



ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึก  
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**The Effects of Information Providing Integrated with Family Support Program  
on Uncertainty in Illness among Elders with Acute Myocardial Infarction**

กฤษมล วิทย์ชนกุล

**Kritchamon Witthayathanakul**

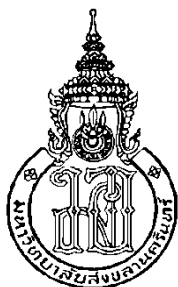
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner**

**Prince of Songkla University**

**2564**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึก  
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**The Effects of Information Providing Integrated with Family Support Program  
on Uncertainty in Illness among Elders with Acute Myocardial Infarction**

กฤษมล วิทยชนกุล

**Kritchamon Witthayathanakul**

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of  
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner**

**Prince of Songkla University**

**2564**

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**ผู้เขียน** นางสาวกฤชมล วิทยชนกุล

**สาขาวิชา** พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**

**คณะกรรมการสอบ**

.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์)

.....ประธานกรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์)

**อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม**

.....กรรมการ

.....  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)

(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตสุนนท์)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ

(ดร. กิตติภูมิ ภิญโย)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

.....  
 (ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี ฟ้ารุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรี คมจักรพันธ์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวกฤษมล วิทย์ธนกุล)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวกฤษมล วิทชนกุล)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ผู้เขียน	นางสาวกฤษมล วิทยชนกุล
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
ปีการศึกษา	2564

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 27 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรมคือ 1) แหล่งสนับสนุนที่ดี 2) รู้จักโรค 3) เพิ่มความกระจำแจ้งแผนการรักษา 4) ข้อมูลเพียงพอ และ 5) ติดตามทางโทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว 2) แผ่นพลิก 3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ดูแล และ 4) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมีค่าความเที่ยง เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยต่ำกว่า ( $M = 82.2$ ,  $SD = 1.85$ ) ก่อนได้รับโปรแกรม ( $M = 108.4$ ,  $SD = 7.59$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ดังนั้น โปรแกรมนี้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลทั้งขณะดูแลผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อวางแผนการจำหน่ายก่อนเพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับโรค

<b>Thesis Title</b>	The Effects of Information Providing Integrated with Family Support Program on Uncertainty in Illness among Elders with Acute Myocardial Infarction
<b>Author</b>	Ms.Kritchamon Witthayathanakul
<b>Major Program</b>	Nursing Science (Community Nurse Practitioner)
<b>Academy Year</b>	2021

### ABSTRACT

This single-group pre-post-test study was designed to examine the effect of information providing integrated with a family support program on illness uncertainty among elderly patients with acute myocardial infarction. Twenty-seven participants were recruited through purposive sampling based on inclusion criteria. Participants were elderly persons with acute myocardial infarction who had a family member as a primary caregiver and who received treatment at Hatyai hospital, Songkhla Province. They received information integrated with a support program consisting of five activities: 1) good resources, 2) disease awareness, 3) clarification of treatment plans, 4) adequate information and 5) follow up. The instruments consisted of: 1) the information integrated with the family support program, 2) a flip chart, 3) a handbook of elderly with acute myocardial infarction care for caregivers, and 4) an Uncertainty in Illness questionnaire. All instruments were validated for content validity by three experts. The Uncertainty in Illness questionnaire was tested for reliability, yielding the Cronbach's alpha coefficient of 0.84. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The result revealed that after receiving the program, the mean scores of illness uncertainty ( $M = 82.2$ ,  $SD = 1.85$ ) were significantly lower than before receiving the program ( $M = 108.4$ ,  $SD = 7.59$ ) ( $p < 0.05$ ).

This study indicated that information providing integrated with a family support program reduces the feeling of uncertainty among elderly persons with acute myocardial infarction. Therefore, this program offers another prospect for designing nursing activities while caring for elderly patients with acute myocardial infarction who were hospitalized, and preparing the patients for a pre-discharge plan to reduce feelings of uncertainty about their illness and helping them to live properly with the disease.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างดี จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ดร. พัชรีย์ คมจักรพันธ์ และ รศ.ดร. ปิยะนุช จิตตุนนท์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนส่งมอบกำลังใจ และเสริมสร้างแรงจูงใจแก่ผู้วิจัยให้มีความเชื่อมั่นว่าเราทำได้ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน รศ.ดร. กิตติกร นิลมานัด และ พว. จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ ที่ให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้วิจัยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาในเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งคำแนะนำในการปรับแก้ภาษา ขนาดตัวอักษร ให้เครื่องมือมีความสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ความรู้แนวคิดและคำแนะนำ เพื่อปรับปรุงให้วิทยานิพนธ์ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และพี่ ๆ น้อง ๆ พยาบาลทุกท่าน รวมไปถึงผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและครอบครัวทุกท่านที่ศึกษา ที่ได้เสียสละเวลา ให้การช่วยเหลือให้กำลังใจและดูแลผู้วิจัยเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายขอขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ความรัก ให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ให้กำลังใจ และเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยพยายามเรียนจนประสบความสำเร็จ รวมทั้ง พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกคน ทั้งที่ทำงาน และพี่ ๆ น้อง ๆ นักศึกษาริษยาโท ทุกคนที่เป็นกำลังใจ และช่วยเหลือกันตลอดมา จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

กฤษมล วิทชนกุล



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
คำถามการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	13
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	14
คำจำกัดความของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	14
สาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	15
พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	16
อาการ อาการแสดง และการแบ่งระดับความรุนแรงของโรค.....	17
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	19
ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	21
การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก .....	23
การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก.....	24
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	27
ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	29

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลกระทบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรก.....	30
การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	33
การลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	36
การให้ข้อมูลในผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	37
ระยะของการให้ข้อมูลในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	37
รูปแบบการให้ข้อมูลในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.....	38
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม.....	40
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	40
ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม.....	41
การสนับสนุนของครอบครัว.....	43
การส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย.....	44
โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับ การรักษาเป็นครั้งแรก.....	45
สรุปจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	50
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	51
สถานที่ในการศึกษา.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	54
การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา.....	54
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	55
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	62
ผลการวิจัย.....	62
การอภิปรายผล.....	70
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	74
สรุปผลการวิจัย.....	74
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	75
เอกสารอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	88
ก การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	89
ข การทดสอบการแจกแจงของคะแนน.....	90
ค การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	92
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง.....	94
จ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	99
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	106
ประวัติผู้เขียน.....	107

## รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เขียนพลัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 27).....	63
2	แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=27).....	65
3	แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอน ของผู้ป่วยโดยรวมและรายด้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว (n=27).....	67

## รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
2	แผนการดำเนินการทดลอง.....	58
3	แผนการดำเนินกิจกรรม.....	59
4	การคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป.....	89

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction: AMI) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (สุวารี, 2560) ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก และอุบัติการณ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอายุที่เพิ่มขึ้น AMI กลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี และในผู้สูงอายุที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคนี้ค่อนข้างสูงเช่นกัน (Kuch B, et al., 2011) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 พบว่ากลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรค AMI สูงที่สุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.31 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.46 (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ในส่วนของสาเหตุการตายของโรคไม่ติดต่อ พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง รองลงมาคือโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จะเห็นได้ว่าโรค AMI เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ในประเทศไทย ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มโรคที่ยังเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุทั้งอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายที่มากที่สุด และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสุขภาพะอีกทั้งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุมาจากเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจถูกขัดขวางอย่างทันทีทันใด (เกรียงไกร, 2554) ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการไม่สมดุลกับปริมาณออกซิเจนที่หัวใจได้รับ ผู้ป่วยมักมีอาการ อาการแสดง เช่น เจ็บหน้าอกเหมือนมีของหนักมาทับหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน เจ็บร้าวไปบริเวณแขน กรามหรือหลัง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หอบเหนื่อย (Bolooki & Askari, 2010) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เรียกตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial infarction: STEMI) และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction : NSTEMI) ในประเทศไทยพบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ คือ NSTEMI และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 6,694 ราย ใน พ.ศ. 2560 เป็น 9,408 ราย ใน พ.ศ. 2563 (กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข, 2563) สอดคล้องกับสถิติของอเมริกา พบว่า การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุและร้อยละ 70 ได้รับการวินิจฉัยเป็น NSTEMI เช่นเดียวกัน (Basit H., et al., 2021) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาและพยาบาลที่รวดเร็วจะสามารถช่วยลด การทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนของการวินิจฉัยโรคและการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical chest pain) (Yeh et al., 2010; Zaman et al., 2014) เช่น เจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย ไม่สุขสบายในทรวงอก มีอาการคล้ายไข้หวัด ไอ เหนื่อยง่าย สับสน ปวดหลัง ปวดกราม เป็นต้น (นงนภัทร, 2559) อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้มารับการรักษาล่าช้า เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบว่าเป็นคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชนิดเอสทีไม่ยก ที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว แนวทางการรักษาจะช้าก่อนในระยะแรก เป็นระยะเวลา 3-5 วัน ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด และยาบรรเทาอาการเจ็บ เค้นอก มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการเจ็บหน้าอกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากอาการเจ็บ แน่นหน้าอกไม่ทุเลาหรือเป็นซ้ำ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อกจาก หัวใจ (cardiogenic shock) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แพทย์จะพิจารณาทำการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังในภายหลัง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วย NSTEMI มีการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยโรคและการรักษา ส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิด เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ (Dullaghan L., et al., 2014) เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการ เจ็บป่วย และผลการรักษาที่ไม่สามารถทำให้หายขาดได้ เมื่อมีอาการกำเริบของโรคซ้ำ ผู้ป่วยจะรู้สึก ว่าเป็นภาวะใกล้ตาย รู้สึกทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และไม่มั่นใจในการเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่ เกิดขึ้น (อังคณา, 2561) ภายหลังจากเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจมีอาการแน่นหน้าอกซ้ำ และเกิดอาการ เฉียบพลันได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะอันตรายและคุกคามต่อชีวิต (ภาวนา, 2557) อาการเกิดขึ้นแบบคาดเดาไม่ได้ ทำให้ไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัว ซึ่งจะส่ง ผลให้เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นได้ ตลอดเวลา เนื่องจากอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดซ้ำได้ตลอดเวลา (วิลาวัลย์, 2552)

การไม่สามารถควบคุมสถานการณ์การเจ็บป่วยนั้นได้ เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิด ความวิตกกังวล ความเครียดและกลัวตาย ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้หัวใจทำงานหนัก

เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อาการของโรคเลวร้ายลงกว่าเดิม (ผ่องพรรณ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาประสพการณ์ การตีบซ้ำในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน และหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ โอเดล กริปและ ฮอลล์เบิร์ก (Odell, Grip & Hallberg, 2006) พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความรู้สึกว่าตนเองมีชีวิตรอยู่กับ ความไม่แน่นอนมากที่สุด ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะต้องเผชิญกับประสพการณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียดต่าง ๆ ทั้งอาการที่ไม่คาดคิด การวินิจฉัยและการรักษาที่ไม่เคยประสพมาก่อน รวมทั้งอาการเจ็บหน้าอกและหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัวว่าตนเองจะตาย (สุจิตราภรณ์, 2555) จากการรับรู้อาการ อาการแสดงของโรคที่เรื้อรัง เมื่อได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจะวิตกกังวล กลัวการกำเริบซ้ำ ของโรคหัวใจอีก เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนจากอาการของโรค เช่นเดียวกับการศึกษาของ Whitehead และคณะ (2005) ได้ทำการศึกษาเชิงสำรวจผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 518 ราย พบว่าอาการ ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลัวจะมีอาการขึ้นมาอีก และร้อยละ 40 ไม่กล้าทำกิจกรรมต่าง ๆ กลัวจะเกิดอาการ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกถึง ประสพการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต กลัวว่าโรคจะกำเริบซ้ำ กลัวเสียชีวิต มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการใช้ ชีวิตอยู่กับโรคนี

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถ ให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ที่มีต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นได้ (Mishel, 1988) อาจเกิดเนื่องมาจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ขาดข้อมูล หรือการอธิบายไม่ชัดเจน การวินิจฉัยที่ไม่ ครบถ้วน การไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วย สถานที่หรือวิธีการรักษา หรือความเจ็บป่วยนั้นรุนแรงเกินไป ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยยังมีความรุนแรง จะยังมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดมีการหดตัว ก่อให้เกิดอาการกำเริบรุนแรงขึ้น และนำ มาสู่การรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟู หายของผู้ป่วย และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นปัญหาทางด้าน จิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ เนื่องด้วยไม่สามารถคาดเดาได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้น เมื่อใด รวมทั้งการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุมักมีความยุ่งยากซับซ้อน อาจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่คุ้นเคยกับข้อมูล และไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ (อังคณา, 2561) จากการศึกษา ของ Fitzsimon, Parahue, Richardson and Stringer (2003) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะรอผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหัวใจ และความรู้สึกไม่แน่นอนใน



ความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล รู้สึกถึงความไม่ปลอดภัยในชีวิต รับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรง ไม่มีความแน่นอนและตนเองไม่สามารถควบคุมได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ปัจจัยแรก คือ กรอบของสิ่งเร้า ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนอาการแสดง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ระหว่างความคาดหวังและเหตุการณ์ที่เป็นจริง ปัจจัยต่อมา คือ ความสามารถเชิงสติปัญญา ปัจจัยนี้ช่วยให้บุคคลเข้าใจเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง โดยนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาช่วยพิจารณาตัดสินใจ และประเมินเหตุการณ์โดยผ่านกรอบของสิ่งเร้า ส่วนปัจจัยสุดท้าย คือ โครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน ประกอบด้วย การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความน่าเชื่อถือของบุคคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งสนับสนุนที่สามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ โดยช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรือความซับซ้อนของการรักษา ทำให้เกิดความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้นยิ่งขึ้น ส่วนความน่าเชื่อถือของบุคคลากรทางสุขภาพ เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นและการให้ความไว้วางใจที่มีต่อบุคคลากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ ซึ่งจะสามารถเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้นด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการและผลที่จะเกิดตามมา ช่วยให้ความคลุมเครือของเหตุการณ์การเจ็บป่วยลดลง และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์การเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ความเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น การได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทำให้บุคคลเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้คาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ส่งผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของภวานา (2557) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของระบบพยาบาลแบบสนับสนุนการเรียนรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจและผลการรักษา ได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเอง ให้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจการเจ็บป่วย และรับรู้สถานการณ์การเจ็บป่วยได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยให้สามารถคาดเดาสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเองได้ใกล้เคียงความเป็นจริง ลดความวิตกกังวล และความทุกข์ทางใจ ส่งผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตน มีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย จะสามารถช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ และเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ในการให้ข้อมูลจะแบ่งตามระยะของการเจ็บป่วย คือ 1) ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล 2) ระยะเวลาวางแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ระยะเวลาออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย ความหมายของโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย วิธีการรักษา (พรพิศ, 2550) รวมทั้งสิ่งแวดล้อม เจ้าหน้าที่บุคลากร กฎระเบียบและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ข้อมูลระยะวางแผนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเป็นการเตรียมความพร้อมที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น คลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำ (จุฑาทภรณ์และคณะ, 2554) การให้ข้อมูลในระยะนี้ ประกอบด้วย คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแผนการรักษา การทำกิจกรรมต่างๆ และการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก การสังเกตอาการผิดปกติ และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่วนระยะออกจากโรงพยาบาลแล้ว การได้รับข้อมูลจะเป็นไปในรูปแบบการติดตามอาการ การสอบถามปัญหาและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์แบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม (วศินีและจินตนา, 2554) โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการประเมิน ติดตามอาการ

การสนับสนุนทางสังคม (social support) มีความสำคัญต่อผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เนื่องจากการเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้หายขาด ผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้ต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่ รวมทั้งปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและต้องพึ่งพามุคคนในครอบครัวเพิ่มขึ้น (อังคณา, 2561) โดยทั่วไปมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างบุคคล เพื่อน เครือข่าย การทำงาน การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการป้องกันการเรียนรู้เพื่อประเมินค่า (House, 1981) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้มีระดับการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้น จะมีผลต่อสภาวะโรคที่ดีขึ้น และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นเช่นกัน (ปภาพสวีร์, 2556) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมักมีร่างกายไม่แข็งแรง ทำให้เป็นอุปสรรคในการเดินทางไปเข้าร่วมชมรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และมักขาดความสามารถในการรับข่าวสารต่าง ๆ ที่จะนำมาส่งเสริมสุขภาพตนเอง จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างในการเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (จกณ, 2554) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีความรัก ยกย่อง เห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Cobb, 1976) คัดเลย์และคณะ (Dudley et al., 1980) กล่าวว่าความสำเร็จในการฟื้นฟู

สภาพของผู้ป่วย ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีกำลังใจเผชิญกับโรค ซึ่งจะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัว จะมีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาด้านจิตสังคม อันเนื่องมาจากความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

ครอบครัวเป็นแหล่งหรือเครือข่ายหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม โดยการสนับสนุนของครอบครัวเป็นความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (ประเทืองทิพย์, 2549) ครอบครัวเป็นแหล่งใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์, 2549) และมีความสำคัญที่ช่วยให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (พิมพ์ใจ, 2551) ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้สูงอายุต้องอาศัยการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างที่จะเอื้ออำนวยให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (จงกณ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของกนกอร (2552) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อการทำกิจกรรมที่บ้าน พบว่า แรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จึงกล่าวได้ว่า แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นสังคมที่อยู่ใกล้ชิดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยเป็นแรงเสริมและส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (ภัทรสิริ, 2556)

ผลกระทบทางสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาในครั้งนี้ คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการแสดงของโรคที่ไม่ชัดเจน ไม่สามารถระบุได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อีกทั้งต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่าง ๆ รวมถึงอาการที่ไม่คาดคิด รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษา อาการเจ็บหน้าอกและหายใจลำบาก ผู้ป่วยจะกลัวตาย มีความวิตกกังวล กลัวการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจอีก เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนจากอาการของโรค ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแลและสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวล (White & Frasure-smith, 1995) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดของปุนรดา (2556) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนตัวกลางในการที่จะลดความเครียด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการปรับตัวในชีวิต โดยช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งเสริมขวัญและกำลังใจ ทำให้บุคคลปรับตัวต่อเหตุการณ์ในชีวิต ตลอดจนปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Mishel, 1988) จากการศึกษาของผกาภาส (2553) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม พบว่าแรง

สนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ช่วยทำให้ความคลุมเครือของการเจ็บป่วยน้อยลง และส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง การศึกษาของ Kang, Younhee et al. (2012) ในผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะสั้นพลิ้ว (Atrial fibrillation) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ยกเว้นการสนับสนุนด้านสิ่งของ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง แต่ยังไม่มีการนำการสนับสนุนของครอบครัวไปใช้ในผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบที่สำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก็คือความรู้สึกไม่แน่นอนจากการเจ็บป่วยเช่นกัน

จากประสบการณ์ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเมื่อตรวจพบลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) ผู้สูงอายุจะได้รับการรักษาโดยการนอนโรงพยาบาล และรักษาโดยใช้ยา ก่อนในระยะแรก มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ หากอาการเจ็บเค้นอกไม่ทุเลาหรือเป็นซ้ำ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ผู้สูงอายุจะได้รับการพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังในภายหลัง จะเห็นได้ว่าระยะเวลาในการรอคอยการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI จะนานกว่ากลุ่มผู้ป่วย STEMI ที่เป็นภาวะเร่งด่วนคุกคามต่อชีวิต รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง การรักษาต่างๆ ของผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI จะค่อนข้างล่าช้ากว่ากลุ่ม STEMI ผู้ป่วยจึงอาจรู้สึกถึงความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยความคลุมเครือเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ประกอบกับรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ จะเป็นการให้ข้อมูลแบบปากเปล่า ไม่มีการใช้สื่อรูปภาพประกอบ ทำให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ไม่ชัดเจน รวมถึงไม่ได้มีการติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นรายบุคคล แต่จะเป็นการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพยาบาลเยี่ยมบ้าน อีกทั้งงานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย STEMI มากกว่ากลุ่ม NSTEMI

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าผู้สูงอายุกลุ่ม NSTEMI เป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านจิตสังคมเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอย่างมากเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI โดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อการบรรยายประกอบภาพ ให้คำอธิบายและแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยลักษณะของข้อมูลที่ให้ ประกอบด้วยสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทักษะการปฏิบัติตัว บทบาทของผู้ป่วย ความรู้สึกที่ต้องเผชิญและ

