were also compared. The results revealed significant difference for every component, except diet and symptom management.

The findings from this study could be used to provide information to patients' with myocardial infarction in order to meet the patients' need. Further study regarding effective strategies device the information is recommended.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ตลอดจนมอบกำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้วิจัยให้มีความเชื่อว่า เราทำได้ ให้ความรัก ความเมตตาแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เยาวรัตน์ มัชฌิม ที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของภาษาในการแปลเครื่องมือให้แก่ผู้วิจัย พร้อมทั้งคำแนะนำในการปรับแก้ภาษาให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์และขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้ แนวคิดและคำแนะนำ เพื่อปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์มีสมบรูณ์และถูกต้องมากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม และพี่ ๆ น้อง ๆ พยาบาลทุกท่าน รวมไปถึงผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกท่านที่ศึกษา ในโรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลตรัง ซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูลวิจัย ที่ได้เสียสละเวลา ให้การช่วยเหลือ ให้กำลังใจและดูแลผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายขอขอบพระคุณบิดา มารดา มารดาบุญธรรม ที่ให้ความรัก ให้การสนับสนุนในทุก ๆ อย่างที่ผู้วิจัยทำ ให้กำลังใจ และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยพยายามเรียนจนประสบความสำเร็จ รวมทั้ง พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้องทุกคน ทั้งที่ทำงาน และที่รู้จักกัน ที่ขาดไม่ได้ คือ พี่ ๆ น้อง ๆ นักศึกษาปริญญาโท ทุกท่านที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือดูแลกันตลอดมา ขอบคุณสำหรับพลังการกอดที่ทุกคนมีให้กันทุกเช้าและทุกครั้งที่เจอกัน ซึ่งทำให้รู้สึกมีพลังขึ้นทุกครั้งในยามที่เหนื่อยท้อแท้ จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบรูณ์ ขอขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

อุไรวรรณ ขวัญคง

สารบัญ

		หน้า
บทคัดย่อ		(5)
ABSTRACT		(7)
กิตติกรรมประกาศ		(9)
สารบัญ		(10)
รายการตาราง		(13)
รายการภาพประกอบ		(14)
บทที่ 1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญ	1
	วัตถุประสงค์การวิจัย	6
	คำถามการวิจัย	7
	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
	นิยามศัพท์	9
	ขอบเขตการวิจัย	10
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2	วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	12
	ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	13
	คำจำกัดความกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	13
	สาเหตุการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	13
	ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	14
	พยาธิสภาพการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	18
	อาการและอาการแสดงกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	20
	การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	20
	แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	24
	ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	29
	ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	31

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
	ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	31
	ประโยชน์ของข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	32
	ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	34
	ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	37
	การประเมินความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	39
	การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	40
	รูปแบบการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	42
	ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย - เฉียบพลัน	45
	ทบทวนงานวิจัยที่เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกับการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	46
	สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	50
บทที่ 3	วิธีการดำเนินการวิจัย	52
	สถานที่ศึกษา	52
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
	การแปลเครื่องมือ	57
	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	58
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	60
	การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	63
	ผลการวิจัย	63
	อภิปรายผลการวิจัย	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	83
สรุปผลการวิจัย	85
ข้อจำกัดในการวิจัย	86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	87
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	87
เอกสารอ้างอิง	88
ภาคผนวก	99
ก. การคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) และขนาดกลุ่มตัวอย่าง	100
ข. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	102
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย	106
ง. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาล	113
จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการแปลเครื่องมือวิจัย	121
ประวัติผู้เขียน	122

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (*n* = 75).....	64
2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามข้อมูลสุขภาพ (*n* = 75).....	67
3	แสดงจำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (*n* = 140).....	68
4	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำแนกตามระดับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่าย (*n* = 75).....	70
5	แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่าย (*n* = 75).....	71
6	แสดงจำนวนและร้อยละของพยาบาลจำแนกตามระดับลการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่าย (*n* = 140).....	72
7	แสดงค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลก่อนจำหน่าย (*n* = 140).....	72
8	เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยสถิติทีอิสระ (Independent *t* - test) และ สถิติแมนวิทนีย์ (Mann - Whitney *U* Test).....	74

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
2	การคำนวณหาขนาดอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป.....	100
3	การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป.....	101

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular diseases [CVD]) เป็นโรคที่พบได้มากและเป็นสาเหตุการตายที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกจำนวนมาก ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) พบว่าในปี ค.ศ. 2008 มีประชากรเสียชีวิตจากโรคนี้ ประมาณ 17.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 ของการเสียชีวิตทั่วโลกและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นประมาณ 23.3 ล้านคนทั่วโลก โดยพบว่า 7.3 ล้านคนของการเสียชีวิตเหล่านั้น เนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (WHO, 2012) ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 1.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 529,000 คนต่อปี โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 250,000 คน เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล (Keresztes & Wcisel, 2009)

สำหรับสถานการณ์ความรุนแรงในประเทศไทย พบว่าสถิติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2551 - 2555 มีจำนวนถึง 219,713 คน 228,032 คน 253,046 คน 264,877 คน และ 274,753 คน ตามลำดับและพบว่าในผู้ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 21.19, 20.68, 20.47, 22.42, และ 23.45 ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) โดยปัจจุบันมีการใช้ระบบการให้บริการช่องทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาลมากขึ้น (Fast Track MI) ซึ่งสามารถลดอัตราการตายได้ โดยสถาบันโรคทรวงอก พบว่าการใช้ระบบ Fast Track MI สามารถช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้จากร้อยละ 6 เหลือเพียง ร้อยละ 3 เท่านั้น (เกรียงไกร, 2555) ถึงแม้ว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะลดลงแต่เมื่อติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตยังคงสูง (สุพจน์, และคณะ, 2555) ดังนั้นจึงถือได้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิตเนื่องจากการดำเนินของโรคมีแนวโน้มให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงและเสียชีวิตได้สูง

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction [AMI]) เกิดจากการอุดตันหรือตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแข็ง (coronary atherosclerosis) และมีการแตกของคราบไขมันทำให้เกิดลิ่มเลือดมาอุดตันทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงหรือหยุดชะงักทันที ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจน

ไม่เพียงพอกับความต้องการและเกิดการตาย (necrosis) ของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรงต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (ยี่สุ่น, ยศวรรณ, และสุนัน, 2547; วราภรณ์, 2553; Keresztes & Wcisel, 2009; Walsh - Irwin, 2013) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถจำแนกโดยผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography [ECG]) ได้แก่ แบบคลื่นเอสทียก (ST segment elevation myocardial infarction [STEMI]) แสดงว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดสมบรูณ์ แบบคลื่นเอสทีไม่ยก (non-ST segment elevation myocardial infarction [NSTEMI]) และแอนไจน่าไม่คงที่ (unstable angina [UA]) แสดงว่าหลอดเลือดมีการตีบที่รุนแรง นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลให้หลอดเลือดแข็งตัวและตีบแคบเร็วขึ้น ได้แก่ อายุเพิ่มขึ้น ไขมันในหลอดเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วนและการไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น (Walsh - Irwin, 2013)

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่า ผลของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง อาจร้าวไปคอ คาง ไหล่ (Walsh - Irwin, 2013) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการ ปวดท้อง ปวดหลัง คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ หายใจเหนื่อย หายใจลำบาก ใจสั่น เหงื่อออกซีด (ผ่องพรรณ, 2554 ; Walsh - Irwin, 2013) นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ และในบางรายที่รุนแรงอาจมีภาวะช็อคร่วมด้วย ซึ่งร้อยละ 30 - 50 เสียชีวิตมาก่อนถึงโรงพยาบาล (เกรียงไกร, 2555) โดยส่วนหนึ่งของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาไม่ถึงโรงพยาบาลหรือเสียชีวิตที่บ้านเกิดจากภาวะแทรกซ้อนคือ หัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง (ventricular tachycardia [VT], ventricular Fibrillation [VF]) หรือภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน (ธัชพงศ์และคณะ, 2550) หลังการเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า อาการที่พบบ่อยที่สุดคือ ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานของหัวใจลดลง มีผลให้ความทนต่อกิจกรรมลดลง และอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แอนยาดูบาลู (Anyadubalu, 2010) ผลกระทบทางด้านร่างกาย หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบ คือสมรรถภาพของร่างกายลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องอยู่เฉย ๆ จากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดูแลมากขึ้น

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยรับรู้ว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีผลกระทบที่รุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เมื่อผู้ป่วยประสบกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำอะไรเนื่องจากกลัวเสียชีวิต (ชฎาภาและสายสมร, 2556; เป็น, 2550) กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก บางรายวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การกลับเป็นซ้ำของโรค (จริยา, 2547ข) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตการปฏิบัติตนหลังการเป็นโรค (ผ่องพรรณ, 2554) และมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง โดยเฉพาะ

ในผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวรู้สึกว่าตนเองทำประโยชน์ได้น้อยลงไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจึงกังวลว่าจะเป็นภาระแก่ครอบครัว รวมทั้งขาดความมั่นใจในตนเองและวิตกกังวลในเรื่องการตอบสนองความต้องการทางเพศแก่คู่สมรส เนื่องจากกลัวหัวใจวายจึงไม่สามารถให้ความสุขทางเพศแก่คู่สมรสได้ (ชฎาภาและสายสมร, 2556) จึงทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการ อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ ซึมเศร้า หมดหวัง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ก็จะยิ่งมีความทุกข์ใจเพิ่มมากขึ้น (จริยา, 2547ข) สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า ผู้ป่วยบางรายต้องสูญเสียอาชีพ เนื่องจากไม่สามารถกลับไปปฏิบัติอาชีพเดิมได้ เช่น อาชีพที่ต้องออกแรงมากหรือการหยุดประกอบอาชีพชั่วคราว ส่งผลให้ขาดรายได้ในขณะที่ยังต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายจุนเจือครอบครัว ค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้สถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ อาจสูญเสียโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลงและบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป โดยบุคคลในครอบครัวต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลครอบครัวแทน (วิรังรอง, 2543)

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ต้องมีการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวตายเฉียบพลันอย่างรวดเร็วและแม่นยำ สิ่งสำคัญคือสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยได้เร็วที่สุด (reperfusion) เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดได้ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ (เกรียงไกร, 2555) การป้องกันและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะช่วยชะลอการดำเนินของโรค ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอายุยาวนานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การลดปัจจัยเสี่ยงสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (ผ่องพรรณ, 2554; Keresztes & Wcisel, 2009) ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูล เพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคและสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งในระยะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตรงกับการศึกษาของโปลิคานดริโอและคณะ (Polikandrioti et al., 2011) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความต้องการข้อมูลและคำแนะนำมากที่สุดขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการศึกษาของเจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในทุกเรื่อง แต่จะแตกต่างกันที่ลำดับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะการดำเนินไปของโรค (Gerard & Peterson, 1984) ต่อมาสก๊อตและทอมพ์สัน (Scott & Thompson, 2003) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่อง ความต้องการข้อมูล

ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ส่วนใหญ่ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการได้แก่ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านยา โดยพบว่า ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความต้องการข้อมูล ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของโรคหัวใจ และด้านการทำกิจกรรม ส่วนผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักหรือโรงพยาบาลมีความต้องการด้านยามากที่สุด

สำหรับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษาของสมิทและลิไลส์ (Smith & Liles, 2007) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการข้อมูลด้านยา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และด้านการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากที่สุด นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกลับมาเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การขับรถ การกลับมาประกอบอาชีพของตนเอง รวมถึงการต้องการแหล่งสนับสนุนข้อมูล ช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และยังพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์แต่ไม่กล้าสอบถามเนื่องจากรู้สึกอาย กลัวว่าแพทย์และพยาบาลไม่เข้าใจและกล่าวตำหนิได้ (ชฎาภาและสายสมร, 2556) การสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งพยาบาลต้องมีความตระหนักในการสนับสนุนข้อมูลเหล่านั้นแก่ผู้ป่วย

การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ ตลอดจนความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถดูแลตนเองได้เมื่อออกจากโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณคดี พบว่ามีหลายการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ยุพินและวาสนา (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่าหลังการให้ข้อมูลผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ระดับความวิตกกังวลลดลง และส่งเสริมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม แต่การศึกษาไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นเช่นกัน พิมพาและคณะ (2554) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับเนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแล การได้รับข้อมูลจากพยาบาลและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคาดเดาภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย ร่วมกับมีการฝึกการฟื้นฟูสภาพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูตนเองเพิ่มมากขึ้น คลายความวิตกกังวลและยังลดการกลับมารักษาซ้ำได้ เนื่องจากโปรแกรมมีการให้ข้อมูลการจัดการ

อาการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งมีการให้ข้อมูล คำแนะนำและมีการประเมินผลซ้ำทางโทรศัพท์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

อภิญญา, สุพัตรา,สมเสาวนุช, นงเยาว์, และวิไลพร (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง พบว่าการสนับสนุนและการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้ระดับความรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ตลอดจนอาการผิดปกติของผู้ป่วยลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น เช่นเดียวกับ กุลวรรณ (2554) พบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองที่ครอบคลุม ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยโรคหัวใจของโปลิคานดริโอและบาสาทสิกัว (Polikandrioti & Basatsikou, 2013) พบว่านอกจากผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแล ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยยังมีความต้องการข้อมูลอื่น ๆ อีก เช่น เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ข้อมูลค่าใช้จ่าย ซึ่งความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรคตั้งแต่ระยะเฉียบพลันไปจนถึงระยะฟื้นฟู พยาบาลจึงมีความจำเป็นและต้องตระหนักในการประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ (Decker et al., 2007) จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีการวางแผนเตรียมความพร้อมอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ความวิตกกังวลที่มีอยู่ลดลง รวมทั้งข้อมูลจะช่วยผู้ป่วยในการคิดพิจารณาและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหรือมีการทำหัตถการต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย จนบางครั้งไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ หรือให้ข้อมูลเฉพาะตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลเมื่อปฏิบัติการพยาบาล หรือให้ข้อมูลตามสภาพผู้ป่วย โดยรูปแบบการให้ข้อมูลจะขึ้นกับพยาบาลแต่ละคน (อภิญญา, 2550) และพบว่าปัจจุบันจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางระบบสุขภาพและจำนวนผู้ป่วยที่เข้าโรงพยาบาลมีมากขึ้น จึงจำเป็นให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ทำให้พยาบาลไม่สามารถให้ข้อมูลได้หมดในเวลาที่รีบเร่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการดูตนเองเมื่อกลับบ้าน (แสงเดือน, ดวงรัตน์, คนึงนิจ, และฉัตรกนก, 2552) โดยโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยศึกษาเป็นโรงพยาบาลพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ มีอัตราผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูง เป็นอันดับ 1 ใน 3 ของภาคใต้ อัตรากำลังพยาบาลในการดูแลต่อผู้ป่วยประมาณ 1: 8 อาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เพียงพอ การให้ข้อมูลขึ้นกับพยาบาลแต่ละคน

โดยเป็นการให้ข้อมูลตามคู่มือหรือ แผ่นพับ พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว ยังขาดการประเมินความต้องการข้อมูลก่อนการให้ข้อมูล นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องมาจากการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นผลให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย ใจสั่น มีผลทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ส่วนหนึ่งมาจากการขาดข้อมูล มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองเนื่องมาจาก การสนับสนุนข้อมูลที่ไม่ครอบคลุม ไม่เฉพาะเจาะจง จากเจ้าหน้าที่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เจนเนตร, 2544) ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอจากเจ้าหน้าที่ตามที่ผู้ป่วยต้องการ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องรู้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลอะไรเพื่อสามารถให้ข้อมูลตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย องค์ความรู้นี้มีคนพยายามศึกษาไว้หลายท่านแต่เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย หรือเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล แต่ยังไม่พบการศึกษาใดที่เปรียบเทียบว่าความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อตายเฉียบพลันและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ว่าในความเป็นจริงตรงกันหรือไม่จึงยังมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาเพิ่มเติม โดยคาดว่าผลการวิจัยจะนำไปสู่ การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการข้อมูลอะไรบ้าง

2. พยาบาลสนับสนุนข้อมูลอะไรบ้างก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

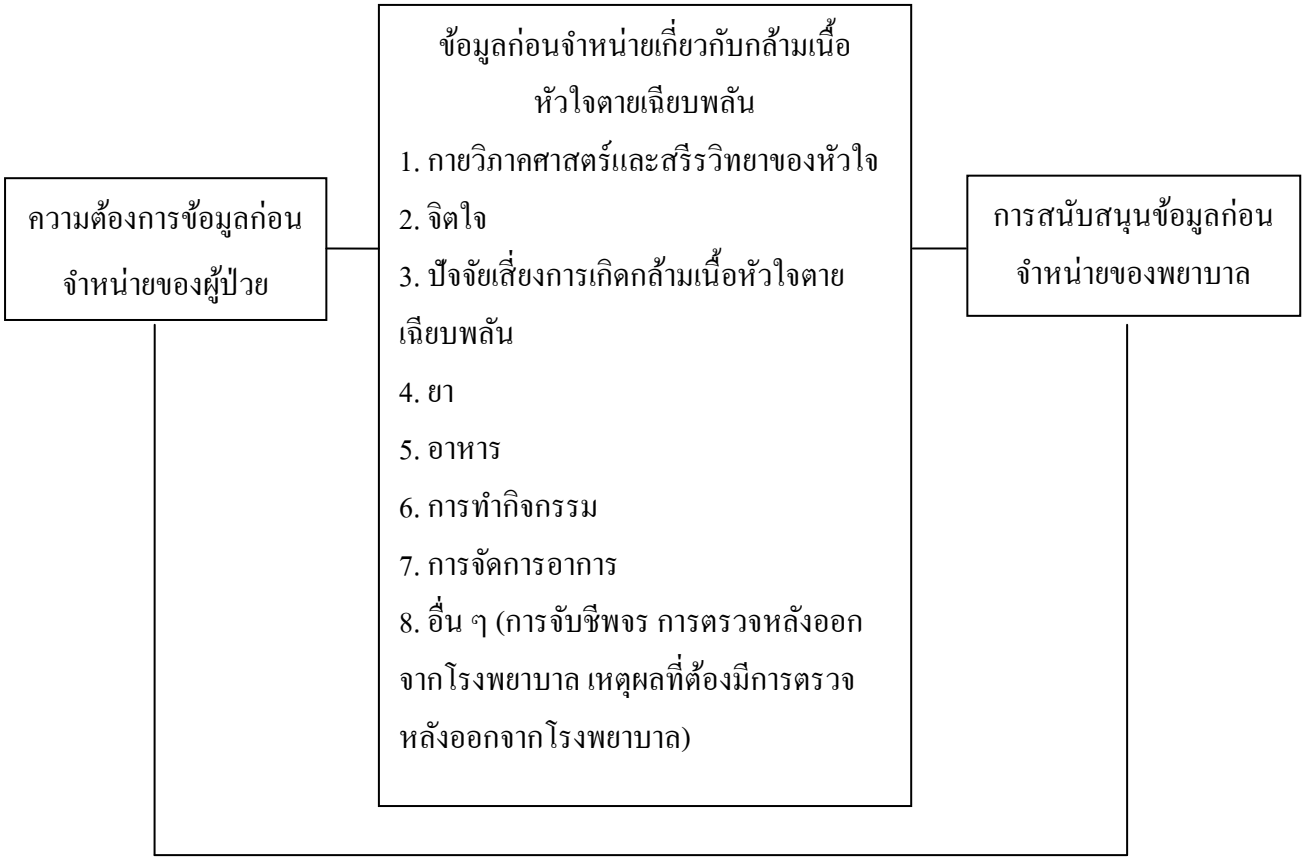
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้อย่างมีความหมายของ ออซูเบล (Ausubel, 1963 อ้างตาม สุรางค์, 2541) และการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจของ เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทฤษฎีการเรียนรู้อย่างมีความหมาย เป็นทฤษฎีการเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้รับจากผู้สอน ในการอธิบายสิ่งที่ผู้เรียนต้องการเรียนรู้ให้ทราบมีผลให้ผู้เรียนรับฟังอย่างเข้าใจ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ผู้เรียนเห็นความสำคัญและสามารถนำไปใช้ในอนาคตได้ ทำให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจเกิดขึ้น โดยมีตัวแปรที่สำคัญในการเรียนรู้คือ สิ่งที่เรียนรู้ต้องมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้เรียน เพื่อสามารถเชื่อมโยงกับความรู้ได้และสามารถกระตุ้นความตั้งใจของผู้เรียนในการเรียนรู้ได้ โดยออซูเบลแนะนำวิธีการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมายและช่วยจดจำ คือการจัดเรียบเรียงข้อมูลข่าวสารที่ต้องการให้แก่ผู้เรียน ออกเป็นหมวดหมู่หรือแบ่งบทเรียนออกเป็นหัวข้อที่สำคัญ และมีการแจ้งให้ผู้เรียนทราบก่อนการเรียนรู้ ซึ่งจะมีผลให้ผู้เรียนเข้าใจและจดจำบทเรียนได้มากขึ้น นอกจากนี้การเรียนรู้ยังเป็นส่วนสำคัญในการกระทำและช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สูงขึ้น

ทฤษฎีการเรียนรู้อย่างมีความหมายสามารถเชื่อมโยงกับการศึกษาของ เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) โดยผู้ป่วยโรคหัวใจมีความต้องการความรู้เกี่ยวกับอาการป่วย ปัจจัยเสี่ยง ยา และข้อมูลหลังการจำหน่าย ทำให้เกิดความคาดหวังระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย จึงได้ทำการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลวางแผนการสอนให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างมี

ความหมายของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณคดีเนื้อหาในการสอนผู้ป่วยซึ่งเนื้อหาที่สำคัญและจำเป็นในผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบไปด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านการแนะนำหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม และด้านอื่นๆ (การจับชีพจร อาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการหัวใจล้มเหลว การพบแพทย์ การตรวจหลังออกจากโรงพยาบาลและผลลัพธ์การตรวจ การเรียนช่วยฟื้นคืนชีพ) ต่อมาได้มีการปรับปรุงเนื้อหาโดยมีการตัดข้อมูลด้านการแนะนำหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจออก และเพิ่มด้านการจัดการอาการ เพื่อใช้ศึกษาเป็นแนวทางให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยสามารถสรุปเนื้อหาที่สำคัญและจำเป็น ประกอบไปด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม ด้านการจัดการอาการ และด้านอื่นๆ (การจับชีพจร การตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องมีการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล) (Turton, 1998) เพื่อสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรจากพยาบาลหรือทีมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสอนผู้ป่วยได้

ดังนั้นการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ประสบความสำเร็จนั้น ไม่ได้ขึ้นกับการที่พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่พยาบาลจะต้องเข้าใจผู้ป่วยด้วยว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการข้อมูลอะไรและข้อมูลใดที่ผู้ป่วยมีความสนใจมาก เพื่อจะได้มีการวางแผนในการสนับสนุนข้อมูลได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและรับฟังข้อมูลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยอย่างตั้งใจ สามารถเข้าใจเนื้อหาที่พยาบาลอธิบายได้ดีขึ้น เนื่องจากเรื่องที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยตรงตามความต้องการของผู้ป่วยและเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยกำลังประสบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงสิ่งที่พยาบาลอธิบายเข้ากับตนเองได้ และสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้ในอนาคตเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งตรงตามทฤษฎีการเรียนรู้อย่างมีความหมาย แต่ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาใดที่ศึกษาเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าตรงกันหรือไม่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อสามารถนำไปพัฒนาการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โดยผู้วิจัยได้เสนอกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัยความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

นิยามศัพท์

ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ข้อมูลที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการทราบก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ (1) ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (4) ด้านยา (5) ด้านอาหาร (6) ด้านการทำกิจกรรม (7) ด้านการจัดการอาการ (8) ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การจับชีพจร การตรวจหลังจากออกโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้โดยการใช้แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พัฒนาโดยเจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) และปรับปรุงโดยเทอตัน (Turton, 1998)

การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง การที่พยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในเรื่องดังต่อไปนี้ ได้แก่ (1) ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (4) ด้านยา (5) ด้านอาหาร (6) ด้านการทำกิจกรรม (7) ด้านการจัดการอาการ (8) ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การจับชีพจร การตรวจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องมีการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถวัดได้โดยการใช้แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถาม จากแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พัฒนาโดยเจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) และปรับปรุงโดยเทอตัน (Turton, 1998)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณคดีข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม ด้านการจัดการอาการ และ ด้านอื่น ๆ ได้แก่ การจับชีพจร การตรวจหลังจากออกโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องมีการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่ได้จากการวิจัยจะก่อให้เกิดประโยชน์คือ

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางปรับปรุงหรือพัฒนาการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกล้าม - เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.1 คำจำกัดความกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.2 สาเหตุการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.3 ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.4 พยาธิสภาพการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.5 อาการและอาการแสดงกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.6 การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.7 แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
    3.1 ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
    3.2 ประโยชน์ของข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    3.3 ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. การประเมินความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
5. การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    5.1 รูปแบบการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
6. ทบทวนงานวิจัยที่เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกับการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
7. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำจำกัดความกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) เป็นกลุ่มของอาการที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (ischemic heart disease [IHD]) เนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบแคบหรือตัน อาการสำคัญที่พบได้บ่อยคือ เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพักนานกว่า 20 นาที แบ่งเป็น 2 ชนิด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; Thygesen et al. 2012) ดังนี้

