



ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ
และพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
The Effects of Health Informative Program on Health Beliefs
and Power of Patients with Myocardial Infarction

สุพัตรา ไตรอุดมศรี
Supattra Triudomsri

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing
Prince of Songkla University


2541


(1)

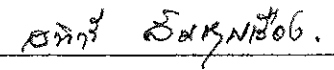
0

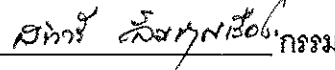
เลขหมู่..... RC 685.16 K73 2540 32
Bib Key..... 114-1114


ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและ
พลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ผู้เขียน นางสาว สุพัตรา ไตรอุดมศรี
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่


คณะกรรมการที่ปรึกษา ประธานกรรมการ
 ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ชอลดา พันธุเสนา)

คณะกรรมการสอบ ประธานกรรมการ
 ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ชอลดา พันธุเสนา)

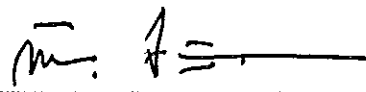
 กรรมการ
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

 กรรมการ
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ดร. อรัญญา เชาวลิต)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กอบประสุจน์ ตย์คานนท์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่


(รองศาสตราจารย์ ดร. ก้าน จันทร์พรมมา)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้เขียน นางสาว สุพัทธรา ไตรอุดมศรี

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่

ปีการศึกษา 2540

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในด้วยโรคนี้เป็นครั้งแรก และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วง 1-3 ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา ที่โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน คือกลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พลังอำนาจภายในตน คู่มือสำหรับผู้ป่วย แผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพและภาพพลิก เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน และหาความเที่ยงด้วยวิธี ครอนบาชแอลฟา ได้ค่าดัชนีความเที่ยงของ ความเชื่อด้านสุขภาพ .71 และค่าดัชนีความเที่ยงของพลังอำนาจภายในตน .86 การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยการสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้ทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ นอกจากนี้ยังพบว่าหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจภายในตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

ส่วนคะแนนพลังอำนาจภายในตนรายข้อ พบว่า หลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มทดลอง
มีคะแนนพลังอำนาจภายในตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมในหัวข้อต่อไปนี้ รัฐแผนการรักษาชัดเจน
แพทย์พยาบาลบอกเหตุผลของการรักษาพยาบาล และสามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้น เป็นต้น
โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัยสามารถนำไปปรับปรุงแนวทางในการให้ข้อมูลทางสุขภาพด้วยวิธีอื่นต่อไป
เพื่อให้ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ
ภายในตน

assessment at whole, at part and item.($P < .05$)

The scores of power of patient in the experimental group after having health informative program were significantly higher than the scores of second assessment in control group at whole and parts. ($p < .05$)

The scores of power of patient in the experimental group after having health informative program were significantly higher than those of the scores of second assessment in control group ($p < 0.05$) about self care, predict situation and understand treatment et al.

The results of the study can be used in approving health education to help patient with myocardial infarction have better health and power. The results also can be applied to use in proving health informative in other group of patient.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ชอลดา พันธุเสนา ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และพยาบาลทุกท่านในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วย ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ เพื่อนชายน้องสาวและน้องชาย ที่มีส่วนช่วยเหลือให้กำลังใจและกำลังใจทรัพย์จนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา ขอขอบพระคุณที่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งทุนจากบัณฑิตวิทยาลัย ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุพัตรา ไตรอุดมศรี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
Abstract.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	4
สมมุติฐาน.....	5
นิยามศัพท์.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	7
พลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	9
การให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	14
การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตน.....	19
3. วิธีการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือในการวิจัย.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
	(8)

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	34
ผลการวิจัย.....	34
การอภิปรายผล.....	51
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	64
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย.....	81
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	82
ภาคผนวก ค. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง.....	91
ภาคผนวก ง. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	127
ประวัติผู้เขียน.....	128

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำแนกข้อมูลทั่วไปด้วยจำนวนร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	35
2	แสดงปัจจัยที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น.....	37
3	แสดงปัจจัยที่ทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดหนัก.....	37
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนโดยรวม.....	38
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มควบคุมระหว่างการประเมินครั้งแรกและครั้งที่สองโดยรวม.....	38
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลอง.....	39
7	เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม.....	40
8	เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม.....	41
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	42
10	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของคะแนนความเชื่อ ด้านสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	43
11	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนหลังอำนาจภายในตน ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนโดยรวม.....	44
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนหลังอำนาจภายในตน ของกลุ่มควบคุมระหว่างการประเมินครั้งแรกและครั้งที่สองโดยรวม.....	45
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนหลังอำนาจภายในตน ระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลองรายด้าน.....	46
14	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนหลังอำนาจภายในตน ระหว่างการประเมินครั้งแรกและครั้งที่สองในกลุ่มควบคุมรายด้าน.....	47

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15	เปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจภายในตนก่อนและหลังการให้ข้อมูล ทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม.....48
16	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของคะแนนพลังอำนาจ ภายในตนก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....49
17	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของคะแนนพลังอำนาจ ภายในตนระหว่างก่อนและหลังให้ข้อมูลทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....50

รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
2 ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย.....	32
3 ตัวอย่างภาพพลิกประกอบคำบรรยาย.....	120

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหา:ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เพราะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับหนึ่งในจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด และในแต่ละปีมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2528 มีจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 34.6 คนต่อประชากร 1 แสนคน และเพิ่มเป็น 40.3, 47.3, 52.5 และ 59.5 ในปี พ.ศ. 2530, 2532, 2534 และ 2536 ตามลำดับ (ศรีสุดา , 2538)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ที่สำคัญคือ การอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีผลให้สมรรถภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เกิดภาวะหัวใจวาย ไตวาย การเต้นของหัวใจผิดปกติ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นอันตรายจนทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ (เฉลิมศรี , 2537) นอกจากนี้พยาธิสภาพของโรค และการรักษายังก่อให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยได้อย่างมาก เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่สมรรถภาพในการทำกิจกรรมด้วยตนเองลดลง ไม่กล้าทำอะไรกลัวว่าจะกระทบกระเทือนต่อหัวใจ กลัวไม่หาย หรือกลัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคนี้มักมีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานและช่วงสร้างฐานะของครอบครัว เป็นที่พึ่งของครอบครัวและเป็นกำลังในการพัฒนาสังคม (ศุภชัย , 2531) อ้างตาม ศรีสุดา , 2538) เมื่อมาเกิดอาการของโรค และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและกิจกรรม เปลี่ยนสภาพจากความเป็นอิสระไปสู่การพึ่งพาผู้อื่นตามแผนการรักษา เขาจะรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจที่ต้องพึ่งพาคนอื่น สูญเสียความเป็นผู้นำของครอบครัว ลี้หลังเสียใจ วิตกกังวล (สายพิน , 2532; กนกพร , 2537)

อีกทั้งอาการของโรคมักเกิดแบบกะทันหัน ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่มีโอกาสเตรียมตัวเตรียมใจ เมื่อมาพบสิ่งแวดล้อมใหม่ ซึ่งแตกต่างจากบ้านของผู้ป่วยโดยสิ้นเชิง และเขาไม่สามารถเลือกสถานที่ที่เขาต้องการนอนพักอย่างสงบ ไม่มีอาณาเขตของตนเอง ต้องมาอยู่ท่ามกลางสิ่งของเครื่องใช้เพื่อการตรวจรักษาเสมือนเครื่องพันธนาการจึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทุกอย่างต้องอยู่ภาย

ได้แผนการรักษาและกฎระเบียบของโรงพยาบาลเท่านั้น ยิ่งถ้าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ และไม่มีใครให้ข้อมูลว่า มีอะไรเกิดขึ้นกับเขา ผู้ป่วยจะมองทุกอย่างที่เกิดขึ้นอย่างไม่เข้าใจและเกิดความสงสัย การสงสัยในสิ่งที่ไม่รู้ และไม่ซักถามจะนำไปสู่การคิดฟุ้งซ่านซึ่งอาจไม่ตรงกับความจริง และมีการคาดหมายในสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนในทางที่ไม่ดีล่วงหน้า (สายพิน , 2532) ยิ่งคาดการณ์ล่วงหน้าในทางไม่ดีเพียงไร ความเชื่อด้านสุขภาพยิ่งไปบั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น เพราะความเชื่อเป็นเพียงความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวัง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ หลังจากที่บุคคลได้รับประสบการณ์หรือได้พบเห็นมา และยังเป็นแนวทางสู่การกระทำอีกด้วย (พรเพ็ญ , 2534) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคทั้งกาย จิต สังคม และได้รับการบอกเล่าว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงถึงชีวิต จึงทำให้มีความเชื่อที่ผิดจนเป็นแนวทางให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากแผนการรักษาและพยาบาล ผลที่ตามมาก็คือ อาการของโรคทรุดหนัก รุนแรงถึงขั้นวิกฤติ และสภาพจิตใจของผู้ป่วยเองก็รับรู้ว่าเขาคงไม่มีโอกาสหายจากโรคไม่สามารถควบคุมอาการของโรค ต้องทรมานจนตายเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น (สายพิน , 2532; ทศพร , 2532) จนต้องเสียชีวิตในที่สุด

เนื่องจากการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ล่วงหน้าตรงกับความเป็นจริง มีผลทำให้ความสับสนสงสัยลดลงเห็นความสำคัญของการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาการของโรคได้ด้วยตนเอง และเพิ่มพลังอำนาจภายในตนตามมา (พินิตา , 2539) ซึ่งตรงกับที่เบคเกอร์และไมแมน (Becler and Maiman, 1980) ได้กล่าวว่า การรับรู้ภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ การให้ข้อมูลทางสุขภาพที่มีความชัดเจน เข้าใจง่าย จะช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าเขาสามารถเลือกกระทำกิจกรรมได้ตามแผนการรักษา มีเหตุผลในการปฏิบัติตน และทำให้มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และจากผลการศึกษา พบว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยการแนะนำหรือสอนสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องมากขึ้น (กมลมาลย์ และสมจิตต์ , 2530 ; อรรณ และคณะ , 2532 ; วนิดา , 2538) เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง จะส่งผลให้มีการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง (จิราวรรณ , 2539) การตื่นตระหนก สับสน วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนลดลง (ปราณี , 2537; กันยา , 2526) และยังเป็นกำลังเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อเตรียมตัวเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆที่จะเกิดขึ้น (ปราณี , 2537) ที่สำคัญความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ภาพที่เหมาะสม เช่น เมื่อมีการรับรู้ด้านสาเหตุและอาการที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะได้มีการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยต่างๆที่ทำให้อาการของโรคกำเริบ เมื่อมีการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะสามารถทราบถึงระดับความสามารถของตนในการทำกิจกรรม เมื่อมีการรับรู้ด้านประโยชน์ของการรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของการรักษาและการปฏิบัติตนที่มีต่อภาวะสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยชักจูงให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และเมื่อมีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนถูกต้อง ผู้ป่วยก็จะมี การรับรู้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเองได้ (วณิดา , 2538)