การสนับสนุนด้านจิตใจ โดยมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยในทุกขั้นตอน เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล สิ่งของ และการประเมินค่า นอกจากนี้จะมีการติดตามอาการทางโทรศัพท์ เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลจะเป็นไปในรูปแบบ การติดตามข้อมูลและการให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวทางโทรศัพท์แบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคในส่วนที่ยังมีความคลุมเครือ พร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษาที่เป็นจริง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการประเมิน ติดตามอาการ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยในการตัดสินใจและเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุน ของครอบครัว

### คำถามการวิจัย

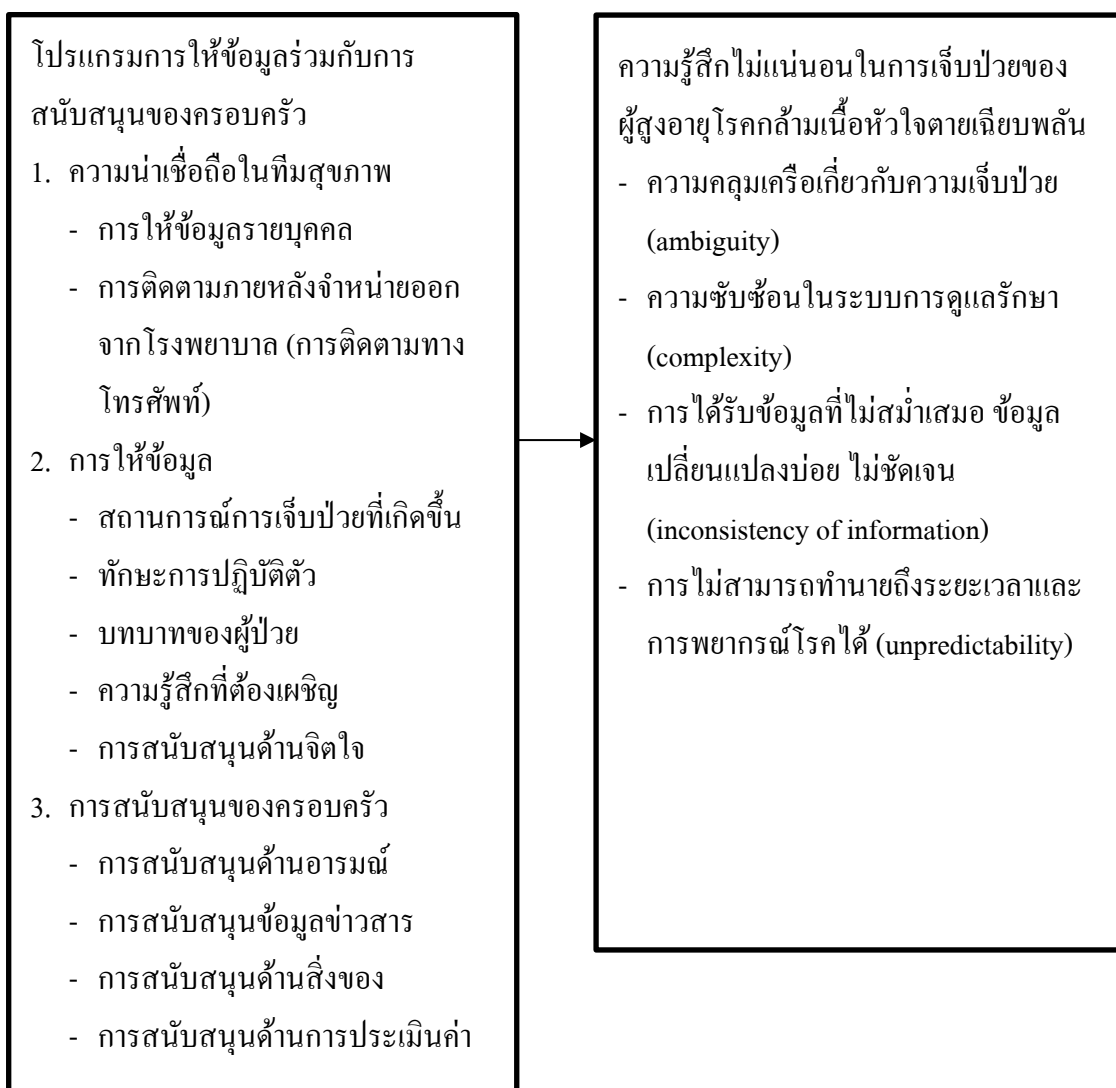
คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุน ของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหรือไม่

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ของมิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งได้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไว้ 4 ด้าน คือ ด้าน ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา (complexity) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ (inconsistency of information) และด้านการไม่สามารถทำนาย ถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ (unpredictability) ทำให้บุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับ เหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ ความเจ็บป่วย ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นได้ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ 1) รูปแบบของสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) ได้แก่ อาการแสดงของโรค ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์เจ็บป่วยและความคาดหวังที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง 2) ความสามารถในการรู้คิด (cognitive capacity) และ 3) แหล่งประโยชน์สนับสนุน (structure provider) ได้แก่ ความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นโปรแกรมการให้ข้อมูลรวมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ด้านแหล่งประโยชน์สนับสนุนทั้ง 3 ด้านมาพัฒนาเป็นโปรแกรม เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพการให้ข้อมูลโดยพยาบาลเป็นรายบุคคลและการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. การให้ความรู้ โดยให้ความรู้ และข้อมูลที่จำเป็น เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ดัดแปลงจากแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลและการได้รับข้อมูลของ Yount Edgell and Jakcvac (1990 อ้างใน Samsudin, 2005) โดยลักษณะของข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย สถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทักษะการปฏิบัติตัว บทบาทของผู้ป่วย ความรู้สึกที่ต้องเผชิญและการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว การให้ข้อมูลเป็นการเพิ่มความสามารถในการรู้คิดและเข้าใจ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมตามวัยทำให้ความสามารถในการรับรู้บกพร่องลงจึงได้มีการนำองค์ประกอบด้านที่ 3 คือ ด้านการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาเสริมในโปรแกรม
3. การสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นการให้ครอบครัวเข้ามาสนับสนุนในโปรแกรม โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัวของ House (1981) ซึ่งมีการสนับสนุนผู้ป่วยใน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านสิ่งของและการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ทั้งนี้ความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ การให้ความรู้ ข้อมูลที่จำเป็น และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล สิ่งของ และการประเมินค่าจากครอบครัว มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลที่สม่ำเสมอ เพียงพอ ลดความคลุมเครือ ความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา มีความเข้าใจในอาการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้องกับความเป็นจริง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง ซึ่งเขียนเป็นกรอบแนวคิดดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

### สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความรู้สึกละมุนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกละมุนในการเจ็บป่วย

## นิยามศัพท์

1. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว หมายถึง ชุดกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และครอบครัว โดยการให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นรายบุคคล และติดตามภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยลักษณะของข้อมูลที่ให้ ประกอบด้วย สถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทักษะการปฏิบัติตัว บทบาทของผู้ป่วย ความรู้สึกที่ต้องเผชิญและการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจที่ชัดเจน เกิดความคุ้นเคยกับอาการแสดงและการรักษา ตลอดจนการรับรู้ถึงสถานการณ์จริงที่อาจเกิดขึ้น โดยมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ และด้านการประเมินค่า ตลอดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รู้สึกว่าไม่สามารถตัดสินใจให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถทำนายผลของการเจ็บป่วยได้ถูกต้อง รวมถึงไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและพยากรณ์โรคได้ เนื่องจากขาดคำอธิบายและข้อมูลที่เพียงพอ มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา ได้รับข้อมูลที่ไม่ว่างเสมอ ข้อมูลเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้เกิดการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลง ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับ class I และ II พร้อมผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการที่ฉุกเฉิน มีการพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และมาติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงเดือนมีนาคมถึงกันยายน 2563



### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง ช่วยลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นได้
2. พยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและครอบครัว เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลงได้

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล และการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.1 คำจำกัดความของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.2 สาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.3 พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.4 อาการ อาการแสดง และการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.5 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.6 ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 1.7 การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก
  - 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก
2. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
  - 2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย
  - 2.2 ผลกระทบความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรก
  - 2.3 การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย
  - 2.4 การลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย
3. การให้ข้อมูลในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 3.1 ระยะเวลาของการให้ข้อมูลในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
  - 3.2 รูปแบบการให้ข้อมูลในผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
  - 4.3 การสนับสนุนของครอบครัว

5. การส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
6. โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาเป็นครั้งแรก
7. สรุปจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

## โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### คำจำกัดความโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน คือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากการที่หลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งภาวะหลอดเลือดโคโรนารีแข็งจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจทั้งหมด (ผ่องพรรณ, 2551) ภาวะหลอดเลือดโคโรนารีหนาและแข็งในผู้สูงอายุเกิดจากความสูงอายุทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดไปในทางเสื่อมมากขึ้น โดยผนังของหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงหนาและแข็ง รูภายในหลอดเลือดตีบแคบ จึงมีการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย (Eliopoulos, 2014) มีผลให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงและตายในที่สุด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมี 2 ชนิด ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial infarction) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction) (สุรพันธ์ และฉันท, 2557)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial infarction) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 lead ที่ต่อเนื่องกัน หรือ left bundle branch block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันอย่างรวดเร็ว จะทำให้เกิด acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI) และพบผลเอนไซม์หัวใจเป็นบวก (cardiac biomarkers positive) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน แต่หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง อย่างรวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ (Levine et al., 2011)

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ

เพียงบางส่วนเท่านั้น จะพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression หรือ T wave inversion และพบผลเอนไซม์หัวใจเป็นบวก (cardiac biomarkers positive) และถ้ามีอาการนานกว่า 30 นาที อาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI or Non Q-wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (unstable angina) (Braunwald et al., 2002)

การแบ่งชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะแยกตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอนไซม์หัวใจ ซึ่งจะบอกได้ถึงความรุนแรงของโรคว่ากล้ามเนื้อหัวใจมีความเสียหายมากน้อยเพียงใด และได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับโรคต่อไป

### สาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลไกที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เชื่อว่าเป็นจากการที่หัวใจได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งมีสาเหตุหลัก ดังนี้

1. ลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดหัวใจ (Walse-Irwin, 2013) จะเกิดตามหลังหลอดเลือดแดงตีบแข็งและมีการแตกหรือการฉีกขาดของผนังหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดลิ้มเลือดและเกิดการอุดตัน (ผ่องพรรณ, 2554; วราภรณ์, 2553; Kereszles & Wcisel, 2009)
2. การหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery spasm) ทำให้เกิดการปริแตกของชั้นไขมันในหลอดเลือดหัวใจ และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจได้ แต่เกิดเป็นส่วนน้อย (วราภรณ์, 2553; Kereszles & Wcisel, 2009)
3. หลอดเลือดแดงตีบแข็ง (coronary atherosclerosis) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยพบในผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกาย บุคลิกภาพแบบเอ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวัน มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ผู้หญิงที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด และผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นต้น (วราภรณ์, 2553)
4. ภาวะขาดออกซิเจน ความดันโลหิตต่ำเป็นเวลานาน ภาวะโลหิตจาง (วราภรณ์, 2553)
5. โรคหรือภาวะต่างๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดแดง เช่น โรคทากายาสู (Takayasu 's disease) หลอดเลือดแดงหัวใจโป่งพอง เป็นต้น (วราภรณ์, 2553)

## พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมแข็ง (Development of atherosclerosis) จนเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน โดยเซลล์เยื่อชั้นในหลอดเลือด (Endothelial cell) มีการทำหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งมีขั้นตอนการเกิด แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (AHA, 2014)

ระยะที่ 1 Fatty streak จะมีลักษณะคราบไขมันสีเหลือง สามารถพบได้ตั้งแต่แรกคลอดจนถึงสูงอายุ คราบไขมันนี้ประกอบด้วย Macrophage และ Smooth muscle cell มีการก่อตัวสะสมในผนังชั้นในหลอดเลือดแดง ซึ่งไม่มีผลทำให้การไหลเวียนเลือดหยุดชะงัก ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงใดๆ ชัดเจน

ระยะที่ 2 Fibrous plaque หรือ Mature plaque เป็นขั้นตอนการก่อตัวของคราบไขมันที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในระยะนี้จะมี Extracellular lipid core แทรกใน smooth muscle cell, Macrophage และ Foam cell พอกทับ Fatty streak กลายเป็น plaque ที่มีลักษณะเป็นปื้นไขมันสีเหลืองเทา พอกติดเยื่อผนังชั้นในหลอดเลือดแดง ซึ่ง Fibrous plaque นี้ ประกอบด้วย Collagen และ Smooth muscle กระตุ้นให้หลังสาร Fibrin, Fibrinogen, Albumin, White blood cell, Calcium และ Lipoprotein

ระยะที่ 3 Ruptured plaque หรือ Complicated plaque เป็นระยะที่มีการปริแตกของ plaque กระตุ้นเกล็ดเลือดจับกับ fibrinogen เกิดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เป็นสาเหตุนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้ง 3 ลักษณะ คือ unstable angina, NSTEMI และ STEMI โดยระดับความรุนแรงขึ้นอยู่กับชนิดของลิ่มเลือดที่อุดตันภายในหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งถ้าเกิดการอุดตันบางส่วนจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก ชนิดไม่คงที่หรือเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST ยก แต่ถ้าหากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์มักจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST ยก

แต่ในบางกรณีลิ่มเลือดอุดตันไม่ได้เกิดจากการแตกของ plaque แต่เกิดจากการเกิดแผลในชั้นของเซลล์เยื่อหลอดเลือดหรือชั้นใต้เซลล์เยื่อหลอดเลือด ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (Libby, 2001) และในผู้สูงอายุอาจจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเอง โดยมักจะมีการสะสมของพังผืด ไขมัน และแคลเซียมบริเวณผนังหลอดเลือดเป็นสาเหตุให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบแข็ง (atherosclerosis) และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อีกด้วย (Eliopoulos, 2014)

## อาการ อาการแสดง และการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### อาการ อาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ในสภาวะปกติความต้องการใช้และการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจะสมดุลกัน เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น การทำหน้าที่ของหัวใจลดลงและการมีภาวะกรดเกิดขึ้นในร่างกาย โดยอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยบางรายไม่ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากสภาพสำรองของผู้ป่วยสูงอายุต่ำลง ทำให้เมื่อเกิดความผิดปกติของระบบอวัยวะหนึ่ง อาจทำให้ระบบอวัยวะหนึ่งผิดปกติไปด้วย ดังนี้

1. ในผู้ป่วยอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเข้ารับการรักษาด้วยอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจงและมีอาการแสดง คือ อาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย บริเวณหน้าอกทั้งหมด คอกลาง และท้อง มีอาการชาที่แขน คอหรือหลัง มีภาวะสับสน ผิวนั่งซีดขึ้น ระดับความดันโลหิตต่ำ เป็นลม หหมดสติชั่วคราว หายใจตื้น ไอ มีไข้ต่ำ ๆ (Eliopoulos, 2014) ส่วนที่ไม่มีอาการแสดงจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ พวกที่เรียกว่า painless myocardial infarction พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีอาการอื่นที่รุนแรงกว่า จนทำให้ไม่รู้สึกรู้จาจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ มาพบแพทย์ด้วยอาการหอบเหนื่อย เหงื่อแตก หกล้มหรือสับสนเป็นอาการนำ (ศรีธนะ, 2546) อาการดังกล่าวอาจทำให้แพทย์ผู้รักษาโรควินิจฉัยล่าช้าหรือผิดพลาด และได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยสูงอายุได้ อาการเจ็บหน้าอกหรือแน่นอกของผู้ป่วยแต่ละรายมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความรุนแรงและลักษณะ บางรายอาจไม่ใช้คำว่าเจ็บอก แต่อาจบรรยายว่าอึดอัดหรือไม่สบายในอก แต่ส่วนมากจะบรรยายถึงอาการแบบเสียดแน่นเหมือนมีของหนักทับ แต่บางรายอาจอธิบายต่างออกไป เช่น แสบร้อนบริเวณยอดอก (heartburn) ตำแหน่งที่เป็น คือ ใต้กระดูกหน้าอก (substernum) อาจกระจายไปที่ลำคอ ขากรรไกร บริเวณระหว่างกระดูกสะบัก แขนและยอดอก (epigastrium) มีอาการคล้ายกับอาหารไม่ย่อย สำหรับอาการอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ เจ็บหน้าอก ปวดกระเพาะ ปวดท้อง ปวดหลัง คลื่นไส้ วิงเวียน หายใจตื้นและหายใจลำบาก วิตกกังวลมาก อ่อนเพลียเหนื่อยล้า ใจสั่น เหงื่อออกหรือซีด อาการเจ็บอกนาน 10-20 นาที และไม่ตอบสนองต่อการอมยา nitroglycerine หรือ nitrates อาจเป็น ๆ หยุต ๆ ได้ หรือในบางรายเรอแล้วรู้สึกดีขึ้น (อภิชาติ, 2552)

2. ความดันเลือดต่ำหรือภาวะช็อก ในระยะเริ่มแรกของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุจะมีเหงื่อออก ซีพจรเบา สับสน ซีด บางรายอาจเป็นลมหมดสติจากเลือด

ไปเลี้ยงสมองไม่พอ เพราะปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลงอย่างทันทีทันใด (Eliopoulos, 2014)

3. ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติหรือหัวใจหยุดเต้นอย่างเฉียบพลัน (Eliopoulos, 2014) สาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้การเต้นของหัวใจผิดปกติ ปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำให้เลือดไหลเข้าสู่หัวใจ มีผลต่อการบีบตัว และการได้รับเลือดของหัวใจ หัวใจที่เต้นช้ากว่าปกติที่เกิดขึ้นทันทีทันใดจะลดปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ได้นาน แต่หากเกิดช้าหรือค่อย ๆ เกิด ร่างกายมีกระบวนการชดเชยเพื่อรักษาปริมาณเลือดที่ส่งออกก่อนที่ไว้ ส่วนหัวใจที่เต้นเร็วกว่าปกติ นั้น จะทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก่อนที่เพิ่มขึ้น จนกระทั่งถึงจุดที่เลือดไม่สามารถไหลเข้าสู่หัวใจได้ จากนั้นปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลง (ผ่องพรรณ, 2551)

4. หายใจลำบาก (dyspnea) มีอาการกระสับกระส่าย ไอมีเสมหะเป็นฟองจากภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) และภาวะหัวใจห้องซ้ายวาย (left ventricular failure) จากการที่มีปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้มีเลือดคั่งที่ห้องล่างซ้าย (Eliopoulos, 2014)

### **การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**

New York Heart Association (NYHA) ได้เสนอระบบการจำแนกความรุนแรงของโรคตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่เรียกว่า New York Heart Association Classification system เพื่อเป็นการพยากรณ์โรค รวมถึงใช้ประกอบการพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (Raphael et al., 2007)

Class I คือ ผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้ โดยไม่แสดงอาการเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก

Class II คือ ผู้ป่วยมีความสุขสบายในขณะที่พัก แต่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจกรรมเหมือนคนปกติทั่วไป

Class III คือ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจน แต่ยังอาจรู้สึกสบายในขณะที่พัก เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดาจะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก

Class IV คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกในขณะที่พัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ เมื่อทำกิจกรรมต่างๆ อาการจะเพิ่มมากขึ้น

## ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมการเกิดไขมันสะสมในผนังหลอดเลือดแดงจนหลอดเลือดแดงตีบแข็ง จนทำให้เกิดการอุดตัน และตามมาด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factor) และปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (non-modifiable risk factor) ดังนี้ (ผ่องพรรณ, 2554)

### ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้

1. ความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนปกติ เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงส่งผลให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Kereszles & Wcisel, 2009) คณะกรรมการการแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของสหรัฐอเมริกาได้แนะนำแนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ควรมีความดันโลหิตน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท (James et al., 2014)

2. ระดับไขมันในเลือดสูง ค่าคอเลสเตอรอลในเลือดปกติอยู่ในช่วง 220-240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไขมันที่มีความสำคัญ คือ แอลดีแอล (low density lipoprotein [LDL]) ควรควบคุมให้ต่ำกว่า 100-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride [TG]) ค่าไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร, และเอชดีแอล (high density lipoprotein [HDL]) ในผู้ชายควรมากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ผู้หญิงควรมากกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จะสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งได้ เนื่องจากจะช่วยนำไขมันไปกำจัดที่ตับ (Walsh-Irwin, 2013) ไขมันในเลือดมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงและการไหลเวียนเลือด เมื่อไขมันจับที่ผนังด้านในของหลอดเลือด จะค่อยๆสะสมพอกตัวหนาขึ้น จนกระทั่งเกิดหลอดเลือดตีบ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง นอกจากนั้นเลือดที่ไหลผ่านอาจเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดได้ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจต้องการเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจจะขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดอาการเจ็บหน้าอกได้

3. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จัดประมาณ 20 มวนต่อวัน เป็นเวลานานนับปี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเกิดเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ โดยนิโคติน ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจบีบตัวเร็วและแรงขึ้น มีผลทำให้หัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจได้ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่



สูบบุหรี่ สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องสูดดมควันบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ถือว่ามีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่ อัตราการตายจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ (ผ่องพรรณ, 2554)

4. เบาหวาน โรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็งเร็วกว่าปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ, 2554) นอกจากนี้พบว่าผู้ที่เป็โรคเบาหวานนานแล้วเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มักมีเส้นเลือดตีบหลายเส้น และกายวิภาคของหลอดเลือดที่ตีบตันมักไม่เหมาะสมต่อการทำหัตถการด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน โดยโรคมักมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ความอ้วน ความอ้วนกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักจะเกิดขึ้นด้วยกันเสมอ เนื่องจากความอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ พบว่าผู้ที่อ้วนเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (ผ่องพรรณ, 2554) ดัชนีที่บ่งบอกว่าอ้วนคำนวณได้จากค่าดัชนีมวลกาย ค่าที่เหมาะสมควรมีน้อยกว่า 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่าหากสามารถควบคุมและลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะช่วยให้ลดและชะลอการเกิดโรคได้ (ผ่องพรรณ, 2554)

6. การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายช่วยลดปริมาณไขมันในเลือดและเพิ่มระดับ HDL แต่ต้องเป็นการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอและต่อเนื่องครั้งละ 10-30 นาที อย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง พบว่าสามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL และลดระดับไขมัน LDL ลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดดัชนีมวลกาย (ผ่องพรรณ, 2554)

7. การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด จะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติ เพิ่มความดันโลหิต รวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง ซึ่งมีรายงานว่าผู้หญิงที่อายุมากกว่า 40 ปี ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดรับประทาน จะมีความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สูงถึง 4-20 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่รับประทานยาดังกล่าว

8. ความเครียด สภาวะความตึงเครียดทางอารมณ์มักเป็นเหตุให้ร่างกายเพิ่มการจับ norepinephrine และ epinephrine บุคคลที่มีความเครียดเรื้อรังจะมีผลเพิ่มการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic activity) รวมทั้งมีการเร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกล็ดเลือด เพิ่มการสะสมไขมัน เพิ่มความดันโลหิตและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เร่งการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

### ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้

1. เพศและอายุ รายงานจากสถิติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา พบว่าเพศชายอายุ 35-44 ปี มีอุบัติการณ์เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่า ในช่วงอายุเดียวกัน อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือน ซึ่งมีฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ โดยทั่วไปเพศชายมักเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 40 ปี และเพศหญิงมักเกิดภาวะดังกล่าวเมื่ออายุ 55 ปี หรือหลังหมดประจำเดือน

2. อายุ พบว่าเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นก็จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น รวมทั้งอัตราการเสียชีวิตจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นด้วย (จารุวรรณ, 2558)

3. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวได้มากกว่าผู้ที่ไม่ประวัติกรรมพันธุ์ในครอบครัว (จารุวรรณ, 2558) และเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความเครียด

4. เชื้อชาติ พบว่าคนผิวขาวมีความเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่าคนผิวอื่น (ผ่องพรรณ, 2554)

### ผลกระทบของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิตที่รุนแรง ต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม แต่การเจ็บป่วยยังคงมีอยู่ ย่อมส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคม ดังนี้

#### 1. ด้านร่างกาย

1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่สุขสบาย ไม่กล้าออกกำลังกาย เนื่องจากไม่แน่ใจว่าอาการปวดจะมาเมื่อไหร่ การออกกำลังกายต่างๆ ก็ลดลงด้วย จากการศึกษาของปภาสวีร์ (2556) พบว่าการรับรู้อาการเจ็บป่วยมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงอาการมากจะส่งผลในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายน้อย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

1.2 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จากความปวดและความสุขสบายที่เกิดขึ้นจะรบกวนการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วย เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ

1.3 รูปแบบการขับถ่ายที่เปลี่ยนไป เนื่องจากผู้ป่วยขาดการเคลื่อนไหว ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เกิดท้องผูก ขับถ่ายลำบาก ต้องใช้แรงเบ่งเพิ่มความดันในช่องท้อง อาจเกิดอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหยุดเต้นได้

1.4 สติปัญญาและการรับรู้ลดลง จากการที่หัวใจทำงานลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ โดยอย่างยิ่งสมอง ทำให้ผู้ป่วยสับสน โต้ตอบช้า ความจำและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการเรียนรู้และการตัดสินใจแก้ปัญหาต่างๆ ลดลง จำเป็นต้องมีคนใกล้ชิดในการช่วยเหลือด้วย

## 2. ด้านจิตใจ

2.1 ความวิตกกังวล ในภาวะวิกฤต ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลและกลัวตาย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ส่งผลให้เกิดการเป็นซ้ำ การฟื้นฟูสภาพต้องใช้เวลาอันยาวนาน รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากการศึกษาของณัฐชาและวัลภา (2555) พบว่าผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวล โดยสาเหตุของความวิตกกังวลส่วนใหญ่มาจากเรื่องที่เกี่ยวข้องโรค ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่แน่ใจว่าอาการเจ็บหน้าอกจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไหร่ และรุนแรงหรือไม่ และความไม่แน่นอนในข้อมูลการรักษา ความวิตกกังวลเป็นความกลัวที่เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตภายหลังได้รับการวินิจฉัย และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาจากแพทย์ กลัวเสียชีวิตและการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก

2.2 ภาวะซึมเศร้า แสดงออกให้เห็นในรูปแบบการร้องไห้ ความสิ้นหวัง ไร้กำลังใจ ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว ท้อแท้ เสียใจ รู้สึกหมดหวังในชีวิต รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิต

2.3 ความมีคุณค่าและอัตมโนทัศน์ในตนเองลดลง จากความเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่เคยเป็นอยู่มาเป็นผู้ป่วย สูญเสียการควบคุม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่สมบูรณ์เหมือนเดิม มีผลทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง โดยเฉพาะผู้ชายที่เป็นหัวหน้าครอบครัว (ชฎาภาและสายสมร, 2556)

3. ด้านสังคมบทบาทและสัมพันธภาพ จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว และอาชีพการงาน อาจถูกออกจากงาน หรือลดบทบาทหน้าที่ในอาชีพการงานลง ต้องละเว้นจากหน้าที่ที่เคยปฏิบัติอยู่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ใช้แรงงานในการประกอบอาชีพ ไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้ มีผลทำให้ขาดรายได้ไม่สามารถจุนเจือครอบครัวได้ และเนื่องจากสมรรถภาพร่างกายไม่

สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหรือพบพบเพิ่มเติมก่อนการเจ็บป่วยถูกเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกเป็นภาระแก่ผู้อื่นที่ต้องรับผิดชอบตนเอง (อุไรวรรณ, 2558)

### การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI)

หลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) คือ เปิดหลอดเลือดให้เร็วที่สุดเพื่อส่งเสริมให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย แนวทางการรักษา ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการตกแต่งหลอดเลือด ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

#### 1. การรักษาด้วยยา

##### 1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) ให้เพื่อป้องกันเกล็ดเลือดถูก

กระตุ้นให้เกิดการเกาะกลุ่มกันผ่านการยับยั้งกระบวนการ thromboxane A2 ผู้ป่วยควรได้รับยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิด (dual antiplatelet therapy DAPT) คือ aspirin และ P2Y12 inhibitor ได้แก่ ยา ticagrelor หรือ prasugrel หากมีข้อห้ามในการให้ยา เช่น มีภาวะเลือดออก มีประวัติเลือดออกในสมอง ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยาต้านเกล็ดเลือดรวมกันสามชนิด เป็นต้น พิจารณาให้ clopidogrel ทดแทน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

##### 1.2 ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (anticoagulant) ผู้ป่วยควรได้รับยาป้องกัน

การเกิดลิ่มเลือดโดยเร็วที่สุดหลังได้รับการวินิจฉัยโรค ได้แก่ ยา fondaparinux, enoxaparin ฉีดชั้นใต้ผิวหนัง หรือ unfractionated heparin (UFH) ทางหลอดเลือดดำ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

2. การรักษาด้วยการตกแต่งหลอดเลือด (revascularization) ได้แก่ percutaneous coronary intervention (PCI) และ coronary artery bypass graft (CABG) การรักษาด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับอาการตัดสินใจของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์สหสาขาวิชา ความเชี่ยวชาญและความพร้อมของแต่ละสถานพยาบาล (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) ในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงโรคร่วม สภาพาสุขภาพ ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ความเปราะบาง การรู้คิด อายุคาดเฉลี่ย คุณค่าความเชื่อ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว (Collet JP, 2020)

## การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI)

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) เป็นภาวะที่พบมากที่สุด chez ผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพและการพยาบาลมี ดังนี้ (แจ่มจันทร์, 2564)

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาล ดังนี้

1.1 การซักประวัติ พยาบาลควรซักประวัติอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะ คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนอะไรมาทับ (Haynes A., 2020) แต่ในผู้สูงอายุอาจมีอาการที่ไม่จำเพาะ (atypical Symptom) (Demirel ME., et al., 2019) เช่น เจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย รู้สึกไม่สุขสบายในทรวงอก มีอาการคล้ายไข้หวัด ไอ เหนื่อยง่าย สับสน เป็นลม ปวดหลัง ปวดกราม (นงนภัทร, 2559)

1.2 การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกาย ในระบบหัวใจและหลอดเลือดใช้เทคนิค ดังนี้ (ชนกพร, 2558)

1.2.1 การดู (inspection) สังเกตลักษณะภายนอกทั่วไป ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า เพื่อประเมินอาการเขียว (cyanosis) อาการบวม (edema) และการโป่งพองหลอดเลือดดำที่คอ (Jugular venous distention)

1.2.2 การคลำ (palpitation) เพื่อยืนยันตำแหน่ง Point of maximum impulse (PMI) ตรวจอาการแสดงของหัวใจโต (hearing) และการสั่นสะเทือนของหัวใจ (thrill)

1.2.3 การเคาะ (percussion) เพื่อตรวจหาขอบเขตของหัวใจ (cardiac border) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถตรวจพบ PMI ได้จากการดูหรือการฟัง ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าหัวใจมีขนาดปกติหรือโตผิดปกติหรือไม่

1.2.4 การฟัง (auscultation) โดยใช้ฟู่ฟัง (stethoscope) เพื่อประเมินอัตราจังหวะ และความสม่ำเสมอของการเต้นหัวใจ และประเมินเสียงฟู่ของหัวใจ (cardiac murmur)

1.3 การตรวจพิเศษและการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ

1.3.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิด 12 ลีด (12 leads EKG) ผู้ป่วยทุกรายที่ซักประวัติได้ว่ามาด้วยอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน พยาบาลต้องรีบตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและแปลผลเร่งด่วนร่วมกับแพทย์ภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้รับบริการมาถึงโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่สงสัยว่าอาจมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในตำแหน่งหัวใจห้องล่าง

ขวา หรือกล้ามเนื้อหัวใจด้านหลังของหัวใจห้องล่างซ้าย จะต้องติดคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ตำแหน่ง  $V_{3r}$ ,  $V_{4r}$ ,  $V_{7r}$ - $V_{9r}$  เพื่อประเมินความผิดปกติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

1.3.2 การเจาะเลือดส่งตรวจและติดตามสารบ่งชี้หัวใจ (cardiac biomarker) สารบ่งชี้หัวใจเป็นโปรตีนที่หลั่งออกมาเมื่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายและปล่อยออกมาสู่กระแสเลือด ค่าที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ACS) (Lough ME., 2020) การเจาะเลือดและส่งตรวจเลือดตามแผนการรักษาจึงเป็นการวินิจฉัยที่สำคัญ

1.4 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบคอบ (comprehensive geriatric assessment; CGA) เนื่องจากการดำเนินโรคในผู้สูงอายุค่อนข้างซับซ้อนจากหลายปัจจัย เช่น การเจ็บป่วยหลายโรค (multiple comorbidities) พร่องการรู้คิด (cognitive impairment) และได้รับยาหลายขนาน (Polypharmacy) ดังนั้นเมื่อพ้นช่วงเวลาวิกฤตพยาบาลจึงควรซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียด (Lough ME., 2020) รวมถึงประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (CGA) (Kojima T., et al., 2020) ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสติปัญญา ความสามารถในการทำหน้าที่ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

## 2. การพยาบาลเพื่อเปิดหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตัน

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agent) ได้แก่ การให้เคียวและกลีนิยา aspirin เพื่อลดและป้องกันการรวมตัวของเกล็ดเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563) หลังจากนั้นบริหารยาโดยแนะนำการกินยาหลังรับประทานอาหาร ห้ามรับประทานอาหารขณะท้องว่างเพื่อป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด (anticoagulant) ได้แก่ การบริหารยาอย่างถูกวิธี สำหรับยาฉีดชั้นใต้ผิวหนัง ได้แก่ ยา fondaparinux, enoxaparin ให้ใช้ cold pack ประคบผิวหนังบริเวณหน้าท้องที่จะฉีดยาก่อนและหลังการฉีดอย่างน้อย 5 นาที ใช้เวลาในการฉีดอย่างน้อย 30 วินาที เพื่อลดอาการปวดขณะฉีดยา ป้องกันการเกิดจ้ำเลือด (ecchymosis) และ ก้อนเลือด (hematoma) หลังฉีดยา (ชนกพร, 2558) ส่วนการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ คือ unfractionated heparin ซึ่งจัดเป็นยาความเสี่ยงสูง (high alert drug) พยาบาลควรติดตามการให้ยาอย่างใกล้ชิด เจาะเลือดเพื่อติดตามค่า partial thromboplastin time (PTT) ทุก 6 หรือ 8 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ บริหารยาโดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำเพื่อปรับจำนวนหยดยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งเฝ้าระวังประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติภายในร่างกาย (internal bleeding) และภายนอกในร่างกาย (External bleeding)

2.3 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการสวนหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI) พยาบาลมีบทบาทเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการทำหัตถการ ดังนี้ ด้านร่างกาย มีการตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่จะสอดใส่สายสวนหัวใจ โดยการโกนขนที่ขาหนีบ กรณีสอดใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือด femoral artery และการทดสอบการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ฝ่ามือ (Allen's test) กรณีสอดใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือด radial artery ด้านจิตใจ ผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลและความกลัว พยาบาลควรเปิดโอกาสในการให้ผู้ป่วยพูดระบายถึงความรู้สึก รับฟัง ให้กำลังใจ และใช้เทคนิคผ่อนคลายต่าง ๆ ควบคู่กับการให้ยาคลายความวิตกกังวลตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมการนอนหลับพักผ่อนในคืนก่อนการทำหัตถการ ด้านความรู้ พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาผ่านสายสวน แนะนำ การปฏิบัติตนก่อน ขณะ และหลังการทำหัตถการ (แจ่มจันทร์, 2562)

3. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสมดุลระหว่างออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และความต้องการออกซิเจนของหัวใจ

3.1 การให้ออกซิเจน สำหรับแนวปฏิบัติปัจจุบัน ไม่แนะนำให้ให้ออกซิเจนในผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการเจ็บหน้าอก จะพิจารณาให้เมื่อค่าออกซิเจนหลอดเลือดส่วนปลายน้อยกว่าร้อยละ 90 เนื่องจากออกซิเจนจะเพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง และกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายมากขึ้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

3.2 การบริหารยาตามแผนการรักษา ได้แก่ 1) ยากระตุ้นหัวใจ (inotropic medications) ช่วยเพิ่มการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ยังคงมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ 2) ยาขยายหลอดเลือด (vasodilator) เพื่อให้หลอดเลือดขยายตัวและป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น 3) ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (beta-blocker) เพื่อลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ 4) ยาระบาย ให้อุจจาระอ่อนนุ่มป้องกันการท้องผูก ช่วยลดแรงดันในช่องท้องขณะเบ่งถ่าย (Valsalva maneuver) 5) ยานอนหลับ ช่วยให้ร่างกายพักผ่อนและลดการทำงานของหัวใจ (Haynes A., 2020)

3.3 การดูแลให้พักผ่อนบนเตียงในระยะแรก เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลายมากขึ้น (Haynes A., 2020)

4. การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ การให้ยาไนโตรกลีเซอริน ซึ่งมีหลายรูปแบบทั้งยาเม็ดอมใต้ลิ้น สเปรย์พ่นใต้ลิ้น และแผ่นแปะหน้าอก แนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก เช่น การออกแรงทำกิจกรรมที่หนักเกินไป การรับประทานอาหารอิ่มมากเกินไป อารมณ์เครียด ควรอยู่ในอุณหภูมิที่เหมาะสมไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป การให้ยามีอร์ฟิน ควรพิจารณาใช้ในรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงและไม่ควรให้ต่อเนื่องนาน ๆ เนื่องจากยามีอร์ฟีน

ยับยั้งการดูดซึมยาต้านเกล็ดเลือด และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย NSTEMI (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

5. การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจล้มเหลว ปอดบวมน้ำและซีกจากหัวใจ พยาบาลต้องประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากมีอาการเจ็บหน้าอกและอาการผิดปกติที่เป็นไปได้ว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ต้องตรวจ 12 leads EKG ภายใน 10 นาที ให้การพยาบาลเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมออกซิเจน ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และรายงานแพทย์ทันที (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

6. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ การลดปัจจัยเสี่ยงของโรค การจัดการอาการเจ็บหน้าอก แนะนำอาการที่ต้องรีบไปพบแพทย์ ข้อมูลยาและอาการข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ การจัดการอารมณ์เครียด และอารมณ์ซึมเศร้า (Haynes A., 2020)

### ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกคน เป็นผลมาจากการที่บุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคย และไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ Mishel ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่สามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์เจ็บป่วย ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์นั้นได้ (Mishel, 1988)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Uncertainty in illness) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดย Merrie H. Mishel โดยพัฒนามาจากแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman โดยมีเชลได้กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึกตามธรรมชาติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจ หรือให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นๆ ได้ และไม่สามารถจำแนกประเภทของความเจ็บป่วยให้สัมพันธ์กับเหตุการณ์ได้ เนื่องจากขาดตัวชี้นำ หรือสิ่งที่สามารถบ่งบอกได้อย่างเพียงพอเหมาะสม ตลอดจนไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยสถานการณ์ที่มีลักษณะ 4 ประการ คือ (Mishel, 1988)



1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ การที่บุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลของการรักษาได้ไม่ชัดเจน ไม่รู้ว่าอาการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สบาย เกิดจากอะไร ไม่รู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น อาจเนื่องจากขาดประสบการณ์ ขาดความรู้ หรือขาดแหล่งสนับสนุนชี้แนะที่เพียงพอ

2. ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (complexity) เป็นความซับซ้อนในขั้นตอนของการรักษา และวิธีการที่เฉพาะ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการรักษา รวมถึงวิธีการรักษาที่มีความเฉพาะพิเศษ ค่อนข้างยุ่งยาก ใช้เวลานาน และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาของสถานบริการสุขภาพที่คนไม่คุ้นเคย เกิดความกลัว เกิดความท้อแท้ ไม่อยากมารับบริการ ไม่มั่นใจในวิธีการและขั้นตอนที่ซับซ้อนจะช่วยให้หายป่วยได้จริง บางครั้งไม่เข้าใจวิธีการและขั้นตอนในการรักษาเนื่องจากมีความวิตกกังวล ทำให้ไม่สามารถรับรู้ข้อมูลที่บุคลากรอธิบาย หรือรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง การไม่ได้รับคำอธิบายในสิ่งที่ต้องการรับรู้ และใช้ภาษาที่เข้าใจยาก จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้

3. การขาดข้อมูลที่เพียงพอ (lack of information) หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาไม่เพียงพอ หรือข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้แน่นอน และไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดอาการแสดง และภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยขึ้น อาจทั้งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ หรือการไม่มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้นมาได้

4. การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าของการเจ็บป่วยได้ (unpredictability) หมายถึง ความไม่สามารถคาดการณ์ ทำนาย หรืออธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากความคลุมเครือ ความซับซ้อน และความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถนำเอาข้อมูล ความรู้ และประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีตเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่ประสบอยู่ ไม่สามารถเข้าใจและสร้างแบบแผนความเชื่อได้อย่างชัดเจน จึงทำให้แปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ไม่ชัดเจน เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

## ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Antecedent Variables)

มี 3 ปัจจัยสำคัญ ดังนี้ (Mishel, 1988)