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST elevation myocardial infarction [STEMI]) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจแบบสมบูรณ์ ส่งผลให้พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเป็นเอสทียกสูงขึ้นผิดปกติ (ST - segment elevation) อย่างน้อย 2 leads หรือมีการขัดขวางการส่งคลื่นสัญญาณหัวใจแขนงซ้าย (left bundle branch block [LBBB]) ขึ้นมาใหม่

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (non - ST elevation myocardial infarction [NSTEMI]) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจเพียงบางส่วนเท่านั้น มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบเอสทีต่ำลง (STsegment depression) หรือมีทีเวฟหัวกลับ (T wave inversion) หรืออาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียง ภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

สาเหตุการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดได้หลายสาเหตุ ได้แก่

1. หลอดเลือดแดงตีบแข็ง (coronary atherosclerosis) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยพบบ่อยในผู้ที่มีไขมันในหลอดเลือดสูง ไม่ออกกำลังกาย บุคลิกภาพแบบเอ เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดื่มกาแฟหรือได้รับกาเฟอีนสูง สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ หญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดและหญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น (วราภรณ์, 2553)

2. ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงหัวใจ (Walsh - Irwim, 2013) โดยจะเกิดตามหลังหลอดเลือดแดงตีบแข็งและมีการแตกหรือการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดแดง จะกระตุ้นทำให้เกิด

ลิ่มเลือดและทำให้เกิดการอุดตันตามมา (ผ่องพรรณ, 2554; วราภรณ์, 2553; Kereszles & Wcisel, 2009)

3. การหดเกร็งของหลอดเลือด (coronary artery spasm) มีผลทำให้เกิดการปริแตกของชั้นไขมันในหลอดเลือด และตามด้วยการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ แต่เกิดเป็นส่วนน้อย (วราภรณ์, 2553; Walsh - Irwin, 2013)

4. ภาวะขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานาน ภาวะโลหิตจาง (วราภรณ์, 2553)

5. โรคหรือภาวะต่าง ๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดแดง เช่น โรคทากายาสุ (Takayasu's disease) หลอดเลือดแดงหัวใจโป่งพอง เป็นต้น (วราภรณ์, 2553)

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (non-modifiable risk factor) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factor) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีโอกาสทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีดังนี้(จริยา, 2547ก; ผ่องพรรณ, 2554; Burke et al., 2011)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1. เพศ มีรายงานการศึกษาของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าชายที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง 5 - 6 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน เนื่องจากเพศหญิงที่ยังคงมีประจำเดือน ซึ่งมีเอสโตรเจนฮอร์โมนช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (จริยา, 2547ก; Kereszles & Wcisel, 2009) บวกกับการดำเนินชีวิต ในการทำงาน การสูบบุหรี่ ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Kereszles & Wcisel, 2009) สำหรับในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดรายใหม่ ปี 2551 - 2555 พบมีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 24,587 คน เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า มีอัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายใกล้เคียงกันคือ 1: 1.14 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) เพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มากขึ้นเมื่อในวัยหมดประจำเดือน โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้หญิงที่มีอายุ 65 หรือมากกว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ผ่องพรรณ, 2554; Kereszles & Wcisel, 2009)

2. อายุ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นอีกด้วย (จารุวรรณ, 2558) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดตั้งปี 2551 - 2555 จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า อายุ 60 ปี ขึ้นไป มีอัตราป่วยสูงสุด เท่ากับ 223 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี อัตราป่วย 52.88 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี อัตราป่วย 14.47 ต่อประชากรแสนคน (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

3. กรรมพันธุ์ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติทางกรรมพันธุ์ในครอบครัว (จารุวรรณ, 2558, ผ่องพรรณ, 2554) และจะเพิ่มความเสี่ยงมากยิ่งขึ้นหากมีปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้แก่ ไขมันในหลอดเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อ้วน เบาหวาน เป็นต้น (ผ่องพรรณ, 2554)

4. เชื้อชาติพบว่าคนผิวขาวเป็นโรคมีความเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนผิวอื่น (ผ่องพรรณ, 2554)

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้

1. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบมากกว่าคนปกติ เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น (Kereszles & Wcisel, 2009) ความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและเร่งให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งในบุคคลที่มีไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) คณะกรรมการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำแนวทางการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ ดังนี้ในผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ควรมีความดันน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่อายุน้อย 60 ปี หรือมีเบาหวานหรือโรคไตร่วมด้วยความดันโลหิตต้องน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท (James et al., 2014)

2. ระดับไขมันในเลือด ปกติค่าโคเลสเตอรอลในเลือด 220 - 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไขมันที่มีความสำคัญคือ แอลดีแอล (low density lipoprotein [LDL]) วีแอลดีแอล (very low density lipoprotein cholesterol [VLDL]), ไตร์กรีเซอไรด์ (triglyceride [TG]) เพราะมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสูงมากมีผลทำให้หลอดเลือดแข็ง ในการป้องกันโรคนี้จึงควรควบคุมคอเลสเตอรอลรวมและไตรกลีเซอไรด์ต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควบคุมแอลดีแอลให้ต่ำกว่า 100 - 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเอชดีแอล (hight density lipoprotein [HDL]) ควรส่งเสริมให้มี

มาก ๆ ในผู้ชายควรมากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรผู้หญิงมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะเป็นตัวช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้ เนื่องจากจะช่วยในการทำความสะอาดหลอดเลือดและไปขจัดที่ตับ (Walsh - Irwin, 2013) ปัจจุบันพบว่า HDL ต่ำทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าการมี LDL (ผ่องพรรณ, 2554; Burke et al., 2011) โดยสาเหตุที่ทำให้ไขมันในหลอดเลือดสูงได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ภาวะเครียดเรื้อรัง กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น (จริยา, 2547ก)

3. การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องบุหรี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแข็งและตีบตัน สารนิโคตินในบุหรี่มีผลทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตให้หลั่งสารเอพิเนฟริน (epinephrine) ทำให้ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัว ซึ่งส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงหัวใจลดลง (จารุวรรณ, 2558) ในประเทศไทยพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 62.2 สำหรับประเทศตะวันตกพบได้สูงถึง ร้อยละ 86 จากการศึกษาของ ฟาร์มิ่งแฮมและบริทริช รีเจียน ฮาร์ท (The Framingham study and British Regional Heart Study อ้างตามผ่องพรรณ, 2554) พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องสูดควันบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ถือว่ามีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เช่นกัน อัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่

4. เบาหวาน โรคเบาหวานมักพบในวัยกลางคน ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก มีภาวะความดันโลหิตสูง และมีไขมันในหลอดเลือดสูง ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็ง เร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ, 2554) ดังนั้นจึงพบภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็งได้มากในผู้ป่วยเบาหวาน มีการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือดทุกชนิดยกเว้น HDL ที่ไม่เพิ่มขึ้น เบาหวานจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ มีการกำหนดว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนานกว่า 8 ปีให้นับปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 ชนิด คือ เป็นทั้งเบาหวานและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนานแล้วเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักมีเส้นเลือดตีบตันหลายเส้น และกายวิภาคของเลือดที่ตีบตันมักไม่เหมาะสมกับการทำหัตถการด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจและมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำใหม่เกิดขึ้นได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน รวมทั้งเบาหวานยังเป็นดัชนีที่แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

(poor prognosis) เมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยโรคมักมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน (จริยา, 2547ก)

5. ความอ้วน ความอ้วนสร้างภาระหนักให้กับหัวใจเนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ พบว่าผู้ที่อ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 2 - 3 เท่า การกระจายไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายนับว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ โดยพบว่าสัดส่วนของส่วนเอวและสะโพกมากกว่า 0.8 เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคในผู้หญิงสูงอายุ (ผ่องพรรณ, 2554) ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอ้วนคำนวณได้จากค่าดัชนีมวลกาย (body mass index [BMI]) ค่าที่เหมาะสมควรน้อยว่า 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และการวัดความหนาของเอว ข้อแขน การมีน้ำหนักตัวที่เกิน จะมีผลต่อการเพิ่มค่าระดับไขมันในหลอดเลือดทุกชนิด (ยกเว้น HDL ซึ่งลดลง) และพบว่าหากสามารถควบคุมและลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะช่วยให้ลดและชะลอการเกิดโรคได้ ความอ้วนปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิด ไขมันในหลอดเลือดสูง ความดันโลหิตสูง (ผ่องพรรณ, 2554; Burke et al., 2011)

6. ขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ (Burke et al., 2011; Kereszles & Wcisel, 2009) การออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือ ในหนึ่งสัปดาห์ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที พบว่าสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งการศึกษาของฟาร์มิ่งแฮม (The Framingham study) พบว่าการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในทุกวัย รวมทั้งผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทนต่อการออกแรงของหัวใจและลดอัตรา การตายจากโรคหัวใจขาดเลือดได้เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL และลดระดับไขมัน LDL ลดความดันโลหิต เพิ่มไมโอโกลบิน ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดดัชนีมวลกาย (ผ่องพรรณ, 2554)

7. ยาคุมกำเนิด โดยเฉพาะชนิดรับประทานจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิต รวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง มีรายงานว่าผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 40 ปี ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้สูงถึง 4 - 20 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด และพบว่าผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 40 ปี ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานร่วมกับการสูบบุหรี่ (จริยา, 2547ก)

8. บุคลิกภาพแบบเอ (personality type A) เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังกับงาน มุ่งมั่น เคร่งครัด ตรงเวลา ทะเยอทะยาน คาดหวังในความสำเร็จมาก ชอบทำงานที่มี

การแข่งขัน ชอบเอาชนะ ฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย พูดเร็ว ใจร้อน ไม่มีความอดทนในการรอคอย ทำงานรีบเร่ง ชอบหมกมุ่นกับการเร่งทำงานให้เสร็จทันเวลา บางคนอาจก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ เนื่องจากบุคคลที่มีลักษณะดังกล่าว มักมี ภาวะเครียดชนิดเรื้อรังที่มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic activity) รวมทั้งมีการเร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกล็ดเลือดและขบวนการเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจซึ่ง ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เร่งการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้การเผชิญภาวะเครียดอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและตายกะทันหันและมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำถึง 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนบุคลิกภาพแบบบี เนื่องจากมีการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีการทำลายหลอดเลือดโคโรนารีและเร่งการฉีกขาดหรือแตกของคราบสะสมไขมันที่เราเรียกว่า พล็าค (atherosclerotic plaque) (จริยา, 2547ก)

9. ภาวะเครียด ผู้ที่มีภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบได้จากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ภาวะเครียดอาจทำให้รับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น แม้ว่าภาวะเครียดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตประจำวัน แต่ควรควบคุมและจัดการกับภาวะเครียดอย่างเหมาะสม ตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่สำคัญ คือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย อาชีพการงาน สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (ผ่องพรรณ, 2554; Kereszles & Wcisel, 2009)

10. ระดับโฮโมซีสเตอีน (homocysteine) ในเลือดสูง ระดับโฮโมซีสเตอีนที่ถือว่าปกติ คือไม่เกิน 15 ไมโครโมลต่อลิตร พบว่าการมีระดับโฮโมซีสเตอีนในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ งานวิจัยในห้องปฏิบัติการพบว่า โฮโมซีสเตอีน ทำให้เกิดความเสียหายต่อเยื่อบุหลอดเลือดและเกิดการกระตุ้นการก่อตัวของลิ่มเลือด สารนี้เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของไต การสูบบุหรี่ ไฟบริโนเจน และซีรีแอคทีฟโปรตีน การใช้โฟลิคเอซิด วิตามินบี 6 และบี 12 ช่วยลดระดับสารนี้ในเลือดได้ (ผ่องพรรณ, 2554)

พยาธิสภาพการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) เป็นโรคที่เกิดจากความไม่สมดุลระหว่างการไหลของเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการเลือดแดงที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยมีพยาธิสภาพจากการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบ ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับเมตาบอลิสมของไขมัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดโรคหัวใจและนำไปสู่การเสียชีวิต

ขั้นตอนและกระบวนการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งของหลอดเลือดโคโรนารี มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงที่ใช้ระยะเวลานานเป็นปี โดยกระบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นเริ่มที่ ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในสุด (intimal layer) ถูกทำลายหรือได้รับบาดเจ็บเรื้อรัง ทำให้ขอบของเนื้อเยื่อของเซลล์เยื่อบุชั้นใน (endothelial cell) ที่เรียบแยกออกจากกัน ไขมันจึงเข้าไปพอกสะสมและหลั่งสารโมโนไซต์ (monocyte) เข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดงชั้น subendothelium กลายเป็นแมคโครฟาจ (macrophage) และไขมัน LDL ที่เข้าสู่เซลล์จะเปลี่ยนรูปร่างเป็นโฟมเซลล์ (foam cell) เข้าสู่ชั้น subendothelium กลายเป็นแผ่นพังผืด (fibrous plaque) ที่มีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ ยื่นเข้าไปในรูหลอดเลือดทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนของเลือดหากมีการแตกหรือการแยกตัวของแผ่นพังผืดดังกล่าว จะทำให้เลือดออกในลักษณะของคราบลิ่มไขมัน (plaques) และมีการกระตุ้นให้เกล็ดเลือดพอกสะสมจนกลายเป็นลิ่มเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และทำให้เกิดอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยระดับความรุนแรงจะขึ้นกับการอุดตันของลิ่มเลือด (จริยา, 2547ก) หากไม่สามารถขจัดสาเหตุที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างรวดเร็ว การทำลายจะเกิดอย่างถาวรเพราะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทนต่อการขาดเลือดได้ประมาณ 20 นาทีและอาการขาดเลือดจะแสดงออกมาภายใน 8 - 10 วินาที หลังการขาดเลือดไปเลี้ยง

การเปลี่ยนแปลงของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจเมื่อมีภาวะขาดออกซิเจน คือมีการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน และมีการสะสมของกรดแลกติก มีผลทำให้เซลล์แตกและตาย เป็นเหตุให้เอนไซม์ต่าง ๆ เช่น ครีเอติน ไคเนส (creatinine kinase [CK]), ครีเอทีนไคเนส ไมโอโกลบิน (serum creatinine kinase myoglobin [CK-MB]), ไมโอโกลบิล (myoglobin),โทรโพนิน ที (troponin-T), โทรโปนิน ไอ (troponin-I) และ แลคติกไฮโดรจีเนส (lactate dehydrogenase [LDH]), แอสพาร์เตทอะมิโนทรานสเฟอเรส (aspartate aminotranferase [AST]) ที่อยู่ในเซลล์ซึมผ่านออกมาทำอันตรายแก่เซลล์ใกล้เคียงและเข้าไปอยู่ในกระแสโลหิต ทำให้เราตรวจพบได้จากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ยังมีเอนไซม์บางอย่าง เช่น แบรดดีไคนิน (bradykinin) กระตุ้นตัวรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก ภาวะกรดที่เกิดขึ้นยังมีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หัวใจไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดออกมาได้ (ผ่องพรรณ, 2554) หากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะนำไปสู่การตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจนเกิดเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายและรอบ ๆ กล้ามเนื้อตายก็จะมีกล้ามเนื้อส่วนที่ได้รับบาดเจ็บและส่วนที่ขาดเลือด เซลล์เหล่านี้ได้รับบาดเจ็บจะอยู่ในภาวะตะลึงหรือจำศีล ทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง แต่ถ้าหากได้รับการ

แก้ไขกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ได้รับบาดเจ็บหรือขาดเลือดสามารถฟื้นกลับมาเป็นปกติได้ (Burke et al., 2011)

อาการและอาการแสดงกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะมีอาการเหมือนมีแรงดันมากด บีบอัดบริเวณหน้าอก โดยอาการของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน แล้วแต่การดำเนินไปของโรค โดยอาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปแขนหรือลำคอ โดยทั่วไปในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้วจะมีอาการกระสับกระส่ายร่วมด้วย (Jaffe & Miller, 2003) ความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บแน่นบริเวณกลางอกหรืออกซ้าย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักให้ประวัติว่ารู้สึกจุก ๆ แน่น ๆ เหมือนถูกกดทับหรือถูกเหยียบด้วยของหนัก ๆ ที่กลางอกหรืออกซ้ายหรือปวดเค้นที่หัวใจ อึดอัดในอก บางรายอธิบายว่าเหมือนข้าวสารหนัก 10 กิโลกรัมทับที่อกทำให้รู้สึกหายใจไม่ออกเหมือนใจจะขาด บางรายอาจมีอาการเริ่มจากแน่น หรือ ร้อนเสียดจากใต้ลิ้นปี่หรือท้อง อาการที่นำไปสู่การวินิจฉัยว่าอาหารไม่ย่อย ทำให้ไปโรงพยาบาลล่าช้าหรือวินิจฉัยพลาด) ซึ่งอาการแน่นหรือไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นไม่สามารถบรรเทาด้วยการนอนพักและอมยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) กรณีเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาก่อน (จริยา, 2547ก)

ในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน มักไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แต่จะมีอาการหัวใจล่างซ้ายล้มเหลวเฉียบพลัน (acute left ventricular failure) คือ แน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ อ่อนเพลียอย่างมาก หน้ามืดเป็นลม เวียนศีรษะ เป็นต้น ซึ่งอาการเจ็บแน่นหน้าอกอาจหายไปเองได้ โดยอาการปวดจะหายอย่างสมบูรณ์เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างถาวร หรือเลือดสามารถไหลกลับไปยังบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายได้ (หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือ ถ่างขยายหลอดเลือด) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นซ้ำใหม่ภายหลังได้ยาละลายลิ่มเลือด แสดงว่ามีการอุดตันซ้ำจากลิ่มเลือด (จริยา, 2547ก; Jaffe & Miller, 2003)

การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามสมาคมแพทย์โรคหัวใจสหรัฐอเมริกาและสหพันธ์หัวใจโลก (Thygesen, et al., 2012) ได้แก่ ตัวบ่งชี้ของโรคหัวใจ (cardiac biomarkers) ได้แก่ ค่าผลเลือด คาดิแอคโทรโปนิน (cardiac troponins) สูงขึ้นผิดปกติ หรือค่าของ ซีรัมครีเอทีน

ไคเนส มัยโอโกนบิน (serum creatinine kinase myoglobin [CK - MB]) สูงขึ้นผิดปกติ ร่วมได้จากอาการอย่างใดอย่าหนึ่งต่อไปนี้

1. มีอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2. มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นใหม่ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST - segment คือเอสทีต่ำลง (ST - depression) เอสทียกขึ้น (ST - elevation) ทีเวฟหัวกลับ (T wave inversion) หรือ มีการขัดขวางการส่งคลื่นสัญญาณหัวใจแขนงซ้าย (left bundle branch block [LBBB])

3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีคิวเวฟ (Q - wave)

4. ตรวจจากหลักฐานการถ่ายภาพ (imaging evidence) พบมีกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือกล้าม - เนื้อหัวใจเคลื่อนไหวผิดปกติ

5. ฉีดสารทึบรังสี (angiography) พบการอุดตันของลิ่มเลือดในหลอดเลือดหัวใจ

การวินิจฉัยสามารถทำได้โดย การซักประวัติและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยให้แน่ชัดยิ่งขึ้นและช่วยบอกการพยากรณ์โรคและความรุนแรงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีดังนี้

การซักประวัติและการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

อาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บแน่นเหมือนมีของหนักมาทับ หรือมาบีบหัวใจ ตำแหน่งที่เจ็บอาจเป็นบริเวณตรงกลางหน้าอก ลิ้นปี่ หน้าอกข้างซ้าย หรือมีอาการเจ็บร้าว ไปที่ไหล่ซ้าย - ขวา ข้อศอกถึงนิ้วก้อย มีการร้าวไปที่คอ คาง ขากรรไกรล่าง อาการเจ็บแต่ละครั้งไม่เกิน 15 นาที เรียกว่า แองจิน่าแพคตอริส หากเป็นระยะที่หลอดเลือดหัวใจขาดเลือด อาการเจ็บแต่ละครั้งจะไม่เกิน 30 นาที แต่ถ้าเป็นระยะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเจ็บนานกว่า 30 นาที หรือมีปัจจัยชักนำที่ทำให้เจ็บแน่นหน้าอก (precipitating cause) ได้แก่ การออกกำลังกาย รับประทานอาหารอิ่มใหม่ ๆ หรือว่าอิ่มเกิน ความเย็น การสูบบุหรี่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด วิตกกังวล (วิจิตราและพวงผกา, 2553)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่การตรวจตัวบ่งชี้ของโรคหัวใจ (cardiac biomarkers) คือการตรวจสารบางอย่างในกระแสโลหิตที่อาจบ่งบอกถึงกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย ที่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Biochemical markers มีหลายชนิดได้แก่

1. โทเทิลครีเอทีน ไคเนส (total creatinine kinase [CK]) เป็นการประเมินภาวะหัวใจ (cardiac biomarkers) ที่มาจากเนื้อเยื่อหลายแห่งจากกล้ามเนื้อลาย เมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีผลทำให้ระดับของ total creatinine kinase เพิ่มขึ้นภายใน 4 - 6 ชั่วโมงและสูงสุด 12 - 24 ชั่วโมง โดยตรวจพบในกระแสเลือดได้นาน 48 - 72 ชั่วโมง แต่ในกลุ่มโรคอื่นอาจทำให้ระดับ total creatinine kinase เพิ่มขึ้นได้ จึงมีโอกาสเป็นผลบวกลวงสูง (high false positive) ดังนั้นต้องทดสอบด้วยค่าซีรัมครีเอทีน ไคเนส มัยโอโกลบิน (serum creatinine kinase myoglobin [CK - MB]) ซึ่งมีความจำเพาะมากกว่า (ชวนพิศ, 2551)

2. ซีรัมครีเอทีน ไคเนส มัยโอโกนบิน (serum creatinine kinase myoglobin [CK - MB]) เป็นตัวบ่งชี้โรคหัวใจ (cardiac marker) ที่นิยมตรวจและมีค่าความแม่นยำมาก ค่าปกติอยู่ในช่วง 0 - 25 ยูนิตต่อลิตร (จริยา, 2547ก) ค่า CK - MB มีความจำเพาะต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้ดี จะขึ้นสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมง และอยู่นาน 3 - 4 วัน จึงแนะนำให้ตรวจทันทีที่มาถึงและตรวจซ้ำใน 6 - 9 ชั่วโมง (จารุวรรณ, 2558)

3. ค่าซีรั่มคาดิแอคโทรโปนิน (serum cardiac troponins) เป็นโปรตีนสำคัญในกล้ามเนื้อลาย เกี่ยวข้องกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจประกอบไปด้วยโทรโปนินที (Troponin - T), โทรโปนินไอ (troponin - I) และโทรโปนินซี (troponin - C) ซึ่งมีความไวในการตรวจจับกล้ามเนื้อหัวใจที่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายเป็นอย่างมาก ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ค่าของโทรโปนินจะมีค่าเป็นบวก โดยค่าโทรโปนินที (troponin - T) และโทรโปนินไอ เริ่มมีค่าสูงขึ้นภายใน 3 - 4 ชั่วโมง หลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายจะมีค่าสูงสุดที่ 8 - 10 ชั่วโมง และมีค่าสูงต่อไปได้อีกนาน 14 - 21 วัน ค่าโทรโปนินทีและโทรโปนินไอมีความไวและความเที่ยงสูงถึงร้อยละ 100 หากค่าโทรโปนินไอ ที่มีค่าสูงกว่า 3.1 ไมโครกรัม/ลิตร เป็นเวลานาน ๆ จะเป็นตัวพยากรณ์โอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ 30 วัน และ 1 ปี นอกจากนี้ยังเป็นตัวที่บ่งชี้ว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีขนาดใหญ่หาก พบโทรโปนินไอสูงอย่างน้อย 0.4 ไมโครกรัม/ลิตร และในผู้ป่วย unstable angina จะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดในการเพิ่มอัตราการตายระหว่าง 40 - 50 วัน (จริยา, 2547ก)

4. มัยโอโกลบิล (myoglobin) เป็นโปรตีนที่บ่งชี้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ค่าที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ 50 - 120 ไมโครกรัม myoglobin พบได้ร้อยละ 2 ในเซลล์กล้ามเนื้อและเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ โดยจะถูกหลั่งออกมาอย่างรวดเร็วและเป็นอันดับแรกจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทันทีภายใน 2 ชั่วโมงหลังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีค่าสูงสุดใน 3 - 15 ชั่วโมง ค่าไมโอโกนบิลที่สูง ๆ จะให้ผลดีและมีความเที่ยงในผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง ระดับไมโอโกนบิลในเลือดหลังมีอาการเจ็บหน้าอก 2 ชั่วโมง พบว่ามีความไวและความเที่ยงสูงถึง ร้อยละ 100 ในการยืนยันผลการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัจจัยที่มีผลทำให้ระดับอย่างไรก็ตามยังมีค่ามัยโอโกนบิลสูงได้ คือ ผู้ป่วยมีภาวะร่วมของการบาดเจ็บกล้ามเนื้อ ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ไตวาย ผ่าตัด ดื่มสุราจัด โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพศชายสูงอายุ ชาวอัฟริกัน - อเมริกัน (จริยา, 2547ก)

5. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram [EKG]) สามารถช่วยวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้เพียง ร้อยละ 50 โดยสามารถบอกได้ว่าหัวใจกำลังขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก พบว่าร้อยละ 20 - 30 จะมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ ST - segment คือเอสทีต่ำลง (ST - depression) หรือ ทีเวฟหัวกลับ (T wave inversion) แสดงว่ามีการขาดเลือดถึงชั้น subendocrdial ส่วน เอสทียก (ST - elevation) หมายถึงกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ โดยคลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST elevation > 1 มิลลิเมตร ใน limb leads 2 limb leads ต่อเนื่องกัน หรือ > 2 มิลลิโวล์ต ใน chest leads คลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มี Q wave แสดงว่ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (จริยา, 2547ก)