และจากการศึกษาเรื่องภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตน พบว่าสาเหตุหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน (สายพิน , 2532) ดังนั้นการให้ข้อมูลทางสุขภาพจึงเป็นการเพิ่มพลังปัญญา และเป็นการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาพยาบาลก็น่าจะมีผลในการเพิ่มพลังอำนาจภายในตน ดังที่แพเรนทและวอลล์ (Parent and Whall 1984 อ้างตามฟองศรี , 2536) พบว่า เมื่อบุคคลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษาพยาบาลจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผลให้เกิดกำลังใจในการต่อสู้กับอาการของโรค และร่วมมือในแผนการรักษาพยาบาลตามมา ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า ไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางสุขภาพต่อการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและการเพิ่มพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ซึ่งถือว่าการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในทางปฏิบัติกรพยาบาล และเป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทางบวกและการเพิ่มพลังอำนาจภายในตน ด้วยวิธีการอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายหลังจากได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตาย หลังจากได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ มีความเชื่อด้านสุขภาพต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ มีพลังอำนาจภายในตนต่างกัน หรือไม่ อย่างไร

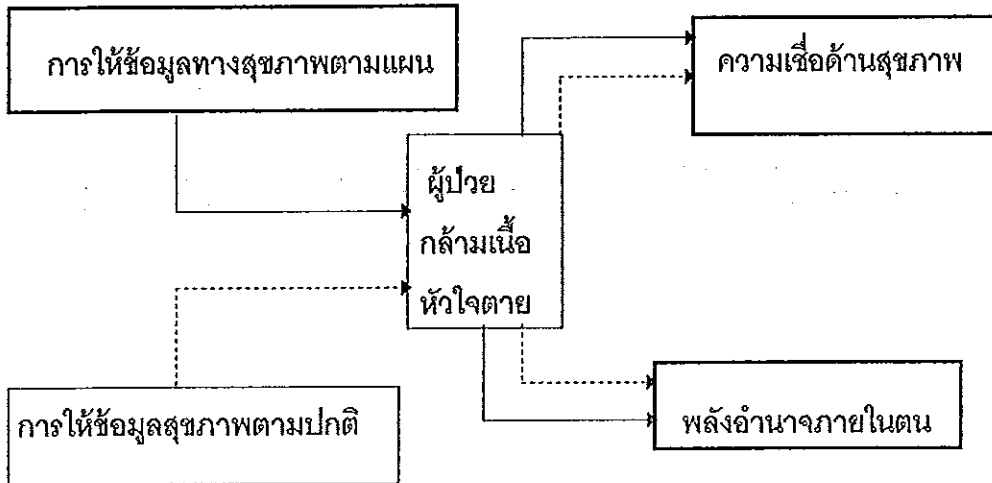
กรอบแนวคิด

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความคิดเห็น และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ความรุนแรงของอาการ ประโยชน์ของการรักษา การปฏิบัติที่ถูกต้อง และอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา วัดจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1980)

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker and Malman, 1980) มาใช้ศึกษาเรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การรับรู้สาเหตุการเกิดและลักษณะอาการ การรับรู้การดำเนินโรค และความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน

สำหรับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสูญเสียพลังอำนาจภายในตนของไวน์และโรเบิร์ต ซึ่งอาจารย์สายพิณเกษมกิจวัฒนาได้นำมาแปลความหมายของพลังอำนาจภายในตนไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และความรู้ความสามารถในการการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (สายพิณ , 2532) ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาศึกษาเรื่องพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายตามการรับรู้ความสามารถของตน 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็นอยู่

โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน (เส้นทึบ) และอีกกลุ่มให้ข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ (เส้นประ) จากนั้นสำรวจว่าหลังให้ข้อมูลมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนแตกต่างกันในแนวทางใด



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมมุติฐาน

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการได้รับข้อมูล สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน มีคะแนนของพลังอำนาจภายในตน สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ

นิยามศัพท์

การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน หมายถึง การสอนของผู้วิจัยแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลโดยให้ดูภาพพลิกและสอนประกอบการบรรยายตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะอาการ ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอาการ สาเหตุการเกิด การรักษา และแนวทางการปฏิบัติ

ระหว่างเกิดอาการ และการฟื้นฟูสภาพเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตนของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวนหลังสอนเสร็จสิ้น

การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ หมายถึง การสอนของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในด้านอายุรกรรมในวันแรก และให้เป็นระยะเมื่อแพทย์มีคำสั่งเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาโดยไม่ได้บอกเหตุผลชัดเจนหรือมีเวลาให้ผู้ป่วยซักถาม

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความคิดเห็น และความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอาการ สาเหตุการเกิด ความรุนแรงของอาการ ภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ของการรักษา การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และอุปสรรคในการปฏิบัติตน ซึ่งวัดจากแบบวัดความเชื่อทางสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1980)

พลังอำนาจภายในตน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และความรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งวัดจากแบบวัดพลังอำนาจภายในตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวความคิดของไวน์และโรเบิร์ต (อ้างตาม สายพิณ, 2532)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการพิจารณาของบุคลากรทางการพยาบาลให้ตระหนักถึงการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษา และการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทางบวกและคงไว้ซึ่งพลังอำนาจภายในตน
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เกี่ยวกับการเพิ่มพลังอำนาจภายในตนและการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทางบวกในกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีหัวข้อสำคัญดังต่อไปนี้

- ความเชื่อด้านสุขภาพ
- พลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตน

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึก นึกคิด ความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Barbara, Phipps and Wood 1983 อ้างตาม วนิดา , 2538) หรือกล่าวได้ว่า เป็นสิ่งที่บุคคลต้องเรียนรู้ และทำความเข้าใจมานานจนติดแน่นอยู่ในความคิดความเข้าใจ เป็นรูปหนึ่งของการวางแผนการกระทำของตนด้านสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น (Scheibe 1970 อ้างตาม วัฒนา , 2531) ซึ่งสามารถเกิดได้จาก 4 วิธีคือ (กมล , 2516 อ้างตาม พรเพ็ญ , 2534)

1. วิธียึดมั่นหรือเกาะแน่นในของเดิม คือ เมื่อคนรู้และเชื่อในสิ่งใดจะยึดมั่นหรือฝังแน่นว่าสิ่งนั้นเท่านั้นเป็นจริง ยังมีปรากฏการณ์เพิ่มขึ้นมากก็ยิ่งทำให้บุคคลยึดมั่นในสิ่งนั้นมากขึ้น ซึ่งผู้ที่ยึดมั่นอยู่กับความเชื่อของตน เมื่อเผชิญกับข้อเท็จจริงที่ขัดแย้งกับความเชื่อของตน ก็จะแย้งว่าความจริงที่เกิดใหม่เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เช่น เชื่อตามบรรพบุรุษของตนว่า การดื่มสุราทำให้หัวใจเต้นแรงดีขึ้นและร่างกายกระฉับกระเฉง ดังนั้นเมื่อผู้แนะนำให้เลิกดื่มสุรา จึงไม่เชื่อและไม่ปฏิบัติตาม

2. วิธียึดอำนาจเหนือ คือ เชื่อตามผู้รู้ เช่น การที่แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยปฏิบัติตาม เพราะเชื่อว่า แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องนั้น การปฏิบัติตามจึงเป็นสิ่งที่ถูกต้อง

3. วิธีรู้ได้และเชื่อสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน คือ เชื่อในสิ่งที่มิผู้กระทำมาก่อนและประสบผลสำเร็จ เช่น การที่ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายที่เพิ่งเข้ารับการรักษา เชื่อและปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยโรคเดียวกันที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี และมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

4. วิธีการทางวิทยาศาสตร์ คือ มีการแก้ไขปัญหาและตรวจสอบพิสูจน์ว่าจริงหรือไม่ก่อนจะเชื่อและปฏิบัติตาม

และเพื่อให้เห็นรูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และชัดเจนตามลำดับความต้องการการรับรู้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker and Maiman, 1980) มาใช้ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตายตามการรับรู้ความรับผิดชอบของด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

1. การรับรู้สาเหตุการเกิดและอาการ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายกว่าผู้อื่น เขาจะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันรักษาสุขภาพของตน (นิตยา , 2535) โดยการเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดอาการ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Becker and maiman, 1980) เช่น คนอ้วนที่ชอบสูบบุหรี่และเครียดจากการทำงาน เมื่อทราบว่า ตนมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ำมเนื้อหัวใจตาย ก็จะพยายามควบคุมอาหาร เลิกสูบบุหรี่และหาโอกาสผ่อนคลายความเครียด เพื่อป้องกันการเกิดโรค เป็นต้น ส่วนลักษณะอาการ หรือ การกำเริบของโรคอย่างรุนแรงและกะทันหันจากโรคกล้ำมเนื้อหัวใจขาดเลือดจนเซลล์ตายจะเกิดอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ และอ่อนเพลีย จนผู้ป่วยมีสมรรถภาพในการทำกิจกรรมประจำวันของตนเองลดลง ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เกิดการคุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย (สมจิตร , 2532) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตื่นตัวในการทำตามผู้รู้ เช่น แพทย์และพยาบาลมากขึ้นด้วย