1. รูปแบบของตัวกระตุ้น (stimuli frame) หมายถึง รูปแบบและโครงสร้างของสิ่งเร้าที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1.1 รูปแบบอาการแสดง (symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย เมื่ออาการแสดงมีลักษณะของความไม่สม่ำเสมอในความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่ง หรือระยะเวลา จะทำให้บุคคลไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลงและมีความรุนแรงมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่อาการและอาการแสดงของอาการเจ็บป่วยที่ไม่คงที่จะมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่าผู้ป่วยที่มีลักษณะของอาการและอาการแสดงที่คงที่

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) หมายถึง ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นแล้วกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาใหม่ สามารถเข้าใจความเจ็บป่วยนั้น หรือคาดการณ์เหตุการณ์ได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง แต่ในกรณีที่เจ็บป่วยครั้งแรก ผู้ป่วยมักไม่คุ้นเคยกับโรคและการรักษา ทำให้ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ จึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยขึ้นมา

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการเจ็บป่วยหรือการรักษา ซึ่งความสอดคล้องจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการเจ็บป่วย และคาดเดาเหตุการณ์ได้มากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก็จะลดลง การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับแบบแผนอาการและอาการแสดง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินอาการของตนเองให้สอดคล้องกับอาการของโรคที่เป็นจริงได้ ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นได้

2. ความสามารถเชิงสติปัญญา (cognitive capacity) หมายถึง ความสามารถบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่มาประเมินสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น ช่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถรับข้อมูลได้เต็มที่ เพื่อพิจารณาตัดสินเหตุการณ์นั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

3. โครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider)

3.1 การศึกษา (education) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ

จากบุคลากรทางสุขภาพ และจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายแก่สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือต้องเผชิญ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Mishel, 1988) ส่วนผลในทางอ้อมจะช่วยให้สามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และความคาดหวังมีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ โดยให้การดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลอื่น และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความหมายของเหตุการณ์ ทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้นลดลง และสามารถทำนายเหตุการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาได้ ผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง

3.3 ความเชื่อถือในบุคลากรทางสุขภาพ (credible authority) เป็นความไว้วางใจและศรัทธาที่มีต่อผู้ให้การดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำชี้แนะต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายของอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง และผลทางอ้อมทำให้เข้าใจและทำให้กรอบของสิ่งเร้าชัดเจนเพิ่มขึ้น จากการรับรู้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัว ช่วยลดความคลุมเครือ ทำให้เกิดความคุ้นเคย และช่วยให้มองสถานการณ์ คาดการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น

### ผลกระทบความรู้สึกไม่แน่นอนต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต เนื่องจากเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุการณ์ที่ไม่ได้วางแผน และรวมกับการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรก ที่ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติเข้าสู่ภาวะเจ็บป่วย และจะต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต เมื่อมีความรู้สึกกลัว จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา (วิลาวัดย์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การตีบซ้ำในผู้ป่วยใส่ขดลวดก้ำยัน และหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจของ โอเดล กริฟ และฮอลล์เบิร์ก (Odell, Grip & Hallberg, 2006) พบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับความกลัวว่าตนเองมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนมากที่สุด ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดต่างๆ มากมาย รวมถึงอาการที่ไม่คาดคิด รวมทั้งการวินิจฉัย

และการรักษา อาการเจ็บหน้าอกและหายใจลำบาก เป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยตกใจกลัว ผู้ป่วยจะกลัวตาย วิดกกังวล (สุจิตราภรณ์, 2554) จากการรับรู้อาการ อาการแสดงของโรคที่เรื้อรัง เมื่อได้รับการรักษา และต้องเข้ารับการรักษาลำบากหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลกลัวการกำเริบซ้ำของโรคหัวใจอีก เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนจากอาการของโรค จากการศึกษาของ Whitehead และคณะ (2005) ศึกษาเชิงสำรวจผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 518 ราย พบว่าอาการทำให้ผู้ป่วยมีความเครียด โดยร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลัวจะมีอาการขึ้นมาอีก และร้อยละ 40 ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวว่าจะเกิดอาการ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผู้ป่วยรู้สึกถึงประสบการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต กลัวว่าโรคจะกำเริบซ้ำ กลัวเสียชีวิต มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการใช้ชีวิตอยู่กับโรคนี้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดมีการหดตัว ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการรุนแรงขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และนำมาสู่การรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟู ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและผู้ดูแลแย่ลงตามไปด้วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยสถานการณ์ที่มีลักษณะ 4 ประการ

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Ambiguity) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ไม่สามารถทำความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากต้องประสบกับอาการ อาการแสดงที่ไม่เคยเป็นมาก่อน รวมทั้งการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้สูงอายุค่อนข้างยุ่งยาก ซับซ้อน การทำหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ความกลัว ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในสถานพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย ยิ่งหากอาการของผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น ยิ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมากขึ้น เมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤตเฉียบพลันไปแล้ว ก็ยังมีโอกาสเกิดอาการขึ้นซ้ำได้อีก เกิดความรู้สึกว่าการรักษาที่ได้รับ ไม่สามารถตอบสนองความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เมื่อการเป็นซ้ำแสดงถึงลักษณะของความไม่สม่ำเสมอในความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่ง หรือระยะเวลา จะทำให้ไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลง กลับมาเป็นซ้ำและมีความรุนแรงมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่สูงขึ้น

2. ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (complexity) มีสาเหตุจากการที่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกมีความสับสน ไม่เข้าใจขั้นตอนของการรักษาหรือไม่สามารถทำความเข้าใจหรือจดจำขั้นตอนวิธีการรักษาต่างๆ ได้หมด เนื่องจาก

ตกอยู่ในภาวะเครียดจากอาการที่เป็นอยู่ การได้รับฟังคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้นเคย รวมถึงวิธีการรักษาที่มีความเฉพาะพิเศษค่อนข้างยุ่งยาก และระเบียบขั้นตอนในการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ตนไม่คุ้นเคย บางรายอาจได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลหนึ่งมายังอีกสถานพยาบาลหนึ่งที่มีศักยภาพในการรักษาสูงกว่า ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัว ไม่กล้า ไม่แน่ใจว่าวิธีการรักษาที่ได้รับและขั้นตอนที่ซับซ้อนนี้จะช่วยให้หาย เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยขึ้นได้ และเมื่อมีการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษาที่ได้รับก็จะมีผลซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น

3. การขาดข้อมูลที่เพียงพอ (lack of information) เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวินิจฉัยโรค การรักษา มีความเร่งด่วน เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉิน ที่ระยะเวลามีผลสำคัญต่อการรักษา ขั้นตอนต่างๆ จึงต้องมีความรวดเร็ว บางครั้งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมีน้อย ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยที่แน่นอนได้ นอกจากนี้การที่มีสหวิชาชีพหลายระดับหมุนเวียนกันมาดูแล ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบว่าใครคือ ผู้รับผิดชอบโดยตรง ทำให้ไม่สามารถขอความช่วยเหลือ หรือขอคำอธิบายเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษาได้อย่างเต็มที่ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยขึ้นได้ เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต จำเป็นต้องกลับไปใช้ชีวิตตามปกติที่บ้าน มีการให้คำแนะนำก่อนการกลับบ้าน แต่ผู้สูงอายุอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ โรคไม่ครบถ้วน เนื่องจากประสาทสัมผัสต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการฟัง การอ่าน มีความบกพร่อง ฟังข้อมูลไม่ครบถ้วน เอกสารที่ได้รับก่อนจำหน่ายกลับบ้านอาจจะมองไม่เห็นจากปัญหาการเสื่อมลงของสายตา จำเป็นต้องมีผู้ดูแลมาช่วยในตรงส่วนนี้ จึงจะได้รับข้อมูล ไปอย่างครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

4. การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์และความก้าวหน้าของการเจ็บป่วยได้ (unpredictability) เป็นผลต่อเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการดูแลรักษา และความไม่สม่ำเสมอของข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถประเมินความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ศึกษาผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ที่ได้รับการรักษา โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 60 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาความเจ็บป่วย และการพยากรณ์โรคมียาค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $p < .05$ ) ผู้ป่วยที่ต้องกลับไปรักษาซ้ำด้วยการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น อาการและอาการแสดงไม่คงที่มีการกำเริบซ้ำ จะไม่สามารถทำนายอาการแสดงของโรคได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ อาการแสดง จนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่นเดียว

กับที่ Mishel กล่าวว่า การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์การเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับ ผลของการรักษา และการดำเนินชีวิตร่วมกับอาการที่กำลังเรื้อรัง ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Mishel, 1988)

### การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1981) ได้สร้างเครื่องมือสำหรับการวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาล ข้อคำถามเน้นประสบการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งมีความหมายในทางบวก ทางลบ และเป็นกลางจำนวน 54 ข้อ จากนั้นมีการเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1982 โดยมีเชลได้มีการนำมาจัดหมวดหมู่ 4 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแล ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย และด้านการไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และได้มีการหาความตรงเชิงโครงสร้าง 3 วิธี คือ ใช้เทคนิคในการตรวจสอบหรือศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ทราบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (known groups technique) วิเคราะห์ความสอดคล้อง (convergent validity) และวิเคราะห์ความตรงตามเกณฑ์ (criterion validity) และหาความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องภายใน

เครื่องมือทั้งหมด ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 เมื่อมิเชลนำไปใช้ศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่ต่าง ๆ กัน ยังพบว่ามีความเที่ยงในด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัย และด้านการไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้น ไม่คงที่และต่ำกว่าที่ควรจะเป็น จึงนำมาหาน้ำหนักปัจจัยรายข้อซ้ำอีกครั้ง พบว่า มีข้อคำถามเพียง 32 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83-.93 ส่วนค่าความเที่ยงรายด้านใน 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเท่ากับ .73-.91 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลเท่ากับ .73-.91 ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบการดูแลเท่ากับ .37-.86 ด้านการได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงบ่อย เท่ากับ .55-.91 และด้านการไม่สามารถทำนายความเจ็บป่วย การรักษาและผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย เท่ากับ .21-.74 (Mishel, 1981)

ในประเทศไทยได้มีการนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล มาใช้ในผู้ป่วยหลาย ๆ กลุ่ม เช่น การศึกษาของทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) และบุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ (2533) นำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และด้านการซับซ้อนของการดูแลรักษา มาแปลเป็นภาษาไทย มีจำนวน 28 ข้อ มาใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกที่ใช้รังสีรักษา 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 (ทิพาพร,

2533) และนำมาใช้ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 (บุญจันทร์, 2533)

มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ได้แปลวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลในการศึกษา เรื่อง ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน วิธีการเผชิญความเครียด และทดสอบความเที่ยงในผู้ป่วยหญิงที่มีก้อนบริเวณเต้านมขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 80 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76

นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ศึกษา เรื่อง ความสัมพันธ์ของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และพฤติกรรมการปรับตัว ได้นำแบบวัดของทิพาพร วงศ์หงส์กุล (2533) และมณฑา ลิ้มทองกุล (2535) มาดัดแปลงเหลือคำถาม 24 ข้อ นำไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งที่รับรังสีรักษาจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74

ถนอมศรี คูอาระยะกุล (2538) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและความวิตกกังวล โดยได้ดัดแปลงแบบวัดของนิตยา โรจน์ทินกร (2536) ซึ่งมีข้อความคำถาม 24 ข้อ นำไปหาค่าความเที่ยงในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83

ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ศึกษา เรื่อง ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งได้ผ่านผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 5 ท่าน โดยมีการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และมีการนำไปตรวจสอบความเที่ยงด้วยการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79

ละมัย อยู่เย็น (2559) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ โดยดัดแปลงมาจากของนิตยา โรจน์ทินกร (2536) นำไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95

วรวรรณ ชันดิชัยธร (2563) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดของนิตยา โรจน์ทินกร (2536)

นำไปหาความเที่ยงในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหัวใจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยซึ่งครอบคลุมและใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ โดยดัดแปลงแบบสอบถาม เพื่อให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ดังนั้น สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ฉบับภาษาไทยของดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) มาใช้ โดยข้อคำถามมีองค์ประกอบ 4 ด้าน รวม 33 ข้อ ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมี 14 ข้อ
2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแลมี 7 ข้อ
3. ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยมี 7 ข้อ
4. ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรครมี 5 ข้อ

มีคำถามเชิงบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 6, 7, 10, 12, 21, 25, 27, 28, 30, 33) และเป็นคำถามเชิงลบ 23 ข้อ (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 31, 32) แบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็น 4 ด้าน

- ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26

- ความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา (complexity) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 6, 7, 10, 28, 31, 32, 33

- การได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน (inconsistency of information) ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1, 2, 5, 11, 19, 22, 29

- การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ (unpredictability) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 12, 21, 25, 27, 30

ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มี 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางบวก เป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อย



เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ มีดังนี้

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอน	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
คัดค้านไม่ได้	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลค่าคะแนน 33-165 คะแนน มีการแบ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอน ในการเจ็บป่วยเป็น 3 ระดับ แบ่งตามระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 33-76	มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับต่ำ
คะแนน 77-120	มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับปานกลาง
คะแนน 121-165	มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับสูง

### การลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอน จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถอธิบายรูปแบบของความเจ็บป่วย ได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตได้ (Mishel, 1988) มี 4 รูปแบบ คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษา การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค โดยจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ รูปแบบของตัวกระตุ้น ประกอบด้วย รูปแบบของอาการและอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ ความสอดคล้องในเหตุการณ์ที่คาดหวัง ความสามารถทางสติปัญญา ในการรับรู้ และแหล่งประโยชน์สนับสนุน สำหรับในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว เพื่อไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น (สุรพันธ์ และชนัท, 2557) เมื่อผ่านระยะวิกฤตเฉียบพลันไปแล้ว ความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงดำเนินต่อไป ผู้ป่วยจะไม่สามารถประเมินแบบแผนอาการแสดงได้ชัดเจน เช่น ลักษณะการเจ็บหน้าอก อาการหอบเหนื่อย และเมื่อผ่านระยะเวลาคงที่ไปแล้ว จะมีโอกาสการกำเริบจากการตีบซ้ำได้อีก ผู้ป่วยจะไม่สามารถทำนายอาการแสดงได้ และคิดว่าผลการรักษาไม่สามารถยืนยันผลสำเร็จได้เต็มที่ เกิดความคลุมเครือในอาการเจ็บป่วย และเมื่อมีการตีบซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ยิ่งจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (จันทร์ทิพย์, 2539)

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมักได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 5-7 วัน ทำให้ระยะเวลาในการแสวงหาความรู้หรือได้รับข้อมูลที่จำเป็นจากบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยมีจำกัด ทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญปัญหาความคลุมเครือเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีโอกาสที่ต้องเข้ามารับการรักษซ้ำในโรงพยาบาล (ศรินรัตน์ และคณะ, 2554) ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุและครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่เพียงพอเพื่อเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้นด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการและผลที่จะเกิดตามมา ช่วยให้ความคลุมเครือของเหตุการณ์การเจ็บป่วยลดลง และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์การเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ความเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น การได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทำให้บุคคลเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้คาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

### การให้ข้อมูลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

#### ระยะของการให้ข้อมูลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การให้ข้อมูลเป็นการสื่อสารทางวาจา เพื่อให้รายละเอียดต่างๆ ที่จำเป็น อันจะเป็นประโยชน์ในการเข้าใจถึงปัญหา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตน มีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยช่วย ซึ่งจะช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยควรมีการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนเสมอ ซึ่งการให้ข้อมูลที่ดียังจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย (ศรีประภา, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมการให้ข้อมูลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถแบ่งออกเป็นระยะ ดังนี้

1. ระยะอยู่ในหอผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่าระยะนี้ผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งสาเหตุมาจากสิ่งที่ไม่คุ้นเคยต่อชีวิตของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์กับเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังประสบ ผู้ป่วยจะเข้าใจและมั่นใจในการรักษา ส่งผลให้ความกลัว ความวิตกกังวลลดลง (ณัฐชาและวัลภา, 2555) ซึ่งข้อมูลขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วย ประกอบด้วย

ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษาต่าง ๆ (พรพิศ, 2550) รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย กุระเบียบการเยี่ยม

2. ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล การให้ข้อมูลในระยะนี้โดยทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนจากการคาดเดาภาวะเจ็บป่วย และมีการฝึกการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น คลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (จุฑาภรณ์และคณะ, 2554) การให้ข้อมูลในระยะนี้ประกอบด้วย คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัด และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ส่องพรรณ, 2554; พจนา, 2553)

3. ระยะออกจากโรงพยาบาล ในระยะนี้การได้รับข้อมูลจะเป็นไปในรูปแบบการติดตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น พร้อมทั้งปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมตามแผนการรักษา (วศินีและจินตนา, 2554) ในระยะนี้เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตัวเอง ปรับวิถีชีวิต ให้มีความสำคัญในการดูแลตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการประเมิน ติดตามอาการ

### รูปแบบการให้ข้อมูลในผู้ป่วยผู้สูงอายุกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมสามารถทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับเหตุการณ์ สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ โดยพบว่า การให้ข้อมูลมีรูปแบบการสอนมากมาย และหากมีการใช้สื่อร่วมด้วยจะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้เร็ว เพราะสื่อช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจมากขึ้น (ศรีประภา, 2551) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีรูปแบบการให้ข้อมูล ดังนี้

1. วิธีการให้ข้อมูล มี 2 แบบ คือ การให้ข้อมูลเฉพาะบุคคล และการให้ข้อมูลโดยมีญาติหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม โดยการให้ข้อมูลเฉพาะบุคคลเป็นการสอนตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้ได้อย่างละเอียด ผู้สอนทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีโอกาสซักถามเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้สอน (นทิ, 2541) ส่วนการให้ข้อมูลโดยให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมพบว่า การให้กำลังใจ การให้การดูแลอย่างเข้าใจจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ (ชฎาภาและสายสมร, 2546) ในขณะที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมเพราะญาติเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของแจ่มศรี

และวิพร (2556) เรื่องโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยโปรแกรมมีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยผ่านสื่อ การสอนทักษะ และการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ที่หลังจากออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ โปรแกรม

2. การใช้สื่อประกอบการให้ข้อมูล สื่อประกอบเป็นสิ่งที่ใช้ถ่ายทอดข้อมูลผู้สอนไปยังผู้ป่วย โดยพบว่าทำให้เกิดการเรียนรู้เร็วขึ้น (ศรีประภา, 2551) การให้ข้อมูลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการนำสื่อหลายอย่างมาประกอบการสอน เช่น การจัดทำแผนการสอน ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ คู่มือการดูแลตนเอง วัสดุทัศน มีการติดตามข้อมูลและให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ เป็นต้น จากการศึกษาของยุพินและวาสนา (2555) เรื่องการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ต่อความรู้สึกวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลง โดยการให้ข้อมูลผ่านวัสดุทัศนทำให้ผู้ป่วยใช้ประสาทสัมผัสหลายทาง เช่น ตา การฟัง ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพเหตุการณ์ และทราบความรู้สึกที่ประสบได้ตรงความจริง ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคตได้ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของจุฑาภรณ์และคณะ (2554) ศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและการกลับเป็นซ้ำ พบว่า การวางแผนจำหน่ายโดยการให้ข้อมูลตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการติดตามเยี่ยมให้ข้อมูลทางโทรศัพท์ มีผลเพิ่มความพึงพอใจและลดการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากโปรแกรมมีการประเมิน การให้ข้อมูลการจัดการอาการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งประเมินผลซ้ำทางโทรศัพท์และให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของแจ่มศรีและวิพร (2556) พบว่า การสนับสนุนโดยให้ญาติเข้ามีส่วนร่วม การให้ความรู้โดยใช้วีซีดี ร่วมกับการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่อง พบว่า มีผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและรูปแบบการให้ข้อมูลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย มีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย พบว่าการให้ข้อมูลในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อจะให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรคที่ตนเองเป็นอยู่ คำแนะนำสำหรับการดูแลตนเอง การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานอาหาร การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนในด้านรูปแบบการให้ข้อมูล มีการใช้สื่อประกอบการสอน เช่น การจัดทำแผนการสอน ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ คู่มือ

การดูแลตนเอง วิธีทัศน โดยการใช้สื่อทัศน ภาพพลิก ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพเหตุการณ์ และทราบความรู้สึกที่ประสบได้ตรงความจริง ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิด ในอนาคตได้ และเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในระหว่างการให้ข้อมูล เนื่องจากการให้กำลังใจ การให้การดูแลอย่างเข้าใจจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และญาติเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และญาติเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ยังมีการติดตามข้อมูลข้อมูลสุขภาพและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น มีการรับรู้ตามความคาดหวังที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยตามความเป็นจริง จากการชี้แนะและให้คำแนะนำโดยผู้สอน พร้อมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

## แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในส่วนของบุคคลทั่วไป และการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมสำหรับบุคคลทั่วไป มีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม การเข้าสังคม ซึ่งทั้ง 3 คำนี้มีความหมายดังนี้