6. การตรวจคลื่นไฟฟ้าขณะออกกำลังกาย (exercise stress test [EST]) เป็นวิธีการทดสอบโดยใช้การออกกำลังกายเป็นข้อบ่งชี้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อหัวใจ (function capacity) ซึ่งเปรียบเทียบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในขณะพักและขณะออกกำลัง โดยใช้การทดสอบด้วยการปั่นจักรยานอยู่กับที่ หรือเดินบนพื้นที่สามารถปรับความลาดเอียงได้โดยมีสายพานบังคับ (tread mill) แล้วดูว่ามีการเหนื่อยเมื่อใดและคลื่นไฟฟ้าเปลี่ยนแปลงอย่างไร (วิจิตราและพวงผกา, 2553)

7. การใช้สารรังสีไอโซโทป (radioisotope image) โดยการฉีดสารกัมมันตรังสี ($Thallium^{210}$) เข้าทางหลอดเลือดดำแล้วถ่ายภาพกัมมันตรังสี หากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีสารกัมมันตรังสีลดลงหรือไม่มีเลย (วิจิตราและพวงผกา, 2553) โดยจะเกิดภายหลังมีอาการ 2 - 3 ชั่วโมง แต่ไม่สามารถแยกระหว่างภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายกับแผลเก่าได้ (วราภรณ์, 2553)

8. การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจโดยการฉีดสารทึบรังสี (coronary angiography) เป็นวิธีการตรวจดูกายวิภาคของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ให้ผลค่อนข้างแม่นยำ ทำให้สามารถ

ทราบพยาธิสภาพและลักษณะของรอยโรคที่ตีบตัน ว่าตีบตันเท่าไหร่ ตีบตันกี่เส้น คราบเลือดไขมันมีลักษณะอย่างไร ลักษณะการไหลเวียนของเลือดใน หลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นอย่างไร ตลอดจนสามารถตรวจวัดสมรรถนะการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและวัดค่าความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายได้ วิธีการตรวจทำได้โดยการใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดแดงทาง ขาหนีบขวา ข้อมือขวา หรือข้อพับแขนขวา แล้วดันเข้าสู่หลอดเลือดเอออร์ต้าก่อนเข้าสู่หลอดเลือดโคโรนารีแล้วฉีดสารทึบแสงเข้าทางสายสวน พร้อมถ่ายภาพรังสี (จริยา, 2547ก)

แนวทางการการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเน้นการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด ในการเปิดเส้นเลือดที่อุดตัน เพื่อลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และเพื่อป้องกันไม่ให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น สามารถให้การรักษาได้โดย การรักษาด้วยยา (pharmacologic therapy) การซ่อมแซมหรือฟื้นฟูให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ (restore blood supply) การผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft [CABG]) มีรายละเอียดดังนี้ (จริยา, 2547ก)

การรักษาด้วยยา (pharmacologic therapy)

ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent)

เป็นยาสำหรับรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเฉียบพลันที่เป็นชนิด ST - elevation ร่วมกับมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมีระยะเวลาน้อยกว่า 12 ชั่วโมง ซึ่งสามารถลดอัตราการตายและลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อน ยาละลายลิ่มเลือดออกฤทธิ์โดยการเปลี่ยนเอนไซม์พลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เป็นเอนซ์ไซม์พลาสมิน (plasmin) ซึ่งจะทำหน้าที่ละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้เป็นไฟบรินดีเกรเดชั่นโปรดักส์ (fibrin degradation product [FDP]) โดยประสิทธิภาพของยาจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่เริ่มให้ยา คือ หากเริ่มมีอาการและเริ่มให้ยาเร็วเท่าไหร่ อัตราการตายจะลดลง ถ้าให้ยาเร็วภายใน 1 ชั่วโมงจะสามารถลดอัตราการตายได้ร้อยละ 50 แต่ถ้าให้ยาภายใน 3 - 6 ชั่วโมง ลดอัตราการตายได้ร้อยละ 20 ยาละลายลิ่มเลือด มี 2 กลุ่ม (จริยา, 2547ก) ได้แก่

1. ยาสเตร็ปโตไคเนส (Streptokinase [SK]) เป็นยาละลายลิ่มเลือดที่นิยมใช้กันมาก สกัดจากเชื้อแบคทีเรีย ออกฤทธิ์โดยจับกับ plasminogen ในเลือดเป็นสเตร็ปโตไคเนส พลาสมิโน-เจน คอมเพล็ก (SK - plasminogen complex) จะกระตุ้น plasminogen ในกระแสเลือดและลิ่มเลือดให้เปลี่ยนเป็นพลาสมา (plasma) ทำให้เกิดกระบวนการละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้กลายเป็น FDP ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีสทีมิค ไฮโปโคแอคคูเลเบิล สเตท (systemic hypocoaguable state) ได้ 24 - 36 ชั่วโมง ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที ร้อยละ 48 - 58 ระยะเวลาดังกล่าวจึงควรหลีกเลี่ยงหัตถการต่าง ๆ เพราะจะให้เลือดหยุดยาก ขนาดของยา 1.5 ล้าน ยูนิตผสมกับสารน้ำหยดเข้าทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง ผลข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวังได้แก่ อาการแพ้ ความดันโลหิตต่ำ

2. ยาทิชชู พลาสมิโนเจน แอคติเวเตอร์ (tissue plasminogen activator [t - PA]) เป็นยาที่สังเคราะห์จากผนังด้านในสุดของหลอดเลือด (vascular endothelium) เป็นยาที่สร้างขึ้นโดยวิธีพันธุวิศวกรรม (recombinant DNA technology) t - PA เป็นเอนไซม์ธรรมชาติ จึงไม่ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ มีฤทธิ์ละลายลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นเฉพาะที่ จึงไม่ทำให้เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะอื่น ๆ t - PA ออกฤทธิ์ในการละลายลิ่มเลือดโดยการเปลี่ยน plasminogen ให้เป็น plasmin ที่บริเวณผิวของลิ่มเลือดกลายเป็นสารประกอบ t - PA fibrin ซึ่งจะเปลี่ยนเป็น plasminogen ในลิ่มเลือดให้เป็น plasmin และเกิดการละลายลิ่มเลือดขึ้น ประสิทธิภาพในการเปิดเส้นเลือดที่ 90 นาที อยู่ระหว่างร้อยละ 61 - 89 เลือดออกและความดันต่ำกว่าน้อยกว่า ยาสเตร็ปโตไคเนส แต่มีการอุดตันซ้ำสูงกว่า ยาสเตร็ปโตไคเนส ต้องใช้เวลาในการรักษานานถึง 3 ชั่วโมง ขนาดของยาเริ่มด้วยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดขนาด 10 มิลลิกรัม ตามด้วยการหยดเข้าเส้นเลือด 50 มิลลิกรัมใน 1 ชั่วโมง แล้วตามต่อด้วย 20 มิลลิกรัมหยดต่ออีก 2 ชั่วโมง และต้องตามด้วยยาเฮพารินเข้าหลอดเลือดดำ (heparin drip)/เฮพารินน้ำหนักโมเลกุลต่ำ (low molecular weight heparin [LMWH])

ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet)

1. ยาแอสไพริน (aspirin) เป็นยาที่รักษาและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (recurrent myocardial infarction) ได้ มีฤทธิ์ในการยับยั้งทอมโบเซนเอทู (Thromboxane A2) ซึ่งช่วยยับยั้งและลดการเกาะจับของเกล็ดเลือด ขนาดของยา 325 มิลลิกรัม เคี้ยวทันทีกรณีเกิดอาการแบบเฉียบพลัน 81 มิลลิกรัม รับประทานเพื่อควบคุมอาการ ผลข้างเคียงที่ต้องเฝ้าระวังได้แก่ การเกิดแผลในระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal ulceration) และตามด้วยภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้พบว่าการใช้ยา aspirin ร่วมกับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) สามารถลด

อัตราการตาย และการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (STEMI) ได้ดีกว่าการใช้ยา aspirin อย่างเดียว (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

2. ยาคลอพิโดเกรล (clopidogrel) เป็นยาที่ช่วยในการป้องกันและลดการเกาะกันของเกล็ดเลือด ยากลุ่มนี้จะมีผลดีเมื่อใช้ร่วมกับยา aspirin พบว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ไม่พบอุบัติการณ์ของ เม็ดเลือดขาวต่ำ (leucopenia), ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) จึงเป็นยาที่นิยมใช้ ขนาดยา ต้องให้ยา 300 มิลลิกรัม 600 มิลลิกรัม รับประทานก่อนใส่ขดลวดค้ำยัน 2 ชั่วโมงและตามด้วย 75 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant agents)

อันแฟล็กชัน เฮพารีน (μnfractional heparin) ออกฤทธิ์โดยการจับกับแอนติ้ทรอมบินทรี (antithrombin III) ช่วยชะลอและลดการเกิดลิ่มเลือด เป็นยาให้ทางหลอดเลือดดำ ร่วมกับ aspirin แต่มีผลข้างเคียงคือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำจากการได้รับยาเฮพาริน (heparin induced thrombocytopenia [HIT]) และ auto-antibody formation โดยพบหลังให้ยาเฮพารินทางหลอดเลือดดำ 1 - 5 วัน ปัจจุบันนิยมใช้ LMWH โดยฉีดชั้นใต้ผิวหนัง subcutaneous 1 มิลลิกรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม 1 - 2 ครั้ง/วัน (จริยา, 2547ก)

ยากลุ่มไนเตรต (Nitrate)

เป็นยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลัน เป็นยาขยายหลอดเลือดทำให้เพิ่มการกระจายของเลือดไปเลี้ยงบริเวณที่ขาดเลือด ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจลดลง ช่วยบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ สามารถใช้ควบคุมความดันโลหิตสูงและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Steg et al., 2012) ได้แก่ ยาไอโซดิล (isordil), ไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการข้างเคียง ที่พบได้แก่ ความดันต่ำ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เป็นลม หน้ามืด ซึ่งจะหายไปเมื่อลดขนาดของยาลงหรือได้รับยาเป็นเวลานานโดยค่าความดันโลหิตซิสโตลิกไม่ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท และชีพจรไม่ต่ำกว่า 50 ครั้ง/นาทีหรือไม่เกิน 100 ครั้ง/นาที จึงให้ยาได้ (จริยา, 2547ก; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

ยาปิดกั้นเบต้า (beta - blocker)

โพรพาโนรอล (Propanolol) จะขัดขวางการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติค (sympathetic nervous system) มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ลดแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงช่วยลดการทำงานและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ยานี้จะลดอัตราการเคลื่อนของคลื่นไฟฟ้าผ่าน AV node เพราะฉะนั้นอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (complete heart block) และไม่ควรให้ยาเมื่อความดันซิสโตลิกลดเกิน 10 มิลลิเมตรปรอท หรือลดต่ำกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท หรือชีพจรเต้นช้ากว่า 55 ครั้ง/นาที

ยาต้านแคลเซียม (Calcium Antagonist)

เวอราพามิล (Verapamil), นิฟีดิพิน (Nifedipine) ช่วยให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายและลดอัตราการเต้นของหัวใจ จึงลดการทำงานของหัวใจลง มักใช้ยากลุ่มนี้เมื่อผู้ป่วยมีข้อห้ามในการใช้ยา beta - blocker หรือทนต่อผลข้างเคียงของยา beta - blocker และในผู้ป่วยแอนไจนาเพคทอรีส ที่มีสาเหตุจากการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารี ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ได้แก่ อาจมีผลทำให้ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (จริยา, 2547ก; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

การซ่อมแซมหรือฟื้นฟูให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ (restore blood supply) เป็นการทำให้มีการไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารี มี ดังนี้

การขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ด้วยสายสวนพิเศษชนิดบอลลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty [PTCA])

เป็นการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน เพื่อให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบตันถูกเปิดกว้างออกใหม่ ทำให้เลือดสามารถไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ มักทำในรายที่มีการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีเพียงเส้นเดียว เป็นการใช้แรงทางกลศาสตร์ขยายหลอดเลือดด้วยการกดคราบไขมัน (atheromatous plaque) ให้แตกเพื่อขยายรูหลอดเลือดที่มีการอุดตัน สวนปลายของสายสวนมีบอลลูนติดอยู่จะถูกสอดเข้าทางหลอดเลือดแดงฟีโมรัล ผ่านเข้าไปยังบริเวณหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการตีบแคบ มีการขยายบอลลูนให้ไปยึดหลอดเลือดและทำให้

คราบไขมันแบนลงทำแบบนี้ 2 - 3 ครั้ง รูของหลอดเลือดจะขยายออก การขยายที่ถือว่าประสบความสำเร็จ คือ การทำให้การตีบแคบของหลอดเลือดลดลงร้อยละ 20 ซึ่งในการรักษาผู้ป่วย 100 คน สำเร็จ 82 คน ความสำเร็จในการทำ PTCA พบมากในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ผู้ที่มีการบีบตัวของหัวใจที่ปกติ มีหลอดเลือดตีบไม่เกินสองเส้น ไม่มีประวัติโรคเบาหวานหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือเคยทำการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) มาก่อน ภาวะแทรกซ้อนหลังทำ PTCA ได้แก่ การอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีเนื่องจากการหดเกร็งหรือมีการอุดตันโดยลิ่มเลือด อาจพบหลอดเลือดแดงถูกเซาะ (arterial dissection) หรือแตก (rupture) ผู้ที่ทำ PTCA ประมาณ ร้อยละ 5 - 10 จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft) อย่างรีบด่วนเพราะมีอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีอีก (ผ่องพรรณ, 2554)

การใส่ขดลวดค้ำยันเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous transluminal coronary intervention [PCI])

เป็นการใสขดลวด (stent) ไปค้างไว้ในหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่มีการตีบแคบเพื่อลดปัญหาของการตีบของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลันหลังการทำ PTCA และเพื่อยืดเวลาการอุดตันของเลือด การทำใช้วิธีการเดียวกันกับ PTCA เพียงแต่มีการใส่ขดลวดไว้ในบริเวณที่มีการอุดตัน ขดลวดทำหน้าเป็นโครงถ่างหลอดเลือดให้ขยายออก วัสดุที่ใช้ในการทำขดลวดมีหลายประเภท เช่น สแตนเลส หรือเป็นองค์ประกอบทางชีวภาพที่สามารถสะลายได้ หลังการใส่ขดลวดต้องป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดโดยเฉพาะ 2 - 3 สัปดาห์หลังทำ ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในระยะยาว และยังได้รับยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดหลังการจำหน่ายด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการใส่ขดลวดค้ำยันคือ เกิดการอุดตันของขดลวด และเกิดการฉีกเซาะของหลอดเลือดโคโรนารี (ผ่องพรรณ, 2554)

การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft [CABG])

เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดเพื่อให้เลือดไหลอ้อมไปยังบริเวณที่มีพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่อาจมีมากกว่า 1 เส้น (ผ่องพรรณ, 2554) ทำในรายที่มีข้อห้ามในการทำ PTCA, Coronary Stent และในรายที่อุดตันเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจซ้าย (left main) หรือ อุดตันหลอดเลือด 3 เส้น (tripple vessle stenosis) หลอดเลือดที่นำมาทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่

หลอดเลือดดำซาฟีนัส (saphynous vein) หลอดเลือดแดงแมมมารี (mammary artery) และหลอดเลือดแดงเรเดียล (radial artery) ในการผ่าตัดจะใช้ปอดและหัวใจเทียม (cardiopulmonary bypass) ในการต่อหลอดเลือดดำต้องนำเอาส่วนปลายของหลอดเลือดดำมาต่อกับเออร์ตาและต่อส่วนต้นเข้ากับส่วนปลายต่ำกว่าตำแหน่งของหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตัน

การผ่าตัดจะช่วยลดอาการแอนไจนาเพคทอริส เพิ่มความทนในการทำกิจกรรม และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยบางคนมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังการผ่าตัด แต่มีการรายงานว่าในผู้หญิงให้ผลลดอาการปวดได้น้อยกว่าผู้ชาย ภาวะแทรกซ้อนที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยที่ทำ CABG คือการเสียชีวิตระหว่างผ่าตัด มีอุบัติการณ์ของระบบหัวใจและหลอดเลือด และการติดเชื้อหลังการผ่าตัด การทำ CABG ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุและ ร้อยละ 71 เป็นผู้สูงอายุชาย ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้หลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากเซลล์ของไซโนเอเตรียมมีอายุมาก เกิดพิษจากยาเพราะตับและไตทำหน้าที่ลดลง อีกทั้งยาหลายชนิดมีปฏิกิริยาต่อกันและร่างกายไม่แข็งแรง ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง ต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้วก็ตามแต่การเจ็บป่วยยังคงมีอยู่ ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ

ผลกระทบด้านร่างกาย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง เหมือนมีอะไรมาทับหรือกด ราวทะลุหลัง ไหล่ทั้งสองข้าง คอหรือกราม มีเหงื่อออกตัวเย็นชื้น ผิวหนังซีดหรือคล้ำ หายใจเหนื่อยหอบ บางรายมีอาการคลื่นไส้อาเจียน และความดันโลหิตต่ำจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Walsh - Irwin, 2013) จากการศึกษาของ ธัชพงศ์และคณะ (2550) พบว่าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 9,373 คน มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมากที่สุดร้อยละ 16.6 โดยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่พบมากที่สุดคือ Ventricular tachycardia [VT] , Ventricular fibrillation [VF] ร้อยละ 62.7 พบ 2 nd และ 3 rd degree AV block [AVB] ร้อยละ 31.5 และพบทั้ง VT หรือ VF และAVB

ร้อยละ 5.8 และยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมีผลทำให้อัตราการตายสูงขึ้นและเกิดหัวใจล้มเหลวภายใน 48 ชั่วโมง

นอกจากนี้ผู้ป่วยหลังจากการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้สมรรถภาพของร่างกายลดลง ทำให้มีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยได้ง่าย ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้เหมือนเดิม หรือความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (วิรังรอง, 2543) จากการศึกษาของ ปภาพสวีร์, เขมารดี, และวัลภา (2556) พบว่าการรับรู้อาการเจ็บป่วยมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าในผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอาการมากจะส่งผลในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เนื่องจากรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองแย่ ในทางกลับกันหากรับรู้ถึงอาการต่าง ๆ น้อย ก็จะส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายน้อย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความกลัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่มีอาการแบบเฉียบพลันและรุนแรง หรือเคยเห็นผู้อื่นมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว กลัวตาย กลัวการรักษา กลัวการเป็นภาระแก่ผู้อื่น เนื่องจากเห็นว่าในร่างกายของตนเองอ่อนแอ ช่วยเหลือตนเองลำบาก ต้องอาศัยผู้อื่น บางรายวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การกำเริบอย่างกะทันหัน อาจได้รับการรักษาไม่ทันการณ์ (วิรังรอง, 2543) จากการศึกษาของ ณัฐชาและวัลภา, 2555 พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติมีความวิตกกังวลระดับปานกลางทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยสาเหตุของความวิตกกังวลส่วนใหญ่มาจากเรื่องที่เกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามชีวิตของผู้ป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากไม่แน่ใจว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไหร่ และรุนแรงหรือไม่ และความไม่แน่นอนในข้อมูลการรักษา เช่น การเลื่อนการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาแบบผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจ โดยไม่มีการแจ้งเหตุผลแก่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเชื่อว่า หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจมีผลทำให้อาการเจ็บแน่นหน้าอกลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สมพรและวรรณธกร, 2544) และ จากการศึกษาภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยมีอิทธิพลต่อจิตใจ พบว่า ในด้านความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธตัวเอง ขุ่นเคืองไม่พอใจตนเอง ภายหลังได้รับข้อมูลโดยเฉพาะเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค เพราะคิดว่าเกิดจากการไม่ดูแลตนเอง ความวิตกกังวลเป็นความกลัวที่เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตภายหลังการได้รับวินิจฉัยและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์ กลัวเสียชีวิตและพลัดพรากจาก

บุคคลอันเป็นที่รัก มีความสับสนในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนในด้าน อัตมโนทัศน์ต่อตนเอง พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองไม่สมบูรณ์เหมือนเดิม มีผลทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง โดยเฉพาะผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว และมีผลถึงบทบาททางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะในเพศชาย มีความรู้สึกกลัวหัวใจวายและเสียชีวิตขณะมีเพศสัมพันธ์ซึ่งทำให้มีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศชั่วคราว (ชฎาภาและสายสมร, 2556)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาจมีผลทำให้ผู้ป่วยสูญเสียอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใช้แรงงานในการประกอบอาชีพ ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้ มีผลทำให้ขาดรายได้ ไม่สามารถจุนเจือครอบครัวได้ รวมทั้งวิตกกังวลเรื่องการรักษาพยาบาล ทางด้านสังคมอาจส่งผลในเรื่องบทบาทหน้าที่การงานเนื่องจากสมรรถภาพทางร่างกายไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ หรือบทบาทเดิมที่ได้รับก่อนการเจ็บป่วยอย่างเต็มที่ มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมจึงทำให้แทนที่จะได้รับผิดชอบในตำแหน่งที่สูงขึ้นกลับสูญเสียโอกาสในหน้าที่การงาน และเป็นภาระแก่ผู้อื่นที่ต้องรับผิดชอบตนเอง (วิรังรอง, 2543)

ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลที่จำเป็นในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรครอบคลุมในเรื่องดังต่อไปนี้ (วาสินี, 2547)

1. ความรู้ทั่วไปในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ สาเหตุกลไกการเกิดโรค อาการอาการแสดง การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด การหายของโรคการกลับเป็นซ้ำ และการป้อง

2. แผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหรือโปรแกรมการการฟื้นฟู โดยเป้าหมายของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดของหัวใจ

3. ด้านจิตสังคม พยาบาลต้องให้เวลาผู้ป่วยในการรับฟังปัญหา ชี้แนะเพื่อลดและขจัดความกลัว ความวิตกกังวล ปัญหาด้านการเงินและอาชีพ และอาจแนะนำอาชีพที่เหมาะสม

4. ปัจจัยเสี่ยง พยาบาลต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อาหารไขมัน ความอ้วน บุคลิก ก้าวร้าว หงุดหงิด อารมณ์เสียบ่อย มีความทะเยอทะยานสูง

5. พยาบาลต้องบอกชื่อยา ขนาด วิธีใช้ เวลาที่ใช้ ฤทธิ์ยาและผลในการรักษา ตลอดจนอาการข้างเคียง ที่ระมัดระวังโดยเฉพาะอย่าที่สำคัญและใช้บ่อย บอกวิธีการเก็บรักษาตลอดจนการสังเกต ยาที่หมดอายุ (วาสินี, 2547)

6. อาหาร พยาบาลต้องทราบนิสัยในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูลเหมาะสมให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ให้รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้ให้มากขึ้น รับประทานอาหารแต่พออิ่ม คนที่น้ำหนักตัวเกินควรลดและควบคุมอาหาร

7. การออกกำลังกาย พยาบาลจะต้องบอกแผนการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยทราบเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอนให้ผู้ป่วยจับชีพจร ทบทวนข้อบ่งชี้ต่าง ๆ ที่ต้องหยุดออกกำลังกาย เน้นให้ผู้ป่วยอุ่นเครื่องประมาณ 5 - 10 นาที แล้วจึงเริ่มกิจกรรมการออกกำลังกายไม่เกิน 20 นาทีและมีการลดกิจกรรมลงอีกประมาณ 5 นาที จึงจะหยุดการออกกำลังกาย และทุกวันควรจะมีเวลาพักผ่อนอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หลังอาหารกลางวัน

8. การมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้แต่ต้องอยู่ในขอบเขตไม่เป็นอันตราย ต้องได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและถึงตายได้ (วาสินี, 2547)

ประโยชน์ของข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูล ถือเป็นสิ่งสำคัญด้านสุขภาพซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมจะก่อให้เกิดประโยชน์หลายอย่างต่อสุขภาพของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจเกี่ยวกับสุภาพของตนเองได้ โดยข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยนั้นจะเกี่ยวกับรายละเอียด หรือเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ เหตุผลในการรักษา วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ (จุฑารัตน์, 2551) การสนับสนุนข้อมูลอย่างเหมาะสมจะช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องราวต่างๆและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถประเมินแหล่งสนับสนุน ตัดสินใจและเลือกวิธีการที่จะเผชิญเหตุการณ์ได้ดีเพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล รวมทั้งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและอาการต่างๆที่

เกิดขึ้นได้ (ศรีประภา, 2551) ตรงกับการศึกษาของ จุฑาภรณ์,วันเพ็ญ, อุยาวดี, และพันธุ์ศักดิ์ (2554) พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและผู้ดูแลได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องและได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการในการดูแลสามารถเพิ่มความพึงพอใจ ผู้ป่วยสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคาดเดาความเจ็บป่วยได้ร่วมกับการฝึกฟื้นฟูสภาพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้นคลายความวิตกกังวลและลดการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับอาการแสดงและมีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาของ ยุพินและวาสนา (2555) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ความวิตกกังวลลดลงและสามารถส่งเสริมการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของ อภิญญา, สุพัตรา, สมเสาวนุช, นงเยาว์, และวิไลพร (2548) พบว่าการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้ที่ดีขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เหมือนกับการศึกษาของแจ่มศรีและวิพร (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าการให้ข้อมูลมีผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการปรับตัวต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยดีขึ้น และยังมีผลในการเพิ่มขีดความสามารถในการตัดสินในแก้ปัญหาเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น โรค อาการของโรคหรือสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย เป็นต้น (นิสากร, 2541) นอกจากนี้หากผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านข้อมูลอย่างถูกต้องและครบถ้วนจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจมากขึ้น (จุฑารัตน์, 2551)

การศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการได้รับข้อมูลตามความต้องการหรือตามโปรแกรมที่พยาบาลเป็นผู้จัดทำขึ้นโดยเฉพาะข้อมูลนั้นเป็นข้อมูลที่ชัดเจนและตรงกับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่หรือกำลังจะเกิดขึ้นในอนาคตหรือแม้กระทั้งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่านมาแล้วซึ่งการได้รับข้อมูลสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองสามารถคาดเดากับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นได้ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเครียด ความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมที่จะเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการตัดสินใจในการรักษาหรือไม่รักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามคำแนะนำมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้

ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งลดจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้โดยที่ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคที่ตนเองเป็นได้อย่างมีความสุข

ความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะคุกคามของชีวิตซึ่งส่งผลให้เกิดความเครียดตามมา เนื่องจากความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การได้รับข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจในการรักษาและทราบถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เจอราดและพีเตอร์สัน (1984) ได้สร้างแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจเพื่อใช้สอบถามถึงความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมี 8 ด้าน ประกอบด้วย (1) ด้านเกี่ยวกับหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (2) ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (3) ด้านจิตใจ (4) ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ (5) ด้านยา (6) ด้านอาหาร (7) ด้านการทำกิจกรรม และ (8) ด้านอื่น ๆ (เวลาควรมาพบแพทย์ การจับชีพจร อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อาการหัวใจล้มเหลว การตรวจหลังจำหน่าย การช่วยฟื้นคืนชีพ) ต่อมาเทอตัน (Turton, 1998) ได้มีการปรับปรุงแบบสอบถาม โดยตัดหัวข้อในด้านหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจออกและเพิ่มด้านการจัดการอาการเข้าไป เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยที่ออกจากหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมของสก๊อตและทอมพ์สัน (Scott & Thompson, 2003) เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 14 การศึกษา มี 6 การศึกษาที่ใช้เครื่องมือเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความต้องการข้อมูล ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านยาและด้านการทำกิจกรรมในระดับสูง ส่วนข้อมูลด้านการจัดการอาการ ด้านจิตใจ และด้านเกี่ยวกับหอผู้ป่วย มีระดับความต้องการที่ต่ำลงมา แต่ก็ยังถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ลำดับความต้องการข้อมูลจะมีการเปลี่ยนแปลงตามการดำเนินของโรค โดยพบว่าผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยหลังออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยหลังจำหน่ายมีลำดับความข้อมูลที่แตกต่างกัน

ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในระยะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก การศึกษาของเมยนิฮาน (Moynihan อ้างตาม Scott & Thompson, 2003) ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยหลังจากออกจากหออภิบาลผู้ป่วย

โรคหัวใจ และผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักต้องการข้อมูลด้านหอผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม การวินิจฉัย พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ข้อมูลจากเพื่อนและครอบครัว การตอบสนองทางด้านอารมณ์ การศึกษาของทิมมินส์และคาลิสเซอ (Timmins & Kaliszer, 2003) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก ในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจำนวน 27 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลสูงในด้านการจัดการกับอาการ

ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยหลังออกจากหอผู้ป่วยอภิบาลโรคหัวใจและในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมเป็นเรื่อง อาหาร ยา ปัจจัยเสี่ยง ขอบเขตของการทำกิจกรรม การมาตรวจตามนัด การจับชีพจร และการจัดการด้านอารมณ์ และต้องการข้อมูลที่ให้ในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจซ้ำอีก จากการศึกษาของ โปลิคานดริโอและบาบาทสิโค (Polikandrioti & Babatsikou, 2013) ศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 - 2011 พบว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ ได้แก่ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ปัจจัยเสี่ยง ต้องการข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการ ชนิดของข้อมูล ได้แก่ การสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล สถานที่ติดต่อเมื่อมีปัญหา ความเครียด บุคลากรทางสุขภาพต้องทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไรเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเขา การมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ดูแล เป็นต้น ทิมมินส์ (Timmins, 2005) ทบทวนวรรณกรรมจำนวน 8 การศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาลนั้น จะเรียงลำดับเกี่ยวข้องกับการรอดชีวิต เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการ การดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แม้พบว่าความต้องการข้อมูลจะตรงกันเป็นส่วนใหญ่เดียว แต่ควรมีการประเมินความต้องการข้อมูลก่อนเพราะแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกัน โปลิคานดริโอและคณะ (Polikandrioti et al., 2011) ศึกษาความต้องการของผู้ป่วยหัวใจในโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ รองลงมาคือต้องการข้อมูลจากแพทย์และพยาบาล ต้องการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยคนอื่น ผู้ป่วยต้องการการรักษาและการดูแลเป็นรายบุคคล ต้องการการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น ความเครียด ความกลัว ความโดดเดี่ยวและการตอบสนองทางกายภาพ เช่น การนอนหลับพักผ่อนที่ดีขึ้นขณะอยู่โรงพยาบาล และสุดท้ายต้องการความไว้วางใจจากเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล ตามลำดับ อัลคูบาติ, อัล-ซารู, คาเตอร์, และอัมเมอร์ (Alkubati, Al - Zaru, Khater, & Ammouri, 2013) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด

หัวใจก่อนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแผลที่หน้าอกและที่เขามากที่สุด ตามด้วยข้อมูลยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่ามีความต้องการข้อมูล ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจมากที่สุด (Gerard & Peterson, 1984) การกลับมาใช้ชีวิตเป็นปกติ งานอดิเรก การมีเพศสัมพันธ์ ขอบเขตการทำกิจกรรม และการตอบสนองด้านอารมณ์ และพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจข้อมูลด้านจิตใจเพิ่มขึ้นหลังออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จึงควรมีการสนับสนุนทางจิตใจในช่วงเวลานี้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหลังเป็นกล้ามเนื้อหัวใจจะมีภาวะความวิตกกังวลและซึมเศร้าตามมา (Timmins & Kaliszer, 2003) สตีวาร์ท, แอพเบย์, สเนค, เออร์ไวน์, และเกรส (Stewart, Abbey, Shnek, Irvine, & Grace, 2004) ศึกษาความต้องการข้อมูลสุขภาพในการฟื้นฟูสภาพจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่าย 6 เดือนและ 12 เดือนพบว่า หลังจำหน่ายผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านการจัดการอาการ โดยผู้ป่วยจะมีความต้องการข้อมูลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรคของเขา ผู้หญิงมีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ชายในทุกด้านโดยเฉพาะเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกและความดันโลหิตสูงแต่ผู้ชายมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ ผลการตรวจ การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มี คอเลสเตอรอลสูง การออกกำลังกายสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ และยังพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลเพิ่มเติมขณะอยู่โรงพยาบาล หลังจำหน่ายผู้ป่วยมีความพึงพอใจน้อยลง เนื่องจากหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อยลง ซึ่งเป็นตัวชี้ให้เห็นว่าควรมีการปรับปรุง (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006) เช่นเดียวกับ เอสทิน, คลอส, แมคลินาชาน, ฮันเตอร์, และพริเอสเลย์ (Astin, Closs, Mclenachan, Hunter, & Priestley, 2008) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับการให้ข้อมูลตรงกับความต้องการข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการคือ ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กลับมาเป็นซ้ำ ระดับของกล้ามเนื้อหัวใจตาย ข้อมูลยา ระดับความเหมาะสมของการทำกิจกรรม เอสฮาฮ์ (Eshah, 2011) ศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลยา การรักษา และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบจะมีความแตกต่างกันไปตามภาวะหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ความต้องการข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการหรือรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจ

ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยขณะเผชิญเหตุการณ์นั้นหรือในขณะได้รับการสวนหัวใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกก่อนทำ ขณะทำ หรือหลังทำ การใส่สายส่วนหัวใจ ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำหรือสิ่งที่ควรปฏิบัติ เช่นการปฏิบัติตนขณะใส่สายส่วนหัวใจ และข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (อิสราวรรณ, 2545)

ปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. ประสบการณ์จากความเจ็บป่วย จากการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าประสบการณ์มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น (Astin et al., 2008) การเจ็บป่วยและการรักษาเป็นความรู้เฉพาะสาขาของแพทย์ซึ่งคนทั่วไปไม่ทราบ แต่ต้องเป็นผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้นโดยตรงจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษามากยิ่งขึ้นและพบว่าประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความต้องการข้อมูล โดยพบว่าผู้ป่วยที่ผ่านเหตุการณ์หนึ่งมาแล้วทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในเรื่องดังกล่าวระดับหนึ่งแล้ว ส่งผลให้มีความต้องการข้อมูลน้อยกว่ากลุ่มที่ยังไม่เคยประสบกับเหตุการณ์นั้น (พรทิวาและขนิษฐา, 2550)

2. ระดับการศึกษา พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางด้านบวกกับความต้องการข้อมูลโดยพบว่าในผู้มีระดับการศึกษาสูงมีความต้องการข้อมูลสูงกว่าคนที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (จินดาและชวิกา, 2549; นิตญาและชนกพร, 2555; ศรีนรัตน์, สมจิต, อรสา, รุ่งโรจน์, คะนึงนิจ, และธวัชชัย, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ (รุ่งนภา, ศรีสุดา, คงขวัญ, รัชสุรีย์, และสาคร, 2556) ศึกษาความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักพบว่าญาติผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาในสูงมีความต้องการทราบข้อมูลจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่มากกว่าญาติผู้ป่วยระดับการศึกษาต่ำเนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะเป็นผู้ที่มีความรู้และรู้จักการค้นหาความรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งเหมือนกับการศึกษาของ อัลคูบาติ และคณะ (Alkubati et al., 2013) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ (พิจิตรา, คนึง, ธนิษฐา, และนภดล, 2556) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าในผู้ป่วยที่มีความต้องการข้อมูลมากแต่ได้รับการตอบสนองน้อยอาจเป็นแรงขับให้ผู้ป่วยแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพิ่มเติม

3. ระยะเวลาในการได้รับข้อมูล จากการศึกษาของแสงเดือนและคณะ (2552) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระดับความรู้ต่ำก่อนออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากได้รับข้อมูลน้อยกว่าความต้องการประกอบกับการได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 4 วัน มีผลต่อ

การลดโอกาสที่ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะในการทำกิจกรรมจากพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของเจนเนตร (2544) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ปัจจัยจากการได้รับการดูแลไม่เฉพาะเจาะจงจากทีมสุขภาพโดยส่วนหนึ่งมาจากการได้รับคำแนะนำในระยะเวลาสั้น ๆ มีผลให้ผู้ป่วยได้รับเนื้อหาไม่ครอบคลุมซึ่งส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านทำให้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหลายด้าน คล้ายกับการทบทวนวรรณกรรมของ ยิลมานและอีมิโรลกิ (Yilmaz & Emiroglu, 2004) พบว่า การให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะให้ในวันสุดท้ายก่อนออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น

4. อายุ จากการศึกษาของ ทิมมินส์และคาลิสเซอ (Timmins & Kaliszer, 2003) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยลดลงเมื่อมีระดับอายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในเรื่อง ด้านการทำกิจกรรม คล้ายกับการศึกษาของโอเตอร์เอลและคณะ (Oterhals el al., 2006) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยมีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล แต่มีความต้องการข้อมูลน้อยลงเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการศึกษาของ อัลคูบาติ และคณะ (Alkubati et al., 2013) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่รักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุน้อยและวัยผู้ใหญ่มีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้สูงอายุ การศึกษาของศรีนรัตน์และคณะ (2554) พบว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ข้อมูลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยกว่า และการศึกษาของวศินีและจินตนา (2554) เกี่ยวกับการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยอายุ 57 ปี มีวุฒิภาวะ พัฒนาการประสบการณ์ การคิดการรับรู้ และการตัดสินใจที่ดี มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยหรือมากเกินไป

5. เพศ จากการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่า ผู้หญิงมีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูง ส่วนผู้ชายจะมีความต้องการข้อมูลเรื่องเพศสัมพันธ์ผลการตรวจและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้หญิง (Stewart el al., 2004) ตรงข้ามกับการศึกษาของ อัลคูบาติ และคณะ (Alkubati et al., 2013) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ชายมีความต้องการข้อมูลมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ศรีนรัตน์, และคณะ (2554) พบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ข้อมูลน้อยกว่าเพศชาย แต่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมีอายุมากกว่าเพศชายซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่น้อยกว่าและเกินครึ่งมีสถานภาพโสดซึ่งมีผลต่อการสนับสนุนทางด้านจิตสังคมและครอบครัวน้อย

การประเมินความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่ฟื้นหายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องการความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของเขา ปัจจัยเสี่ยง ยา และข้อมูลเตรียมความพร้อม สาเหตุของความเชื่อนั้นทำให้มีการเปิดกว้างข้อมูลมากขึ้น ทำให้เกิดความคาดหวังระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย จากการศึกษาแบบประเมินที่มีการนำมาใช้ประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่

แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย (The patient learning needs scale [PLNS]) ซึ่งสร้างและการพัฒนาโดย บูบิลาและคณะ (นที, 2541; Bubela et al, อ้างตาม Smith & Liles, 2007) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและพัฒนามาเป็นเครื่องมือมีจำนวน 40 ข้อ ให้เลือก 5 ระดับความสำคัญ เริ่มจาก 1 ไม่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ท่านต้องเรียนรู้ จนถึง 5 มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ท่านต้องเรียนรู้ประเด็นคำถาม ประกอบด้วย ข้อมูลยา อาการและภาวะแทรกซ้อน กิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความรู้สึกต่อสถานการณ์ และการสนับสนุนและการดูแลในชุมชน ได้มีการตรวจสอบความถูกต้อง และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.95 ผู้ที่นำเครื่องมือนี้มาใช้ได้แก่ สมิทและลิไลส์ (Smith & Liles, 2007) ได้นำไปศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เอชเชอร์ (Eshah, 2011) นำไปศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นำไปตรวจสอบความถูกต้อง และหาค่าความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

แบบประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจ (The cardiac patient learning need Inventory [CPLNI]) สร้างขึ้นโดย เจอราร์ดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) ได้สร้างแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและเป็นแนวสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าได้ให้ความรู้ได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยแบบประเมินความต้องข้อมูลการผู้ป่วย มี 43 ข้อ ใช้สำหรับสอบถามผู้ป่วย มีระดับคะแนน 1 - 5 คะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนน คือไม่สำคัญ จนถึงระดับ 5 คะแนนคือสำคัญมาก เนื้อหาในเครื่องมือประกอบไปด้วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจ ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม และด้านอื่น ๆ โดยเจอราดและ พีเตอร์สัน นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากนั้นคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งชุดเท่ากับ .91 มีผู้นำเครื่องมือนี้ไปใช้หลาย

ท่านได้แก่ กาเดียโนและคณะ (Galdeano, Rossi, Dantas, Rodrigues, & Furuya, 2012) ได้นำเครื่องมือหาค่าความเชื่อมั่นในบราซิล โรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 65 คน หาค่าความเชื่อมั่นได้ .96 ครั้งแรกและ .78 ในครั้งที่สอง ยูซอลและเอน (Uysal & Enc, 2012) ได้นำไปใช้ในการศึกษาประเทศตุรกีได้หาค่าความตรงและความเที่ยงโดยศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกจำนวน 143 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .96

ปี 1998 เทอตัน (Turton, 1998) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้ป่วย คู่สมรสและพยาบาล โดยเพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูล มีการปรับปรุงเครื่องมือโดยตัดแบบประเมินด้านหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจออก และเพิ่มด้านการจัดการอาการ โดยพบว่า ผู้ป่วย คู่สมรสและพยาบาลรับรู้ว่าเป็นข้อมูลการจัดการสำคัญมาก โดยเครื่องมือที่ปรับปรุงประกอบไปด้วย 8 ด้าน และมีจำนวน 37 ข้อได้แก่ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านการจัดการอาการ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม และด้านอื่น ๆ มี ระดับคะแนน 1 - 5 คะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนน คือไม่สำคัญ จนถึงระดับ 5 คะแนนคือสำคัญมาก ต่อมามีผู้นำไปใช้ได้แก่ ทิมมินส์และคาลิสเซอ (Timmins & Kaliszer, 2003) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยและพยาบาล อัลคูบาติ และคณะ (Alkubati et al., 2013) ศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับการรักษาด้วยการถางขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Astin et al., 2008)

การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นหน้าที่ของพยาบาลและเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เพื่อช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นการได้รับข้อมูลที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจ และเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยพยาบาลมีการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนเสมอซึ่งการให้ข้อมูลที่ดีจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (ศรีประภา, 2551) โดยพยาบาลที่ดีจะต้องมีความรู้และพร้อมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตลอดเวลา (Albert et al., 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมการสนับสนุนข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้

1. ระยะอยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จากการศึกษาพบว่าในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลส่วนใหญ่มาจากโรคซึ่งเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่มาคุกคามตนเอง เข้าใจและมั่นใจในการรักษา ส่งผลให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง (ณัฐชาและวัลภา, 2555) ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลหนัก ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบ การรักษา รวมทั้งการดูแลที่ผู้ป่วยเมื่อได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ขั้นตอนการย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักและการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ (พรพิศ, 2550)

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในวันแรกของการผ่าตัดส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในเรื่องของความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ เช่นผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ การหายใจ ระบบการไหลเวียนเลือด ระดับความรู้สึกตัว การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การถอดสายระบายลมในกระเพาะปัสสาวะ ท่อระบายทรวงอก การบริหารยา การดื่มทางปาก การบรรเทาปวด การบริหารร่างกาย การสนับสนุนข้อมูลที่พยาบาลให้ในระยะนี้ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัด ผลการผ่าตัด แผนการรักษา การพยาบาล วิธีขอความช่วยเหลือขณะใส่ท่อหายใจและให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย เวลาการเข้าเยี่ยมของญาติ การปฏิบัติตัวในไอซียู และการขอยาลดปวด รวมถึงการบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงการย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ลักษณะหอที่ผู้ป่วยจะย้าย และเหตุผลการเอาอุปกรณ์และเครื่องมือต่าง ๆ ออกจากตัวผู้ป่วย และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องบอกแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อ (ปราณี, น้ำทิพย์, จารุวรรณ, และพันธุ์ศักดิ์, 2554)

2. ระยะออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนข้อมูลในระยะออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจและการทำงานของหัวใจ พยาธิสภาพของโรค สาเหตุการณ์เกิดโรค การรักษา อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ คำแนะนำในการดูแลตนเอง ได้แก่การทำกิจกรรมต่าง ๆ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ข้อมูลเกี่ยวกับยา การมาพบแพทย์ตามนัด การปฏิบัติตนเมื่อมีอาการผิดปกติและการปฏิบัติตนหลังใส่ขดลวด ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคิดตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งได้เรียนรู้การจัดการกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นในเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้และส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น (วศินีและจินตนา, 2554; อภิญญาและคณะ, 2548)

3. ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะนี้จะเป็นการให้ข้อมูลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การสนับสนุนข้อมูลจากพยาบาลและทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคาดเดาภาวะเจ็บป่วยและ มีการฝึกการฟื้นฟูสภาพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมคลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำได้ (จุฑาภรณ์และคณะ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือนและคณะ (2552) พบว่า การสนับสนุนข้อมูลออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วย อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลที่ดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในระยะก่อนออกจากโรงพยาบาล พบว่าการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในระยะนี้ ประกอบไปด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคที่ตนเองเผชิญ คำแนะนำในการดูแลตนเอง การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม การเลิกสูบบุหรี่ (ผ่องพรรณ, 2554; พจนา, 2553; วศินีและจินตนา, 2554; อภิญญาและคณะ, 2548; Jiang, Sit, & Wong, 2006) การมีเพศสัมพันธ์ การตรวจตามนัด การฟื้นฟูสมรรถภาพ สภาพจิตใจของผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยชักนำ การประเมินอาการด้วยตัวเอง เป็นต้น (ผ่องพรรณ, 2554; พจนา, 2553)

4. ระหลังออกจากโรงพยาบาล ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากพยาบาลจะเป็นการติดตามข้อมูลสุขภาพและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น พร้อมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เหมาะสม (วศินีและจินตนา, 2554) ในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตัวเอง ปรับวิถีชีวิต โดยให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือและติดตามประเมิน ซึ่งรวมถึงการเตรียมความพร้อมในการกลับทำงานตามปกติหรือปรับวิถีการทำงานหรือปรับเปลี่ยนงานด้วย เป็นต้น

รูปแบบการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การสนับสนุนข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่าการสนับสนุนข้อมูลมีรูปแบบและวิธีการสอนมากมาย และหากมีการใช้สื่อร่วมด้วยจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้นเพราะสื่อจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจมากขึ้น (ศรีประภา, 2551) จากการ

ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีรูปแบบการสนับสนุนข้อมูล ดังนี้

1. วิธีการสนับสนุนข้อมูลจะพบว่า มี 2 แบบคือ การสนับสนุนข้อมูลเฉพาะบุคคลและการสนับสนุนข้อมูลโดยมีญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามรส่วนร่วม โดยการสนับสนุนเฉพาะบุคคล เป็นการสอนแบบตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้กับผู้ป่วยได้อย่างละเอียด ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญญา และผู้ป่วยมีโอกาสได้ซักถาม ทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย (นที, 2541) ส่วนการสนับสนุนโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม จากการศึกษาภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า การให้กำลังใจ การให้การดูแลอย่างเข้าอกเข้าใจจากครอบครัวและคนรอบข้างจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ (ชฎาภาและสายสมร, 2556) โดยขณะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะให้ญาติจะให้ญาติเข้ามาร่วมฟังด้วยเพราะญาติจะเป็นบุคคลที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มศรีและวิพร (2556) เกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม จะมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ การให้ความรู้ผ่านสื่อ การสอนทักษะและสนับสนุนข้อมูลทางโทรศัพท์หลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีญาติเข้าร่วมรับฟังด้วยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจียง, สิท, วอง (Jiang, Sit, & Wong, 2006) ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและความเสี่ยง พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมซึ่งมีญาติเข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระยะอยู่ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤตกรรมสุขภาพดีขึ้นและสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพที่ทำให้เกิดโรคหัวใจได้

จากการทบทวนวรรณคดีข้างต้น การกำหนดเนื้อหาในการสนับสนุนข้อมูลโดยส่วนใหญ่จะเป็นการสอนตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและได้จากการทบทวนวรรณกรรมและนำมากำหนดเป็นแบบแผนการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. การใช้สื่อประกอบการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาล สื่อประกอบการสนับสนุนข้อมูลเป็นสิ่งที่ใช้ในการถ่ายทอดข้อมูลจากผู้สอนไปยังผู้รับ โดยพบว่าการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยโดยใช้สื่อประกอบจะทำให้เกิดการเรียนรู้ที่เร็วขึ้น (ศรีประภา, 2551) การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายอย่างที่นำมาใช้ร่วมประกอบการการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วย เช่น การจัดทำแผนการสอน ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ คู่มือการดูแลตนเอง วีดีทัศน์ วีซีดี มีการติดตามข้อมูลสุขภาพและให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตนของ

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่าคะแนนความรู้ในกลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในวันจำหน่ายผ่านสื่อวีดีทัศน์มีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการให้ข้อมูล และมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงซึ่งสมารถอธิบายได้ว่าการให้ข้อมูลผ่านทางวีดีทัศน์ทำให้ผู้ป่วยใช้ประสาทสัมผัสหลายทาง เช่น ดูด้วยตา ฟังด้วยหู ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพเหตุการณ์และทราบความรู้สึกที่ต้องประสบได้ตรงความจริง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคตได้และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ ส่งผลให้มีความวิตกกังวลลดลง (ยุพินและวาสนา, 2555) คล้ายกับของจุฑาภรณ์และคณะ (2554) ศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัติประจำวัน ความพึงพอใจและการกลับมาเป็นซ้ำ พบว่า การวางแผนการจำหน่ายโดย การให้ข้อมูลตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการติดตามเยี่ยมให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ มีผลเพิ่มความพึงพอใจและลดการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากโปรแกรมมีการประเมิน การให้ข้อมูลการจัดการอาการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งการประเมินผลซ้ำทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับ การศึกษาของแจ่มศรีและวิพร (2556) พบว่า การสนับสนุนโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม การให้ความรู้โดยใช้วีซีดี ร่วมกับการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง พบว่า มีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษา ได้แก่

แฮนส์เซน, นอร์ดริฮัง, ไอด์, และฮาเนท (Hanssen, Nordrehaug, Eide, & Hanestad, 2007) ศึกษาผลการติดตามข้อมูลโดยใช้โทรศัพท์ ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นการศึกษาของวศินีและจินตนา (2554) ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยอายุกรรม จำนวน 94 ราย เป็นการทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest- posttest design) การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการให้ความรู้ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้ความรู้เป็นรายบุคคลพร้อมให้ญาติผู้ดูแลทุกรายเข้ามาร่วมรับฟังคำแนะนำใช้ระยะเวลาการสอน ประมาณ 45 - 60 นาที นอกจากนี้ให้ผู้ป่วยและญาติศึกษาคู่มือการดูแลตนเอง แผ่นพับและแผ่นพลิก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมทบทวน ความรู้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผลการศึกษา การให้ความรู้อย่างมีแบบแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่เข้ารับการทำหัตถการหัวใจ พบว่าภายหลังการได้รับความรู้อย่างมีแบบแผนผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้

การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิญญาและคณะ (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง โดยศึกษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คนโดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง มีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องตามคู่มือการสอนผลการศึกษาจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ และอาการขาบวมในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพยาบาลวิธีนี้มีผลทำให้ระดับความรู้ของผู้ป่วยดีขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น ตลอดจนอาการผิดปกติของผู้ป่วยลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

ชาน ชู และแชง (Chan, Chau, & Chang, 2004) ศึกษาโปรแกรมการฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระยะเฉียบพลัน โดยการศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 182 คน โปรแกรมการฟื้นฟูจะประกอบไปด้วยการให้ความรู้และการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีคุณภาพชีวิตดีในช่วงระยะเวลา 6 เดือน

จากการศึกษาข้างต้นดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลและให้ญาติหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยการให้ความรู้ร่วมกับการมีสื่อประกอบในการถ่ายทอดข้อมูลแก่ผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่องไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์หรือการเยี่ยมบ้านมีผลให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย พยาบาลต้องทราบความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยซึ่งการรับรู้ข้อมูลเหมือนกันมีผลทำให้การสนับสนุนข้อมูลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (นที, 2541) หากพยาบาลให้ข้อมูลซึ่งไม่ตรงกันมีผลทำให้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยมีมากและไม่ได้รับการตอบสนอง

ทั้งหมดอาจมีผลต่อสภาพจิตใจได้ (ศรีประภา, 2551) จากการศึกษาพบว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเปลี่ยนไปตามการดำเนินการของโรค (Scott & Thompson, 2003)

2. ประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล มีอิทธิพลอย่างมากต่อความสามารถในการตัดสินใจในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอเหมาะสม ในขณะที่พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยไม่สามารถระบุข้อมูลให้กับผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างเพียงพอ (Ho, Hayati, Ting, Oteh, & Choy, 2008) เช่นเดียวกับการศึกษาสุดารัตน์ อรสาและอภิญญา (2556) พบว่า อายุและประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อายุเปรียบได้กับตัวชี้วัดอย่างหนึ่งของพยาบาลเมื่ออายุเพิ่มขึ้นพยาบาลจะมีความพร้อมในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความรอบคอบในการตัดสินใจและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่วนประสบการณ์ในพยาบาลที่ทำงานมากกว่าผ่านเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจมากกว่าทำให้ทราบถึงผลดีและผลเสียของการกระทำนั้นได้

3. ทักษะในการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาล แสงเดือนและคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า คุณภาพทักษะการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลสูงกว่าข้อมูลที่ได้รับ แต่คะแนนคุณภาพทักษะการสอนอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่าการอธิบายหรือการสื่อสารมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้หรือเข้าใจข้อมูลที่ให้ได้ (Albert et al., 2002)

ทบทวนงานวิจัยที่เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกับการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ทิมมินส์และคาลิสเซอ (Timmins & Kaliszer, 2003) ศึกษาความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยหลังการป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วย 27 คน และพยาบาลจำนวน 68 คน โดย แบ่งพยาบาลเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ พยาบาลหอผู้ป่วยฟื้นฟูหัวใจ และพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและการรับรู้ความต้องการข้อมูลผู้ป่วยของพยาบาลส่วนใหญ่ตรงกัน โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและพยาบาลเห็นว่ามีความสำคัญได้แก่ ด้านการจัดการอาการมี 4 ข้อได้แก่ การปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เวลาที่ควรมาพบแพทย์ การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนข้อมูลที่มีการรับรู้แตกต่างกันได้แก่ ด้านการทำกิจกรรม มี 3 ข้อ ได้แก่ การขับรถได้ การมีเพศสัมพันธ์ได้ การกลับไป

ทำงานได้ ซึ่งการรับรู้ถึงความสำคัญของข้อมูลในพยาบาลมากแต่ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลผู้ป่วยน้อย และยังพบว่าการรับรู้ของพยาบาลแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน โดยพบว่า คะแนนการรับรู้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยของพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่วนใหญ่จะต่ำกว่าพยาบาลหอผู้ป่วยทั่วไปและพยาบาลตึกฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่คะแนนไม่แตกต่างกันมากจนเห็นได้อย่างชัดเจน และพบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยจะเปลี่ยนไปตามเวลาโดยพบว่าผู้ป่วยมีความสนใจเรื่อง ด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเมื่อกลับบ้านหรือในช่วงกำลังพักฟื้น

สก๊อตและทอมพ์สัน (Scott & Thompson, 2003) ทบทวนวรรณกรรมเรื่องการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยหลังเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาจากงานวิจัยทั้งหมด 14 เรื่อง โดยพบว่ามีงานวิจัย 6 เรื่อง ที่ศึกษาใช้เครื่องมือเดียวกันคือ แบบประเมินความต้องข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด คือ ด้านปัจจัยเสี่ยง ตามด้วยด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านยา และด้านการทำกิจกรรม ส่วนข้อมูลด้านอื่น ๆ ด้านอาหาร ด้านจิตใจ และด้านหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยมีความต้องการในระดับที่ต่ำกว่า แต่อย่างไรก็ตามทุกเรื่องล้วนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยอยู่ในระดับมากทั้งหมด และพบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยเปลี่ยนไปตามการดำเนินของโรค พบว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ มีความต้องการข้อมูลใน ด้านยาและด้านอาหารต่ำกว่า หอผู้ป่วยอื่น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยหลังออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หอผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ส่วนการรับรู้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล พบว่า โดยรวมพยาบาลจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านยา ด้านการทำกิจกรรม ด้านหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจและด้านปัจจัยเสี่ยงตามลำดับ ส่วนด้านจิตใจ ด้านอื่น ๆ และ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจอยู่ในระดับที่ต่ำ และมีการปรับเครื่องมือ โดยมีการตัดด้านหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ (coronary care unit [CCU]) ออกและเพิ่มหัวข้อด้านการจัดการอาการ เนื่องข้อมูลด้านการจัดการกับอาการมีคะแนนสูงผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลเห็นว่าสำคัญ

การศึกษาโดยไม่ใช้ แบบวัดความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Patient Learning Need Inventory [CPLNI]) มี 7 การศึกษาใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน แต่เนื่องจากมีความแตกต่างกันของเครื่องมือจึงไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญในเรื่องของภาวะทางอารมณ์เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ วิตกกังวล ความเครียด ข้อมูลยาและปัจจัยเสี่ยง เป็นส่วนใหญ่แต่แพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญเกี่ยวกับยาเป็นอันดับแรกและตามด้วยปัจจัยเสี่ยงและการจัดการด้านอารมณ์

โปลิคานดริโอและบาบาทสิโค (Polikandrioti & Babatsikou, 2013) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาข้อมูลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยรวบรวมงานวิจัยจำนวนมากจากฐานข้อมูล PubMed เกี่ยวกับการให้ข้อมูลในผู้ป่วยโรคหัวใจปี 1997 - 2011 พบว่า ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ ได้แก่ ความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตน เรื่องการเงิน ปัจจัยเสี่ยง ต้องการข้อมูลอย่างเพียงพอกับความต้องการ ชนิดของข้อมูล ได้แก่ การสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล สถานที่ติดต่อเมื่อมีปัญหา ความเครียด บุคคลากรทางสุขภาพต้องทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไรเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเขา การมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ดูแลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ การประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยถือเป็นกุญแจสำคัญในกระบวนการพยาบาล การพัฒนาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาลและการติดตามเยี่ยมถือเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งสรุปได้ว่าเป็นที่ยอมรับกันว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจที่เกี่ยวข้องมีประโยชน์มากมายเพราะจะช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพการตัดสินใจ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอยู่ในขั้นตอนการรักษา ช่วยเพิ่มการยึดมั่นปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์และการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้

ทิมมินส์ (Timmins, 2005) การทบทวนวรรณกรรม ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 8 เรื่อง พบว่า ลำดับความสำคัญของความต้องการข้อมูลจะเกี่ยวกับการรอดชีวิต ได้แก่ ด้านการจัดการกับอาการ การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทานอาหาร การออกกำลังกาย แม้ว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนแต่ละกลุ่มไปทางเดียวกัน ในการให้ข้อมูลต้องประเมินความต้องการข้อมูลก่อนเพื่อใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการให้ข้อมูล ซึ่งแต่ละคนต้องการไม่เหมือนกัน

โอและคณะ (Ho et al., 2008) ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตามการรับรู้ของพยาบาลในมหาวิทยาลัยแพทย์คีบางสานประเทศมาเลเซีย ศึกษาในพยาบาล จากหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ (CCU) หอฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ (cardiac rehabilitation ward [CRW]) และหอผู้ป่วยสามัญ 1 และ 2 พยาบาลจำนวน 56 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ หอฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ รับรู้ความต้องการข้อมูลด้านการจัดการอาการสูงสุด ตามด้วยด้านยาและด้านปัจจัยเสี่ยงตามลำดับ อย่างไรก็ตามพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ 1 และ 2 เห็นความสำคัญข้อมูลด้านยา ด้านการจัดการอาการ และด้านจิตใจ ตามลำดับ การรับรู้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมไม่แตกต่างกันในเรื่อง ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านการทำกิจกรรม และด้านการจัดการอาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความแตกต่างกันในด้านยาและข้อมูลด้านอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจ ตึกฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ เห็นความสำคัญของข้อมูลด้านการจัดการ

อาการมากที่สุด พยาบาลตึกสามัญให้ความสำคัญข้อมูลด้านยา การจัดการอาการสูง เหตุผลหนึ่งทำไมพยาบาลถึงให้ความสำคัญด้านการจัดการกับอาการคะแนนอยู่ในระดับสูงเนื่องจาก พยาบาลสามารถที่จะประเมินผู้ป่วยได้เร็วจะมีผลตอบสนองการรักษาได้ดีกว่าและสามารถลดความวิตกกังวลและฟื้นตัวเร็วขึ้น มีผลทำให้มีอัตราการรอดและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เมคลีนและทีมมิน (Mclean & Timmin, 2007) สำรวจความต้องการข้อมูลของคู่สมรสผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใช้การสนทนากลุ่ม โดยศึกษาในคู่สมรสของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลมากกว่า 5 เดือน จำนวน 15 คน พบว่า จากการที่คู่สมรสเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้คู่สมรสอีกคนเกิดความเครียดและความกลัวจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การศึกษาครั้งนี้พบว่าคู่สมรส มักจะรู้สึกว่ายังได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ คิดว่าคู่สมรสรู้มากกว่าที่เขารู้ มีความรู้สึกว่าเหมือนได้รับความจริงเพียงครึ่งเดียว ทำให้เกิดความไม่มั่นใจและมีผลถึงความสัมพันธ์กับคู่ครอง โดยคู่สมรสระบุว่าการได้รับข้อมูลที่ชัดเจนจะช่วยลดความรู้สึกนี้และให้การช่วยเหลือด้วยความมั่นใจ

การให้คู่สมรสเข้าร่วมในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นวิธีหนึ่งในการตอบสนองความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้แต่ผู้เข้าร่วมจำนวนมากต้องการแต่ยังรู้สึกว่าถูกขัดขวางในเข้าร่วมในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ นอกจากนี้ยังมีการเสนอความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาการบริการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์ซึ่งมีประโยชน์สำหรับคู่สมรสในการขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลของพวกเขาด้วย

เบียเลย์ (Bailey, 2004) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในด้านยา ด้านปัจจัยเสี่ยงและด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ มากเรียงตามลำดับ สอดคล้องกับการรับรู้ของพยาบาลโดยพยาบาลให้ความสำคัญ ข้อมูลด้านยาด้านจิตใจและด้านปัจจัยเสี่ยงตามลำดับ

เบียมาไนท์ (Biamani, 2011) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล ด้านการจัดการอาการสูงสุด โดยพยาบาลให้ความสำคัญในเรื่อง ข้อมูลด้านยามากที่สุดและพบว่าทุกเรื่องล้วนมีความสำคัญมากทั้งผู้ป่วยและพยาบาล

จากการทบทวนวรรณคดีข้างต้นส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและตามการรับรู้ของพยาบาลว่าตรงกันหรือไม่ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม ด้าน

การจัดการกับอาการ ด้านจิตใจ เป็นต้น ซึ่งแตกต่างกันตามการดำเนินของโรคตั้งแต่ระยะเฉียบพลันไปจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อสามารถใช้ดูและตนเองได้เหมาะสม ทั้งในการปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้ จากการศึกษาการรับรู้ของพยาบาล พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่ตรงกันแต่แตกต่างกันที่ลำดับความต้องการข้อมูล โดยจากพบว่าการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลมีหลายรูปแบบ ได้แก่การให้ข้อมูลรายบุคคล หรือให้ร่วมกับญาติ ให้ข้อมูลตามเนื้อหาที่กำหนดหรือจัดเป็นโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลขึ้น รวมทั้งในปัจจุบันมีการใช้สื่อเพื่อถ่ายทอดและติดตามการสนับสนุนข้อมูลเพิ่มขึ้น ได้แก่ คู่มือ แผ่นพับ วีดีทัศน์ และการติดตามหรือให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยกำลังประสบอยู่และสามารถดูแลตนเองได้ แต่พบว่าการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลในปัจจุบันยังคงขาดการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้พยาบาลให้ข้อมูลไม่ตรงกับตามความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยนำความรู้ที่ได้ไปใช้ไม่เกิดประโยชน์ที่เท่าที่ควร

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะคุกคามของชีวิต เนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงและสาเหตุการเสียชีวิตในอัตราสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น โดยผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก เหนื่อย เป็นต้น ด้านจิตใจ เนื่องจากรับรู้ว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่แสดงถึงการมีชีวิตอยู่เมื่อประสบความเจ็บป่วยเกิดขึ้นผู้ป่วย เกิดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค กลัวจะไม่กลับเป็นปกติ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือต้องเปลี่ยนงานใหม่ทำให้ขาดรายได้ มีการเปลี่ยนบทบาททางสังคมจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องให้บุคคลในครอบครัวเลี้ยงดูซึ่งผลกระทบเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองและใช้ในการปรับตัวอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างปกติได้ การได้รับข้อมูลที่เพียงพอเหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ สามารถใช้ข้อมูลในการตัดสินใจและสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดได้ดี ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลลดลง รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณคดีพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลหลายด้าน กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ปัจจัยเสี่ยง ยา อาหาร จิตใจ การจัดการอาการและอื่น ๆ เช่น การมาพบแพทย์ การตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งทุกเรื่องล้วนมีความสำคัญต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น โดยความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันและมีการเปลี่ยนแปลงไปตามการดำเนินของโรค โดยส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยจะมีความต้องการข้อมูลมากกว่าการสนับสนุนข้อมูลจากพยาบาล อาจเนื่องจากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดจึงส่งผลให้มีการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลน้อยลงหรือให้ข้อมูลเฉพาะเวลาทำกิจกรรมการพยาบาลหรือตามแผนการรักษาเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจุบันจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยลงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลน้อยหรือไม่เพียงพอกับความต้องการได้

พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทราบว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูลอะไรเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์มากขึ้นและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ ความกลัว ความวิตกกังวลลดลงและสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า การให้ข้อมูลที่ดีจะต้องเหมาะสมและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย โดยในปัจจุบันพบว่าการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลมีหลายรูปแบบ เช่น การสนับสนุนข้อมูลเป็นรายกลุ่ม รายบุคคล การให้ข้อมูลตามคู่มือการดูแลตนเอง การกำหนดโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล หรือการสนับสนุนข้อมูลโดยใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบ เพื่อถ่ายทอดข้อมูลจากผู้สอนไปยังผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองสูงสุด ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีหลายเรื่องที่ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นที่ตรงกัน ได้แก่ ข้อมูลยา ปัจจัยเสี่ยง การจัดการอาการเป็นต้น โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยและพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และหออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่ยังไม่พบการศึกษาใดที่ปรากฏว่าความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลตรงกันหรือไม่ ซึ่งระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นระยะที่มีความสำคัญอย่างยิ่งหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ตลอดจนมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายเปรียบเทียบ (comparative descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช มีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

สถานที่ศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกทำการศึกษา ณ โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เนื่องจากจังหวัดพัทลุง เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงติดอันอับ 1 ใน 3 ของภาคใต้จากสถิติ ปี พ.ศ. 2550 - 2555 มีอัตราผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในจังหวัดพัทลุงเท่ากับ 365.05, 414.21, 443.28, 528.84, 385.26 และ 458.29 ต่อ 100,000 ประชากร ตามลำดับ ซึ่งส่งผลให้มีผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุงสูง ในปีงบประมาณ 2555 มีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ามารับการรักษาจำนวน 577 คน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1000 เตียงจากสถิติ ปี พ.ศ. 2550 - 2555 พบว่า อัตราผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เท่ากับ 305.89, 346.41, 339.71, 366.76, 373.53 และ 415,23 ต่อ 100,000 ประชากร โดยศึกษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม ทั้งวิกฤตและเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วย โดยในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

2. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมด โรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง(Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วย

1.1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสทียก (Acute ST - elevated myocardial infarction [STEMI]) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเอสทีไม่ยก (Acute Non – ST - elevated myocardial infarction [NSTEMI]) หรือ แอนไจนาไม่อยู่ตัว (Unstable angina [UA])

1.2 หลังเข้ารับการรักษา 72 ชั่วโมง มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติ เช่น สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หรืออาการเหนื่อยหอบ

1.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถติดต่อสื่อสารได้เข้าใจ

2. กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี ทั้งหมด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้วิธีการคำนวณโดยการหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง จากงานวิจัย คือ ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย (Bailey, 2004) เนื่องจากเป็นการศึกษาใน 2 กลุ่ม คือ พยาบาลและผู้ป่วยเหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาคือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและอยู่ในระยะใกล้เคียงกันคือหลังออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ใช้เครื่องมือในการประเมินชนิดเดียวกันคือ แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Patient Learning Need Inventory: CPLNI) ซึ่งถือได้ว่าเป็นงานวิจัยที่ใกล้เคียง โดย คำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง ในโปรแกรมสำเร็จรูปโดยเลือกผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการข้อมูลด้านการทำกิจกรรมซึ่งเป็นด้านที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง เท่ากับ 0.463 (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) จากนั้นนำไปแทนค่าคำนวณในโปรแกรมสำเร็จรูปอีกครั้ง โดยการกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความ

คลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวนประชากรเท่ากับ 75 คน

กลุ่มตัวอย่างของพยาบาล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุด จึงศึกษาจากประชากรในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมด ได้แก่ พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ในโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปี ทั้งหมด จำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สร้างขึ้นโดย เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) ปรับปรุงโดยเทอตัน (Turton, 1998) และแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นคำถามคู่ขนานกับแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวน 35 ข้อ จำนวน 2 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 ส่วน (รายละเอียดตามภาคผนวก ค) ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว สาเหตุการมารับการรักษา ประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันบุคคลในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค และข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Patient Learning Need Inventory: CPLNI) พัฒนาโดย เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) ปรับปรุงโดยเทอตัน (Turton, 1998) มีจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล 8 ด้าน ได้แก่

1. ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาหัวใจ (การทำงานของหัวใจ) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 5

2. ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 - 9

3. ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 11 - 14

4. ด้านยา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 10 - 13

5. ด้านอาหารจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 14 - 18

6. ด้านการทำกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 19 - 24

7. ด้านการจัดการอาการ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 25 - 29

8. ด้านอื่น ๆ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 33 - 35 (การจับชีพจร การตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล และเหตุผลที่ต้องตรวจหลังจากออกจากโรงพยาบาล) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เพิ่มคำถามปลายเปิดข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบนอกเหนือจากแบบสอบถาม ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการปรับเครื่องมือเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่ศึกษาและมีความเข้าใจมากขึ้น โดยตัดข้อคำถาม จากเดิมมี 37 ข้อ เหลือ 35 - ข้อ คือ ตัดข้อมูลด้านการทำกิจกรรม 2 ข้อ คือสามารถเริ่มขับรถได้เมื่อไหร่และสามารถกลับไปทำงานได้เมื่อไหร่ เนื่องจากสอดคล้องกับข้อคำถามการทำกิจกรรมหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีการปรับคำถามด้านจิตใจ 1 ข้อ คือ การตอบสนองทางด้านจิตใจเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ปรับเป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการปรับข้อคำถามข้อมูลอาหาร 1 ข้อคือ การรับประทานอาหารสุขภาพ ปรับเป็น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบลิเคิตสเกล (Likert scale) มีตัวเลือก 5 ระดับ ในการสอบถามผู้ป่วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 ไม่ต้องการ หมายถึง ผู้ป่วยไม่ต้องการทราบข้อมูล

คะแนน 2 เล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับเล็กน้อย

คะแนน 3 ปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับปานกลาง

คะแนน 4 สำคัญ หมายถึง ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับมาก

คะแนน 5 สำคัญมากหมายถึง ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลในระดับมากที่สุด

เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนความต้องการข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งโดยรวมและรายด้านโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย โดยกำหนดระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ วิธีการกำหนดอันตรภาคชั้นได้จากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด หารอันตรภาคชั้นที่ต้องการซึ่ง กำหนดช่วงคะแนนได้ดังนี้

ระดับคะแนน	1.00 - 2.33	หมายถึง	ผู้ป่วยไม่ต้องการหรือต้องการทราบข้อมูลนั้นเพียงเล็กน้อย
ระดับคะแนน	2.34 - 3.66	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลนั้นปานกลาง
ระดับคะแนน	3.67 - 5.00	หมายถึง	ผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลมาก

2. แบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วน (รายละเอียดตามภาคผนวก ง) ได้แก่

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ประสบการณ์อบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ วิธีการสนับสนุนข้อมูล และเวลาที่ใช้ในการสนับสนุนข้อมูล

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Patient Learning Need Inventory: CPLNI) ซึ่งพัฒนาโดย เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) และปรับปรุงโดย เทอตัน (Turton, 1998) มีจำนวน 35 ข้อ มาปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อมูล 8 ด้าน โดยข้อมูลแต่ละด้านมีจำนวนข้อเช่นเดียวกับแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับการสนับสนุนข้อมูลที่แท้จริงของพยาบาล ผู้วิจัยได้เพิ่มคำถามปลายเปิดข้อมูลที่พยาบาลได้สนับสนุนแก่ผู้ป่วยนอกเหนือจากแบบสอบถาม

ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบลิเคิตสเกล (Likert scale) มีตัวเลือก 5 ระดับ ใช้ในการสอบถามพยาบาล โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1 ไม่สนับสนุนข้อมูลนั้น หมายถึง พยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คะแนน 2 สนับสนุนข้อมูลนั้นเล็กน้อย หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนาน ๆ ครั้ง

คะแนน 3 สนับสนุนข้อมูลนั้นปานกลาง หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในบางครั้ง

คะแนน 4 สนับสนุนข้อมูลนั้นเป็นประจำ หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสม่ำเสมอ

คะแนน 5 สนับสนุนข้อมูลนั้นทุกครั้ง หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกครั้ง

เกณฑ์การแปลผล ค่าคะแนนการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งโดยรวมและรายด้านโดยพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ย โดยกำหนดระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ วิธีการกำหนดอันตรภาคชั้นได้จากคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารอันตรภาคชั้นที่ต้องการซึ่ง กำหนดช่วงคะแนนได้ดังนี้

ระดับคะแนน	1.00 - 2.33	หมายถึง	พยาบาลไม่สนับสนุนข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยหรือ สนับสนุนบ้างบางครั้ง
ระดับคะแนน	2.34 - 3.66	หมายถึง	พยาบาลสนับสนุนข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยบ่อยครั้ง
ระดับคะแนน	3.67 - 5.00	หมายถึง	พยาบาลสนับสนุนข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยสม่ำเสมอทุกครั้ง

การแปลเครื่องมือ

ขั้นตอนในการแปลเครื่องมือ มีดังต่อไปนี้

1. เขียนหนังสือขออนุญาตการใช้เครื่องมือในการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการแปลเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นตรวจสอบความถูกต้องของภาษา จากนั้นนำเครื่องมือที่แปลเป็นภาษาไทยแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล (รายละเอียดตามภาคผนวก จ)

3. นำเครื่องมือต้นฉบับภาษาอังกฤษเปรียบเทียบกับเครื่องมือภาษาอังกฤษที่แปลโดยอาจารย์ที่ปรึกษา

4. ปรับแก้เครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. นำเครื่องมือฉบับภาษาไทยไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือเรียบร้อยและมีการใช้ศึกษาในหลายงานวิจัยจึงไม่จำเป็นต้องตรวจความตรงของเครื่องมืออีก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยง

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้แก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 20 ราย และพยาบาล 20 ราย ที่โรงพยาบาล ตรัง หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .92 เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม ด้านการจัดการอาการ และข้อมูลด้านอื่น ๆ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86, .70, .66, .92, .81, .75, .64, .68 ตามลำดับ แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .98 เมื่อแยกรายด้านเช่นเดียวกับของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93, .93, .97, .97, .95, 93, .95, .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยทำหนังสือแนะนำตัวขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ มีรายละเอียดและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมประจำโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณา

2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยในครั้งนี้รวมทั้งการขออนุญาตเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย

3. หลังเสนอโครงการวิจัยและผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์และได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชแล้ว ผู้ทำการวิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง เพื่อขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา รายละเอียดและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนโดยใช้แบบสอบถาม มีการดำเนินการดังต่อไปนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4.1.1 ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง เพื่อสอบถามและค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.1.2 ประสานงานกับพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและการลงนามเอกสารให้ความยินยอมในการดำเนินการวิจัย