2. การรับรู้การดำเนินโรค และความรุนแรงของโรค ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (1980) ได้กล่าวว่า แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วยแล้ว ก็ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดการรับรู้และมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา ต้องให้บุคคลมีความเชื่อว่าอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้มีการดำเนินโรคและผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของผู้ป่วยด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ดังเช่น การที่ผู้ป่วยทราบว่าตนเป็นโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ได้แต่เพียงควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ ดังนั้นเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรค ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องจำกัดกิจกรรมที่

ต้องออกแรง หรือก่อให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนงานหรือบทบาททางสังคมที่ต่างจากเดิม สถานะพึ่งพาผู้อื่น หรือการที่อาการของโรคกำเริบ จนทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสามารถแม้แต่ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรม ยิ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อชีวิตของตน

3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็นการรับรู้ถึงผลดีต่อสุขภาพจากการได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อตามหลักวิทยาศาสตร์ จะทำให้สามารถควบคุมอาการต่างๆ ได้ เกิดความมั่นใจในแนวทางการดำเนินชีวิตของตนในอนาคตตามมา

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลจากการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดำเนินชีวิตภายใต้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ว่ามีแนวโน้มจะเกิดสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น ความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยหอบ และอ่อนเพลียง่าย การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ต่อเนื่อง การปรับกิจกรรมและการทำงานรวมถึงบทบาทของสังคมที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางจิตและการใช้กำลังงาน หรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกำเริบของโรค เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้สิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการทำพฤติกรรมตามแผนการรักษาแล้ว ย่อมก่อให้เกิดการตระหนักในการหาแนวทางการแก้ไขที่เหมาะสมกับตนเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งไม่พึงปรารถนานั้น ๆ เช่น ผู้ป่วยสูงวัยซึ่งยากจนก็เสนตัวขอรับการช่วยเหลือจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ หรือทำบัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น

พลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พลังอำนาจภายในตน หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม หรืออารมณ์ของบุคคลไปสู่ภาวะเสียสมดุล (Wilkinson, 1979) หรือ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการมีอิทธิพลเหนือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสามารถควบคุมพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลอื่นด้วย (Miller, 1983 : 3; ชุติมา , 2535)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจัดเป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงคุกคามต่อการมีชีวิตและไม่มีทางรักษาให้หายขาด ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าเป็นโรคที่อันตรายถึงแก่ชีวิต จึงไม่กล้าทำอะไรกลัวว่า จะกระทบกระเทือนต่อหัวใจ กลัวตาย กลัวทรมาณจากอาการของโรค แต่อีกแง่หนึ่งก็ไม่อยากสูญเสีย

เจ็บปวดทรมานทางสังคม และไม่อยากเป็นภาวะให้ผู้อื่น ซึ่งเมื่ออ้างตาม สายพิณ (2532) จะกล่าว
ว่า ในสภาวะการณ์นี้ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับ
ชีวิตของเขา กิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องคล้อย
ตาม หรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ หรือเรียกว่า เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายใน
ตนเอง โดยสามารถประเมินได้จากการบอกเล่าและการแสดงอารมณ์ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย 4
ด้าน ดังนี้

1. การพูด (verbal response) ที่บ่งบอกถึงการที่เขาไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิด
ขึ้นกับเขาได้แก่ "ฉันพยายามทำทุกอย่างที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ แต่อาการไม่ได้ดีขึ้นเลย" "ฉัน
อ่อนเพลียเหลือเกิน ทำอะไรเองก็ไม่ได้", "ทำไมหมอจึงสั่งห้ามไม่ให้ฉันลุกเดิน ทั้งที่ไม่เป็นอะไรมาก
นอกจากเจ็บหน้าอก" "ฉันเป็นโรคหัวใจร้ายแรง คงต้องตายแน่แล้วคราวนี้" เป็นต้น

2. การแสดงออกทางอารมณ์ (emotional response) เช่น ซึมเศร้า ร้องไห้ วิตกกังวล
หงุดหงิด ก้าวร้าว เป็นต้น

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (participation in activities of daily living) ผู้ป่วยที่อยู่ใน
ภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตนเอง จะไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่สามารถตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ
ที่เกี่ยวกับตนเองได้ พึ่งพาคนอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไม่สมเหตุผล

4. ความรับผิดชอบที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของตน (Involment in learning
about care responsibilities) ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะรู้หรือซักถามเกี่ยวกับโรคหรือการรักษาที่ได้รับ
ระดับความสามารถในการเรียนรู้จะต่ำ ขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลให้ผู้ป่วยกล้ำกลืนเนื้อหาหัวใจตายเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตนเอง มีดัง
ต่อไปนี้ คือ

1. การสูญเสียความสามารถในการควบคุม (loss of control)

1.1 การเสียอำนาจในการควบคุมร่างกาย (Physiological loss of control)
เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับเนื้อหัวใจ ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ
ผลที่ตามมาคือ ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายจะได้รับเลือดไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการของโรคได้ทั้ง
เวลากิจกรรมหรือพักผ่อน ตลอดจนสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง เปลี่ยนสภาพจากความเป็น
อิสระไปสู่การพึ่งพาผู้อื่น และอุปกรณ์การรักษาในการดำเนินชีวิตประจำวัน (เฉลิมศรี , 2537)

การจำกัดการเคลื่อนไหวและกิจกรรมเพื่อลดการทำงานของหัวใจตามแผนการรักษา ผู้
ป่วยจะรู้สึกว่าคุณไม่มีค่า ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ต้องขอความช่วยเหลือจาก

บุคคลอื่น ไม่สามารถมีอำนาจเหนือตนเองได้อีกต่อไป ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจได้ (Roberts, 1976 : 98 - 99)

นอกจากนั้นความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น เวียนศีรษะ (Goldman 1944 : 33) ยังเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่น่ามาซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ซึ่งมีสาเหตุเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะเมื่ออยู่ในโรงพยาบาลในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยจะคาดการณ์ถึงอนาคตว่าเธอต้องเผชิญอะไรบ้างเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพราะสภาพร่างกายเปลี่ยนไป การประกอบอาชีพ บทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมก็ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นภาระของผู้อื่น

1.2 การสูญเสียอำนาจจากขาดการควบคุมด้านจิตใจ (Psychological loss of control) ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง และไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง คนไข้จะมีความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจที่ต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียความเป็นผู้นำในครอบครัว ผู้ป่วยจะแสดงความรู้สึกวิตกกังวล โกรธ รู้สึกผิด สิ้นหวัง เสียใจ เก็บตัว และร้องไห้ ซึ่งอาการแสดงต่าง ๆ เป็นผลมาจากการที่เธอสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายทั้งสิ้น

1.3 การสูญเสียอำนาจจากการควบคุมสิ่งแวดล้อม (environment loss of control) การที่ผู้ป่วยต้องย้ายเข้าไปในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่อย่างกะทันหัน แตกต่างจากสิ่งแวดล้อมเดิมโดยสิ้นเชิง เธอไม่สามารถเลือกสถานที่ที่เธอต้องการนอนพักรักษาตัว ไม่มีอาณาเขตของตนเอง ต้องอยู่ท่ามกลางสิ่งของเครื่องใช้เพื่อการรักษาต่าง ๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ซึ่งเปรียบเหมือนเครื่องพันธนาการ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเธอไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะ acute myocardial infarction ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะ cardiogenic shock ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง มีเครื่องมือทางการแพทย์ติดตามร่างกายเพื่อตรวจรักษา ทั้งยังมีการงดอาหารและน้ำ และการตรวจเลือด ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยอย่างมาก

สิ่งแวดล้อมอีกอย่างหนึ่ง คือ บุคคลในครอบครัว ถึงแม้สภาพร่างกายจะอ่อนเพลียมาก ไม่มีแรงที่จะทำกิจกรรมใด ๆ แต่โดยธรรมชาติเธอยังต้องการให้คนในครอบครัวยกย่องและชื่นชมเธออยู่เสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว จะเกิดความรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลในครอบครัวเหมือนเดิมถ้าภรรยาหรือสามี และบุตร ประเมินว่าผู้ป่วยสมควร

นอนพักผ่อนมากกว่าที่จะมีบทบาทในการตัดสินใจเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัว และแนวทางการรักษา

นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมทางด้านบุคลากรในโรงพยาบาลและกฎระเบียบของโรงพยาบาลก็ยังมีส่วนเป็นสาเหตุของภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยได้ด้วย คือ บทบาทของผู้ป่วยบังคับไม่ให้มีอิสระต่ออาศัยบุคคลอื่นและทำตามกฎระเบียบของโรงพยาบาลทุกประการ หรือจากท่าทางของบุคลากรที่ไม่เป็นมิตร การตำหนิ หรือมองผู้ป่วยเป็นบุคคลเจ้าปัญหา ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์ไม่ชอบถูกกระแทกแตกดัน ถูกตำหนิ หรือการไม่ให้เกียรติจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และวัยกลางคน ซึ่งเคยมีบทบาทผู้นำทางครอบครัวและสังคม

2. การขาดความรู้ (lack of knowledge)

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า พยาธิสภาพของโรค อาการแสดง และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความตื่นกลัวแก่ผู้ป่วยได้อย่างมาก ผู้ป่วยเกือบทุกคนมักคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดความกลัว เช่น กลัวความมืด กลัวความเจ็บปวด กลัวความทุกข์ทรมานจากโรค กลัวตาย และเกรงจะเป็นภาระให้คนอื่น ความวิตกกังวลส่วนใหญ่มักเกิดจากความไม่รู้ บีแลนด์ และพัลโล (Beland and Parsos, 1981 : 377) กล่าวว่าความวิตกกังวลส่วนใหญ่เกิดจากความไม่รู้ ทำให้เกิดการรับรู้ที่ผิดหรือเบี่ยงเบนไปจากความจริง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมชีวิตของตนเอง และไม่ตระหนักถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ผลที่ตามมาก็คือ การรักษาที่เนิ่นนาน และการทุกข์ทรมานจากโรคยิ่งขึ้น

และเมื่อทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายกันแล้ว ในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาถึงวิธีเพิ่มพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วย ดังนี้ คือ