1.1 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง แหล่งประโยชน์ทางสังคมที่ บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์หรือมีการจัดการสนับสนุนที่เกิดขึ้นจริง โดยบุคคลในสังคมที่ไม่ใช่บุคลากรทีมสุขภาพ มีกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือ ประกอบด้วย 1) กลุ่มบุคคลแบบเป็นทางการ ได้แก่ ชมรมต่างๆ 2) กลุ่มบุคคลที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งกลุ่มนี้เกิดจากการมีสัมพันธภาพกันของบุคคล ในสังคม ได้แก่ สมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน (Gottlieb & Bergen, 2010)

1.2 เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่รวมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาร่วมทำกิจกรรมภายใต้เงื่อนไขข้อตกลงเดียวกันระหว่างบุคคล มีหน้าที่ให้การสนับสนุน เป็นเครือข่าย ที่มีแบบแผนทั้ง โดยทางตรงและทางอ้อม (House, Umberson & Landis, 1988; Gottlieb & Bergen, 2010)

1.3 การเข้าร่วมทางสังคม (Social integration) หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน แบบส่วนตัวและการเข้าร่วมทางสังคมแบบสาธารณชน ขึ้นอยู่กับชนิดของการสนับสนุน โครงสร้างทางสังคม ความถี่ของการพบปะ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (House et al., 1988; Gottlieb & Bergen, 2010)

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความหมายการสนับสนุนทางสังคมในด้านสุขภาพ มีมุมมองว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นเรื่องระบบ สนับสนุนผสมผสานกับบทบาทหน้าที่และ โครงสร้างของสังคม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงหมายถึง บทบาทหน้าที่ของประชาชนที่อยู่รวมกันในสังคมที่ต้องให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ภายใต้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมวัฒนธรรม ซึ่งจะมีการเพิ่มจำนวนเครือข่ายทางสังคมในเชิงปริมาณ หรือในเชิงคุณภาพเมื่อเวลาผ่านไป เพื่อประโยชน์ของบุคคลในสังคมนั้นตามการรับรู้ของบุคคลที่ เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีประโยชน์ต่อตนเองจากการสนับสนุนที่ได้รับ

2. การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุหมายถึง การดูแล การช่วยเหลือปฏิบัติสัมพันธ์ การสนับสนุนที่มีความต่อเนื่อง มีความเชื่อมโยงระหว่าง 2 แหล่ง ประกอบด้วย 1) แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ อันได้แก่ สถาบัน องค์กร บุคลากรทีมสุขภาพ กับ 2) แหล่งสนับสนุน ที่เป็นไม่ทางการ ได้แก่ สมาชิกครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เป็นการดูแล ช่วยเหลือที่ ครอบคลุม ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณของสูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ซึ่งนำสู่การจัดการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดำเนินการดังกล่าวจำเป็นจะต้องมีการสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ เพื่อคอยดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบหลักฐานยืนยันว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Chappell & Funk, 2011)

### ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยการแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น ให้ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือด้าน

สิ่งของหรือบริการต่างๆ ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้บุคคลนำไปประเมิน การกระทำของตน โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงความรัก ความผูกพัน ดูแลเอาใจใส่ เป็นห่วงเป็นใย ใ้วางใจ รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึก

2. การสนับสนุนในด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูล ย้อนกลับเพื่อให้บุคคลนำไปประเมินตนเอง และเปรียบเทียบการกระทำกับผู้อื่น ให้การ ยอมรับ ยก ย่องชมเชย และให้กำลังใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการให้คำแนะนำ ตักเตือนให้คำปรึกษา การให้ข้อมูลข่าวสารการชี้แนวทางแก้ไขปัญหา

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือ ด้าน แรงงาน เงิน สิ่งของ เวลาและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

5. การสนับสนุนทางอารมณ์ เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยและการดูแลเอาใจใส่ ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและความรู้สึก เป็นเจ้าของ

6. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น รวมทั้งได้รับการยอมรับในสังคม

7. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่า บุคคลนั้นเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ที่มีความให้การช่วยเหลือ และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็น ความสำคัญของการแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคล ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในการใช้ ชีวิตประจำวัน เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่จะรับรู้สถานการณ์ความเครียดของแต่ละบุคคล ที่มีความแตกต่างกัน บุคคลย่อมแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า หรือสิ่งสนับสนุนเมื่อเผชิญกับภาวะเครียดของ ชีวิต หากบุคคลได้รับการสนับสนุนจะสามารถเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ในชีวิตได้ดีกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม แบ่งการสนับสนุนของครอบครัวเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคล เกิดความอบอุ่นใจ และเกิดความมั่นใจ ให้กำลังใจในการจัดการกับปัญหาหรือเผชิญกับภาวะเครียด ให้ความใกล้ชิด สนับสนุน ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือและใ้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ในการแก้ปัญหา การจัดการกับภาวะเครียดและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการกระทำ ของบุคคล
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง การงาน หรือการบริการต่างๆ

### การสนับสนุนของครอบครัว

ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ร่วมกันหรืออาศัยอยู่บริเวณ ใกล้เคียงกัน มีความรู้สึกทางด้านอารมณ์ร่วมกัน และยอมรับร่วมกันเกี่ยวกับตำแหน่ง บทบาท และ งานที่เกี่ยวข้องกัน (Spradley & Allender, 1996) ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยย่อม ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่พบ ได้แก่ อาการ ปวดศีรษะ มีระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ปวดท้อง เบื่ออาหาร อ่อนเพลียและรู้สึกไม่มีแรงส่วนทาง ด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล เศร้า โศก และซึมเศร้า ทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของสมาชิก ภายในครอบครัว (Smith & Soliday, 2001)

ครอบครัวจึงเป็นหน่วยพื้นฐานทางสังคมที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือฟื้นฟูทั้ง ทางสังคมและการแพทย์ (อุมาพร, 2544) ซึ่งภารกิจในยามวิกฤต คือ หน้าที่สำคัญในการเป็นแรงสนับสนุน ในการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลในการรับรู้สถานการณ์วิกฤต พร้อมทั้งแสวงหาแนวทางหรือสิ่งสนับสนุน เมื่อเผชิญภาวะ วิกฤตของชีวิต (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) พร้อมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสม กับสถานการณ์

การสนับสนุนของครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976; Zhang, 1997) โดยคอบบ์ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความหมาย คล้ายกันกับการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกันเพียงแหล่งที่มาหรือกลุ่มบุคคลที่ให้การสนับสนุน โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้การรัก การดูแลเอาใจใส่ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่มีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความผูกพันใกล้ชิดและสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Kane, 1988) สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุน



ทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากรูปแบบของการสนับสนุนทั้ง ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้าน ข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า ซึ่งมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางสังคม เพียงด้านใดด้านหนึ่ง จะนำมาสู่การกำเริบของโรค ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (เขาวภา, 2546)

### การส่งเสริมการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) รูปแบบของ ตัวกระตุ้น มีอาการและอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องในเหตุการณ์ การเจ็บป่วยที่คาดหวัง 2) ความสามารถทางสติปัญญาการรับรู้ 3) แหล่งประโยชน์สนับสนุน ประกอบด้วย การศึกษาความเชื่อถือในบุคลการทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการดูแล และสนับสนุนจากครอบครัว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกังวล (White & Frasure-smith, 1995) แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งเสริมขวัญและกำลังใจ (ปทุมรดา, 2556) ทำให้บุคคลปรับตัวต่อเหตุการณ์ในชีวิต ตลอดจนปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Mishel, 1988) แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรง และทางอ้อม ช่วยทำให้ความคลุมเครือของการเจ็บป่วยน้อยลง และส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (ศกามาศ, 2553) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมทั้ง ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง (Kang, Younhee et al., 2012) นอกจากนั้นยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ บุคคลเชื่อว่ามีคนรักสนใจ ยกย่อง เห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพัน ซึ่งกันและกัน เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษา (Cobb, 1976) ทั้งนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีกำลังใจเผชิญกับโรค (Dudley et al., 1980) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะครอบครัว จะมีบทบาทสำคัญในการลดปัญหาด้านจิตสังคม อันเนื่องจากรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

## โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะมีผลกระทบตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจที่สำคัญคือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นผลมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษา การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยและการพยากรณ์โรค ซึ่งโครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ความเชื่อถือในบุคลากรทางสุขภาพ และการสนับสนุนของครอบครัว ความเชื่อถือในบุคลากรทางสุขภาพ เป็นความไว้วางใจและศรัทธาที่มีต่อผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายของอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง และผลทางอ้อมทำให้เข้าใจและทำให้ครอบครัวของสิ่งเร้าชัดเจนเพิ่มขึ้น จากการรับรู้ข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการปฏิบัติตัว ช่วยลดความคลุมเครือ ทำให้เกิดความคุ้นเคย และช่วยให้มองสถานการณ์ ภาวะการณ์ ได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จะประกอบด้วย ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเป็นการเตรียมความพร้อมที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น คลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ข้อมูลในระยะนี้ ประกอบด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม สื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ ประกอบด้วย คู่มือการปฏิบัติตัว แผ่นพลิก เพื่อให้เห็นภาพการเจ็บป่วยได้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ ส่วนในระยะออกจากโรงพยาบาลแล้ว การได้รับข้อมูลจะเป็นไปในรูปแบบการติดตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการประเมินติดตามอาการ

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัวตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เนื่องจากรูปแบบของการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ และด้านการประเมินค่า ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรก ซึ่งถือว่าการเจ็บป่วยที่มีภาวะวิกฤต ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความวิตกกังวล กลัวตาย รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความแน่นอน และมีการรักษาที่มีหลายขั้นตอน ซับซ้อน สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน โดยต้องมีการติดตามการรักษาและปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคอย่างต่อเนื่อง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง ประกอบกับต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้ถูกดูแล รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ดังนั้น ครอบครัวต้องมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ปลอดภัย เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดของผู้ป่วย (กาญจนา, 2545) ให้กำลังใจเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงผลักดันในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา รวมไปถึงการพูดคุยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความเครียด และช่วยกันหาวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้นเป็นการรักษาที่ต่อเนื่องและเป็นเวลานาน ผู้ป่วยอาจขาดกำลังใจในการรักษา ครอบครัวก็จะมีส่วนช่วยในการให้กำลังใจ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการ ท้อถอย มีการติดตามการรักษา และปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ครอบครัวมีบทบาทในการช่วยเหลือและชี้แจงเพิ่มเติมเกี่ยวกับที่ผู้วิจัยสอน และผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ หรือช่วยอ่านเนื้อหาในการปฏิบัติตัวที่ผู้สูงอายุอ่านไม่ออก หรืออ่านไม่เห็น ตลอดจนแสวงหาความรู้ใหม่ๆ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่ไม่ขัดกับแผนการรักษา (เจียมจิต และ พรธงาม, 2544)

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง การงาน หรือการบริการต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ และบางรายไม่มีรายได้ ครอบครัวช่วยในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน การออกกำลังกาย ช่วยเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค จำกัดเกลือ ลดปริมาณไขมัน เน้นผักผลไม้ พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด หรือก่อนนัด เมื่อมีอาการผิดปกติ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการประเมิน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับหรือยกย่อง ชมเชย จากครอบครัว ถ้าผู้ป่วยได้รับจากครอบครัวก็จะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โปรแกรมการให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว และการจัดการกับอาการ จะช่วยให้ครอบครัวสิ่งกระตุ้นของการเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น สามารถประเมิน

อาการเจ็บป่วยได้สอดคล้องกับความเป็นจริง มีผลลดความคลุมเครือในการเจ็บป่วย สามารถทำนาย การเจ็บป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในด้านอารมณ์ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจในการรักษา การปฏิบัติตัว สนับสนุนในด้านข้อมูลข่าวสาร ช่วยแปลและ จดจำสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนในด้านสิ่งของในการจัด เตรียม สิ่งแวดล้อม อาหาร ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และสนับสนุนในด้านการประเมินค่า ประเมินการปฏิบัติ ของผู้ป่วย รวมทั้งให้การยอมรับ ชมเชย ซึ่งจะส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### สรุปจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจแข็ง/ตีบ/ตัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วย มักมีอาการ อาการแสดง เช่น เจ็บหน้าอกเหมือนมีของหนักมาทับหน้าอกอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน เจ็บร้าวไปบริเวณแขน กรามหรือหลัง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หอบเหนื่อย โรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เรียกตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial infarction: STEMI) และกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) ในประเทศไทย พบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุคือ NSTEMI ซึ่ง NSTEMI ที่เกิด ในผู้สูงอายุ มักมีความซับซ้อนของการวินิจฉัยและการรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการเจ็บ หน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง เช่น ไม่สุขสบายในทรวงอก เหนื่อย สับสน ปวดกราม เป็นต้น อาการเจ็บ หน้าอกที่ไม่ชัดเจน ทำให้การตัดสินใจมาโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาค่อนข้างล่าช้า แนวทางใน การรักษาจะใช้ยาก่อนในระยะแรก และหากมีอาการแทรกซ้อน จึงจะได้รับการรักษาโดยการสวน หลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย จากความคลุมเครือเกี่ยวกับโรค อาการที่เกิดขึ้นที่ไม่ชัดเจน ไม่เข้าใจว่าเกิดการเจ็บป่วยอย่างไร รวมทั้ง ภาวะแทรกซ้อนของโรค การรักษาที่ซับซ้อน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และผลการรักษาที่ไม่สามารถทำให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ทุกข์ทรมานและขาดความมั่นใจใน การเผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะอันตรายและคุกคามต่อชีวิต อาการที่ คาดเดาไม่ได้ ทำให้เกิดความกลัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป้าหมายของการรักษา คือ จำกัด การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันการเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจซ้ำ การป้องกันการเจ็บหน้าอก

การป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลว และการป้องกันการเสียชีวิต โดยวิธีการรักษาในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ 1) การใช้ยา 2) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ 3) การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่การเจ็บป่วยที่เป็นการเจ็บป่วยครั้งแรก และเป็นภาวะวิกฤต ซึ่งระยะเวลาเป็นสิ่งสำคัญในการรักษา ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่จำเป็นในขณะนั้น และผู้ป่วยมีความเครียดจากการเจ็บป่วยทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ครบถ้วน เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยจากความคลุมเครือในการเจ็บป่วย การขาดข้อมูลที่เพียงพอ ประกอบกับการรักษาที่ซับซ้อน อุปกรณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดในอนาคตได้ก่อให้เกิดเป็นความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ส่งผลให้การดำเนินของโรครมีความรุนแรงมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ มีความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวตาย ผู้ป่วยจึงควรได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพพร้อมกับครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้สูงอายุในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย อีกทั้งในผู้สูงอายุมีประสาทสัมผัสในหลายๆ ด้านบกพร่อง ทั้งในด้านการฟัง อาจไม่ได้ยินหรือได้ยินไม่ชัด ไม่สามารถจดจำสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพให้คำแนะนำไปอย่างครบถ้วน มีปัญหาการมองเห็น จากการเสื่อมลงของสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก ไม่สามารถอ่านเอกสารที่ได้แจกก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลมาช่วยเหลือ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตน มีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยช่วย จะช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจ และเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยควรมีการประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนเสมอ ซึ่งการให้ข้อมูลที่ดีจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ในการให้ข้อมูลจะแบ่งตามระยะของการเจ็บป่วย คือ 1) ระยะอยู่ในหอผู้ป่วย 2) ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 3) ระยะออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเป็นการเตรียมความพร้อมที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น คลายความวิตกกังวล รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ข้อมูลในระยะนี้ประกอบด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการกับอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม ส่วนในระยะออกจากโรงพยาบาลแล้ว การได้รับข้อมูลจะเป็นไปในรูปแบบการติดตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น พร้อมทั้งปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการประเมิน ติดตามอาการ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำแนวคิดการสนับสนุนของครอบครัวมาสร้างเป็นโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอาการเฉียบพลัน และกลุ่มโรคเรื้อรังในหลายๆ กลุ่ม เพราะการสนับสนุนของครอบครัวสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวไทยที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดความเจ็บป่วย มีการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจด้วยความหวังดีต่อกันอย่างจริงใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วย ระยะเวลาก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและในระยะออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ มีความรู้เกี่ยวกับโรค การจัดการอาการ และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one group pre – post test design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก แพทย์รักษาตัวที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และนัดติดตามการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่

การเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดย กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI
3. เป็นโรคหัวใจ โดยจำแนกความรุนแรงของโรคตามสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือด นิวยอร์ค ไม่เกินระดับ 2 (New York Heart Association (NYHA): FC 1-2)
4. มีอาการของโรคที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติใด ๆ เช่น สัญญาณชีพปกติ ไม่มีใจสั่น ไม่มีแน่นหน้าอก ไม่มีเหนื่อยหอบ
5. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารกันได้เข้าใจ
6. อาศัยอยู่กับครอบครัว และมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก
7. สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
8. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

คุณสมบัติของผู้ดูแล

1. เป็นผู้ดูแลหลัก โดยเป็นผู้ที่ใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลคนอื่น
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้
4. ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถฟัง พูด อ่านภาษาไทยได้
5. เป็นสมาชิกของครอบครัว อาศัยอยู่กับผู้ป่วย และไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแลเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)
  1. ผู้ป่วยมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น เจ็บหน้าอก การเต้นของหัวใจผิดปกติ หัวใจวาย หอบเหนื่อย เพลียมาก
  2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมจีพาวเวอร์ (G power) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 โดยการหาค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่าอิทธิพล เท่ากับ .70 ผู้วิจัยปรับค่าอิทธิพลเป็น .60 (กลุ่มตัวอย่างขนาดกลาง ค่าอิทธิพล อยู่ระหว่าง .50 - .70) จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ในระหว่างทำการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยก่อนการวิจัยสิ้นสุด จำนวน 2 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่อยู่จนจบการวิจัยรวมทั้งสิ้น 27 ราย

### สถานที่ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และมีการนัดติดตามผลการรักษาที่ห้องตรวจเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจในโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 5-7 วัน หากไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะที่ควบคุมไม่ได้ เหนื่อยหอบมาก หัวใจวาย ผู้ป่วยจะได้รับการชักประวัติ การตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้ยังมีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจะมีการนัดติดตามอาการ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และนัดประเมินผลที่ห้องตรวจเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ หลังจากการจำหน่าย 2 สัปดาห์



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัวของ House (1981) ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม

1.2 แผนกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ กิจกรรมแหล่งสนับสนุนที่ดี เพิ่มความมั่นใจ กิจกรรมรู้จักโรค ลดความคลุมเครือ กิจกรรมเพิ่มความกระฉ่างแจ้งแผนการรักษา กิจกรรมข้อมูลเพียงพอ เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ ประกอบด้วย การซักถามอาการทั่วไป อาการผิดปกติต่าง ๆ สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งให้คำแนะนำกับการจัดการกับปัญหาแบบเฉพาะเจาะจง สอบถามครอบครัวถึงปัญหาการแสดงบทบาทการให้การสนับสนุนจากครอบครัว พร้อมทั้งให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยผู้สูงอายุ โดยมีการติดตามและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 หลังการจำหน่าย โดยใช้เวลา 10-15 นาที

1.3 สื่อการสอน ได้แก่ แผ่นพลิกเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคสาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรักษาในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย ยาฉีดของผู้ป่วย และคาร์ดูรูปอาหาร

1.4 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ดูแล เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยจัดทำเป็นรูปเล่มกะทัดรัด สะดวกในการพกพา เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติตามได้

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา รายได้ในครอบครัวต่อเดือน สิทธิในการรักษา เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรค และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามของดวงเดือน (2544) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ การแปลผลค่าคะแนน 33-165 คะแนน มีคำถามเชิงบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 6, 7, 10, 12, 21, 25, 27, 28, 30, 33) และเป็นคำถามเชิงลบ 23 ข้อ (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 31, 32) แบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็น 4 ด้าน

- ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26
- ความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา (complexity) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 6, 7, 10, 28, 31, 32, 33
- การได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน (inconsistency of in-formation) ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1, 2, 5, 11, 19, 22, 29
- การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 12, 21, 25, 27, 30

ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) มี 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางบวก เป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อย

เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ มีดังนี้

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอน	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ตัดสินใจไม่ได้	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแบ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยมี 3 ระดับ แบ่งตามระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 33-76 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับต่ำ

คะแนน 77-120 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับปานกลาง

คะแนน 121-165 มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสังเกตการสนับสนุนของครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบกำกับครอบครัวของ พัชรี ราชิกฤษ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยทำการสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใน 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1. การพูดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา
2. การกล่าวให้กำลังใจ หรือชื่นชมผู้สูงอายุทุกครั้งปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา
3. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น ออกกำลังกาย การทำอาหาร
4. การพาผู้สูงอายุไปปฏิบัติกิจกรรมในสถานที่ต่างๆ เช่น ร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น
5. การศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น คู่มือ แผ่นพับ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
6. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