4.1.3 เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลา 15 - 30 นาที หากขณะทำการวิจัยผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจะหยุดทำการวิจัยทันทีและดูแลให้การช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งรายงานพยาบาลหรือแพทย์เจ้าของไข้ทราบ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบผู้ป่วยมีอาการผิดปกติแต่อย่างใด

4.1.4 ผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยปราศจากการชี้นำ

4.2 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

4.2.1 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อและจำนวนของพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติงานใน หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง

4.2.2 ผู้วิจัยขออนุญาตพบกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้

4.2.3 เมื่อพยาบาลกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกเอกสารการพิทักษ์สิทธิ หนังสือให้ความยินยอมและแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

4.2.4 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจนครบตามที่กำหนดพร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนทั้งแบบสอบถามของพยาบาลและของผู้ป่วยโดยนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยดำเนินการต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตัวเอง โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้ทราบและชี้แจงให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยจะใช้ข้อมูลในทางที่เป็นประโยชน์และเพื่อวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลที่นำไปเผยแพร่จะเป็นข้อมูลในภาพรวม ไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในข้อมูลที่นำเสนอ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามสามารถยุติได้ตลอดเวลาและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง

2. กลุ่มตัวอย่างพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ โดยข้อมูลที่เก็บได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามสามารถยุติได้ตลอดเวลาและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการปฏิบัติงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติการเข้ารับการรักษา ประวัติกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของบุคคลในครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ และระดับความรุนแรงของโรค ข้อมูลทั่วไปนำมาวิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) เบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าสูงสุด (maximum) ค่าต่ำสุด (minimum) ค่ามัธยฐาน (median) ค่าพิสัยควอไทล์(interquartile range)

2. แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นำมาวิเคราะห์โดยรวม ค่าเฉลี่ย (mean) วิเคราะห์การกระจายข้อมูลโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์มูลโดยใช้สถิติ ทีอิสระ (Independent *t* - test) โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ตรวจสอบการกระจายข้อมูลของตัวแปร การกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ โดยดูจากแผนภูมิฮิสโตแกรม ดูจากการคำนวณค่า standardized skewness ratio และ standardized kurtosis ratio ค่าที่ได้ไม่มากกว่า $\pm$ 3 แสดงให้เห็นว่ามีค่าการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ พบว่า การกระจายข้อมูลของคะแนนความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและคะแนนการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลก่อนจำหน่าย ดูจากแผนภูมิฮิสโตแกรมมีลักษณ์เป็นโค้งปกติ เมื่อคำนวณค่า standardized skewness ratio ค่าที่ได้ 0.55 และ 1.10 ตามลำดับ และเมื่อตรวจสอบการกระจายข้อมูลรายด้าน พบว่า คะแนนความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและค่าคะแนนการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการกระจายข้อมูลแบบปกติเกือบทุกด้าน ยกเว้น ข้อมูลด้านยามีการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติ standardized skewness ratio เท่ากับ 3.89

3.2 ตรวจสอบค่าความแปรปรวนภายในกลุ่มของข้อมูลทั้ง 2 โดยพิจารณาจากค่า Levene' s test ค่าที่ได้ p value > .05 แสดงให้เห็นว่าค่าความแปรปรวนภายในของข้อมูลทั้ง 2 ชุด ไม่มีความ

แตกต่างกัน (homogeneity of variance) จากการตรวจสอบค่าความแปรปรวนภายในกลุ่มของข้อมูลทั้ง 2 ชุด พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน ข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามีค่าความแปรปรวนของข้อมูลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนข้อมูลด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม ด้านการจัดการอาการและข้อมูลอื่น ๆ มีค่าความแปรปรวนของข้อมูลมีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงพิจารณาจาก ค่า F_{max}statistic โดยนำค่าความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มที่มีค่าสูงสุด - ค่าความแปรปรวนของกลุ่มที่มีค่าต่ำสุด หากค่า F_{max} มีค่าตั้งแต่ 9 ขึ้นไป หรือสัดส่วนของค่าความแปรปรวนสูงสุด: ค่าความแปรปรวนต่ำสุด มากกว่า 3: 1 โอกาสที่การแปลผลค่าสถิติทีอิสระ (Independent *t* - test) จะผิดไปจากความเป็นจริงสูงขึ้น ในกรณีนี้ค่า F_{max}ที่ได้ ต่ำกว่า 9 ทุกด้าน

ดังนั้นจึงสามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ทีอิสระ (Independent *t* - test) ได้โดยลดระดับนัยสำคัญลงเป็น .01 ยกเว้น ข้อมูลยาที่มีการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติผู้วิจัยจึงปรับมาใช้สถิติแมนวิทนีย์ ยู (Mann - Whitney *U* Test) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 4
การวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายเปรียบเทียบ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งที่ศึกษา 2 แห่ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
    1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
    1.2 พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1.1 ข้อมูลผู้ป่วย

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 75 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68 อายุเฉลี่ย 61.5 ปี (*SD* = 12.56) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.7 ระดับการศึกษามากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ41.3 มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24 โดยมีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 97.3 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.7 ไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 65.3 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจเพียง ร้อยละ 13.3 สูบบุหรี่ ร้อยละ 37.3 และส่วนใหญ่เห็นว่าโรคมีความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 82.7 (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=75)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	68.0
หญิง	24	32.0
อายุ (ปี) *Mean* = 61.5, *SD* = 12.56, *Min* = 32, *Max* = 83		
< 35 ปี	2	2.7
35 - 45 ปี	7	9.3
46 - 55 ปี	15	20.0
56 - 65 ปี	23	30.7
66 - 75 ปี	16	21.3
> 75 ปี	12	16.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	64	85.3
โสด	6	8.0
หม้าย	5	6.7
ศาสนา		
พุทธ	71	94.7
อิสลาม	4	5.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	2.7
ประถมศึกษา	52	69.3
มัธยมศึกษา	8	10.7
ประกาศนียบัตร/	7	9.3
อนุปริญญาตรี		
ปริญญาตรี	5	6.7
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.3
อาชีพ		
เกษตรกรรม	31	41.3
ค้าขาย	10	13.3
รับจ้าง	9	12.0
ทำงานบ้าน	4	5.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	5.3
อื่น ๆ	17	22.7
รายได้		
ต่ำกว่า 3,000 บาท/เดือน	9	12.0
3,000 - 5,000 บาท/เดือน	13	17.3
5,001 - 10,000 บาท/เดือน	17	22.7
10,001-15,000 บาท/เดือน	11	14.7
สูงกว่า 15,000 บาท/เดือน	18	24.0

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ระบุ/ไม่มีรายได้	7	9.3
รายได้เพียงพอหรือไม่		
เพียงพอกับรายจ่าย	73	97.3
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	2	2.7
โรคประจำตัว		
มี	44	58.7
ไม่มี	31	41.3
ประวัติการรักษา		
ไม่เคย	49	65.3
เคย	26	34.7
ประวัติบุคคลในครอบครัว เป็นโรคหัวใจ		
ไม่มี	65	86.7
มี	10	13.3
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	35	46.7
สูบ	28	37.3
สูบแต่เลิกแล้ว	12	16.0
ระดับความรุนแรงของโรค		
1 - 3	-	-
4 - 6	13	17.3
7 - 10	62	82.7

1.1.2 ข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5 วัน (*IQR* = 3.42) ส่วนใหญ่ร้อยละ 56 ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเอสทีไม่ยก (Non-ST- elevated myocardial infarction [NSTEMI]) พบ ร้อยละ 24 กล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเอสทียก (ST - elevated myocardial infarction [STEMI]) และแอนไจนาไม่คงที่ (Unstable angina [UA]) ร้อยละ 20 (ตาราง 2)

ตาราง 2

จำนวนร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตาม ข้อมูลสุขภาพ (n = 75)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันนอน *Median* = 5, *IQR* = 2 , *Min* = 3, *Max* = 31		
1 - 4 วัน	20	26.7
5 - 8 วัน	50	66.7
มากกว่า 10 วัน	5	6.7
การวินิจฉัย		
STEMI	18	24.0
NSTEMI	42	56.0
UA	15	20.0

Non - ST-elevated myocardial infarction [NSTEMI], ST-elevated myocardial infarction [STEMI], Unstable angina [UA]

1.2 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลจำนวน 140 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 35.36 ปี (*SD* = 7.55) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.1 มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 12.80 ปี (*SD* = 7.69) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.3 เคยอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหัวใจ ร้อยละ 55 สนับสนุนข้อมูลด้วยการแจกคู่มือหรือแผ่นพับ ร้อยละ 55 พยาบาลสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือเมื่อแพทย์วางแผนจำหน่าย ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เวลาในการสนับสนุนข้อมูล 5 - 10 นาที ร้อยละ 43.6 (ตาราง 3)

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงาน (ปี) ประสบการณ์ให้ข้อมูลผู้ป่วย และ ประวัติการศึกษาเพิ่มเติม (n = 140)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	140	100.0
อายุ (ปี) *Mean* = 35.36, *SD* = 7.554, *Min* = 22, *Max*= 51		
≤ 25 ปี	18	12.9
26 - 35 ปี	43	30.7
36 - 45 ปี	62	44.3
≥ 46 ปี	17	12.1
สถานภาพสมรส		
คู่	70	50.0
โสด	64	45.7
หม้าย	3	2.1
หย่าร้าง	3	2.1
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	136	97.1
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.9
ประสบการณ์ทำงาน (ปี) *Mean* = 12.80, *SD* = 7.69, *Min* = 1, *Max* = 31		
< 6 ปี	36	25.7
6 - 10 ปี	11	7.9
11 - 15 ปี	37	26.4
> 15 ปี	53	37.9
ไม่ตอบแบบสอบถาม	3	2.1
ศาสนา		
พุทธ	132	94.3
อิสลาม	8	5.7

ตาราง 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ให้ข้อมูลผู้ป่วย		
เคย	139	99.3
ไม่เคย	1	0.7
การฝึกอบรมการพยาบาลหัวใจ		
เคย	77	55.0
ไม่เคย	58	41.4
ไม่ตอบแบบสอบถาม	5	3.6
วิธีการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วย*		
แจกคู่มือหรือแผ่นพับ	116	82.1
อธิบายให้ความรู้, สุขศึกษา	26	18.6
ติดตามและให้ข้อมูลทาง - โทรศัพท์	10	7.1
แนะนำการสืบค้นทาง อินเตอร์เน็ท	8	5.7
ประสานงานให้ได้รับข้อมูลจาก - ทีมสหวิชาชีพ	6	4.3
ให้ข้อมูลขณะติดตามเยี่ยมบ้าน	5	3.6
จัดบอร์ดในหอผู้ป่วย	2	1.4
เวลาที่ใช้ในการสนับสนุนข้อมูล		
5 - 10 นาที	61	43.6
10 - 20 นาที	38	27.1
20 - 30 นาที	21	15.0
มากกว่า 30 นาที	4	2.9
ไม่ตอบข้อคำถาม	16	11.4

*สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.03, *SD* = 0.7) เมื่อแบ่งตามช่วงระดับความต้องการข้อมูล พบว่าอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64 ระดับปานกลางร้อยละ 36 โดยพิจารณาจากช่วงคะแนนเฉลี่ย (ตาราง 4) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรายด้านอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 ด้าน โดยเรียงลำดับความต้องการข้อมูลจากมากไปน้อยพบว่า 3 อันดับแรกที่กลุ่มตัวอย่างต้องการข้อมูลมากได้แก่ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจมากที่สุด (*M* = 4.35, *SD* = 0.69) รองลงมาคือ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน *(M* = 4.32, *SD* = 0.79*)* ข้อมูลด้านการจัดการอาการ *(M* = 4.15, *SD* = 0.89*)* และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรายด้านอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 1 ด้าน คือ ด้านจิตใจ *(M* = 3.24, *SD* = 1.14) (ตาราง 5)

ตาราง 4

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามระดับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 75)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความต้องการข้อมูล
1.00 - 2.33	0	0	น้อย
2.34 - 3.66	27	36	ปานกลาง
3.67 - 5.00	48	64	มาก
M = 4.03, SD = 0.70, Min = 2.80, Max = 5			

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n =75)

ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย	*Mean*	*SD*	การแปลผล
1. ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ	4.35	0.69	มาก
2. ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	4.32	0.79	ปานกลาง
3. ด้านการจัดการอาการ	4.15	0.89	มาก
4. ด้านยา	4.13	1.04	มาก
5. ด้านอื่น ๆ	4.08	0.94	มาก
6. ด้านอาหาร	4.02	0.93	มาก
7. ด้านการทำกิจกรรม	3.93	0.94	มาก
8. ด้านจิตใจ	3.24	1.14	มาก

3. การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างพยาบาล มีการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, SD = 0.55) เมื่อแบ่งตามช่วงระดับความต้องการข้อมูลพบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 50.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4 ระดับน้อย ร้อยละ 2.9 (ตาราง 6) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พยาบาลมีการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรายด้านอยู่ในระดับมาก จำนวน 5 ด้าน เรียงลำดับการสนับสนุนข้อมูลจากมากไปน้อยพบว่า 3 อันดับแรกที่พยาบาลมีการสนับสนุนข้อมูลมาก ได้แก่ ด้านการจัดการอาการมากที่สุด (M = 4.05, SD = 0 .70) รองลงมาคือ ด้านอาหาร (M = 3.85, SD = 0.67) ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (M = 3.84, SD = 0.65) และข้อมูลที่พยาบาลมีการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรายด้านน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อมูลด้านการทำกิจกรรม (M = 3.41, SD = 0.65) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ตาราง 7)

ตาราง 6

จำนวน และร้อยละของพยาบาลจำแนกตามระดับการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 140)

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการสนับสนุนข้อมูล
1.00 - 2.33	4	2.9	น้อย
2.34 - 3.66	65	46.4	ปานกลาง
3.67 - 5.00	71	50.7	มาก
M = 3.71, SD = 0.55, Min = 2.14, Max = 4.97			

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n =140)

การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาล	*Mean*	*SD*	การแปลผล
1. ด้านการจัดการอาการ	4.05	0.70	มาก
2. ด้านอาหาร	3.85	0.67	มาก
3. ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	3.84	0.65	มาก
4. ด้านอื่น ๆ	3.80	0.74	มาก
5. ด้านยา	3.72	0.65	มาก
6. ด้านจิตใจ	3.56	0.71	ปานกลาง
7. ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ	3.55	0.66	ปานกลาง
8. ด้านการทำกิจกรรม	3.41	0.65	ปานกลาง

4. เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การเปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ตาราง 8) พบว่า ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาล (M = 4.03, SD = 0.70) และ (M = 3.71, SD = 0.55) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t - test) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = -3.78, p < .01) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างรายด้าน พบว่ามีความแตกต่างกันเกือบทุกด้าน คือ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (t = -8.38, p < .01) ด้านจิตใจ (t = 2.49, p < .05) ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (t = -4.75, p < .01) ด้านยา (Z = -4.01, p < .01) ด้านการทำกิจกรรม (t = -4.73, p < .01) และข้อมูลด้านอื่น ๆ (t = -2.37, p < .05) ยกเว้น ข้อมูลด้านการจัดการอาการ (t = -.832, p >.05) และ ข้อมูลด้านอาหาร (t = -1.595, p > .05) ที่ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบความความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้วยสถิติ Independent t-test และ The Mann-Whitney U Test

ข้อมูล	ผู้ป่วย (*n* =75)		พยาบาล (*n* = 140)		*t/Z*	*p-value*
	M/MR	*SD/SR*	*M/MR*	*SD/SR*		
ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาล โดยรวม	4.03	0.70	3.71	0.55	-3.776	.000
1. ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ	4.35	0.69	3.55	0.66	-8.380	.000
2. ด้านจิตใจ	3.24	1.14	3.56	0.71	2.490	.014
3. ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย - เฉียบพลัน	4.32	0.80	3.84	0.65	-4.749	.000
4. ด้านยา	130.96[MR]	9822[SR]	95.70[MR]	13398[SR]	-4.014[a]	.000
5. ด้านอาหาร	4.02	0.93	3.85	0.67	-1.595	.112
6.ด้านการทำกิจกรรม	3.93	0.94	3.41	0.65	-4.734	.000
7. ด้านการจัดการอาการ	4.15	0.89	4.05	0.70	-.832	.406
8. ด้านอื่นๆ	4.08	0.94	3.80	0.74	-2.376	.018

หมายเหตุ. [a]วิเคราะห์ด้วยสถิติ The Mann - Whitney *U* Test , *t* = Independent *t* - test, *M* = Mean, MR = Mean Rank, SD = Standard deviation, SR = Sum Rank

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรเนื่องจากมีคุณลักษณะที่จำเพาะกับกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบชนิดเอสทีไม่ยกสูงและเป็นเพศชาย มีสถานภาพสมรสคู่ มีอายุเฉลี่ย 61.5 ปี เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติ จบชั้นประถมศึกษาร้อยละ 69.3 ไม่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 65.3 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจร้อยละ 86.67 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีประวัติการสูบบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร้อยละ 53.3 ระยะเวลาในการรับการรักษา 5 - 8 วัน และเห็นว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงมาก ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลของ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555) ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุพบว่า อายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเอสทีไม่ยกสูงมากที่สุด ร้อยละ 70.74 อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยเพศชายและหญิงใกล้เคียงกันและเมื่อสำรวจผู้ป่วยรายใหม่ในพ.ศ. 2555 พบว่าผู้หญิงเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าเพศชาย แต่การศึกษาของแสงเดือนและคณะ (2549) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 36 - 97 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการศึกษาของ กุลวรรณ (2554) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.10 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ และการศึกษาในระดับชั้นประถม ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

1. **ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก *(M* = 4.03*, SD* = 0.70*)* กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นความเจ็บป่วยที่อันตรายและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จากการศึกษาของแอนยาดูบาลู (Anyadubalu, 2010) หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง จากสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย ด้านจิตใจกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการกลับเป็นซ้ำ (จริยา, 2547ข) สังคมและเศรษฐกิจ ขาดรายได้จากการไม่ได้ประกอบอาชีพ สูญเสียตำแหน่งการงาน (วิรังรอง, 2543) ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความต้องการข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เหมาะสมเมื่อกลับบ้าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเองที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (จันทร์จิราและคณะ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของสมิทและลิไลส์ (Smith & Liles, 2007) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลและแหล่งสนับสนุนข้อมูลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อสามารถขอคำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย

เมื่อจำแนกความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยออกเป็นรายด้าน พบว่าข้อมูลก่อนจำหน่าย 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ รองลงมา คือ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการ ตามลำดับ สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องการข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจมากที่สุด อาจเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามของชีวิต (สุเพียรและศิริพร, 2555; Jensen & Petersson, 2003) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง บางรายมีอาการ หายใจเหนื่อย ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น เนื่องจากไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเพื่อให้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Merle & Margaret, 2003) ซึ่งข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ สาเหตุอาการเจ็บหน้าอก การทำงานของหัวใจ สาเหตุทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สิ่งที่ตามมาเมื่อเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และระยะเวลาในการฟื้นหายจากโรคส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านนี้มาก เพื่อมาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการรองลงมา คือ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เทอตัน (Turton, 1998) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในระดับสูงเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และอาจเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งเสริมให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การลดปัจจัยเสี่ยงจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันไม่ให้เกิดโรค ในผู้ป่วยที่เกิดขึ้นแล้ว เป็นการป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำได้อีกด้วย (ผ่องพรรณ, 2554) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ซึ่งสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้เมื่อเทียบกับบุคคลที่สูบอย่างต่อเนื่อง การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ การควบคุมความดันโลหิต การจัดการกับความเครียด เป็นต้น (Steg et al., 2012) โดยการศึกษาของ วุฒิพงษ์, กมล และมยุรี (2553) พบว่าความถี่ของการกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ผู้ป่วยที่ขาดการออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่

ของมูลที่ผู้ป่วยต้องการเป็นอันดับ 3 คือ ข้อมูลด้านการจัดการอาการ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้ว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะคุกคามชีวิต (สุเพียร และศิริพร, 2555; Jensen & Petersson, 2003) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างรุนแรง บางรายอาจมีอาการหายใจเหนื่อย ใจสั่น เหงื่อออกตัวเย็นร่วมด้วย (ผ่องพรรณ, 2554; Jensen & Petersson, 2003; Walsh - Iriwin, 2013) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 30 - 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล (เกรียงไกร, 2555) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการข้อมูลด้านการจัดการอาการ ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับผู้ป่วยเพื่อใช้ในการลดความทุกข์ทรมารจากอาการต่าง ๆ และควบคุมความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของเกษราและนรลักขณ์ (2557) พบว่าความรู้ในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองสูงก็จะสามารถจัดการและดูแลตนเองได้ดีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น

ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อมูลด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยต้องการอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 85.3 ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากคู่สมรสหรือญาติไม่ว่าจะเป็นด้วย การสัมผัสที่อบอุ่น คำพูด การดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมต่าง ๆ และได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างใกล้ชิดจนพ้นระยะวิกฤตของชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชาและ วัลภา (2555) พบว่านอกจากการได้รับข้อมูลแล้วการได้รับการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลกรเจ้าหน้าที่สุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ผ่อนคลาย ไม่มีความหวาดกลัว จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลด้านจิตใจน้อยกว่าด้านอื่นได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า 3 อันดับแรกที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านการจัดการอาการ และข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (Turton, 1998; Uysal & Enc, 2012) นอกจากนี้หลายการศึกษาพบว่าข้อมูลด้านยาเป็นข้อมูลหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากเช่นกัน (Bailey, 2004; Bamanisa, 2012; Timmins & Kaliszer, 2003) นอกจากข้อมูลทั้ง 8 ด้าน จากการศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับ การฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ การถ่างขยายหลอดเลือดและวิธีการ เบอร์โทรศัพท์หรือแหล่งให้คำปรึกษาหลังออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายสิทธิในการรักษาและขั้นตอนการส่งตัวเพื่อรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น อาจเนื่องจากโรงพยาบาลที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป เมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะวิกฤตทางโรงพยาบาลจะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อหรือวินิจฉัยเพิ่มในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลส่วนนี้ แต่เป็นข้อมูลที่น้อยเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 13 คน จึงนำมาเสนอในภาพรวมเท่านั้น

2. การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

พยาบาลมีการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.71, SD = 0.55) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าพยาบาลสนับสนุนข้อมูลในระดับมากทุกด้าน ยกเว้นด้านจิตใจมีการสนับสนุนข้อมูลระดับปานกลาง ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่มีการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ทั้งโดยรวมและในทุก ๆ ด้าน ได้แก่ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ด้านจิตใจ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านข้อมูลยา ด้านอาหาร ด้านการทำกิจกรรม ด้านการจัดการอาการ และด้านอื่น ๆ เป็นต้น แต่จะแตกต่างกันเพียงแค่ลำดับการให้ความสำคัญของการสนับสนุนข้อมูลเท่านั้น (Bailey, 2004; Biamani, 2011; Gerard & Peterson, 1984; Ho et al., 2008) ซึ่งการสนับสนุนข้อมูลที่เพียงพอและครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถใช้ความรู้ที่มีในการตัดสินใจและเลือกวิธีในการดูแลตนเองหรือจัดการกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีส่วนช่วยลดความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (จันทร์จิรา, สุปรีดา, อรสา, และ ธนรัตน์, 2551; จันทิมา, 2555; อมรรัตน์, ชมนาด, และสุธาสินี, 2554) สอดคล้องกับการศึกษา รพีพันธุ์, สุปรีดา, และกุสุมา (2552) ได้ทบทวนงานวิจัยจำนวน 38 เรื่อง พบว่า การลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบร่วมกันหนึ่งในนั้นคือการได้รับการสนับสนุนข้อมูลและการฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ก็ยิ่งเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและลดการกลับมาเป็นซ้ำได้

ผลการศึกษาการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า 3 อันดับแรกที่พยาบาลสนับสนุนมากที่สุด คือ ข้อมูลด้านการจัดการอาการมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านอาหาร และข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของโอและคณะ (Ho et al., 2008) พบว่าพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยหัวใจและพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจ จะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดการอาการมากที่สุด เนื่องจากหากพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้เร็วจะมีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาได้ดีผู้ป่วยมีการฟื้นตัวเร็วขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยมีอัตรารอดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การศึกษาของนิตญาและชนกพร (2555) พบว่าอาการและอาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีโอกาสเกิดการกำเริบโรคซ้ำได้ การเรียนรู้วิธีการจัดการและการดูตนเองเบื้องต้นที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะเป็นทางช่วยลดระดับความรุนแรงและความทุกข์ทรมารจากโรคได้ (วาสนา, วันเพ็ญ, วิชชุตา, และฉัตรกนก, 2556) รวมไปถึงลดอัตราการเสียชีวิต และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา, ดวงรัตน์, คนึงนิจและ ฉัตรกนก (2554) ศึกษาพบว่าผลโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยตัวโปรแกรมมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีการประเมินผลซ้ำทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ซึ่งมีส่วนช่วยลดการกลับมารักษาซ้ำได้

ข้อมูลที่พยาบาลสนับสนุนรองลงมาคือ ข้อมูลด้านอาหาร การรับประทานอาหารที่ถูกต้องถือเป็นวิธีการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอร์รอลต่ำ งดอาการรสเค็ม หวาน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮล์หรือกาแฟอีน ควบคู่ไปกับการรักษา สามารถการชะลอการดำเนินของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีกด้วย (จิตติพร, 2555)

การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลอันดับ 3 คือ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ จะช่วยในการพยากรณ์โรค แม้ว่าจะเกิดโรคขึ้นแล้วก็ตาม สามารถลดการเกิดลิ่มเลือด ลดแรงดันในหลอดเลือด ลดการแตกของคราบไขมัน ส่งผลให้การดำเนินของโรคช้าลง (ผ่องพรรณ, 2554) ในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทุกเรื่อง อาหารที่เหมาะสม การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค การปรับกิจกรรม การพักผ่อนการออกกำลังกาย การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (จริยา, 2547ก)

ข้อมูลที่พยาบาลสนับสนุนก่อนจำหน่ายน้อยที่สุดได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรม อาจเนื่องมาจากข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรมประกอบไปด้วย เหตุผลของการจำกัดกิจรรมหลังเกิด

กล้ามเนื้อหัวใจตาย คำแนะนำในการทำกิจกรรมหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การเพิ่มระดับการทำกิจกรรมและการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเมื่อพิจาณารายข้อพบว่าพยาบาลมีการสนับสนุนข้อมูลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์น้อยที่สุด (M = 2.87, SD = 0.89) สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมลและชนกพร (2552) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาบเฉียบพลันส่วนมากยังมีการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยบางรายไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์เพราะกลัวการกำเริบของโรค จากการได้รับการสนับสนุนข้อมูลน้อย อาจเนื่องมาจาก พยาบาลส่วนใหญ่จะรู้สึกอายไม่กล้าที่จะสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย (ชฎาภาและสายสมร, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ อิวาสัน ไฟรด์ลูนและสโจเกอ (Ivarsson, Fridlund & Sjoerg, 2009) ศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศและการอยู่ร่วมกันหลังจากที่กล้ามเนื้อหัวใจตายจากเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและคู่สมรส พบว่าแพทย์และพยาบาลมีการให้ข้อมูลเรื่องเพศแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจและคู่สมรสน้อยโดยจะให้ข้อมูลเพียงบ้างครั้งเท่านั้น ดังนั้นการสนับสนุนข้อมูลเรื่องเพศสัมพันธ์จึงมีความสำคัญเช่นกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพไม่ควรมองข้าม

สรุปจากผลการศึกษาและจากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมา พบว่าพยาบาลมีการสนับสนุนข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและเป็นไปในแนวทางเดียวกันเมื่อพิจารณาพบว่าข้อมูลที่พยาบาลสนับสนุนในระดับมาก 1 ใน 3 มี 2 ด้านที่เหมือนกัน คือ ด้านการจัดการอาการและด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Nernberg, 1999; Ho, 2008 Timmins & Kaliszer, 2003; Sott &Thompson, 2003; Bailey, 2004; Bamanisa, 2012) นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณคดียังพบว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับข้อมูลยามากเช่นกัน American Heart Association / American College of Cardiology [AHA/ACC] มีแนวปฏิบัติการใช้ยาสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ยาที่สำคัญได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) ยาต้านเบตา (beta-blockers) ยาลดไขมัน และยา Angiotensin – Converting Eneyme Inhibitor [ACEI] ซึ่งสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ (Elst, Bouvy, Blaey & Boer, 2007; Werns, 2008) ซึ่งผู้ป่วยควรรู้ชื่อยา ฤทธิ์ยา วิธีการใช้ ตลอดจนอาการข้างเคียงและการเก็บรักษา (ผ่องพรรณ, 2554)

3. เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกับการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการศึกษาพบว่า ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามีความแตกต่างเกือบทุกด้าน ยกเว้น ด้านการจัดการอาการและด้านอาหาร ที่พบว่าความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรวมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายมากกว่าการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาล เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า 3 ลำดับแรกที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดได้แก่ ข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ รองลงมา คือ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยง และ ข้อมูลด้านการจัดการอาการ ในขณะที่การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 อันดับแรกที่พยาบาลสนับสนุนมากที่สุด คือ ข้อมูลด้านการจัดการอาการมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านอาหาร และข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณคดี เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยหัวใจและการสนับสนุนข้อมูลของพยาบาลหออภิบาลหัวใจ พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการในหออภิบาลโรคหัวใจ 3 อันดับแรกได้แก่ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านยา และด้านจิตใจ ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุดได้แก่ ด้านอาหาร การสนับสนุนข้อมูลของพยาบาล 3 อันดับแรกได้แก่ ข้อมูลด้านยา ข้อมูลด้านอื่น ๆ (การจับชีพจร อาการของกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการหัวใจล้มเหลว การไปพบแพทย์ การตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ) โดยรวมคือการจัดการอาการนั้นเอง และข้อมูลด้านการทำกิจกรรม การศึกษาของเทอตัน (Turton,1998) พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด ได้แก่ ด้านปัจจัยเสี่ยง รองลงมาคือ ด้านการจัดการอาการและ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ซึ่งตรงกับที่ศึกษา ส่วนพยาบาลให้ความสำคัญเกี่ยวกับด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านการจัดการอาการและด้านการทำกิจกรรม

การศึกษาเบียเลย์ (Bailey, 2004) ศึกษาความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาล พบว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการ 3 อันดับแรกได้แก่ ข้อมูล ด้านยา ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ส่วนพยาบาลรับรู้ว่าผู้ป่วยต้องการข้อมูล ด้านยา ด้านจิตใจและด้านปัจจัยเสี่ยง ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาเนื่องจากข้อมูลด้านจิตใจพยาบาลสนับสนุนข้อมูลน้อยที่สุด

บามานิสา (Bamanisa, 2011) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลโดยศึกษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล ด้านการจัดการอาการมากที่สุด รองลงมา ด้านยาและด้านกายวิภาคศาสตร์สรีรวิทยาของหัวใจ ซึ่งตรงตามการรับรู้ของพยาบาลแตกต่างกันเพียงลำดับเท่านั้น

จากผลการศึกษาและการทบทวนวรรณคดี พบว่าข้อมูล 3 อันดับแรกที่ผู้ป่วยและพยาบาลเห็นตรงกัน 2 ด้านได้แก่ ข้อมูลด้านการจัดการอาการและข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยง เนื่องมาจากส่วนใหญ่ศึกษาในหอผู้ป่วยหนักและหออภิบาลโรคหัวใจ ซึ่งเป็นระยะวิกฤติของผู้ป่วยเมื่อได้รับปัจจัยต่าง ๆ มากระตุ้นอาจเกิดการกำเริบของอาการเกิดขึ้นได้ ดังนั้น การจัดการอาการจึงเป็นข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญอย่างมากที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองขณะนั้น การดูแลตนเองที่ถูกต้องจะช่วยลดความรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษราและนรลักขณ์ (2557) พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในการจัดการอาการสูงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเป็นการชะลอการดำเนินของโรคป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำได้ จากการศึกษาของ วุฒิพงศ์, กมลและมยุรี (2553) พบว่าผู้ที่กลับมาเป็นซ้ำได้แก่ ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการควบคุมไขมันในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย

ผลการศึกษาสามารถสรุปในภาพรวมได้ว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายมากกว่าการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาล โดยข้อมูล 3 อันดับแรกที่ผู้ป่วยและพยาบาลเห็นตรงกันมี 2 ด้านคือ ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงและข้อมูลด้านการจัดการอาการ ส่วนข้อมูลด้านที่ต่างกันใน 3 อันดับแรกคือ ข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยมีความต้องการมากที่สุดแต่พยาบาลสนับสนุนข้อมูลอยู่ลำดับที่ 7 และ ข้อมูลด้านอาหารซึ่งพยาบาลให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอันดับที่ 2 แต่ผู้ป่วยกลับต้องการเป็นอันดับที่ 6

จากผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายได้ โดยให้ความสำคัญในการประเมินความต้องการข้อมูลเป็นสำคัญ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบส่งผลให้ผู้ป่วยรับฟังอย่างตั้งใจและสามารถเชื่อมโยงความรู้กับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย สามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริงซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลควรมีการสนับสนุนข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจเพิ่มขึ้น

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบบรรยายเปรียบเทียบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีตัวแปรในการศึกษาสองตัวคือ (1) ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (2) การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2557 จำนวน 75 คน และกลุ่มของพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายโรงพยาบาลพัทลุงและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 2 แบบสอบถาม ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Patient Learning Need [CPLNI]) พัฒนาโดย เจอราดและพีเตอร์สัน (Gerard & Peterson, 1984) และปรับปรุงโดย เทอตัน (Turton, 1998) มาใช้มีจำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล 8 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาหัวใจของหัวใจ จำนวน 5 ข้อ (2) ด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ (3) ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 4 ข้อ (4) ด้านยา จำนวน 5 ข้อ (5) ด้านอาหาร จำนวน 5 ข้อ (6) ด้านการทำกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ (7) ด้านการจัดการอาการ จำนวน 6 ข้อ (8) และด้านอื่น ๆ จำนวน 3 ข้อ (การจับชีพจร การตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล เหตุผลที่ต้องตรวจหลังจากออกจากโรงพยาบาล) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยผู้วิจัยได้เพิ่มคำถามปลายเปิดข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบนอกเหนือจากแบบสอบถาม ชุดที่ 2 แบบสอบถามที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลส่วนที่ 2. แบบสอบถาม

การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวน 35 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประกอบด้วยข้อมูล 8 ด้าน โดยข้อมูลแต่ละด้านมีจำนวนข้อเช่นเดียวกับ แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยเขียนหนังสือขออนุญาตการใช้เครื่องมือในการวิจัยจากนั้นดำเนินการแปลเครื่องมือ แบบแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้การแปลย้อนกลับของบริสลิน (Brislin, 1970) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 20 คน และพยาบาล 20 คน นำมาคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าที่ได้ของชุดแบบสอบถามของผู้ป่วยเท่ากับ .92 เมื่อเก็บข้อมูลทั้งหมด 75 คน ค่าที่ได้เท่ากับ .96 และชุดแบบสอบถามของพยาบาลเท่ากับ .98 เมื่อเก็บครบ 140 คน ได้เท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม พิจารณาจริยธรรมการทำวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัย เมื่อผ่านการพิจารณา ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงและผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช เพื่อขออนุญาตและชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยในครั้งนี้รวมทั้งการขออนุญาตเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงและหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โดยให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตัวเอง การเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ โดยจะใช้ข้อมูลในทางที่เป็นประโยชน์และเพื่อวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้ข้อมูลที่นำไปเผยแพร่จะเป็นข้อมูลในภาพรวม ไม่มีชื่อกลุ่มตัวอย่างอยู่ในข้อมูลที่นำเสนอ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบแบบสอบถามสามารถยุติได้ตลอดเวลาและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งในผู้ป่วยและพยาบาลแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปนำมาวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละและแบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและแบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นำมาวิเคราะห์โดยรวมใช้ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (M) ค่ามัธยฐาน(Mdn)วิเคราะห์การกระจายข้อมูลโดยใช้ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และค่าพิสัยควอไทล์ (IQR) การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์มูลโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent *t* - test) ยกเว้นข้อมูลด้านยาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินอนพาราเมตริก (non-parametric) ใช้สถิติแมนวิทนีย์ ยู (Mann - Whitney *U* Test) เนื่องจากไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

สรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 68 มีอายุเฉลี่ย 61.5 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.3 และเกือบทั้งหมด ร้อยละ 94.7 นับถือศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 69.3 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.3 มีรายได้สูงกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 24 โดยมีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 97.3 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.7 ไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 65.3 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 13.33 สูบบุหรี่ ร้อยละ 37.3 และส่วนใหญ่เห็นว่ากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 82.7 ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56 ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบเอสที ไม่ยก และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 – 8 วัน ร้อยละ 66.7

1.2 คะแนนความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวม อยู่ในระดับมาก *(M* = 4.03*, SD* = 0.70)

1.3 คะแนนความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายรายด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ยกเว้น ด้านจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุดคือ ด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (*M* = 4.35, *SD* = 0.70) รองลงมาคือ ด้านปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (*M* = 4.32, *SD* = 0.79) และ ข้อมูลด้านการจัดการอาการ (*M* = 4.32, *SD* = 0.79) ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการน้อยที่สุดคือ ข้อมูลด้านจิตใจ *(M* = 3.24, *SD* = 1.14)

2. การสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 35.36 ปี (ระหว่าง 22 - 51 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.1 มีประสบการณ์ทำงาน 12.80 ปี (*SD* = 7.55) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.3 เคยอบรบเกี่ยวกับการพยาบาลหัวใจ ร้อยละ 55 โดยส่วนใหญ่มีการสนับสนุนข้อมูลด้วยการแจกคู่มือหรือแผ่นพับ ร้อยละ 55 เกือบครึ่งหนึ่งใช้เวลาในการสนับสนุนข้อมูล 5 - 10 นาที ร้อยละ 43.6

2.2 คะแนนการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยรวม อยู่ในระดับมาก (*M* = 3.71, *SD* = 0.05)

2.3 คะแนนการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านการจัดการอาการมีคะแนนสูงสุดและอยู่ในระดับมาก *(M* = 4.05, *SD* = 0.70)

3. เปรียบเทียบความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า ในภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุกด้าน ยกเว้นด้านจิตใจ ที่พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลสูงกว่าค่าเฉลี่ยความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วย เมื่อทดสอบด้วยสถิติที อิสระ (Independent *t* - test) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและค่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t* = -3.508, *p* < .05) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าแตกต่างเกือบทุกด้านยกเว้น ข้อมูลด้านการจัดการอาการและด้านอาหาร

ข้อจำกัดในการวิจัย

แบบสอบถามข้อที่ 36 ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด ยังมีผู้ตอบคำถามในส่วนนี้น้อย และแบบสอบถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยกล้าที่จะตอบ ซึ่งอาจมีผลให้ได้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้เจ้าหน้าทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้และเข้าใจความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและสามารถนำมากำหนดเนื้อหาการให้ข้อมูลได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงซึ่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับฟังอย่างเข้าใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ผลการศึกษายังสามารถนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางให้พยาบาลหรือทีมสุขภาพ นำไปปรับรูปแบบการให้ข้อมูลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การวางแผนการให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน หรือการเปิดช่องทางพิเศษสำหรับการให้ข้อมูลแก้ผู้ป่วยโดยเฉพาะเมื่อเกิดข้อสงสัย หรือมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

การเผยแพร่ผลวิจัยในการอบรมทางวิชาการเป็นการกระตุ้นให้บุคลาการเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลได้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และนำสามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงานของตนเองได้

3. ด้านการศึกษา

สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาในข้อคำถามปลายเปิดยังมีผู้ตอบคำถามในส่วนนี้น้อย ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ผลการศึกษาออกมาน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มในผู้ป่วยที่แตกต่างกันออกไป เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือในผู้ป่วยระหว่างรอฉีดสีหรือใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยต้องการข้อมูล ซึ่งความรู้ที่ได้จะใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กุลวรรณ ทองมาก. (2554). *การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เกษรา โคตรภักดี, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2557). ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลอาการเจ็บหน้าอกด้วยตัวเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. (2557). *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 25,* 32 - 43.

เกษร ปัญญาใส. (2553). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักทั่วไป โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เกรียงไกร เฮงรัศมี. (2555). สถานการณ์ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายชนิดที่มี ST Elevation ในประเทศไทย. *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สถาบันทรวงอก*. สืบค้นจาก http:// www.cdi.thaigov.net/cdi/folder_a/folder_f/1aa.pdf

จริยา ตันติธรรม. (2547ก). กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติภาควิชาการพยาบาล คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 266 - 340). กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ.

จริยา ตันติธรรม. (2547ข). ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต. ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติภาควิชาการพยาบาลคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 482 - 497). กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ.

จันทร์จิรา เกียรติสี่สกุล, สุปรีดา มั่นคง, อรสา พันธุ์ภักดี, และธนรัตน์ ชุนงาม. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 19(2),* 23 - 39.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2555). บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวาย. *วารสารสภาการพยาบาล. 27*, 13 - 24.

จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.ใน กิตติกร นิลมานัต และจารุวรรณ กฤตย์ประชา (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มิติที่ท้าทายสำหรับการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 1 - 31). สงขลา: จอยปริ้นท์ จำกัด.

จิตตพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร. 27*(4), 340 - 346.

จินดา คงพ่วง และชวิกา มีสวัสดิ์. (2549). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โรงพยาบาลพัทลุง.* งานวิสัญญีพยาบาล กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพัทลุง, พัทลุง.

จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, อุษาวดี อัศดรวิเศษ,และ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง. (2554). ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(*2), 120 - 128.

จุฑารัตน์ แก้ววิจิตร. (2551). *ความต้องการข้อมูล การได้รับข้อมูล และการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจรับยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

เจนเนตร พลเพชร. (2544). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: โรงพยาบาลพัทลุง*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

แจ่มศรี เสมาเพชร และวิพร เสนารักษ์. (2556). *ผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ชฎาภา ประเสริฐทรง และสายสมร เฉลยกิตติ. (2556). ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 14*, 85 - 91.

ชวนพิศ ทำนอง, (2551). ภาวะวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต Critical care nursing*. (พิมพ์ครั้งที่ 6 , หน้า 287 - 316). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ณัฐชา พัฒนา และวัลลภา คุณทรงเกียรติ. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 690 - 700.

ธัชพงศ์ งามอุโฆษ, ชาญ ศรีรัตนสถาวร, บัญชา ศันสนีย์วิทยากุล,...สุกิจ แย้มวงษ์. (2550). ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะในหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันในโครงการทะเบียนผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแห่งประเทศไทย.*วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. 90,* 58 - 64

นที เกื้อกูลกิจการ (บรรณาธิการ). (2541). *การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล.* สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

นิสากร โพธิชัย. (2541). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

นิตญา ฤทธิ์เพชร, และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 23*(2), 1 - 16.

ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัค, เขมารดี มาสิงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาประจำปี 2013 มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1008 - 1020.

ประดิษฐ์ ปัญจวีณิน. (2553). กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์และอภิรดี ศรีวิจิตรกมล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2552*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 หน้า 14 - 23). กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์

ปราณี ทองใส, น้ำทิพย์ กุณา, จารุวรรณ พงษ์ปราโมทย์ และพันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง. (2554). ผลโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการย้ายออกจากไอซียูในผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและผ่าตัดเปลี่ยน/ซ่อมลิ้นหัวใจต่อความวิตกกังวลจากการย้ายและความพึงพอใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 29*(4), 27 - 36.

เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. (พิมพ์ครั้งที่ 8 หน้า 173 - 212) ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

พจนา ปิยะปกรณ์ชัย (2553). การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว.ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4.* (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 135 - 156). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์

พรทิวา มีสุวรรณ และขนิษฐา นาคะ. (2550). การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูคอจมูกในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 26*(2), 185 - 193.

พรพิศ เดชดี. (2550). *การศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดเฉียบพลัน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

พัชนี สมกำลัง, ไปรมา ขุนโมกข์, ผกาวรรณ เสนคะ, กรทิพย์ เชื้อตาหมื่นและกฤติยา นวลฝ้าย. (2553). ความต้องการข้อมูลของผู้รับบริการในโรงพยาบาลนครพนม. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 85 - 93.

พิจิตรา เล็กดำรงกุล, คนึง พงศ์ถาวรกมล, ธนิษฐา ชมพูบุบผา, และนภดล ศิริธนารัตนกุล. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูล ข้อมูลที่ได้รับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยาที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 30*(3), 65 - 73.

พิมพา เทพวัลย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554) ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมาเป็นซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 120 - 128.

ยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน. (2555). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้ ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30*(1), 15 - 21.

ยี่สุ่น ข่อยพานิชย์. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ. ใน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เล่ม 2*. (หน้า 95 - 116). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ พี. เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ, ศรีสุดา งามขำ, คงขวัญ จันทรเมธากุล, รัชสุรีย์ จันทเพชร, และสาคร พร้อมเพราะ. (2556). ความต้องการข้อมูลของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพระปกเกล้า.*วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30*, 24 - 34.

วราภรณ์ สัตยวงศ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4.* (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 111 - 134). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์

วศินี สมศิริ และจินตนา ชูเช่ง. (2554). ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.*วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3*(3), 33 - 46.

วาสนา สุวรรณรัศมี, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, วิชชุดา เจริญกิจการ, และฉัตรกนก ทุมวิภาค. (2556). ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการและภาวการณ์ทำหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 24,* 1 - 16.

วาสินี เมธาประภามร. (2547). การพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะกรรมการจัดทำหนังสือ (บรรณาธิการ), *การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2*. (หน้า 137 - 152). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ พี. เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด

วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ). (2553). การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัวต่อภาวะวิกฤติ. *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ: แบบองค์รวม = Critical care nursing : A holistic approach*. (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 13 - 38). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

วิจิตรา กุสุมภ์และพวงผกา กรีทอง. (2553).ภาวะวิกฤตเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด. ในวิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ: แบบองค์รวม = Critical care nursing : A holistic approach*. (พิมพ์ครั้งที่ 4 หน้า 189 - 238). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

วิรังรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิไลพร สมานกสิกรณ์. (2547). *ผลการให้ข้อมูลตามความต้องการต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด.*วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์, กมล คุณาประเสริฐ, และมยุรี ตั้งเกียรติกำจาย. (2553). กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ,(2)*103 - 106.

ศิริอร สินธุ และศิริลักษณ์ ศรีประสงค์. (2544). ภาวะสุขภาพและระดับกิจกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะพักฟื้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล, 16*(2), 52 - 68.

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, สมจิต หนุเจริญกุล, อรสา พันธุ์ภักดี, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, คนึกนิจ พงศ์ถาวรกมล, และธวัชชัย วรพงศธร. (2554).ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 22*(2), 44 - 57.

ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). *ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในระยะก่อน ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

สมพร ชินโนรส และวรรธกร. (2544). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: กรณีเลื่อนการผ่าตัด.*รามาธิบดีพยาบาลสาร, 7*, 164 - 171.

สุดารัตน์ พัฒนโพธิ์, อรสา พันธ์ภักดี, และอภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non ST-segment elevation. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 24*(2), 2 - 15.

สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, สมนพร บุณยะรัตเวช, รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์,...ปิยทัศน์ ทัศนาวิวัฒน์. (2555). ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (TRACS) การศึกษาเพิ่มเติมจากการศึกษาก่อนหน้า (TRACS) : อัตราเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงแต่การเสียชีวิตที่ 1 ปียังคงสูง. *วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. 95,* 508 - 518.

สุเพียร โภคทิพย์ และศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2555). การรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้หญิงอีสาน : บริบทจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 35*(2), 43 - 52.

สุรางค์ โค้วตระกูล. (2541). *จิตวิทยาการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แสงเดือน กันทะขู้, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, และฉัตรกนก ทุมวิภาต, (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 27*, 83 - 91.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถิติข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. (2558.). สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/information-statistic/brfss-data.php

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555). สืบค้นจาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/20140109_40197220

อภิญญา สัตย์ธรรม. (2550). *ผลการให้ข้อมูลตามความความต้องการของครอบครัวต่อความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยหนัก.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

อภิญญา วงศ์พิริยโยธา, สุพัตรา บัวที, สมเสาวนุช จมูศรี, นงเยาว์ มีเทียน, และวิไลพร พิทักษานุรัตน์. (2548). การพยาบาลด้วยระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อระดับความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. *วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24*(2), 41 - 48.

อมรรัตน์ สมมิตร, ชมนาด วรรณพรศิริ, และสุธาสินี ธรรมอารี. (2554). ผลโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5*(2), 55 - 66.

อิสราวรรณ สนธิภูมาศ. (2545). *ความต้องการข้อมูลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

Albert, N. M., Collier, S., Sumodi, v., Wilkinson, S., Hammel, J. P., Vopat, L., … Ohio. (2002). Nurses' knowledge of heart failure education principles. *Heart Lung, 31*, 102 - 112.

Alkubati S. A., Al-Zaru J. M., & Ammouri A. A. (2013). Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing. 22,* 930 - 938.

Anyadubalu C. C. (2010). The experiences of coronary heart disease patients: Biopsychosocial persective. *International Journal of Human and Social Sciences. 5,* 614 - 621.

Astin F., Closs S. J., Mclenachan J., Hunter S., & Priestley C. (2008) The information needs of patients treated with primary angioplasty for heart attack: An exploratory study. *Patient Education and Counseling. 73,* 325 - 332.

Bailey, J. (2004). *Patients and nurses' perception of the cardiac patient's learning needs*. Master's thesis. The Florida State University School of Nursing.

Balady, G. J., Fletcher, B. J., Froelicher, E. S., Hartley, L. H., Krauss, R M., Oberman A,… Taylor B. (2013). Cardiac rehabilitation programs : A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*. doi: 10.1161/01.CIR.90.3.1602

Biamani J. B., (2011) *The perception of information need of acute myocardial infarction patients and intensive care nurses: A comparative study.* Master's thesis. The Witwatersrand University.

Brislin R.W., (1970). Back-translation for cross-culturalresearch. *Journal of Cross - Cultural Psychology .1*(3): 185 - 216

Burke, K. M., Mohn- Brown, E. L.,& Eby, L. (Eds). (2011). Caring for clients with coronary heart disease and dysrhythmias. *Medical- surgical nursing care*. (pp. 359 - 397). Upper Saddle River, N J: Pearson Education.

Chan D. S. K., Chau J. P. C., & Chang A. M., (2005). Acute coronary syndrome: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. *Journal of Advanced Nursing, 49*(6), 591 - 599.