วิธีการเพิ่มพลังอำนาจภายในตน หมายถึง การส่งเสริมและการให้โอกาสบุคคลในการแสดงออกถึงความสามารถของตน (Rappaport 1984 อ้างตาม สุพิศ , 2538)

คิฟเฟอร์ (Kieffer 1984) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทักษะมีส่วนร่วมสัมพันธ์กับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการยกย่องนับถือตนเอง

ซิมเมอร์ และพาร์สันส์ (Simor and Parson 1983) กล่าวว่า เป็นการให้อำนาจแก่บุคคลที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อม และความสำเร็จในการตัดสินใจของตนเอง

ตามพจนานุกรมของคอลลินส์ (Collins Dictionary cited in Mcheod 1987) ได้ให้คำจำกัดความการเพิ่มพลังอำนาจภายในตน ว่า เป็นการให้อำนาจ ให้ความสามารถ อนุญาตให้ หรือทำให้มีความสามารถที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่า วิธีการเพิ่มพลังอำนาจภายในตนมีได้หลายวิธี ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ คือ

1. การได้รับอำนาจ ได้แก่

1.1 การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ หรือพยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย รวมทั้งยอมรับพฤติกรรมการแสดงออกภายใต้แผนการรักษาพยาบาล เพราะการที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทางกาย ย่อมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี สุขใจ และมีคุณค่า มีการรับรู้ถึงการยอมรับจากบุคคลอื่น

1.2 การได้รับข่าวสารทางสุขภาพ จะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ หากขาดข้อมูลทางสุขภาพที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการแล้ว คุณภาพและประสิทธิภาพของกระบวนการตัดสินใจก็ว่าจะไม่เกิดขึ้น จนเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการของโรค และเป็นอันตรายต่อชีวิตในที่สุด ซึ่งตรงกับที่ แฮคแมน และโอลด์แมน (Hackman and Oldman 1980) ได้สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นปัจจัยในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญ

1.3 การได้รับปัจจัยที่จะสนับสนุนให้การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาสำเร็จบรรลุเป้าหมายได้แก่ เงินทุนในการเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา การเปิดช่องว่างให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล และการที่พยาบาลให้เวลาอยู่กับผู้ป่วย แทนที่จะใช้เวลาไปในการทำงานอื่นที่มีในงานพยาบาล หรือให้เวลาในการจัดการกับเอกสารต่าง ๆ ที่มีจำนวนมากเกินความจำเป็น จนทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยลง (สุพิศ , 2538)

2. การได้รับโอกาส ตามแนวคิดของแคนเตอร์ (Kanter, 1977 cited in Chandler 1990 อ้างตาม สุพิศ , 2538) ได้แก่

2.1 การได้รับโอกาสเลือกในสิ่งแวดล้อมที่ตนต้องการ เช่น ผู้ป่วยมีฐานะทางเศรษฐกิจดีสามารถเลือกที่จะอยู่ห้องพิเศษโดยมีพยาบาลเฝ้าไข้อย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาลเอกชน ส่วนผู้ป่วยฐานะปานกลางในระยะแรกอยู่ห้องผู้ป่วยหนักส่วนที่สามารถพักผ่อนได้โดยไม่มีสภาพผู้ป่วยหนักอาการรุนแรงอยู่ใกล้และระยะต่อมาจึงย้ายมาอยู่ตึกผู้ป่วยอายุรกรรมในส่วนที่บรรยากาศเหมาะแก่การพักผ่อนแต่พยาบาลสามารถสังเกตอาการได้ชัดเจน เป็นต้น

2.2 การได้รับคำยกย่องชมเชยเมื่อปฏิบัติตนถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเกี่ยวกับพลังอำนาจภายในตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีแบบแผน โดยเห็นว่า หลายครั้งที่พยาบาลมักจะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยคาดเอาเองว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย แต่ขณะนั้นผู้ป่วยอาจยังไม่พร้อมที่จะรับรู้ข้อมูลชนิดนั้น การให้ข้อมูลโดยไม่ถามความต้องการข้อมูลที่แท้จริงจากผู้ป่วยก่อน อาจทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยหากข้อมูลของผู้ป่วยต้องการแท้จริงได้รับน้อยเกินไป ผู้ป่วยจะจินตนาการเหตุการณ์ในอนาคตไปในทางเลวร้ายเกินความเป็นจริง แต่หากข้อมูลที่ได้รับมากเกินไปอาจเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น (Miller et al 1990 อ้างตาม จิราวรรณ , 2539) ส่วนวิธีการเพิ่มพลังอำนาจภายในตนด้วยวิธีการอื่นนั้น ในปัจจุบันการปฏิบัติพยาบาลได้เห็นความสำคัญและกระทำอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว คือ

1. เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลจะดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยภายใต้แผน การรักษาพยาบาลเพื่อลดความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย
2. เมื่อผู้ป่วยไม่มีเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะมีหน่วยสังคมสงเคราะห์คอยช่วยเหลือด้านการเงิน โดยพยาบาลเป็นคนติดต่อประสานงาน
3. การบริหารการพยาบาลด้วยการจัดโครงสร้างของหอผู้ป่วย มีการจัด ทีมผู้ป่วยเป็นประเภทที่เอื้อต่อการดูแล และการปฏิบัติตนของผู้ป่วย และมีการบริหารบุคลากรพยาบาลตามตำแหน่งและหน้าที่อย่างเหมาะสม เพื่อให้พยาบาล ได้มีเวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น เป็นต้น

การให้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การให้ข้อมูลทางสุขภาพ หมายถึง การให้รายละเอียด หรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการรักษาและพยาบาล ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง (Perry 1981 อ้างตาม วนิดา , 2538) ผลจากการให้ข้อมูลจะทำบุคคลเกิดการเรียนรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ, 2526) ดังนั้นในการที่ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามกรอบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (1980) ดังที่กล่าวมานั้น ความรู้ที่จำเป็นที่ผู้วิจัยจะต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยจึงมีดังต่อไปนี้

ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ อันเป็นผลจากการขาดเลือดหรือออกซิเจน (Morris, 1953)

สาเหตุการเกิด

สาเหตุที่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบบ่อยที่สุด คือ การตีบตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary atherosclerosis) อย่างสมบูรณ์ ซึ่งสามารถแบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุการเกิดการตีบตันหรือหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ได้ 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง (Pell 1985 อ้างตาม ยศวีร์ , 2524 : 199) อายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสเกิดขึ้นได้มากกว่าบุคคลอายุน้อย (ศุภชัย , 2531 : 1) ผู้มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว มีโอกาสเป็นมากกว่า 2.74 เท่า (ยศวีร์ , 2524 : 293)

2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือควบคุมได้ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด ดื่มสุรา และมีประวัติเคยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดสูง (พัลลภ 2534 ; ยศวีร์ ; วิชัย 2534 ; จีราวรรณ 2539)

ลักษณะอาการ ที่พบได้แก่ ความเจ็บปวดหน้าอกรุนแรงได้กระตุกคลื่นปัสสาวไปหัวไหล่ คอได้คาง นานกว่า 30 นาที เหงื่อหอบ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด เป็นต้น (คณินิจ , 2529; จีราวรรณ , 2539)

การดำเนินโรคและความรุนแรง

เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่สกัดเอาออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยงตัวเองมากที่สุดประมาณ 60-75 เปอร์เซ็นต์ ทำให้ทุนสำรองของหัวใจเหลือเพียง 40-25 เปอร์เซ็นต์ เมื่อสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้หัวใจต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น เช่น ออกกำลังกาย เครียด เป็นต้น หัวใจไม่สามารถสกัดเอาออกซิเจนที่เหลือมาใช้ได้อีกแล้ว ถ้าจะให้ได้มากขึ้น จะต้องมีการนำเลือดมาเลี้ยงหัวใจเพิ่มมากขึ้น โดยการบีบตัวแรงขึ้น ขยายขนาดของหัวใจใหญ่ขึ้น ถ้าไม่สามารถเพิ่มจำนวนเลือดมาเลี้ยงหัวใจได้จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก จนกระทั่งกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ (จีราวรรณ, 2539) ซึ่งความรุนแรงของโรคสามารถแบ่งได้ 4 ระดับคือ

(Morris, 1953)

ระดับ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการออกแรงทำงาน แต่ต้องพักผ่อนให้เพียงพอ เพราะถ้าทำงานหนักใหม่อาจมีอาการอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หรือกำเริบเป็นระดับต่อไปได้

ระดับ 2 ทำงานปกติจะอ่อนเพลีย หอบเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก ขณะพักสบายดี

ระดับ 3 ทำงานน้อยกว่าปกติจะเกิดอาการหอบเหนื่อย ใจสั่น เจ็บหน้าอก แต่ขณะพักสบายดี อาจมีภาวะปอดบวมน้ำเต็มปอดร่วมด้วย

ระดับ 4 ไม่สามารถออกกำลังกายกิจกรรมใดๆได้ด้วยตนเอง มีอาการเจ็บหน้าอก และเหนื่อยแม้แต่เวลาพัก มักมีภาวะช็อกหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย

ดังนั้นในการศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งนี้ จึงเลือกเฉพาะที่มีระดับความรุนแรง 1 - 3 เนื่องจาก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความรุนแรงของโรคในระดับ 4 อยู่ในภาวะวิกฤตเหนื่อยและเจ็บหน้าอกแม้เวลาพัก ทั้งยังมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงร่วมด้วย สภาพร่างกายจึงไม่พร้อมที่จะแลกเปลี่ยนข่าวสารและรับทราบข้อมูล โดยเมื่ออ้างตามหลักการสอน พบว่า ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการรับข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องประกอบด้วย

1. ระดับภาวะทางร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวกับโรคที่เป็น ความรุนแรงของอาการและสภาพทางด้านร่างกายต้องเหมาะสม (จิววิวัลย์, 2524)

2. รู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น (พนิดา, 2539)