#### **การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)**

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แผนกิจกรรมการให้ข้อมูลในโปรแกรม ภาพพลิก และคู่มือการปฏิบัติตัว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ตามคำแนะนำ แล้วนำเครื่องมือที่จัดทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ค่า CVI ได้เท่ากับ 1 จากนั้นจึงนำคู่มือ และแผ่นพลิกมาปรับปรุงแก้ไข ขนาดตัวอักษร และการใช้คำที่ง่ายต่อการเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และนำเครื่องมือมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งมีคุณสมบัติเช่น

เดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่าทั้ง 3 ราย ลงความเห็นว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้เข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้

### การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้

1. นำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์แล้ว ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

3. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสืออนุญาต เลขที่ IRB: protocol NO. 4/2563 ขอเข้าพบหัวหน้าฝ่าย การพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อแนะนำตัว ขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้วิจัยขอเข้าพบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และพยาบาลประจำห้องตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อสอบถามและค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และแนะนำผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ประสานงานกับพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ เป็นผู้แนะนำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่างๆ ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างต้องการ

ถอนตัวออกจากการวิจัยก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.3 เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามโดยปราศจากการชี้นำ ใช้เวลา 15-20 นาที หากขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีอาการและอาการแสดงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ปวดร้าวไปที่แขน/ไหล่ หายใจเหนื่อยหอบ เป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามและการให้ข้อมูลทันที พร้อมทั้งประสานงานกับทีมการรักษาพยาบาลในขณะนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับด้วย การลงรหัสและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมตัวผู้วิจัย มีการเตรียมการด้านความรู้ โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว พร้อมทั้งเรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ

1.2 สร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ดูแลแผนการสอน แผ่นพลิก การ์ดรูปอาหารที่ใช้ในการทดลอง

1.3 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

1.4 หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลหาดใหญ่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ราย โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม ความหมายของข้อคำถามแต่ละข้อ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล วิธีการลงบันทึกข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากพบข้อบกพร่องในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยด้วยตนเองเพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป ซึ่งในทุกขั้นตอนของการให้โปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในการให้โปรแกรม และผู้วิจัยเองไม่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล

1.6 ผู้วิจัยขอเข้าพบพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรคหัวใจ เพื่อสอบถามและค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และแนะนำผู้ช่วยวิจัยในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

1.7 ขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย โดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ดูแลกลุ่มตัวอย่าง แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

## 2. ขั้นตอนการ

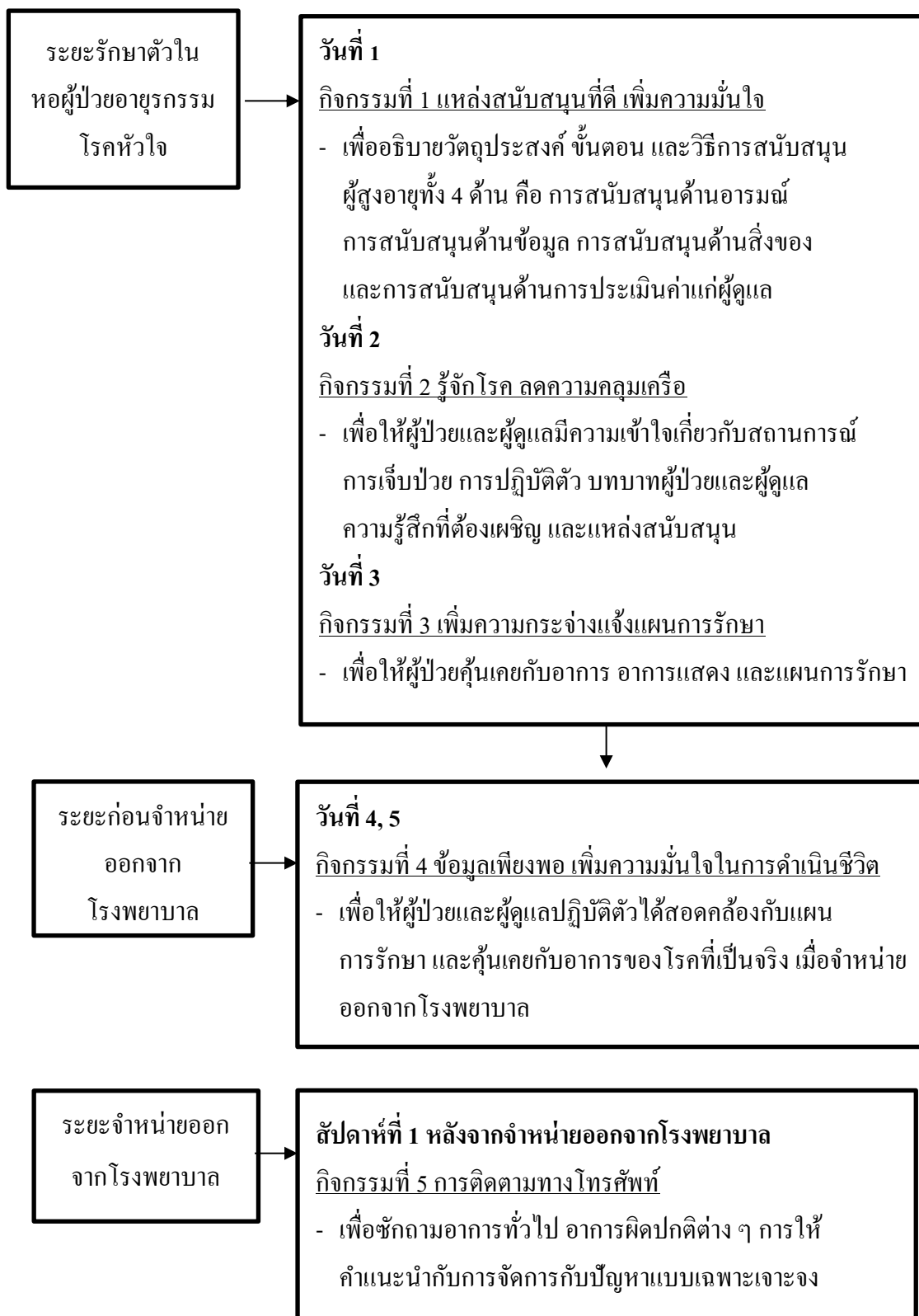
2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล โดยการพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบ

2.2 ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง

- ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม จะได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแบบปากเปล่าจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ไม่ได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วย และไม่มีการติดตามอาการทางโทรศัพท์ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

- กลุ่มตัวอย่าง จะได้รับโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้ ดังนี้



ภาพ 2. แผนการดำเนินการทดลอง

## แผนการดำเนินงานกิจกรรม

กิจกรรม ที่ 1	อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการสนับสนุนผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า แก่ผู้ดูแล				
	สถานการณ์การเจ็บป่วย	ทักษะการปฏิบัติตัว	บทบาทของผู้ป่วย	ความรู้สึกรู้สึกที่ต้อ่งเผชิญ	การสนับสนุนด้านจิตใจ
กิจกรรม ที่ 2	- ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ปังจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย วิธีการรักษา - สิ่งแวดล้อมและบุคลากรในหอผู้ป่วย	การประเมินอาการเจ็บหน้าอก	-ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา -ให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ - ปฏิบัติตามกฎระเบียบของ รพ.	- รู้สึกกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น และอาการแสดงที่ไม่คุ้นเคย	- มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด - สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในหอผู้ป่วย
กิจกรรม ที่ 3	- การรักษาที่ได้รับขณะอยู่รพ. ได้แก่ การเจาะเลือด EKG ยาที่ได้รับ (ยากิน, ยาฉีด) - การรักษาที่อาจได้รับในอนาคต ได้แก่ การสวนหลอดเลือดหัวใจ	การปฏิบัติตัวภายหลังฉีดยาต้านการแข็งตัวของเลือด	- ให้ความร่วมมือในการทำหัตถการต่างๆ - สังเกตอาการข้างเคียงของยา และการรักษาที่ได้รับ	- รู้สึกกลัววิตกกังวลจากหัตถการต่างๆ ที่ได้รับ - กลัวความเจ็บปวด กลัวเจ็บหน้าอกซ้ำ	- ญาติ บุคลากร และผู้วิจัย จะให้กำลังใจ และช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ



กิจกรรม	สถานการณ์ การเจ็บป่วย	ทักษะ การปฏิบัติตัว	บทบาทของ ผู้ป่วย	ความรู้สึกรู้สึกที่ ต้องเผชิญ	การสนับสนุน ด้านจิตใจ
กิจกรรม ที่ 4 (ครั้งที่ ที่ 1)	โรค AMI เป็น โรคเรื้อรัง ที่ต้อง ควบคุมปัจจัย เสี่ยงที่ก่อเกิด อาการซ้ำหลังจาก ออกจาก รพ.	- การเลือก อาหาร - การปฏิบัติ ตัวตาม แผนการ รักษา ได้แก่ การประเมิน และจัดการ เมื่อมีอาการ เจ็บหน้าอก การหลีกเลี่ยง อาการเจ็บ หน้าอก - ยาที่ได้รับ หลังออกจาก รพ.	- ฝึกเลือก อาหารจาก การใช้การ์ด รูปภาพอาหาร - ฝึกประเมิน อาการเจ็บ หน้าอก และ จัดการเมื่อเกิด อาการ - การจัดยา รับประทาน ตามแผนการ รักษา	- อาจกลัว อาการที่อาจ เกิดขึ้นเมื่อ ออกจาก รพ.	- จะมีญาติคอย ดูแลเมื่อกลับ บ้าน - สามารถปรึกษา ผู้วิจัยได้ หาก เกิดข้อสงสัย
กิจกรรม ที่ 4 (ครั้งที่ ที่ 2)	- การจัดการ ความเครียด - การทำกิจกรรม ต่างๆ เมื่อกลับ บ้าน	- การจัดการ ความเครียด - การทำ กิจกรรม ต่างๆ	- การฝึกผ่อนคลาย ความ เครียดด้วยการ กำหนดลม หายใจ - การฝึกจับ ชีพจร	- กลัวอาการ เจ็บหน้าอก ซ้ำ - วิตกกังวล กับโรคและ การใช้ชีวิต อยู่กับโรค	- จะมีญาติคอย ดูแลเมื่อกลับ บ้าน - สามารถ ปรึกษาผู้วิจัยได้
กิจกรรม ที่ 5	การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อซักถามอาการทั่วไป อาการผิดปกติต่าง ๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำกับการจัดการกับปัญหาแบบเฉพาะเจาะจง				

ภาพ 3. แผนการดำเนินกิจกรรม

2.4 ภายหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง แล้วผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง

2.5 หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมทางสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์ข้อมูล ประมวลผลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปมี ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบการแจกแจงของคะแนนความรู้สึก ไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ด้วย Shapiro- Wilk test พบว่าคะแนนหลังได้รับโปรแกรม ค่า sig เท่ากับ .15 ซึ่งมากกว่าค่านัยสำคัญที่ตั้งไว้ คือ .05 คะแนนหลังการทดลองจึงเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ แต่คะแนนก่อนได้รับโปรแกรม ค่า sig เท่ากับ .02 ซึ่งน้อยกว่าค่านัยสำคัญที่ตั้งไว้ การแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการหาค่า Z score ของคะแนนก่อนการทดลอง ได้เท่ากับ -2.87 ซึ่งค่าไม่เกิน  $\pm 3$  แสดงให้เห็นว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 27 คน และผู้ดูแล จำนวน 27 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายเป็น 3 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.9 มีอายุเฉลี่ย 68.7 ปี (SD = 7.59) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.1 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.9 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.8 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 55.6 สิทธิในการรักษาเป็นสิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 77.8 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน ร้อยละ 88.9 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.2 โดยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 33.3) ความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 66.7) เบาหวาน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 18.5) โรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 18.5) มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 2 ร้อยละ 74.1 และไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 59.3 ดังแสดงใน ตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป  
(n = 27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	13	48.1
หญิง	14	51.9
<b>อายุ (ปี)</b>		
60-70	20	74.1
71-80	4	14.8
มากกว่า 80	3	11.1
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	19	70.4
อิสลาม	8	29.6
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	2	7.4
ประถมศึกษา	21	77.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.7
ปริญญาตรี	3	11.1
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	1	3.7
คู่	19	70.4
หม้าย/หย่า	7	25.9
<b>อาชีพ</b>		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	7.4
ธุรกิจส่วนตัว	5	18.5
รับจ้าง	3	11.1
เกษตรกรกรรม	4	14.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	48.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	24	88.9
สูบ	3	11.1
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	21	77.8
ดื่ม	6	22.2
รายได้/ครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 15,000	15	55.6
15,000-30,000	11	40.7
มากกว่า 30,000	1	3.7
สิทธิในการรักษา		
บัตรทอง	21	77.8
ประกันสังคม	1	3.7
ข้าราชการจ่ายตรง	5	18.5
ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
ไม่เคย	24	88.9
เคย	3	11.1
โรคประจำตัว		
ไม่มี	4	14.8
มี.....	23	85.2
ไขมันในเลือดสูง	9	33.3
ความดันโลหิตสูง	18	66.7
เบาหวาน	5	18.5
ไตเรื้อรัง	5	18.5
เก๊าท์	2	7.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
ระดับ 1 สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ	7	25.9
ระดับ 2 เหนื่อยหอบเมื่อมีการออกกำลังกาย	20	74.1
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ		
ไม่มี	16	59.3
มี	11	40.7

## 2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 39.04 ปี (SD = 9.67) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.4 จบการศึกษาระดับมัธยมและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.2 ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม ร้อยละ 29.6 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร ร้อยละ 70.4 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=27)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	33.3
หญิง	18	66.7
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30	7	25.9
30-50	16	59.3
มากกว่า 50	4	14.8
ศาสนา		
- พุทธ	19	70.4
- อิสลาม	8	29.6

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	4	14.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	40.7
ปริญญาตรี	11	40.7
อื่น ๆ	1	3.7
สถานภาพ		
โสด	4	14.8
คู่	23	85.2
อาชีพ		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	11.1
ธุรกิจส่วนตัว	6	22.2
รับจ้าง	8	29.6
เกษตรกร	8	29.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	7.4
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บุตร	19	70.4
คู่สมรส	4	14.8
หลาน	3	11.1
อื่น ๆ	1	3.7

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผล พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนทั้ง โดยรวมและรายด้านทุกด้านต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.01$ ) รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ผลการเปรียบเทียบคะแนน และคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว (n=27)

ความไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย	ก่อน			หลัง			t	p- value
	range	M	SD	range	M	SD		
คะแนนความรู้สึก ไม่แน่นอนโดยรวม	86-119	108.4	7.59	79-86	82.2	1.85	16.41	.01
คะแนนรายด้าน								
- ความคลุมเครือใน การเจ็บป่วย	41-54	48.9	3.46	32-39	34.8	1.94	20.44	.01
- ความซับซ้อนของ การรักษา	17-28	22.6	2.30	16-20	17.9	0.69	9.74	.01
- การขาดข้อมูลที่ เพียงพอ	17-28	23.1	3.08	13-15	14.0	0.48	14.93	.01
- การไม่สามารถ ทำนายผลลัพธ์	11-20	16.9	2.34	13-18	15.9	1.25	2.15	.05

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 86-119 คะแนน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 108.4 (SD = 7.59) ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลองมีค่าระหว่าง 79-86 คะแนน มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.2 (SD = 1.85) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบ ที (paired t-test) พบว่า คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้าน พบว่า

ด้านที่ 1 ความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ambiguity) ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 41-54 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.9 (SD = 3.46) ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนหลังการทดลองมีค่าระหว่าง 32-39 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.8 (SD = 1.94) คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01



ด้านที่ 2 ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (complexity) ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 17-18 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.6 (SD = 2.30) ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนหลังการทดลองมีค่าระหว่าง 16-20 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.9 (SD = 0.69) คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านที่ 3 การขาดข้อมูลที่เพียงพอ (lack of information) ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 17-18 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.1 (SD = 3.08) ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนหลังการทดลองมีค่าระหว่าง 13-15 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.0 (SD = 0.48) คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านที่ 4 การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ และความกำกวมของการเจ็บป่วยได้ (unpredictability) ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 11-20 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.9 (SD = 2.34) ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนหลังการทดลองมีค่าระหว่าง 13-18 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 (SD = 1.25) คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน คะแนนและค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว

สำหรับโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผู้วิจัยได้สังเกตในแต่ละขั้นตอน ผู้ดูแลให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างดี เมื่อมีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุตามแผนของโปรแกรม ผู้ดูแลคอยสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี คอยรับฟังร่วมกับผู้สูงอายุตลอด มีการซักถามในสิ่งที่สงสัย และคอยถามผู้สูงอายุอยู่เสมอว่าเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับหรือไม่ มองเห็นภาพชัดหรือไม่ เนื่องจากในบางครั้งสังเกตได้ว่าผู้สูงอายุฟังไม่ชัดบ้าง ตามองไม่ค่อยชัดเจนบ้าง ผู้ดูแลจะคอยสังเกตอยู่เสมอ และประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 77.8) อาจเป็นผลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่เพียงพอ รวมถึงวัยที่สูงขึ้นทำให้ความสามารถในการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลจะคอยสอบถามเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจากผู้วิจัยอยู่เสมอ เมื่อมีการติดตามอาการทางโทรศัพท์

การสนับสนุนด้านอารมณ์ สังเกตได้ว่าผู้ดูแลคอยให้กำลังใจอยู่ตลอด เมื่อสังเกตว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาต่าง ๆ ที่จะได้รับ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหน้าคล้ายความวิตกกังวลลง เมื่อมีครอบครัวคอยให้กำลังใจอยู่ตลอด เช่นเดียวกับการศึกษาของ พิมใจ (2551) ที่ศึกษาเรื่องการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ประกอบกับการมีโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิตจากอาการของโรค ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล เกิด ความว้าวุ่นได้ง่าย การได้อยู่พร้อมหน้ากับลูกหลานทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ยังคงมีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คอยกระตุ้นผู้สูงอายุให้ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีกำลังใจในการรักษา และดำเนินชีวิตต่อไป

การสนับสนุนด้านสิ่งของ พบว่าผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา โดยมีบทบาทในการจัดเตรียมยาให้ผู้สูงอายุรับประทานตามแผนการรักษา จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้แก่ผู้สูงอายุ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การพาไปทำบุญ การพาไปละหมาด การพามาพบแพทย์ตามนัด

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า สังเกตได้จากกิจกรรมเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค เมื่อผู้สูงอายุเลือกอาหารที่ผู้วิจัยจัดไว้ ซึ่งผู้ดูแลคิดว่าจากการฟังข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยให้แล้ว อาหารประเภทนี้ไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยก็จะมีท้วงติงว่าอาหารประเภทนี้ไม่สามารถรับประทานได้ ให้ผู้สูงอายุเลือกใหม่ และกล่าวชมเชยผู้สูงอายุทุกครั้งที่ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

จากการซักถามผู้สูงอายุและผู้ดูแล เกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ พบว่าพอใจกับกิจกรรมที่ได้รับ เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน (ร้อยละ 88.9) และการได้ลองฝึกในเรื่องต่าง ๆ ช่วยให้เข้าใจการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคนี้ได้มากขึ้น เช่น การฝึกจับและนับชีพจร การฝึกเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค การทำความเข้าใจกับอาการเจ็บหน้าอก และจัดการเมื่อมีอาการ ซึ่งช่วยคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคได้เป็นอย่างมาก นอกจากนี้การสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาช่วยให้รู้สึกเบาใจและรู้สึกคลายความวิตกกังวลเมื่อได้รับคำปรึกษา

## การอภิปรายผล

### 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.9) มีอายุเฉลี่ย 68.7 ปี (SD = 7.59) มีโรคประจำตัวที่ส่งเสริมการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 85.2) อาทิ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้เกิดแรงดันการไหลของหลอดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้นก่อให้เกิดแรงกระแทกเป็นอันตรายต่อหลอดเลือด เกิดกระบวนการทางชีวเคมีทำให้ไขมันเกาะติดผนังหลอดเลือดได้ง่าย เป็นการเพิ่มความรุนแรงในการตีบของหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (ภัทรสิริ, 2556) หรือผู้ที่มีไขมันในเลือดสูงที่มีระดับคอเลสเตอรอลสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดต่ำกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถึง 5 เท่า (ผ่องพรรณ, 2553) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 77.8) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน (ร้อยละ 88.9)