Decker C., Garavalia L., Chen C., Buchanan D., Nugent K., Shipman A., & Spertus J., (2007). Acute myocardial infarction patients' information needs over the course of treatment and recover. *Journal Cardiovascular Nursing*. 22, 459 - 465.

Elst, M. E., Bouvy, M. L., Blaey, C. J., & Boer A. (2007). Effect of drug combinations on admission for recurrent myocardial infarction. *Heart, 93,* 1226 - 1230.

Eshah N. F. (2011). Jordanian acute coronary syndrome patients' learning needs: Implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention program. *Nursing and Health Sciences. 13,* 238 - 245.

Galdeano, L. E., Furuya, R. K., Rodrigues, M. A., Dantas, R. AS., & Rossi, L. A., (2012). Reliability of the cardiac patients learning need inventory (CPLNI) for use in portugal. *Journal of Clinical Nursing*. doi: 101111/j.1365-2702.2012.04158.x.

Gerard, P. S., & Peterson, L. M. (1984). Learning need of cardiac patients. *Cardiovascular Nursing, 20*(2), 7 - 11.

Hanseen T.A., Nordrehaug J. E., Eide G. E., & Hanestad B. R. (2007). Improving outcomes after myocardial infarction: A randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 14, 429 - 437.

Ho, S. E., Hayati, Y., Ting, C. K., Oteh, M., & Choy, Y. C., (2008). Information needs of post myocardial infarction patients: nurse's perception in University Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC). *Med & Health, 3*, 281 - 287.

Ivarsson, B., Fridlund, B., & Sjoberg, T. (2009). Information from health care professionals about sexual function and coexistence after myocardial infarction: A Swedish national survey. *The Journal of Heart and Lung, 38,* 330 - 335. doi:org/10.1016/j.hrtlng.2009.01.001

Jaffe, A. S., & Miller, W. L. (2003). Acute myocardial infarction. In M. H. Crawford, (Ed.). *Current diagnosis & treatment in cardiology.* (pp. 50 - 78). McGraw-Hill, NY: A Lange medical book.

James, P.A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W.C., Dennison – Himmelfarb, C., Handler, J., …Ortiz, E (2014). 2014 Evidence – based guideline for the management of high blood pressure in adult. *The Journal of the Americar Medical Association. 311*(5): 507 - 520

Jensen B. O., & Petersson K., (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51, 123 - 131.

Jiang, X., Sit J. W., & Wong T. K., (2007). A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameter: Evidence from Cheng, China. *Cardiac Nursing, 16*, 1886 - 1897.

Keresztes P. A., & Wcisel M. (2009). Management of clients with functional cardiac disorders. In J. M. Black, & J. H. Hawks (Eds). *Medical - surgical nursing care*. (pp. 14410 - 1511). Louis Forgione, MO: Elsevier.

Merle H. M., & Margaret F. C., (2003) Theories of uncertainty in illness. in J. S. Mary, & R. L. Patricai (Eds). *Middle Range Theory for Nursing.* (pp. 25-48) New York, NY: Springer Publishing Company.

Mclean, S., & Timmin, F. (2007). An exploration of the information need of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology. *Nursing in Critical Care 2007, 12*, 141 - 150.

Nernberg, T. M., (1999). Nurses' perception of the information needs of post - myocardial infraction patients during hospitalization. A Thesis in partial fulfillment of the requirements for the degree of masters of nursing. Faculty of nursing Manitoba Winnipeg University,Canada

Oterhals K., Hanestad B. R., Eide G. E., & Hanseen T.A. (2006). The relationship between in - hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal Cardiovascular Nursing. 5*, 303 - 310.

Polikandrioti, M., & Babatsikou, F., (2013). Information to coronary disease patients. *Health Science Journal, 7*, 3-10.

Polikandrioti, M., Goudevenos L., Michalis L.,…Elisaf M. (2011). Validation and reliability analysis of the questionnaire "Needs of hospitalized patients with coronary artery disease*" Health Science Journal.5,* 137 - 148.

Polit D. F., & Beck C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Evidence For Nursing Practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Scott, J. T., & Thompson, D. R. (2003). Assessing the information needs of post - myocardial infarction patients: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 50*, 167 - 177.

Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 62 - 671.

Steg P.G., James S.K., Atar D., Badano L.P., Blömstrom-Lundqvist C, Borger M.A., … Zahger D., (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*. *33*(20): 2569 - 2619.

Stewart E. A., Abbey S. E., Shnek Z. M., Irvine J., & Grace S. L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine. 66,* 42 - 48.

Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R. on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Journal of the American College of College, 60(16),* 1581 - 1598.

Timmins, F. (2005). A review of the information needs of patients with acute. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care, 10*, 174 - 183.

Timmins, F., & Kaliszer, M. (2003). Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 2*, 57 - 65.

Turton, J. (1998). Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 770 - 778.

Uysal, H., & Enc N. (2012). A Turkish version of the cardiac patients' learning needs inventory; patient questionnaire (TR-CPLNI): Reliability-validity assessment. *International Journal of Caring Sciences, 5*, 264 - 278.

Walsh-Irwin C. (2013). Cardiovascular alterations. In M. L. Sole, D. G. Klein, & M. J. Moseley (Eds.), *Critical care nursing*. (pp. 289 - 323). Louis Forgione, MO: Elsevier.

Werns, S. (2008). Critical care cardiovascular desiese. In E. P. Joseph, & D. R. Phillip, (Eds.), *Critical care medicine: Principles of diagnosis and management in the adult*. (pp. 589 - 646). Philadelphia, PA: Elsevier.

World Health Organization. *Cardiovascular diseases* (CVDs). (2012). Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html

Yilmaz, M., & Emiroglu, O. (2004). The need assessment of MI patients in discharge planning and home-health care: A sample from Turkey. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 7*(2). Retrieved from http://ispub.com/IJANP/7/2/13091.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) และ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

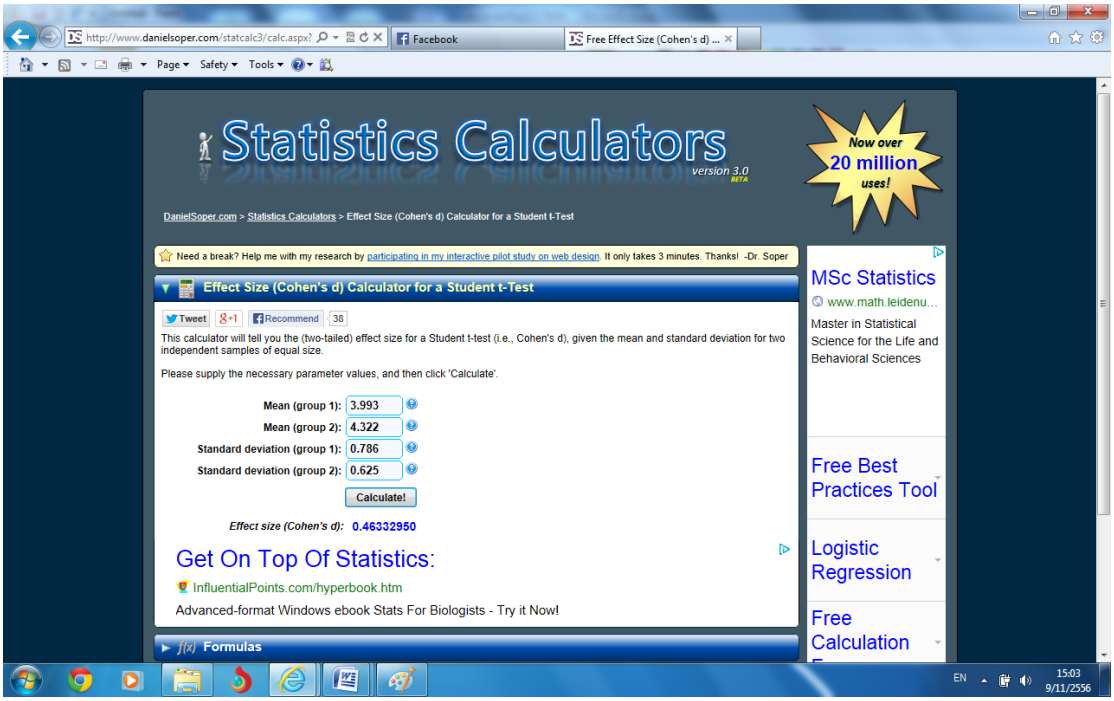
การคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง คือ ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามการรับรู้ของพยาบาลและผู้ป่วย โดย เบเลย์ (Bailey, 2004) โดยเลือกผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการข้อมูลด้านการทำกิจกรรม มาคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง ในโปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการศึกษาได้ว่า $M_1 = 3.993$ $SD_1 = 0.786$

$M_2 = 4.322$ $SD_2 = 0.625$

ได้ขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) เท่ากับ 0.463



ภาพ 2 การคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

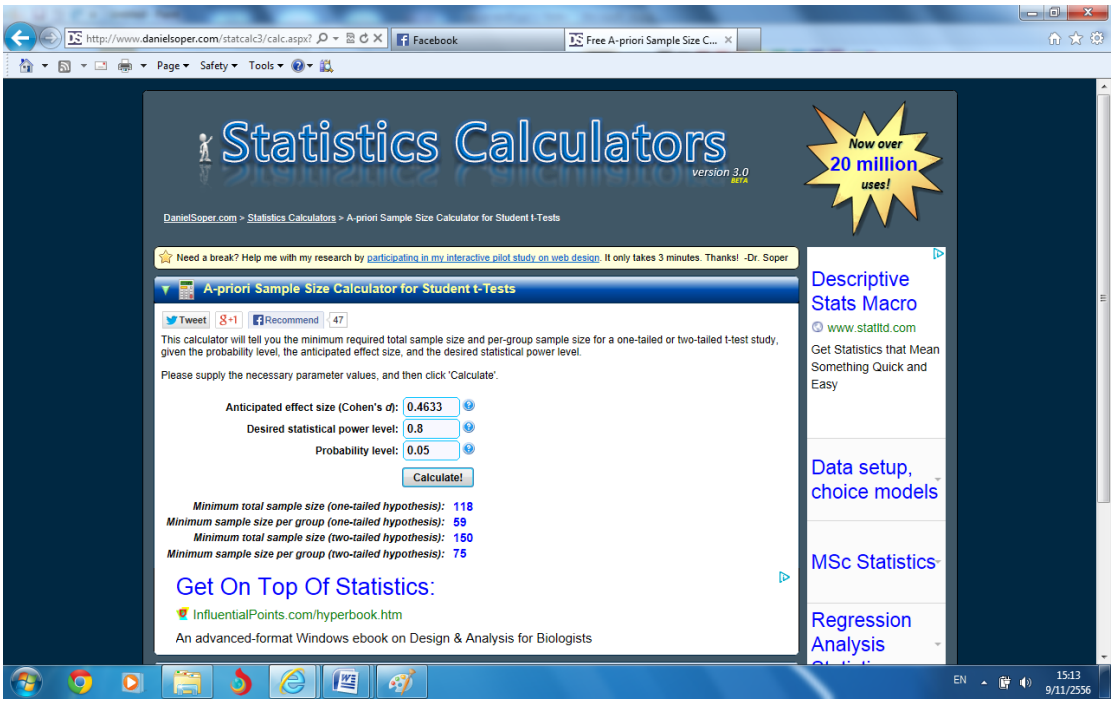
หลังจากได้ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) เท่ากับ 0.739 จากนั้นนำไปแทนค่าคำนวณในโปรแกรมสำเร็จรูปอีกครั้งโดยการกำหนด ค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 เพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

ผลการศึกษาได้ว่า อิทธิพลค่าความแตกต่าง (Effect size) = 0.463

ค่าอำนาจในการทดสอบ = .80

ค่าความเชื่อมั่น = .05

ผลการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 75 รายต่อกลุ่ม



ภาพ 3 การคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีคะ ดิฉันนางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การศึกษาในครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางปรับปรุงหรือพัฒนาการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมมากขึ้นและเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้เนื่องจากมีคุณสมบัติตรงตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบไม่มีถูกหรือผิด เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านเอง ซึ่งท่านจะได้รับการสอบถามในเรื่องของข้อมูลที่ท่านต้องการทราบจากพยาบาลว่าท่านต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับอะไรบ้างขณะที่ท่านกำลังรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับไว้อย่างดี ในการนำข้อมูลมาใช้จะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้นและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย ท่านมีความประสงค์ที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือหยุดการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ไม่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนใดก็ตาม โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล หากท่านมีข้อสงสัยในการวิจัยในครั้งนี้ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ถือได้ว่าท่านยอมรับว่าท่านได้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอม ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับและท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่องความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้

และอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมฉบับนี้

.....	.....
ชื่อของผู้ป่วย (ตัวบรรจง)	ลายชื่อมือ วันที่
.....	.....
ชื่อของบุคคลที่ดำเนินการรับคำยินยอม (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ วันที่
……..	…….
ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ วันที่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย

สวัสดีคะ ดิฉันนางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การศึกษาในครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่ตรงตามความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับเป็นแนวทางปรับปรุงหรือพัฒนาการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมมากขึ้นและเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ท่านเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลในครั้งนี้เนื่องจากมีคุณสมบัติตรงตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตรงตามความเป็นจริงมากที่สุดซึ่งข้อมูลที่ท่านตอบไม่มีถูกหรือผิด เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เกี่ยวกับความคิดเห็นของท่านเอง ซึ่งท่านจะได้รับการสอบถามในเรื่องของข้อมูลที่ท่านให้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับในการนำข้อมูลมาใช้จะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมวิจัย ท่านมีความประสงค์ที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือหยุดการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ไม่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนใดก็ตาม โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน หากท่านมีข้อสงสัยในการวิจัยในครั้งนี้ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง

การวิจัยในครั้งนี้จะก่อให้เกิดผลประโยชน์แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการให้ได้รับข้อมูลตามความเหมาะสมและตรงตามที่ผู้ป่วยต้องการ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ถือได้ว่าท่านยอมรับว่าท่านได้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ท่านจะได้รับสำเนาของเอกสารยินยอม ที่ลงลายมือชื่อและวันที่แล้วหนึ่งฉบับและท่านทราบว่าผู้วิจัยจะมีสำเนาหนึ่งฉบับเก็บไว้เช่นกัน ข้าพเจ้าได้อ่านข้อมูลข้างต้นนี้ และเข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยเรื่องความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้และอนุญาตให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลของข้าพเจ้าในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ตามที่ได้แจ้งไว้ในเอกสารให้การยินยอมฉบับนี้

.....	.....
ชื่อของพยาบาล (ตัวบรรจง)	ลายชื่อมือ วันที่
.....	.....
ชื่อของบุคคลที่ดำเนินการรับคำยินยอม (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ วันที่
……..	…….
ชื่อของพยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ วันที่

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เพื่อสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ……ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง ( ) แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

( )ไม่ได้รับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษา

( ) ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

( ) ทำงานบ้าน ( ) รับจ้าง ( ) ค้าขาย

( ) เกษตรกรรม ( ) ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ ( ) อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

( ) ต่ำกว่า 3000 บาท/เดือน ( ) 3,000- 5000 บาท/เดือน

( ) 5,001-10,000 บาท/เดือน ( ) 10,001-15,000บาท/เดือน

( ) สูงกว่า 15,000 บาท/เดือน

7. ท่านคิดว่ารายได้เพียงพอ หรือไม่

( ) เพียงพอ

( ) ไม่เพียงพอ

8. โรคประจำตัวระบุ.....

9. ท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่

( ) เคย.....ครั้ง ( ) ไม่เคย ครั้งนี้เป็นครั้งแรก

10. บุคคลในครอบครัวของท่าน มีใครเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่

( ) เคย ( ) ไม่เคย

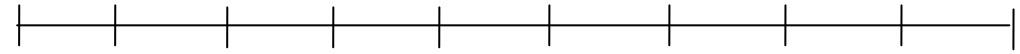
11. สาเหตุการมารับการรักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้……..

12. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

( ) สูบ ( ) ไม่สูบ ( ) เคยสูบแต่เลิกแล้ว

13. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้รุนแรงระดับใด 0 หมายถึง ไม่รุนแรง

10 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ (สำหรับผู้วิจัย)

วันที่เข้ารับการรักษา....…….....อยู่โรงพยาบาลมาแล้วกี่วัน……..วัน

วันที่จำหน่าย.....รวมระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล.....วัน

วันที่ได้รับข้อมูลเตรียมความก่อนจำหน่าย……

การวินิจฉัย.....

การรักษาที่ได้รับ

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามถึงความต้องการข้อมูลของท่านที่ต้องการจากพยาบาลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ระดับ โดยพิจารณาว่าข้อมูลใดที่ท่านต้องการจากพยาบาลและทำเครื่องหมาย / ลงในช่องตรงกับระดับความต้องการของท่าน ดังนี้

1 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความต้องการของท่าน
2 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการข้อมูลของท่านเพียงเล็กน้อย
3 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการข้อมูลของท่านปานกลาง
4 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการข้อมูลของท่านมาก
5 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความต้องการข้อมูลของท่านมากที่สุด

ข้อมูลที่ฉันต้องการทราบ	ไม่ต้องการ 1	ต้องการเล็กน้อย 2	ต้องการปานกลาง 3	ต้องการมาก 4	ต้องการมากที่สุด 5
กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (หัวใจและการทำงานของหัวใจ) 1. ทำไมฉันจึงมีอาการเจ็บหน้าอก					
2. หัวใจมีลักษณะอย่างไรและทำงานได้อย่างไร					
3. อะไรเป็นสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย					
4. หากมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดอะไรบ้าง					
5.ใช้เวลานานเท่าไหร่กล้ามเนื้อหัวใจจะดีขึ้น					
สภาพจิตใจ 6. การตอบสนองทางจิตใจเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					

ข้อมูลที่ฉันต้องการทราบ	ไม่ต้องการ 1	ต้องการเล็กน้อย 2	ต้องการปานกลาง 3	ต้องการมาก 4	ต้องการมากที่สุด 5
7. ความสำคัญในการที่จะพูดกับใครสักคนเกี่ยวกับความกลัว ความรู้สึกและความคิดต่างๆ					
8. ผลของความเครียดต่อหัวใจ					
9. สามารถลดความเครียดในชีวิตประจำวันได้อย่างไร					
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 10. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คืออะไร					
11. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถกระตุ้นทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้					
12. สามารถลดโอกาสการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างไร					
13. ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ มีผลต่อหัวใจฉันอย่างไร					
ข้อมูลยาที่ได้รับ 14. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยา					
15. ทำไมฉันต้องได้รับยานี้					
16. เมื่อไหร่จะกินยาแต่ละตัว					
17. ยามีผลข้างเคียงอะไรบ้าง					
18 เมื่อมีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจะทำอย่างไรบ้าง					
ข้อมูลการรับประทานอาหาร 19.ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ					

ข้อมูลที่ฉันต้องการทราบ	ไม่ต้องการ 1	ต้องการเล็กน้อย 2	ต้องการปานกลาง 3	ต้องการมาก 4	ต้องการมากที่สุด 5
20. อาหารมีผลต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างไร					
21. ไขมันในหลอดเลือดและไตรกลีเซอไรด์สูงคืออะไร					
22. อาหารอะไรบ้างมีคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูง					
23. อาหารที่ต้องจำกัดหรือหลีกเลี่ยงมีอะไรบ้าง					
24. ฉันสามารถปรับเปลี่ยนอาหารในชีวิตประจำวันได้อย่างไร					
ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรม 25. เพราะเหตุใดไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนก่อนการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
26. คำแนะนำการทำกิจกรรมหลังมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
27. ฉันต้องจำกัดกิจกรรมอะไรบ้าง					
28. สามารถรู้ได้อย่างไรว่าสามารถเพิ่มระดับการทำกิจกรรมได้					
29. ฉันจะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อไหร่					
การจัดการอาการ 30.จะทำอย่างไรเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก					
31. อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอะไรบ้าง					
32. เมื่อไหร่ควรไปพบแพทย์					

ข้อมูลที่ฉันต้องการทราบ	ไม่ต้องการ 1	ต้องการเล็กน้อย 2	ต้องการปานกลาง 3	ต้องการมาก 4	ต้องการมากที่สุด 5
อื่น ๆ 33. จับชีพจรอย่างไร					
34. หลังออกจากโรงพยาบาลมีการตรวจอะไรอีกบ้าง					
35. เหตุใดที่ยังต้องมีการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล					

36. นอกเหนือจากข้อความในแบบสอบถามข้างต้น ท่านต้องการทราบข้อมูลอะไรอีก ระบุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เพื่อสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (พยาบาล)

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ……ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง ( ) แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

5. ประสบการณ์ทำงาน (ปี).....

6. ศาสนา

( ) พุทธ ( ) อิสลาม ( ) คริสต์ ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

6. ท่านมีประสบการณ์การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่

( ) เคย ( ) ไม่เคย

7. ท่านเคยเข้ารับการฝึกอบรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจหรือไม่

( ) ไม่เคย ( ) เคย ระบุ..... ระยะเวลา.....วัน/เดือน

8. ท่านสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการใดบ้าง (เช่น แผ่นพับ คู่มือ การใช้สื่อวิดีโอ การติดตามเยี่ยมบ้าน การติดตามและให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ แนะนำช่องทางความรู้ต่างๆทางอินเตอร์เน็ท)……..…

……

……

……

……

9. ท่านสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลเมื่อไหร่

……

……

…….....

10. ท่านใช้เวลาเท่าไหร่ในการสนับสนุนข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในแต่ละครั้ง (ระบุเวลาเป็นนาที)……

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ใช้ถามถึงการสนับสนุนข้อมูลของท่านที่ให้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ระดับ โดยขอให้ท่านอ่านแบบสอบถามแล้วพิจารณาว่า ท่านได้ให้แก่ผู้ป่วยและทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ดังนี้

คะแนน 1 ไม่สนับสนุนข้อมูลนั้น หมายถึง พยาบาลไม่ได้ให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คะแนน 2 สนับสนุนข้อมูลนั้นแต่น้อย หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนาน ๆ ครั้ง

คะแนน 3 สนับสนุนข้อมูลนั้นปานกลาง หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในบางครั้ง

คะแนน 4 สนับสนุนข้อมูลนั้นเป็นประจำ หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสม่ำเสมอ

คะแนน 5 สนับสนุนข้อมูลนั้นทุกครั้ง หมายถึง พยาบาลให้ข้อมูลนั้นแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทุกครั้ง

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ	ไม่สนับสนุน 1	สนับสนุนน้อย 2	สนับสนุนปานกลาง 3	สนับสนุนเป็นประจำ 4	สนับสนุนทุกครั้ง 5
กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (หัวใจและการทำงานของหัวใจ) 1. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก					
2. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและทำงานของหัวใจ					
3. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย					
4. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดเมื่อมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
5. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาในการฟื้นหายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
สภาพจิตใจ 6. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองทางจิตใจเมื่อมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
7. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการระบายความรู้สึกต่าง ๆ					
8. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของความเครียดต่อหัวใจ					
9.ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีลดความเครียดในชีวิตประจำวัน					

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ	ไม่สนับสนุน 1	สนับสนุนน้อย 2	สนับสนุนปานกลาง 3	สนับสนุนเป็นประจำ 4	สนับสนุนทุกครั้ง 5
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 10. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
11. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้					
12.ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการลดโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
13. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีต่อหัวใจผู้ป่วย					
ข้อมูลยาที่ได้รับ 14. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยา					
15. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการได้รับยา					
16. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทานยาแต่ละตัว					
17. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา					
18. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเมื่อมีปัญหาจากการใช้ยา					

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ	ไม่สนับสนุน 1	สนับสนุนน้อย 2	สนับสนุนปานกลาง 3	สนับสนุนเป็นประจำ 4	สนับสนุนทุกครั้ง 5
ข้อมูลการรับประทานอาหาร 19. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยหัวใจ					
20. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารมีผลต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างไร					
21.ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับไขมันในหลอดเลือดและไตรกลีเซอไรด์สูงคือ อะไร					
22. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารอะไรบ้างที่มีคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูง					
23. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารใดบ้างที่ต้องจำกัดหรือหลีกเลี่ยง					
24. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนอาหารให้เหมาะสมกับในชีวิตประจำวัน					
ข้อมูลเกี่ยวกับการทำกิจกรรม 25. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลการจำกัดกิจกรรม หลังการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
26. ท่านให้คำแนะนำการทำกิจกรรมหลังมีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
27. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่จำกัด					

ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบ	ไม่สนับสนุน 1	สนับสนุนน้อย 2	สนับสนุนปานกลาง 3	สนับสนุนเป็นประจำ 4	สนับสนุนทุกครั้ง 5
28. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเพิ่มระดับการทำกิจกรรม					
29. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเริ่มมีเพศสัมพันธ์หลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
การจัดการอาการ 30. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก					
31. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน					
32. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ควรไปพบแพทย์					
อื่น ๆ 33. ท่านสอนการจับชีพจร					
34. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล					
35. ท่านให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลที่ต้องมีการตรวจหลังออกจากโรงพยาบาล					

36. ท่านได้สนับสนุนข้อมูลอะไรอีกบ้าง นอกเหนือจากข้อมูลในแบบสอบถาม ระบุ

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการแปลเครื่องมือวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เยาวรัตน์ มัชฌิม
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวอุไรวรรณ ขวัญคง

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510420018

ประวัติการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	2550

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพัทลุง ต.คูหาสวรรค์ อ.เมือง จ. พัทลุง

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานทางวิชาการ เรื่อง ความต้องการข้อมูลก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รูปแบบการนำเสนอแบบบรรยาย (oral presentation) ในการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและระดับนานาชาติ ครั้งที่ 2/2557 นานาวิทยาการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสู่เอเชีย ณ วิทยาลัยเอเชีย จ. ขอนแก่น