3. สภาพทางอารมณ์เหมาะสม คือ ถ้าหากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูง การให้ข้อมูลต่าง ๆ จะไร้ประโยชน์ เพราะบุคคลจะไม่สามารถรับรู้ข้อมูลนั้นได้ (สุรีย์, 2532 หน้า 16 อ้างตาม นาฎญา, 2535) หรือ ถ้าผู้ป่วยอ่อนเพลีย เครียด ซึมเศร้าหรือหมดสิ้นความหวัง ย่อมมีข้อจำกัดในการรับรู้ แต่ถ้าจำเป็นต้องสอนในขณะนั้น ต้องสอนให้แจ่มชัด เฉพาะเจาะจง และใช้เวลาสั้น (นพรัตน์, 2538)

4. ผู้รับข้อมูลต้องมีความต้องการข้อมูลนั้น จะก่อให้เกิดความสนใจ ความกระตือรือร้น และพร้อมในการเรียนรู้

แนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีหลักการรักษา ดังนี้

1. วินิจฉัยโรคให้เร็วที่สุดและรับไว้ดูแลอย่างใกล้ชิด
2. รักษาด้วยยาที่เหมาะสมเพื่อลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
- 4.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับไปสู่สังคมด้วยความปกติสุขมากที่สุด

ซึ่งสามารถแบ่งระยะการรักษาออกเป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะอาการไม่คงที่ หมายถึง ระยะเริ่มแรกซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด โดยให้นอนพักนอนอย่างเต็มที่ ให้ออกซิเจนเมื่อเหนื่อยหอบ ให้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และลดความวิตกกังวล พร้อมติดตามสังเกตอาการผิดปกติของหัวใจด้วยการบันทึกการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บันทึกอาการแสดงชีพ และตรวจเลือด ให้ออกกำลัง

ภายใต้เล็กน้อยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น บริหารการหายใจ โดยให้หายใจเข้าลึก ๆ หายใจออกยาว ๆ และให้กระดูกปลายเท้าขึ้นลง เพื่อป้องกัน Pulmonary Embolism และ Venous Thrombosis และถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน และสัญญาณชีพปกติใน 24 ชั่วโมง แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง พลิกตัวได้ ลุกนั่งเองได้ หรือลุกขึ้นยืนข้างเตียงเพื่อถ่ายปัสสาวะบนเตียงไม่สะดวกร และภายหลัง 48 ชั่วโมง สามารถลงมานั่งข้างเตียงได้วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 - 20 นาที

2. ระยะอาการคงที่ โดยส่วนใหญ่อาการทางคลินิกมักไม่เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยปรับตัวและยอมรับสภาวะโรคที่เป็นอยู่ พร้อมที่จะเรียนรู้ และร่วมมือในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ตนเองหายจากโรค และอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อย่างเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเป็น เริ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการช่วยเหลือตนเอง ปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนช่วยเหลือ พร้อมหลีกเลี่ยงอาการแทรกซ้อน และให้การพักผ่อนตามโอกาส

ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลนั้น แพทย์จะพิจารณาเป็นราย ๆ ส่วนใหญ่ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน มักอยู่โรงพยาบาล 1 - 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยอายุน้อยและฟื้นตัวเร็ว อาจอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่านี้ แต่ถ้ามีโรคแทรกซ้อนอาจอยู่นาน 4 - 5 สัปดาห์ โดยแพทย์จะนัดมาตรวจร่างกายและรับยาอย่างต่อเนื่องทุก 4 - 6 สัปดาห์

แนวทางการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังต่อไปนี้

1. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ควรหยุดพักกิจกรรมต่าง ๆ ทุกอย่างทันที และควรนั่งพักหลังหรือนอนศีรษะสูงประมาณ 30 - 45 องศา ตามด้วยอมยาลดอาการเจ็บหน้าอกที่ได้ลิ้น ติดต่อกันทุก 5 - 10 นาที ถ้าเจ็บนานกว่า 30 นาที อาการไม่ทุเลา ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที

2. เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่ต้องปฏิบัติ คือ (สมจิต , 2533)

2.1 นอนพักผ่อนบนเตียง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ แต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามสภาพร่างกายและแผนการรักษาของแพทย์

2.2 รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและลดความวิตกกังวล

2.3 รับประทานอาหารอ่อน รสจืด เพื่อลดการย่อยที่มีผลเพิ่มการทำงานของหัวใจและอาหารรสจืดลดการสะสมเกลือ ซึ่งทำให้เกิดอาการบวม

2.4 ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน รวมถึงการดื่มน้ำวันละ 1000 - 2000 ซีซีต่อวัน (ถ้าไม่มีข้อห้าม) และรับประทานผักและผลไม้ แต่ถ้าเริ่มท้องผูกต้องรายงานแพทย์ขอยาระบาย เพราะท้องผูกเป็นการเพิ่มความดันในช่องท้อง ซึ่งมีผลเพิ่มการทำงานของหัวใจ

2.5 สังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ จุกแน่น ใจสั่น ฯลฯ ควรรับรายงานแพทย์และพยาบาลทราบ

2.6 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ หรือสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้ซักถามเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทุกคน เพื่อลดความสับสน และวิตกกังวลลง

3. เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนในช่วง 7 - 14 วัน แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านและนัดมาตรวจร่างกายและรับยาเป็นระยะ ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค คือ

3.1 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร ดังนี้ คือ

- จำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ไขมันสัตว์ เนย ครีม น้ำมันสัตว์ เป็นต้น จากอาหารเหล่านี้ ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง (วิชัย 2534 : 107)

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก ๆ เช่น ขนมหวาน ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน เพื่อควบคุมน้ำหนัก ไม่เกิดความอ้วน จากเมื่ออ้วนตัวจะสร้างโคเลสเตอรอลมากกว่าปกติ และสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิดการตีบและแข็งตัวของหลอดเลือดมากขึ้น (ศรีสุตา , 2537)

- ลดปริมาณเกลือในอาหาร เช่น อาหารรสเค็ม หมักดอง กระปิ ปลาเค็ม จากเชื่อว่าอาหารรสเค็ม ทำให้มีการหลังสารโซเดียมและโปแตสเซียม มีผลให้แคลเซียมในหลอดเลือดมากขึ้น เกิดหลอดเลือดไวต่อการกระตุ้นและเกิดการหดตัวจนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ (สมจิต , 2536 : 135)

- รับประทาน ผัก จะให้เกลือแร่ และวิตามิน ทำให้รู้สึกอิ่มเร็ว และรับประทานอาหารที่พลังงานมาก ๆ ได้น้อยลง เป็นการลดน้ำหนัก และช่วยบรรเทาอาการท้องผูก (วิชัย , 2534 : 109; จันทนา , 2538)

3.2 ปรับปริมาณน้ำดื่มโดยดูจากน้ำหนักตัวหรือจำนวนปัสสาวะ เนื่องจากในภาวะที่ไตไม่สามารถขับน้ำออกจากร่างกาย มีผลให้ปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจมากขึ้น จนมีผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อบีบตัวให้เลือดออกจากหัวใจ (ศรีสุตา , 2537)

3.3 เลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมากกว่า 12 ดีกรี ในปริมาณมากกว่า 4 ซองต่อวัน 1 วัน จากทำให้หลอดเลือดหดตัวมากขึ้น และไม่ดื่มชา กาแฟ เพราะมีส่วนผสมของคาเฟอีน ที่ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ (ชูศักดิ์ , 2539)

3.4 ปรับการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายแต่พอดีและสม่ำเสมอ โดยเลี่ยงการก้ม การเบ่ง และการออกแรงมากกว่าปกติ เช่น ยกของหนัก (สมบัติ , 2530 : 6)

3.5 เลี่ยงความเครียดและอารมณ์รุนแรง จะมีผลทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น และหลังอะดรีนาลีนออกมา ทำให้หัวใจเต้นเร็วจนเป็นอันตรายได้ (ศรีสุดา , 2537)

3.6 งดการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีนิโคตินและทาร์ ที่กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งแคททีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดเลือดหดตัว และมีการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ช้าลง (ชูศักดิ์ , 2539)

3.7 เพศสัมพันธ์ควรกระทำอย่างนุ่มนวลเป็นลำดับ เริ่มด้วยความต้องการออกกำลังกายมากกว่าตอบสนองความต้องการทางเพศ ด้วยท่าที่สะดวกแก่ทั้งสองฝ่าย และไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ทันทีภายหลังรับประทานอาหารและหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรอมไนโตรกลีเซอรินก่อนการร่วมเพศ หากมีอาการเจ็บหน้าอก หน้ามืด นอนไม่หลับ อ่อนเพลียมาก ควรปรึกษาแพทย์ (สมจิต , 2536)

3.8 เรียนรู้และป้องกันอันตรายจากพยาธิสภาพและการรักษา เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ การตรวจตามนัดทุกครั้ง รู้จักใช้ยาอมใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น (สมจิต , 2536)

อุปสรรคในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง สิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ตามแผนการรักษา เช่น การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานจากเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต การที่ต้องมาตรวจตามนัดทุกเดือนเป็นเวลานาน การต้องปรับกิจวัตรประจำวันที่เคยชินตามแผนการรักษา เพื่อลดการทำงานของหัวใจหรือการถูกลดบทบาททางสังคมจากผู้นำครอบครัวที่ตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัวมาเป็นสมาชิกที่ต้องคอยรับฟังแทนจากญาติต้องการให้ผู้ป่วยพักผ่อน สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนนำมาซึ่งความเศร้า วิตกกังวล เครียด และทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาบกพร่อง เกิดการกำเริบของโรคและอาจเสียชีวิตในที่สุด (Becler, et al 1980)

การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน

การให้ข้อมูลทางสุขภาพ หมายถึง การสอน การให้รายละเอียด หรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำ ผลที่คาดว่าจะได้รับการรักษาพยาบาล ตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง (Petty, 1981 อ้างตามวนิดา, 2538) ผลจากการให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติตน (ประภาเพ็ญ, 2523) ดังนั้นบทบาทอิสระของพยาบาลอย่างหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ช่วยเหลือบุคคลที่มีความ