จากพัฒนาการตามวัยที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบุตร (ร้อยละ 70.4) ที่ใกล้ชิดดูแลเป็นผู้มีบทบาทมากสุดในการดูแลผู้สูงอายุ ที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ผู้วิจัยจึงให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาของการดำเนินโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร (2559) กล่าวว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแหล่งให้ความรัก และความมั่นคงทางจิตใจ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการให้กำลังใจ และให้การดูแลเกื้อหนุนในการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ติดตามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านทางโทรศัพท์ เพื่อสอบถามอาการ การปฏิบัติตัว และให้คำปรึกษาแบบเฉพาะเจาะจง ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันทั้งกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ (2560) พบว่าผู้สูงอายุโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีผ่านสายสวนและญาติผู้ดูแล ที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีความต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง และโทรศัพท์ติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นการทำกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุและครอบครัวได้เป็นอย่างดี เนื่องจากความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ดังนั้นรูปแบบการให้ความรู้แบบรายบุคคลทำให้เกิดความรู้

ความเข้าใจ ได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของวาคินี (2554) ศึกษาผลของการให้ความรู้ว่ามีแบบแผนต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ พบว่าภายหลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้รายบุคคล ค่าเฉลี่ยความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 รวมทั้งการให้ข้อมูลรายบุคคล ผู้วิจัยสามารถสังเกตความเข้าใจเมื่อได้รับข้อมูล ความรู้สึกที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่ผู้ดูแลให้แก่ผู้สูงอายุ และการตอบสนองของผู้สูงอายุเมื่อได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแลขณะได้รับการให้ข้อมูลอีกด้วย อีกทั้งใน โปรแกรมผู้วิจัยได้มอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีเนื้อหาตรงตามที่คุณวิจัยให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้นำไปทบทวนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำรายละเอียดได้ดียิ่งขึ้น

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 27 ราย ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน คือ คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง โดยก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ระหว่าง 86-119 คะแนน ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนระดับปานกลาง ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 79-86 คะแนน ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 108.4 เป็น 82.2 ตามลำดับ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ทั้งนี้การให้ข้อมูลที่มีสาระเกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสถานการณ์ต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น การรับรู้ลักษณะอาการ อาการแสดงของโรค และการจัดการเมื่อมีอาการเหล่านั้นเกิดขึ้น จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถคาดเดาสถานการณ์ของโรคได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น และทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และเปรียบเทียบคะแนนรายด้านก็พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลงเช่นกัน จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุน สมมติฐานที่ตั้งไว้ และสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยที่ตนเองเป็น แหล่งที่ให้การสนับสนุนทั้งครอบครัว และการได้รับความรู้ คำแนะนำ และการช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะสามารถลดความไม่เข้าใจที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอน

ลดลง เมื่อได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งผลคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณ ชันดิชัยธร (2563) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการสวนหัวใจ ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า คะแนนและค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังได้รับ โปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนและค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน ด้านไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 1 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยสูงที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาด้วยเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นครั้งแรก และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน (ร้อยละ 88.9) ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน วิตกกังวลกลัวตาย ประกอบกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่สำคัญและทุกคนรับรู้ว่าเป็นอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต (Whitehead, et al., 2005) การรับการรักษาในโรงพยาบาลต้องประสบกับสิ่งแวดล้อมและบุคคลที่ไม่คุ้นเคย การหวาดกลัวการทำหัตถการต่าง ๆ ที่ก่อเกิดการเจ็บปวดความรู้สึกไม่แน่นอนกลัวอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และยังไม่แน่ใจว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหรือไม่ เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือในการเจ็บป่วยลดลงมากกว่าด้านอื่น ๆ

ความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ปัจจัยแรกคือกรอบของสิ่งเร้า ซึ่งประกอบด้วย แบบแผนอาการแสดง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ระหว่างความคาดหวังและเหตุการณ์ที่เป็นจริง ปัจจัยต่อมา คือ ความสามารถเชิงสติปัญญา ปัจจัยนี้ช่วยให้บุคคลเข้าใจเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้อง โดยนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาช่วยพิจารณา ตัดสินใจ และประเมินเหตุการณ์ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ผู้สูงอายุมักมีความสามารถในการใช้สติปัญญาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ลดลง ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ ส่วนปัจจัยสุดท้าย คือ โครงสร้างของผู้ให้การสนับสนุน ประกอบด้วย การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความน่าเชื่อถือของบุคคลากรทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งที่ช่วยลด

ความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสนับสนุนของครอบครัว มาช่วยสนับสนุนผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถทางกายลดลง และความสามารถในการใช้สติปัญญาในการจดจำสิ่งต่าง ๆ ลดลง การสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยหรือความซับซ้อนของการรักษา ทำให้เกิดความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้นยิ่งขึ้น และสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เป็นจริง ส่วนความน่าเชื่อถือของบุคคลากรทางสุขภาพ เป็นความเชื่อมั่นและความไว้วางใจที่มีต่อบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ ซึ่งจะสามารถเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้นด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ทำการรักษาอย่างไร ขณะอยู่โรงพยาบาลปฏิบัติตัวอย่างไร และเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะปฏิบัติตัวอย่างไรให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งช่วยให้ความคลุมเครือของเหตุการณ์การเจ็บป่วยลดลง และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์การเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย และช่วยให้มองเห็นสถานการณ์ความเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น การได้รับข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทำให้บุคคลเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและส่งเสริมให้คาดเดาเหตุการณ์ได้สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ผ่านสื่อการบรรยายประกอบภาพ การฝึกประเมินอาการเจ็บหน้าอก การจัดการเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจร การจัดยารับประทานตามแผนการรักษา และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการเลือกอาหารรับประทานที่เหมาะสมกับโรคด้วยการครูปภาพอาหาร โดยมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยในทุกขั้นตอน เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูล สิ่งของ และการประเมินค่า นอกจากนั้นการติดตามอาการทางโทรศัพท์ เป็นการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลจะเป็นไปในรูปแบบการติดตามข้อมูลสุขภาพและการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์แบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรคในส่วนที่ยังมีความคลุมเครือ พร้อมทั้งปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษาที่เป็นจริง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือในการประเมิน ติดตามอาการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยลดลง และมีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตต่อไปมากขึ้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่นอนรับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และมาติดตามอาการตามนัดที่ห้องตรวจเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม 2563 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการให้ข้อมูลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แผนกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาพพลิกเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การ์ดรูปอาหาร สื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย ยาฉีดของผู้ป่วย และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ดูแล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544)

#### ผลการวิจัย

พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการได้รับโปรแกรม มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI ที่ได้รับการรักษาด้วยยาก่อนในระยะแรกและอาจมีการสวนหลอดเลือดหัวใจในภายหลังเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน การศึกษาจึงอาจไม่ได้ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการรักษาโดยการสวนหลอดเลือดหัวใจโดยทันที

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาแก่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจน จะสามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้น การดำเนินของโรค และวิธีการจัดการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความชัดเจนในข้อมูล มีทักษะในการดำเนินชีวิตและการจัดการปัญหาภายหลังการเกิดการเจ็บป่วย เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน ส่งผลให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค และอีกทั้งการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และการดูแลตนเอง และนอกจากนั้นการทำคู่มือเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะทำให้การให้ข้อมูลมีความต่อเนื่อง ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำไปอ่านและทบทวนได้ด้วยตนเอง
2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลสำหรับใช้ในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอบรมพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อทราบประสิทธิภาพของการให้ข้อมูล
2. ควรทำการวิจัยแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลการทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ



## เอกสารอ้างอิง

- กนกอร แก้วช่วย. (2552). ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). Thai ACS registry [Internet]. [update 11 พ.ย. 2563]. เข้าถึงจาก <http://www.ncvdt.org>.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. เข้าถึงจาก [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf).
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, (2561). “สรุปรายงาน การเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2561” *D-Library | National Library of Thailand*. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. เข้าถึงจาก <http://164.115.27.97/digital/items/show/17969>.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี. (2554). มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี และวิรัช เกษสุขเจริญ. (2555). การรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือด. ใน เกรียงไกร เสงร์ศรี และกนกพร แจ่มสมบุญ (บรรณาธิการ), มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- จงกน พงศ์พัฒน์จิต. (2554). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), กรกฎาคม - ธันวาคม 2554.
- จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน กิตติกร นิลมานัด และจารุวรรณ กฤตย์ประชา (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มิตินี้ทำลายสำหรับการพยาบาล* (หน้า 1-31). สงขลา: จอยปริ้นท์ จำกัด.
- จารุวรรณ เสน่ห้วงศ์. (2548). การสนับสนุนของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยและพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จิราพร แอชตัน, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทัศนาศู ชูวรรณะปกรณ์. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหัวใจหลอดเลือด. *พยาบาลสาร*, 35(5), 84-96.
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2553). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวด โครงตาข่าย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาล ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). *แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จุฑาภรณ์ เพิ่มพูน, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, อุษาวดี อัครวิเศษ และพันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง. (2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 120-128.
- แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักร*, 14(1), 66-81
- แจ่มศรี เสมาเพชร และ วิพร เสนารักษ์. (2556). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เจียมจิตน์ แสงสุวรรณ และพรรณงาม พรรณเชษฐ์. (2544). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง และสายสมร เฉลยกิตติ. (2556). ภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14, 85-91.
- ชนกพร อุดตะมะ. (2558). ผลของการใช้เข็มขัด Cold pack ร่วมกับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการนวดยา Enoxaparin ต่อการลดการเกิดรอยจ้ำเลือด ก้อนเลือด และความเจ็บปวดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 6(1), 18-31.
- ชไมพร กาญจนกิจสกุล. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าหุนด้านการใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(2), 192-202.
- ณัฐชา พัฒนา และวัลลภา คุณทรงเกียรติ. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต. *การประชุมวิชาการเสนองานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 690-700.

- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร
- คำรัส ศรีสุโกศล.(2554). Cardiac Emergency. ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. สาขาวิชาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ และศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- คำรัส ศรีสุโกศล. (2555). Acute ST elevate myocardial infarction. ใน ประดิษฐ์ ปัญญาวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, และเรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (บรรณาธิการ), ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์
- ถนอมศรี คูาระยะกุล. (2536). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2533). ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นางฉัทธ์ รุ่งเนย. (2559). การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Health Assessment: A Holistic Approach). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- นที เกื้อกุลกิจการ (บรรณาธิการ). (2541). การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา. ชานเมืองการพิมพ์.
- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. (2533). ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่กำลังรับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ปภพสวีย์ เจริญพัฒนากัก, เขมรดี มาสิงบุญ และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาประจำปี 2013 มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 1008-1020.
- ประเทืองทิพย์ แก้วศรี. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*, 5(1), 44-53
- ปาริชาติ คงเสื่อ. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, กรุงเทพมหานคร.
- บุณรดา พวงสมัย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, กรุงเทพมหานคร.
- ปราณี กาญจนวรรณศรี. (2550). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 24-34.
- ปิยะมาศ ชาชุมพร. (2555). การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่*, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร. (2551). ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด. ใน *พิรพล ฤกษ์จร ญ อยุรยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ เล่ม 2 (หน้า 1-11)*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- บุณณฤกษ์ ทองเจริญ และพันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง. (2551). *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. จากเว็บไซต์ [www.Thaiheart.org/.../Coronary%20Artery%20Bypass%20Grafting.pdf](http://www.Thaiheart.org/.../Coronary%20Artery%20Bypass%20Grafting.pdf).
- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่*, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

- ผกามาศ อ่อนขาว. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความปวด และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังระดับเอวเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา.
- พจนา ปิยะปกรณ์ชัย (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*. ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 135-156). กรุงเทพมหานคร: บุทธรินทร์.
- พรพิศ เดชยศดี. (2550). *การศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พัชรี ราณีเกษ. (2563). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์ใจ คงกาล. (2551). *การสนับสนุนของครอบครัว พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรุนแรงของโรค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน : มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและญาติผู้ดูแล*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1).
- ภัทรสิริ พงมานพงศ์. (2556). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ภาวนา วิฒนสวัสดิ์. (2557). *ประสิทธิผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนการเรียนรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ* ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, กรุงเทพมหานคร.

- มณฑา ลี้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน สังฆะมณี และวาสนา รวยสูงเนิน. (2555). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต่อความรู้สึก ความวิตกกังวล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(1), 15-21.
- เขาวภา บุญเที่ยง. (2546). การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุโรคหัวใจวายเลือดคั่ง. *พยาบาลสาร*, 30(1), 42-55.
- ละมัย อยู่เย็น. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร.
- วนิดา หาจักร. (2555). อิทธิพลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความแตกฉานด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วรวรรณ ชันดิชัยธร. (2563). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ. *Vajira nursing Journal*, 22(1), January-June, 2020.
- วราภรณ์ สัตยวงศ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4* (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 111-134). กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์
- วสินี สมศิริ และจินตนา ชูเซ่ง. (2554). ผลของการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน ต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(3), 33-46.
- วิลาวัลย์ แก้วอ่อน. (2552). การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- ศรัณย์ ควณประเสริฐ. (2546). *แนวทางในการรักษา Acute coronary syndrome*. ใน อภิชาติ  
 สุคนธธรรม: ไอแอมออกาไนเซอร์.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ฟูไเราะ,  
 วันดี โตสุขศรี, และ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*  
 กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). *แนวทางการใช้ครอบครัวเป็นพื้นฐานและบริการสำหรับผู้สูงอายุ*  
*สวัสดิการผู้สูงอายุ แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์* (พิมพ์ครั้งที่ 2).  
 กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย)
- ศิริรัตน์ สิมทราช. (2559). *ผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมในการจำหน่าย*  
*จากโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศรีประภา จันทร์มีศรี. (2551). *ความต้องการและการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดในระยะ*  
*ก่อนระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). *แนวทางเวชปฏิบัติการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุกับ*  
*โรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. *แนวปฏิบัติเวชปฏิบัติการดูแล*  
*รักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี 2563*. สืบค้นจาก <http://thaiheart.org/thai-ACSGuidline>
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ  
 หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างบูรณาการ. *วารสารพยาบาล*  
*โรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 43-58.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย*  
*ฉบับปรับปรุง ปี 2557* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่ง  
 ประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุวารี นิระโส. (2560). ปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ  
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร*, 44(4), 61-69.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สถิติสาธารณสุข ปี 2561*.  
 สืบค้นจาก [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites2default/files/health\\_statistic2561.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites2default/files/health_statistic2561.pdf)

- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. *จำนวนและร้อยละการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2559-2561*. (เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2562). จาก : <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- เสาวนีย์ เนาวพานิชย์. (2552). การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ. *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล*. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพมหานคร.
- อภิชาติ สุนทรสรพ์. (2550). *Essential Cardiology Review 2007*. เชียงใหม่: ทริคซิงค์.
- อภิชาติ สุนทรสรพ์. (2556). Prevention of coronary heart disease. ใน อภิชาติ สุนทรสรพ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *Cardiovascular guideline focus* (หน้า 12-45). เชียงใหม่: ทริคซิงค์
- อังคณา ศรีวิชัย, 2561. ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(1).
- อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพมาศ ชินวงศ์ และวิภา แซ่เซีย. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชั้นนำการพิมพ์.
- อุไรวรรณ ขวัญคง. (2558). *ความต้องการข้อมูลก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยและการสนับสนุนข้อมูลก่อนจำหน่ายของพยาบาลเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- American Heart Association [AHA]. (2014). Guideline for the management of patient with acute coronary syndrome. *Journal of American College of Cardiology*, 23(4), 142-147.
- Basit H, Malik A, Huecker MR. (2021). *Non ST segment elevation myocardial infarction*. [Internet]. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/book/NBK513228/>
- Benjamin H. Gottlieb, Anne E. Bergen. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(2010), 511-520.



- Bolooki, H.M., & Askari, A. (2010). *Acute Myocardial Infarction*. Lyndhurst, OH: Cleveland Clinic Publications, Disease Management Project. Retrieved from [http:// www. Clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/disease management/cardiology/acute-myocardial-infarction](http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/disease-management/cardiology/acute-myocardial-infarction).
- Braunwald E., Antman E.M., Beasley, J. W., Califf, R.M., Cheitlin, M. D., Hochman, J.S., Smith, SC. Jr.(2002). ACC/AHA guideline update the management of patients with unstable angina and no ST-segment elevation myocardial infarction-2002: Summary Article. *Circulation*, 106, 1893-1900.
- Neena L. Chappell & Laura Funk. (2011). Social support, caregiving, and aging. *Can J Aging Sep*, 30(3): 355-70. doi: 10.1017/S0714980811000316. Epub 2011 Jul 18.
- Cobb, Y.S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Coben, J. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collet JP, Thiele H., Barbato E., Barthelémy O., Bauersachs J., Bhatt DL., et al. (2020). ESC Guideline for the management of acute coronary syndromes in the patients presenting without persistent ST-segment elevation: the task force for the management of acute coronary syndromes in the patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart Journal* 2021; 42(14): 1289-1367.
- Demirel ME, Donmez I, Ucaroglu ER, Yuksel A. Acute coronary syndrome and diagnostic method. *Med Res Innov* 2019; 3:1-8.
- Dudley, L. D., Glasser, M. E., Jorgenson, B. N., & Logan, D. L. (1980). Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: Part 1: Psychosocial and psychological considerations. *Chest*, 77, 413-419.
- Dullaghon L, Lusk L, McGeough M, Donnelly P, Herity N, Fitzsimons D. "I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!" Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 13(3), 270-6.
- Eliopoulos, C. (2014). Circulation. In B. Patrick (Ed), *Gerontological nursing* (8th ed., pp. 266-286). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Charlotte Eliopoulos. (2014). *Gerontological nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Fitzsimon, D., Parahoo, K., Richardson, S.G., & Stringer, M. (2003). Patients anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung: The journal of Acute and Critical care*, 32(1), 23-31.
- Garg, S., & Serruys, P. W. (2010). Coronary Stent. *Journal of the American College Cardiology*, 56, S1-42.
- Haynes A. (2020). Cardiovascular disease. In: LD, Stacy KM, Lough ME, editors. *Priorities in critical care nursing*. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier, 2020. P. 146-186.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. S., Landis, K. R., Umberson, D. 1988. Social relationships and health. *Science* 241, 540-544.
- 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 American Medical Association*, 311(5), 507-520.
- Kane, C. F. (1988). Family social support: Toward a conceptual model. *Advance in Nursing Science*, 10, 18-25.
- Kereszters 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. 1441-1511). Louis Forgione: MO: Elsevier.
- Kojima T, Mizokami F, Akishita M. Geriatric management of older patients with multimorbidity. *GeriatrGerontol Int*, 20(12), 1105-1111.
- Kuch B, Wender R, Barac M, et al. Prognosis and outcome of elderly (75-84 years) patient with acute myocardial infarction 1-2 years after the event-AMI elderly study of the MONICA/KORA Myocardial infarction Registry. *Int J cardiol*, 149, 205-10.
- Levine. N.G., Bates, R.E., Blankenship, C. J., Bailey, R. S., Bittl, J. A., Cercek, B., ... Khot, U. N. (2011). 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention A Report of the American College Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and interventions. *Circulation*. 124, e574-e651.

- Libby, P.(2001). Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. *Circulation*, 104(3), 365-372, doi: 10.1161/01.CIR.104.3.365.
- Lough ME. Cardiovascular clinical assessment and diagnosis procedure. In: LD, Stacy KM, Lough ME, editors. *Priorities in critical care nursing* (8th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image Journal Nursing School*, 20, 225–232.
- Neena L. Chappell & Laura Funk. (2011). Filial responsibility: Does it matter for caregiving behaviours. *Ageing and Society*, 32(07), 1 – 19.
- Odell, A., Grip, L., & Hellberg, L. R.-M (2006) Restenosis after percutaneous coronary intervention (PCI): Experiences from the patient' perspective. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 150-157.
- Polit, D. F., & Back, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported ? Critique and Recommendations. *Research in nursing and health*, 29, 489-497.
- Raphael, C., Briscoe, C., Davies, J., Whinnett, Z. I., Manisty, C., Sutton, R., Francis, D.P. (2007). Limitation of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Heart*, 93(4), 476-482.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Smith, S. C., Feldman, T. E., Hirshfeld, J.W., Jacobs, A. K., Kern, M. J., King, S. B., ...Riegel, B. (2006). American heart association, ACC/AHA/ACAI2005 guideline update for percutaneous coronary intervention. *American Heart association*, 67, 87-112.
- Smith, S. R., & Soliday, E. (2001). The impact of parental chronic kidney disease on the family [Electronic version]. *Family Relation*, 50(2), 171-177.
- Spladley, B. W., & Allender, J. A. (1996). *Community health nursing: Concepts and practice*. Philadelphia: Lippincott
- Sansudin, N. (2005). *Patients' information needs in perioperative care: Perception of patients and nurses at the hospital of university science Malaysia*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing (International program), Prince of Songkla University, Songkla, Thailand.
- Walsh-Irwin C. (2013). Cardiovascular alterations. In M. L. Sole, D. G. Klein, & M. J.