Central Library
Prince of Songkla University

พร้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพให้มีการพัฒนาความรู้หรือความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตน ก็คือทำให้ข้อมูลทางสุขภาพนั่นเอง โดยในการให้ข้อมูลทางสุขภาพจากงานวิจัยนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ การเกิด ลักษณะอาการ การดำเนินโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาล รวมถึงการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1980) เพราะเป็นเนื้อหาที่มีกลวิธีเข้าใจง่าย ชัดเจน และตรงกับข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการตามระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในวันแรกๆ ผู้ป่วยจะต้องการทราบเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎระเบียบของโรงพยาบาล และการวินิจฉัยโรค ส่วนข้อมูลในระยะต่อมา ซึ่งตรงกับที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เป็นข้อมูลที่เกี่ยวกับ วิธีการรักษา ผลการรักษา แนวทางทางการปฏิบัติตน โอกาสที่จะหายจากโรค สาเหตุการเกิด และความรุนแรง เป็นต้น (พนิดา, 2538) และในการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องเป็นการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนหรือมีการเตรียมการสอน อันประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการและอุปกรณ์การสอน และการประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้ (พนิดา, 2538)

1. การวางแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

การให้ข้อมูลทางสุขภาพจะบรรลุตามเป้าหมายได้ จำเป็นจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานให้เป็นขั้นตอน กิจกรรมแรกของการดำเนินงานคือ โดยเริ่มตั้งแต่การ วิเคราะห์และกำหนดจุดมุ่งหมายให้เด่นชัดว่าต้องการให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งใด คัดเลือกเนื้อหา กำหนดรูปแบบปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ ตลอดจนประเมินผล (ไชแสงและคณะ, 2527)

2. แผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ (สมคิดและประนอม, 2521)

เป็นกระบวนการสำคัญที่สุดของการสอนอย่างเป็นทางการ โดยมีขั้นตอนการเตรียมแผน ดังนี้คือ

2.1 กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป หมายถึง วัตถุประสงค์ที่เป็นวัตถุประสงค์สูงสุดของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

2.2 กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หมายถึง วัตถุประสงค์ที่กล่าวไว้เฉพาะเจาะจง โดยเป็นพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังการให้ข้อมูล ซึ่งสามารถวัดและประเมินผลได้

3. กำหนดเนื้อหา ต้องเป็นเนื้อหาที่ครอบคลุมวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมทุกข้อ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมตามที่กำหนดไว้

4. กำหนดกิจกรรมการให้ข้อมูล หมายถึง กิจกรรมระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมจะบอกว่าเนื้อหาต่อนั้นผู้ให้ข้อมูลจะทำอย่างไร จึงจะบรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ตั้งไว้

5. เขียนบันทึกการให้ข้อมูลที่กำหนดไว้เป็นหลักฐาน โดยแบ่งหน้ากระดาษเป็นตารางซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมการให้ข้อมูล สื่อการให้ข้อมูล และการประเมินผล

ความสัมฤทธิ์ผลในการให้ข้อมูลทางสุขภาพส่วนหนึ่งย่อมขึ้นกับการเลือกวิธีการให้ข้อมูล และการใช้สื่อการให้ข้อมูลที่เหมาะสม เพราะจะช่วยกระตุ้นและชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ อยากรู้ อยากเห็น และต้องการที่จะศึกษาเพิ่มเติม (สมคิดและประนอม, 2521) โดยหลักของการให้ข้อมูลมีดังนี้คือ

1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย มีการอธิบายซ้ำ และชี้ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าเข้าใจตรงกับผู้สอนหรือไม่
2. แนะนำขั้นตอนการรักษาและการปฏิบัติตนให้ง่าย ใช้เวลาสั้น สั้นเปลืองค่าใช้จ่ายค่าอุปกรณ์การสอนน้อย
3. ตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเพื่อว่าผู้สอนจะได้ไม่สอนซ้ำซ้อน และปรับการรับรู้ของผู้ป่วยให้ตรงกับความเป็นจริง
4. ปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน เพื่อให้เกิดความเป็นกันเองและผู้เรียนกล้าที่จะซักถาม
5. สร้างข้อผูกพันกับผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดข้อมูลที่ต้องการทราบ วัตถุประสงค์ และขั้นตอน และทำข้อตกลงของการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมถึงการใช้แรงสนับสนุนให้กำลังใจในการรักษาแก่ผู้ป่วย

ส่วนวิธีการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพในทางปฏิบัติเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ การเลือกใช้วิธีใดนั้นต้องยึดถือพื้นฐานความรู้ ความสามารถ และความต้องการของผู้รับข้อมูล ซึ่งวิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพมีด้วยกันหลายวิธีและต่างก็มีข้อดีข้อเสียต่าง ๆ กัน คือ

1. การบรรยาย (lecture) การบรรยายสามารถถ่ายทอดข้อมูลแก่ผู้รับข้อมูลได้ในเวลาจำกัด สามารถจัดบทเรียนให้มีความยากง่าย พอเหมาะกับวัยของผู้รับข้อมูล สามารถถ่ายทอดความรู้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้รับข้อมูลได้ดีและสามารถเพิ่มเติมขยายรายละเอียดจากบทเรียนให้กว้างขึ้น แต่จะมีข้อบกพร่องคือ เป็นการเรียนรู้แบบเฉื่อยชา เกิดความเบื่อหน่าย ไม่น่าสนใจ เพราะผู้รับ

ข้อมูลไม่มีส่วนร่วมมากนัก และมีโอกาสศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองน้อย แต่การบรรยายจะได้ผล น่าพอใจ ถ้าผู้ให้ข้อมูลมีการวางแผนอย่างเป็นระบบตรงตามวัตถุประสงค์ และมีความเชี่ยวชาญ ในการถ่ายทอดพอ อีกทั้งถ้ามีเครื่องมือโสตทัศนูปกรณ์เข้าช่วย และเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อ ชั่งใจต่าง ๆ ก็จะได้ผลดียิ่งขึ้น

2. การอภิปราย (Discussion) เป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ที่มีความรู้ความ สามารถและมีประสบการณ์มากพอสมควร ดังนั้นจึงไม่เหมาะในการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายที่เพิ่งรับการรักษาเป็นครั้งแรก

3. การสาธิต (Demonstration) มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องมี หลักการและเหตุผล โดยมุ่งให้ผู้รับข้อมูลสามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะในการปฏิบัติ แต่การให้ ข้อมูลด้วยวิธีนี้ต้องใช้เวลาพอสมควร และเหมาะในผู้ป่วยที่สามารถมีกิจกรรมได้สู่ภาวะปกติ ซึ่ง ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายช่วงที่ทำการศึกษา เป็นช่วงจำกัดกิจกรรมเพื่อลดการทำงานของหัวใจ จึงไม่เหมาะจะใช้วิธีนี้

4. การประชุมกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน และเปิดเทปโทรทัศน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคให้ ศึกษาตนเอง เป็นการให้ข้อมูลแบบการสื่อสารทางเดียว ดังนั้นถ้าผู้ป่วยเกิดความสงสัยจะไม่สามารถซักถามจึงเกิดความคับข้องใจ และการเปิดเทปโทรทัศน์ ถ้ามีความสงสัยหรือติดตาม ข้อมูลไม่ทัน จะทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง เกิดความสับสนได้

5. การจัดนิทรรศการ เป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพที่พบได้มากตามโรงพยาบาลทั่วไป แต่ไม่เหมาะในการศึกษาครั้งนี้จากเป็นการให้ข้อมูลทั่วไป ซึ่งไม่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องพักนอนบนเตียง ไม่สามารถเดินออกไปชานนอกตึกผู้ป่วย เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าวิธีในการให้ข้อมูลทางสุขภาพมีด้วยกันหลายวิธี ซึ่งประภาเพ็ญ (2527 อ้าง ตามจกกลลักษณ์, 2539) ได้กล่าวว่า วิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ทั้งนี้ต้องขึ้น กับวัตถุประสงค์ สิ่งแวดล้อม เวลา สภาพผู้ป่วย และเรื่องที่จะให้ ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงต้องเข้าใจ ในวิธีการ และผลที่จะได้รับจากวิธีการนั้น ๆ

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีการให้ข้อมูลโดยการบรรยาย เพราะสามารถจัดบท เรียบเรียงให้มีความยากง่ายพอเหมาะกับวัยสูงอายุ สามารถเพิ่มเติมขยายรายละเอียดจากบทเรียนให้ กว้างขึ้นเมื่อผู้ป่วยซักถามจากข้อสงสัย และทำได้ในเวลาจำกัดเพื่อใช้เวลาในการรบกวนเวลาพัก นอนน้อยที่สุด

โดยมีขั้นตอนการบรรยาย ดังนี้ (จวี, 2530)

ก. ช้่นนำเข้าสู่บทเรียน เป็นขั้นตอนบอกว่่าผู้ให้ข้อมูลจะเริ่มต้นอย่างไร มีวิธีโน้มน้าวใจผู้ป้วยให้สนใจบทเรียนด้วยวิธีใด

ข. ช้่นให้ข้อมูล เป็นการถ่ายทอดเนื้อหาแก่ผู้ป้วยด้วยวิธีการต่าง ๆ มีการใช้วิธีการให้ข้อมูลและสื่อการให้ข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ และการให้ข้อมูลแต่ละตอนจะต้องประเมินผลไปด้วย เพื่อให้ทราบว่่าการให้ข้อมูลได้รับความสำเร็จบรรลุถึงวัตถุประสงค์ย่อยแต่ละข้อ

ค. ช้่นสรุป ช่วยยืนยันให้ผู้ป้วยทราบว่่า ประเด็นสำคัญของการให้ข้อมูลมีอะไรบ้างในขั้นตอนการกำหนดกิจกรรมการให้ข้อมูลมักควบคุมกับการเลือกสื่อการให้ข้อมูล และวิธีการประเมินผลแต่ละตอนด้วย

สื่อการให้ข้อมูล ควรสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ถูกต้อง ได้รับความสนใจผู้ป้วยให้เกิดความกระตือรือร้น ต่อเรื่องที่ให้ข้อมูล ช่วยให้ผู้ป้วยเข้าใจเนื้อหา และแนวคิดของเรื่องได้รวดเร็ว และถูกต้อง นอกจากนี้จะต้องมีราคาไม่แพงจนเกินไป (สมคิดและประนอม , 2521) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ภาพพลิกเป็นสื่อในการบรรยาย