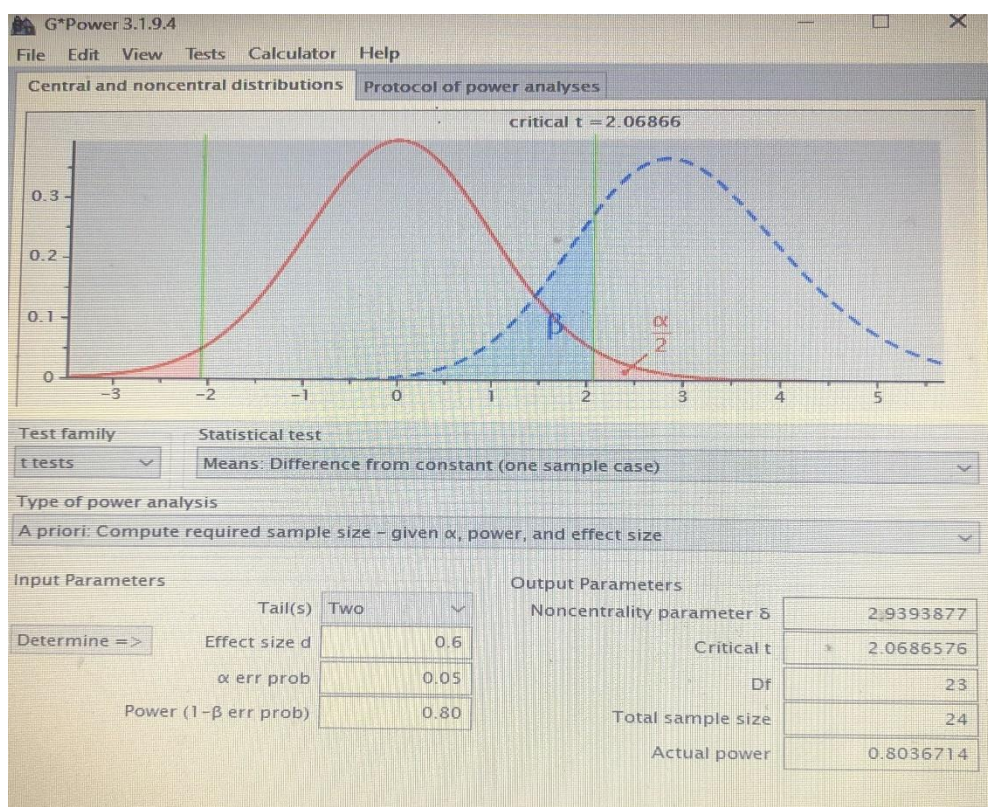
- Moseley(Eds.), *Critical care nursing*. (pp. 389-323). Louis Forgione, MO: Elsevier.
- White, R.E., & Frasure-Smith, N., (1995) Uncertainty and physiologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. *Health Lung*, 24, 19-27.
- Whitehead DL, Strike P, Perkins-Parras L, Steptoe, (2005). A Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation. *American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-1516.
- Yeh, R.W., Sidney, S., Chandra, M., Sorel, M., Selby, J.V., & GO, A.S. (2010). Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 362, 2155-2165.
- Younhee Kang. (2012). The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. *Journal of clinical nursing*, 20(13-14), 1880-1886.
- Zaman, M.J., Stirling, S., Shepstone, L., Ryding, A., Flather, M., Bacnmann, M., & Myint, P.K. (2014). The association between older age and recipe of care and outcomes in patients with acute coronary syndromed: A cohort study of the Myocardial Ischemia National Audit Project (MINAP). *European Heart Journal*.35, 35, 1551-1558.
- Zhang, H. Y. (1997). *Family support and self care behaviors of breast cancer patients receiving combined therapy at six teaching hospital in Beijing*. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University, Thailand.

**ภาคผนวก**

## ภาคผนวก ก

### การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมจีพาวเวอร์ (G power) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 โดยการหาค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) จากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันกับการศึกษาในครั้งนี้อยู่คือ ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ค่าอิทธิพล เท่ากับ .70 ผู้วิจัยปรับค่าอิทธิพลเป็น .60 จึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 24 ราย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20 เปอร์เซ็นต์ เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ในระหว่างทำการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาก่อนการวิจัยสิ้นสุด จำนวน 2 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างที่อยู่จนจบการวิจัยรวมทั้งสิ้น 27 ราย



## ภาคผนวก ข

## การทดสอบการแจกแจงของคะแนน

## Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
preall	.151	27	.114	.904	27	.016
postall	.152	27	.113	.944	27	.149

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives			
		Statistic	Std. Error
preall	Mean	108.4444	1.46014
	Median	110.0000	
	Variance	57.564	
	Std. Deviation	7.58710	
	Range	33.00	
	Skewness	-1.286	.448
	Kurtosis	1.859	.872
postall	Mean	82.2222	.35540
	Median	82.0000	
	Variance	3.410	
	Std. Deviation	1.84669	
	Range	7.00	
	Skewness	.479	.448
	Kurtosis	-.233	.872

ทดสอบการแจกแจงของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าคะแนนหลังได้รับโปรแกรม ค่า sig เท่ากับ .15 ซึ่งมากกว่าค่านัยสำคัญที่ตั้งไว้ คือ .05 คะแนนหลังการทดลองจึงเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงเป็น โค้งปกติ แต่คะแนนก่อนได้รับโปรแกรม ค่า sig เท่ากับ .02 ซึ่งน้อยกว่าค่านัยสำคัญที่ตั้งไว้ การแจกแจงข้อมูลไม่เป็น โค้งปกติ จึงทำการหาค่า Z score ของคะแนนก่อนการทดลอง ( $\text{Skewness/SE} = -1.286/0.448 = -2.87$ ) ได้เท่ากับ -2.87 ซึ่งค่าไม่เกิน  $\pm 3$  แสดงให้เห็นว่ามีการแจกแจงข้อมูลเป็น โค้งปกติ



**ภาคผนวก ค**  
**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย**  
**(Informed Consent Form)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ใน โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของ  
ครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดยข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้วิจัย และได้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ  
วัตถุประสงค์และระยะเวลาที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติ  
ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รวมถึงผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ  
วิจัย และข้าพเจ้า ยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า ที่ได้รับจากการวิจัย โดยนำเสนอเป็น  
ข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยนั้น แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล และหากข้าพเจ้าไม่สามารถ  
เข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือประสงค์จะออกจากการวิจัย สามารถถอนตัว  
หรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่กระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการรับบริการและการรักษา  
พยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัยหรือเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จาก  
การวิจัยกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาวกฤษมล วิทชนกุล ได้ที่เบอร์โทร  
064-03999995 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ข้าพเจ้า เข้าใจคำชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงได้  
ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ลงชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

.....

(.....)

ลงชื่อผู้ดูแลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

.....

(.....)

ลงชื่อผู้อธิบาย/ผู้ขอความยินยอม

.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**ภาคผนวก ง**  
**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

วันที่เก็บข้อมูล.....

ID.....

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ โปรดตอบคำถามนี้โดยเติมคำตอบ และ/หรือเครื่องหมาย × ลงในช่อง [ ] ตามความเป็นจริง

- |                            |                           |                         |
|----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| 1. เพศ                     | [ ] ชาย                   | [ ] หญิง                |
| 2. อายุ                    | ..... ปี                  |                         |
| 3. ศาสนา                   | [ ] พุทธ                  | [ ] คริสต์              |
|                            | [ ] อิสลาม                | [ ] อื่นๆ ระบุ          |
| 4. ระดับการศึกษา           | [ ] ไม่ได้ศึกษา           | [ ] ประถมศึกษา          |
|                            | [ ] มัธยมศึกษาตอนต้น      | [ ] มัธยมศึกษาตอนปลาย   |
|                            | [ ]ปริญญาตรี              | [ ] อื่นๆ ระบุ.....     |
| 5. สถานภาพสมรส             | [ ] โสด                   | [ ] คู่                 |
|                            | [ ] หม้าย/หย่า            |                         |
| 6. อาชีพ                   | [ ] ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | [ ] ธุรกิจส่วนตัว       |
|                            | [ ] รับจ้าง/ลูกจ้าง       | [ ] เกษตรกรรม           |
|                            | [ ] ไม่ได้ประกอบอาชีพ     | [ ] อื่นๆระบุ.....      |
| 7. ประวัติการสูบบุหรี่     | [ ] ไม่สูบ                | [ ] สูบ                 |
| 8. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ | [ ] ไม่ดื่ม               | [ ] ดื่ม                |
| 9. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน    | [ ] ต่ำกว่า 15,000 บาท    | [ ] 15,000 – 20,000 บาท |
| ของครอบครัว                | [ ] 20,000 – 30,000 บาท   | [ ] 30,000 – 50,000 บาท |
|                            | [ ] มากกว่า 50,000 บาท    |                         |

10. สิทธิในการรักษา  บัตรทอง  ประกันสังคม  
 เบิกได้  ข้าราชการจ่ายตรง  
 รัฐวิสาหกิจ  ชำระเงินเอง  
 อื่นๆระบุ.....
11. การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ  
 ไม่เคย  
 เคย  
 แหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 แพทย์  พยาบาล  
 ญาติ/ผู้ดูแล  เพื่อน  
 ผู้ป่วยท่านอื่น  ศึกษาเอง เช่น หนังสือ  
 แผ่นพับ วารสาร  
 อื่นๆระบุ..... อินเทอร์เน็ต
12. ประวัติโรคประจำตัว  ไม่มี  
 มี  
 ไขมันในเลือดสูง ระยะเวลาที่เป็น.....ปี  
 ความดันโลหิตสูง ระยะเวลาที่เป็น.....ปี  
 เบาหวาน ระยะเวลาที่เป็น.....ปี  
 โรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่เป็น.....ปี  
 โรคไทรอยด์ ระยะเวลาที่เป็น.....ปี  
 โรคเกาต์ ระยะเวลาที่เป็น.....ปี  
 อื่นๆระบุ..... ระยะเวลาที่เป็น.....ปี
13. ระดับสมรรถภาพหัวใจ  ระดับที่ 1 สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ  
 ระดับที่ 2 เหนื่อยหอบเมื่อมีการออกกำลังกาย เช่น วิ่ง เดินเร็ว หรือขึ้นบันได เมื่อหยุดพักจะดีขึ้น  
 ระดับที่ 3 เหนื่อยหอบเมื่อออกแรงเพียงเล็กน้อย มีการจำกัดกิจกรรมพอสมควร  
 ระดับที่ 4 เหนื่อยหอบแม้ขณะพัก ไม่สามารถทำกิจวัตรใดๆ

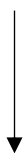
**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน  
**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ โปรดตอบคำถามนี้โดยเติมคำตอบ  
 และ/หรือเครื่องหมาย × ลงในช่อง [ ] ตามความเป็นจริง

- |                           |                           |                       |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1. เพศ                    | [ ] ชาย                   | [ ] หญิง              |
| 2. อายุ                   | ..... ปี                  |                       |
| 3. ศาสนา                  | [ ] พุทธ                  | [ ] คริสต์            |
|                           | [ ] อิสลาม                | [ ] อื่นๆ ระบุ        |
| 4. ระดับการศึกษา          | [ ] ไม่ได้ศึกษา           | [ ] ประถมศึกษา        |
|                           | [ ] มัธยมศึกษาตอนต้น      | [ ] มัธยมศึกษาตอนปลาย |
|                           | [ ]ปริญญาตรี              | [ ] อื่นๆ ระบุ.....   |
| 5. สถานภาพสมรส            | [ ] โสด                   | [ ] คู่               |
|                           | [ ] หม้าย/หย่า            |                       |
| 6. อาชีพ                  | [ ] ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | [ ] ธุรกิจส่วนตัว     |
|                           | [ ] รับจ้าง/ลูกจ้าง       | [ ] เกษตรกรรม         |
|                           | [ ] ไม่ได้ประกอบอาชีพ     | [ ] อื่นๆ ระบุ.....   |
| 7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | [ ] บิดา/มารดา            | [ ] คู่สมรส           |
|                           | [ ] พี่/น้อง              | [ ] ปู่/ย่า/ตา/ยาย    |
|                           | [ ] อื่นๆ ระบุ.....       |                       |

**ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย**  
**คำชี้แจง**

.....  
 .....

1. ฉันไม่ทราบว่ามืออะไรผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวฉัน  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ตัดสินไม่ได้    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 (            )    (            )    (            )    (            )    (            )
2. ฉันมีคำถามมากมายที่ปราศจากคำตอบ  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ตัดสินไม่ได้    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 (            )    (            )    (            )    (            )    (            )
3. ฉันไม่แน่ใจว่าการเจ็บป่วยของฉันจะดีขึ้นหรือเลวลง  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ตัดสินไม่ได้    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 (            )    (            )    (            )    (            )    (            )
4. ....
5. ....
6. ....



33. แพทย์และพยาบาลใช้ภาษาประจำวันที่ฉันสามารถเข้าใจได้ว่าเขากำลังพูดอะไร  
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง    เห็นด้วย    ตัดสินไม่ได้    ไม่เห็นด้วย    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง  
 (            )    (            )    (            )    (            )    (            )

ส่วนที่ 4 แบบสังเกตการสนับสนุนของครอบครัว โดยผู้วิจัยสังเกตลักษณะการสนับสนุนของผู้ดูแลตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. มีการพูดกระตุ้นให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างไรบ้าง  
 .....  
 .....  
 .....
2. มีการกล่าวให้กำลังใจ หรือชื่นชมผู้สูงอายุทุกครั้งที่ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือไม่อย่างไร.....  
 .....  
 .....
3. มีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น ออกกำลังกาย การทำอาหารอย่างไรบ้าง .....  
 .....  
 .....
4. การพาผู้สูงอายุไปปฏิบัติกิจกรรมในสถานที่ต่างๆ เช่น ร่วมกิจกรรมทางศาสนา  
 .....  
 .....  
 .....
5. มีการศึกษาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น คู่มือ แผ่นพับ หรือสื่อออนไลน์ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร  
 .....  
 .....  
 .....
6. ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุขณะปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างไรบ้าง  
 .....  
 .....  
 .....

ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในทดลอง

1. แผ่นพลิกใช้สอน

# ภัยเงียบ!

## โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



### กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เกิดจากหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจแข็งตัว หรือมีไขมันเกาะที่ผนังของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตัน เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้



2. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



### 3. แผนการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

<b>กิจกรรมที่ 1</b>	แหล่งสนับสนุนที่ดี เพิ่มความมั่นใจ
<b>วัตถุประสงค์</b>	1. เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม 2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงบทบาทการสนับสนุนผู้ป่วย
<b>ระยะเวลา</b>	ใช้ระยะเวลา 15 นาที
<b>สถานที่จัดกิจกรรม</b>	หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ
<b>กลุ่มเป้าหมาย</b>	ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้วิจัย	กิจกรรมผู้ดูแล	สื่อ อุปกรณ์	ระยะเวลา
1. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงขั้นตอนการทำกิจกรรม 2. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบถึงบทบาทการสนับสนุนผู้ป่วย	1. กล่าวทักทายผู้ดูแล “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวกฤษมล วิทชนกุล นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ค่ะ.....	1. แนะนำตัวเองพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม 2. ชี้แจงผู้ดูแลเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลในการสนับสนุนผู้ป่วย	1. แนะนำตัวเองพร้อมข้อมูลส่วนตัวโดยย่อ 2. รับฟังการบรรยายร่วมแสดงความความคิดเห็นและสอบถามข้อสงสัย	-	15 นาที

<b>กิจกรรมที่ 2</b>	รู้จักโรค ลดความคลุมเครือ
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว บทบาทผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และแหล่งสนับสนุน
<b>สถานที่</b>	หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ
<b>ระยะเวลา</b>	30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้วิจัย	กิจกรรมผู้ดูแล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่ออุปกรณ์	ระยะเวลา
เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว บทบาทผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และแหล่งสนับสนุน	<p><b>1. การทักทาย แนะนำ</b> ตัว สร้างสัมพันธภาพ</p> <p><b>2. การให้ข้อมูล</b> ข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย</p> <p>2.1 สถานการณ์การเจ็บป่วย เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะนี้</p> <p>- ผู้ป่วยและญาติเคยรู้จักโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่คะ</p> <p>.....</p>	<p>-ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว บทบาทผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และแหล่งสนับสนุน</p> <p>- ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและ</p>	<p>-ร่วมรับฟังการให้ข้อมูล</p> <p>ร่วมกับผู้ป่วย</p> <p>-ซักถามในประเด็นที่สงสัย</p> <p>-สนับสนุนผู้ป่วยในด้านอารมณ์</p> <p>ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า</p>	<p>-รับฟังการให้ข้อมูล</p> <p>-ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย</p> <p>-ฝึกทักษะการประเมินอาการเจ็บหน้าอก</p>	-แผ่นพลิกให้ความรู้	60 นาที

- กิจกรรมที่ 3**      เพิ่มความกระจ่างแจ้งแผนการรักษา
- วัตถุประสงค์**      เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับอาการ อาการแสดง และแผนการรักษา
- สถานที่**            หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรคหัวใจ
- ระยะเวลา**        30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้วิจัย	กิจกรรมผู้ดูแล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่ออุปกรณ์	ระยะเวลา
เพื่อให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับอาการ อาการแสดง และแผนการรักษา	1.การให้ข้อมูลประกอบด้วย - การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ หัตถการต่าง ๆ ที่จะได้รับ อาทิเช่น การเจาะเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยาที่ใช้ในการรักษาทั้งยารับประทาน และยานิดด้านการแข็งตัวของเลือดทางชั้นใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง.....	-ให้ข้อมูล -ตอบข้อซักถาม ของผู้ป่วย และ	-ร่วมรับฟังการให้ข้อมูลร่วมกับผู้ป่วย -ซักถามในประเด็นที่สงสัย -สนับสนุนผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและการประเมินค่า	-รับฟังการให้ข้อมูล -ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย - ทักเยาะการปฏิบัติตัวภายหลังการนัดยาด้านการแข็งตัวของเลือด	-แผ่นพลิกให้ความรู้ - ยาจริงของ ผู้ป่วย	30 นาที

<b>กิจกรรมที่ 4</b>	ข้อมูลเพียงพอ เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินชีวิต
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับแผนการรักษา และคุ้นเคยกับอาการของโรคที่เป็นจริง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
<b>สถานที่</b>	หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ
<b>ระยะเวลา</b>	30 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้วิจัย	กิจกรรมผู้ดูแล	กิจกรรมผู้ป่วย	สื่ออุปกรณ์	ระยะเวลา
เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตัวได้สอดคล้องกับแผนการรักษา และคุ้นเคยกับอาการของโรคที่เป็นจริง เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	โรคที่ผู้ป่วยเป็น เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่น การจัดการอาหาร การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ได้แก่ การประเมินอาการเจ็บหน้าอกและการจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก .....	-ให้ข้อมูล -ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและผู้ดูแล	-ร่วมรับฟังการให้ข้อมูลร่วมกับผู้ป่วย -ซักถามในประเด็นที่สงสัย -สนับสนุนผู้ป่วยในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินค่า	-รับฟังการให้ข้อมูล -ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย -ฝึกทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรค -ฝึกการประเมินอาการเจ็บหน้าอกและจัดการเมื่อมีอาการ -การจัดยา -รับประทาน -ฝึกทักษะการผ่อนคลาย -ความเครียด	-แผ่นพลิกให้ความรู้ -การ์ดรูปอาหาร -ยาเม็ดจริงของผู้ป่วย	45 นาที

<b>กิจกรรมที่ 5</b>	การติดตามทางโทรศัพท์
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อซักถามอาการทั่วไป อาการผิดปกติต่าง ๆ การให้คำแนะนำกับการจัดการกับปัญหาแบบเฉพาะเจาะจง
<b>ระยะเวลา</b>	10-15 นาที
<b>กิจกรรม</b>	<p>ติดตามอาการทางโทรศัพท์ โดยหัวข้อการสนทนาที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาการทั่วไป และอาการผิดปกติต่างๆ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</li> <li>2. ทบทวนความรู้และทักษะที่ฝึกปฏิบัติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ อาหารที่เลือกรับประทาน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การประเมินอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจร การทำกิจกรรมต่างๆ และการฝึกการผ่อนคลายความเครียด ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจดจำและปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งปฏิบัติจริงอย่างต่อเนื่องหรือไม่</li> <li>3. สอบถามถึงปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลประสบภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาแบบเฉพาะเจาะจง</li> <li>4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม</li> </ol>

**ภาคผนวก ฉ****รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย**

รศ.ดร.กิตติกร นิลมานัด	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร. วาสนา รวยสูงเนิน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พว. จีรวรรณ เดชอดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหาดใหญ่

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวกฤษมล วิทชนกุล		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	6210420073		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยมหิดล	2552	