ภาพพลิก (flip chart) คือ ภาพหลาย ๆ ภาพที่เรียงลำดับไว้เป็นเรื่องสั้น ๆ เวลาสอนผู้สอนจะพลิกทีละภาพพร้อมทั้งอธิบายประกอบ (วนิดา , 2538)

ส่วนประกอบของภาพพลิก (พัฒน์, 2522)

1. มีจำนวนแผ่นประมาณ 15 - 20 แผ่น
2. มีขนาดแผ่นภาพ 1 1/2 - 2 ฟุต
3. วาดหรือเขียนภาพตามลำดับเรื่อง
4. มีคำบรรยายชื่อเรื่องในหน้าแรกและมีภาพในหน้าต่อ ๆ ไป โดยมีคำบรรยายเขียนไว้

ข้างหลังในหน้าแรกเป็นลำดับไป และมีแผ่นสรุปในแผ่นรองสุดท้าย

5. ปกหน้าและปกหลัง เป็นปกแข็ง มีแกนยึดตรงกลางไม่ให้พับเข้าหากันเมื่อตั้ง

คุณลักษณะของภาพพลิก (ประกายรัตน์, 2536)

1. มีขนาดใหญ่พอที่จะมองเห็นได้ชัดเจน
2. มีความเด่นชัดในด้านเส้น สี รูปร่าง แสดงเนื้อหาชัดเจนไม่คลุมเครือ
3. มีความง่ายต่อการเขียน เข้าใจ มีขั้นตอน และง่ายต่อการดู
4. มีความสวยงามโดยมีองค์ประกอบศิลป์

ประโยชน์ของภาพพลิก (พัฒน์, 2522)

1. ใช้ง่ายและสะดวกนำติดตัวไปได้ง่าย
2. ทำให้ผู้ฟังเกิดความสนใจยิ่งขึ้น

3. ช่วยประกอบคำอธิบายให้เข้าใจยิ่งขึ้น

4. หากมีผู้สงสัยหรือสนใจตอนหนึ่งตอนใด สามารถพลิกมาพูดเน้นได้ใหม่

ผู้วิจัยหลายท่านกล่าวว่า การใช้สื่อการให้ข้อมูลระหว่างการใช้ภาพพลิกและการใช้สไลด์ ประกอบเสียงมีผลต่อความรู้ และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยทั้ง 2 วิธี แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างสื่อการให้ข้อมูล 2 วิธีนั้น (สุนทร และคณะ, 2529 ; พรพิมล และคณะ, 2531 อ้างตาม พนิดา , 2539) ดังนั้นการเลือกใช้สื่อการให้ข้อมูล นอกจากพิจารณาคุณสมบัติของสื่อการให้ข้อมูลแล้ว ควรพิจารณาจำนวนผู้ป่วยด้วย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การบรรยายประกอบภาพพลิกโดยให้ข้อมูลทางสุภาพเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กัน ผู้ให้ข้อมูลจะทราบปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยได้ทันที สามารถใช้คำพูดเน้นย้ำเนื้อหาตามความต้องการของผู้ป่วย และยังสามารถพลิกภาพกลับหรือล่วงหน้าไปอธิบายอีกภาพเพื่อเชื่อมโยงเนื้อหาในแง่มุมต่าง ๆ ได้ ส่วนผู้ป่วยก็มีโอกาสซักถาม หรือขอคำอธิบายเพิ่มเติมได้เป็นการให้ข้อมูลที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

เสี่ยกล่าวว่ภายหลังกการสอนประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยจะลืมเรื่องที่ให้ข้อมูลไปประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยสามารถระลึกข้อมูลที่ให้ได้ ถ้าเขาได้อ่านบททวนเรื่องที่ให้ซ้ำ (Ley 1973 cited in Wong and Wong 1985 อ้างตาม พนิดา , 2539 : 37) ดังนั้นผู้วิจัยจึงแจกคู่มือเรื่องความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังกการให้ข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านบททวน

และจากการศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการซักงหรือชี้แจง พบว่าบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อก็ต่อเมื่อ บุคคลต้องให้ความสนใจต่อการสื่อสาร ต้องเข้าใจข้อมูลอย่างชัดเจนต้องยอมรับข่าวสาร และต้องจำข่าวนั้นได้ (Hovland et al 1953 อ้างตาม ประภาเพ็ญ, 2534) ดังนั้นจึงได้มีนักวิจัยหลายท่าน (กมลมาลย์ และสมจิตต์ , 2530 ; อรรณน , ผาสุวรรณ , ไพศาล และมยุรี , 2532 ; วนิดา , 2538) ที่ได้นำวิธีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (1980) มาใช้เนื่องจากมีกลวิธีที่มีความชัดเจน เข้าใจง่ายและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้ การให้ข้อมูลทางสุขภาพที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การเปลี่ยนแปลงความเชื่อและทัศนคติไปในทางที่ถูกต้องได้นั้น(นาฏยา เอื้องไพโรจน์,2535) ลักษณะข้อมูลที่ให้ต้องเป็นข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการและแตกต่างกันตามระยะเวลา โดยในระยะแรกของการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการทราบเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม กฎ ระเบียบของโรงพยาบาล อาการ และการวินิจฉัยโรค ตลอดจนแผนการรักษาพยาบาลที่ได้รับอย่างมีเหตุผล ข้อมูลในระยะต่อมา เป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ผลการรักษา การปฏิบัติตน การวินิจฉัยโรคที่แน่นอน และโอกาสที่จะ

หายจากโรค ส่วนข้อมูลที่ต้องการก่อนกลับบ้าน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ต้องจำกัดการตรวจรักษาครั้งต่อไป และนอกจากพิจารณาเรื่องความต้องการและความเหมาะสมตามระยะเวลาการรับการรักษาแล้ว ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยด้วย เพราะการให้ข้อมูลนั้นจะให้มากนักหรือนานเท่าไรย่อมขึ้นกับประสิทธิภาพการรับรู้และความเชื่อของผู้ป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลและความเชื่อ ด้านสุขภาพ ดังนี้

1. เพศ ความแตกต่างทางเพศชี้ให้เห็นว่า ความเป็นอยู่ในสังคมเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ เช่น การดื่มสุรา ผู้ชายจะดื่มมากกว่าผู้หญิง เพราะเชื่อว่า แสดงความเป็นชาย และกระฉับกระเฉงในการทำงาน เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็พบมากในเพศชาย (พรเพ็ญ , 2534) แต่จากการศึกษาของนวลจันทร์ (2531) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเฉียบพลัน จำนวน 100 คน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพและการร่วมมือในการรักษาพยาบาล

2. อายุ คนที่มีอายุมาก ความคิดเห็นย่อมกว้างไกล และสนใจเรื่องสุขภาพของตนมากขึ้น (พรเพ็ญ , 2534; พวงเพ็ญ , 2538) แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มีอายุ 40 - 60 ปี ซึ่งเป็นวัยกลางคน จึงมีความคิดและความสนใจในเรื่องสุขภาพใกล้เคียงกัน

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถาม ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาพยาบาลตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (วนิดา , 2538; พวงเพ็ญ , 2538) แต่เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (พรเพ็ญ , 2534) และแหล่งของข้อมูลทางสุขภาพหาได้ง่าย ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงไม่มีการกำหนดระบบการศึกษา

4. สถานะทางเศรษฐกิจ ดูได้จากอาชีพและรายได้ (วนิดา , 2538) เพราะการมีอาชีพที่มั่นคงจะช่วยให้มีรายได้เพียงพอ ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองได้มากกว่าผู้ที่มิมีฐานะยากจน(นวลจันทร์, 2531; พวงเพ็ญ , 2538) แต่ปัจจุบันจะพบว่าแหล่งให้ข้อมูลทางสุขภาพมีมากมาย ไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์, วิทยุ, หนังสือพิมพ์, เอกสารแจกฟรีของโรงพยาบาล ดังนั้นถึงผู้ป่วยจะไม่ร่ำรวย แต่ถ้ามีความสนใจเรื่องสุขภาพของตน ก็สามารถพัฒนาความรู้ของตนเรื่องสุขภาพได้

5. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการส่งเสริมกิจกรรมการดูแลสุขภาพ เพราะคู่สมรสจะเป็นผู้ช่วยเหลือและกระตุ้นให้บุคคลมีความพยายามในการดูแลตนเอง (พวงเพ็ญ , 2538) แต่จากการศึกษาของนวลจันทร์ (2531) เกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 100 ราย พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและการร่วมมือในการรักษา

6. ความรุนแรงของโรค เป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลตนเองบกพร่อง อีกทั้งความรุนแรงของโรคในภาวะวิกฤตยังมีผลต่อการรับรู้ข้อมูล จากสภาพร่างกายไม่พร้อมถ้าต้องมีการแลกเปลี่ยนความรู้ (สมคิดและประนอม, 2521; ปรานี ,2537; วนิตา ,2538) ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงจำกัดผู้ป่วยให้มีระดับความรุนแรงของโรคในช่วง 1 - 3

ดังนั้นสรุปได้ว่า พยาบาลต้องสนใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงวิธีการ ปัจจัยส่วนบุคคล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย เพราะถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางสุขภาพมากไป หรือน้อยไป หรือไม่ถูกต้อง ก็จะไปสู่ความสับสน เข้าใจผิด ทำให้เกิดความเชื่อที่ผิดเกิดผลเสียต่อสุขภาพ จากเมื่อมนุษย์มีความเชื่อใดก็คิดว่าเป็นสิ่งถูกต้องและปฏิบัติตามความเชื่อนั้น จนอาจทำให้อาการกำเริบ และเสียชีวิตได้จากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง จากความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเกิดได้หลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นการเชื่อตามผู้รู้หรือการเชื่อตามบรรพบุรุษหรือการเชื่อตามสิ่งที่เกิดขึ้นก่อน เป็นต้น

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่มุ่งศึกษาถึง ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนจากผู้วิจัย(กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติจากพยาบาลประจำการ (กลุ่มควบคุม)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่แผนกอายุรกรรมด้วยโรคนี้เป็นครั้งแรก และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วงระดับ 1 - 3 โดยไม่จำกัดอายุเพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษาที่ โรงพยาบาล 4 แห่งคือ โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลดำเนินสะดวก

กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกตามเกณฑ์แบบเจาะจงคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยสถิติผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในในช่วงปี 2538 ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคมของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่งโรงพยาบาลโพธารามโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ได้จำนวน 156 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ของประชากร (เพชรน้อย , 2535) ดังนั้นการเก็บข้อมูลครั้งนี้ จึงเก็บข้อมูลทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยวิธีการแบ่งกลุ่มตามช่วงเวลา คือสัปดาห์เลขคี่ของการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1, 3, 5 ... เก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง และสัปดาห์เลขคู่ของการเก็บข้อมูลคือ 2, 4, 6 ... เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งทั้ง 4 โรงพยาบาล และกำหนดคุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. รู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น
2. สามารถสื่อความหมายกับผู้วิจัยได้ด้วยการพูด
3. มีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง

1.1 แผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย

1.2 สื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิก และคู่มือเกี่ยวกับความรู้สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ

ตาย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย 3

ส่วน คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรงพยาบาลที่รับการรักษา ระยะเวลาการเป็นโรค และจำนวนครั้งที่เข้าโรงพยาบาล เป็นต้น

2.2 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นแบบวัด ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการหาระดับความเชื่อด้านสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1980) ลักษณะแบบสอบถามจะแบ่งเป็น 4 ด้าน ตามการรับรู้เรื่องสุขภาพ คือ

1. การรับรู้สาเหตุการเกิดและลักษณะอาการ ข้อที่ 1 - 5
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการดำเนินของโรค ข้อที่ 6 - 10
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติตน ข้อที่ 11 - 15 และ
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน ข้อที่ 16 - 20

โดยให้คะแนนเป็นมาตราส่วน 7 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับที่ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับที่ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่แน่ใจ

ระดับที่ 5 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย

ระดับที่ 6 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับที่ 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตามลักษณะแบบสอบถามที่มีทิศทางของระดับคะแนนความเชื่อไปในแนวเดียวกัน คือ ระดับที่ 1 ได้คะแนนต่ำสุด คือ 1 และระดับที่ 7 ได้คะแนนสูงสุด คือ 7 ผลรวมของคะแนน มีค่าคะแนนตั้งแต่ 20 - 140 คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องมาก (เฟื่องลดา, 2539)

2.3 แบบวัดพลังอำนาจภายในตน เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวความคิด การสูญเสียพลังอำนาจ ของไวน์และเบิร์ต (อ้างตาม สายพิน , 2532) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ พลังอำนาจของบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและสภาพร่างกาย มีจำนวน 20 ข้อ คือ การควบคุมด้านร่างกาย ข้อ 1 - 5, การควบคุมด้านจิตใจ ข้อ 6 - 10, การควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัว ข้อ 11 - 15 และ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสภาพร่างกาย ข้อ 16 - 20

โดยให้คะแนนเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ คือ

- เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
 - เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมาก
 - เป็นจริง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกปานกลาง
 - เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเล็กน้อย
 - ไม่เป็นจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก
- การให้คะแนน พิจารณาตามเกณฑ์ ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

- ถ้าเลือกคำตอบ "ไม่เป็นจริงเลย" ได้ 5 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงเล็กน้อย" ได้ 4 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงปานกลาง" ได้ 3 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงมาก" ได้ 2 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงมากที่สุด" ได้ 1 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

- ถ้าเลือกคำตอบ "ไม่เป็นจริงเลย" ได้ 1 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงเล็กน้อย" ได้ 2 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงปานกลาง" ได้ 3 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงมาก" ได้ 4 คะแนน
- ถ้าเลือกคำตอบ "เป็นจริงมากที่สุด" ได้ 5 คะแนน

ผลรวมของแบบประเมินชุดนี้อยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีพลังอำนาจภายในตนสูงมาก (เฟื่องลดา , 2539 อ้างตามสายพิน , 2536)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยมีด้วยกัน 2 แบบ คือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (Validity)

1.1 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง คือ แผนการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ ภาพพคลิก และคู่มือผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยสอบถามความต้องการข้อมูลจากผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวน 10 คนแล้วนำมาเป็นแนวทางในการจัดเตรียมเนื้อหาข้อมูลเพื่อวางแผนการให้ข้อมูล จากนั้นนำสื่อการให้ข้อมูลไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน เมื่อได้แก้ไขปรับปรุงจนเกิดความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้แล้ว จึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน พบว่าภาษาและภาพประกอบสามารถสื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย ระยะเวลา วิธีการ และปริมาณข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยตามแผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ จึงนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลทางการวิจัยต่อไป

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ และหลังจากผ่านการพิจารณาตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้มีความชัดเจนของเนื้อหาความเหมาะสมด้านภาษา และการเรียงลำดับข้อความ ตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การหาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำได้โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 10 ราย แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีของครอนบาช แอลฟา (Cronbach's alpha) คือ

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left| \frac{1 - \sum g_i^2}{6x^2} \right|$$

เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อของแบบวัด

g_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$6x^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนข้อผู้ตอบทั้งหมด

และจากผลการหาความเที่ยงของเครื่องมือดังกล่าว พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ 0.71 และค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์พลังอำนาจภายในตนเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

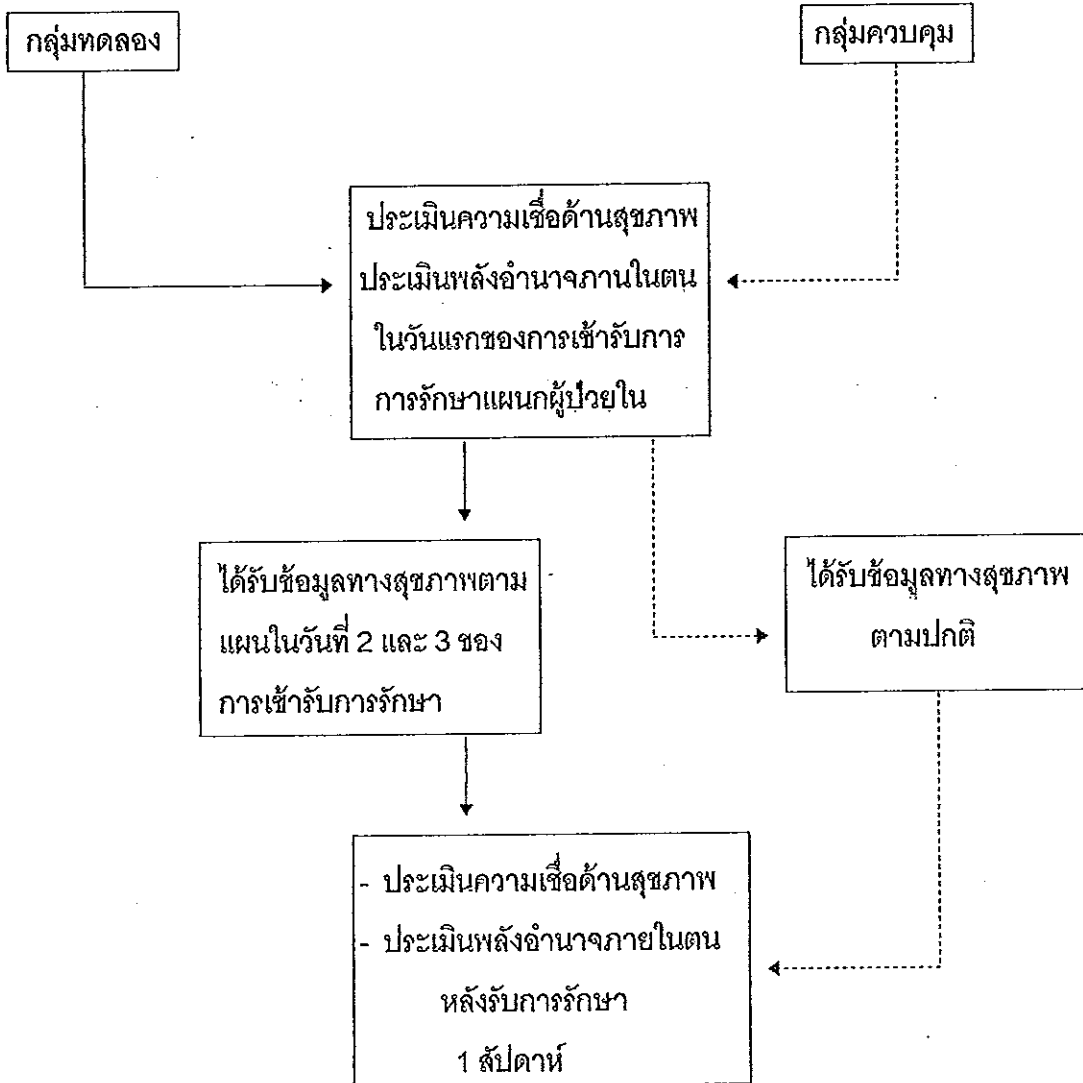
ในการเก็บข้อมูลวิจัยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธาราม และโรงพยาบาลดำเนินสะดวก เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน
2. หลังได้รับการอนุมัติ เข้าพบพยาบาลหัวหน้าแผนกอายุรกรรมของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
3. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยจากสมุดรับเข้าทำการรักษาแผนกผู้ป่วยในและศึกษางานประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่ต้องการศึกษา
4. คัดเลือกและประเมินสภาพผู้ป่วยเฉพาะที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
5. หลังจากเลือกผู้ป่วยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มลำดับเลขคี่ของการเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มทดลอง และสุ่มลำดับเลขคู่ของการเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มควบคุม โดยทำการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พลังอำนาจภายในตน โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที/คน ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในวันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะนัดเวลาเมื่อให้ข้อมูลสุขภาพในวันถัดไป
6. ในวันที่สองและสามของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้และความต้องการการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นทำการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนโดยใช้หลักการให้ข้อมูล พร้อมทั้งประเมินผลความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ป่วยเป็นระยะในระหว่างการให้ข้อมูล และแจกคู่มือการปฏิบัติตนภายหลังการนอนเสร็จ รวมใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที/ครั้ง/คน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและเนื้อหาข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการได้รับรวมถึงความจำเป็นของข้อมูลตามแผนเป็นสำคัญ

7. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พลังอำนาจภายในตนอีกครั้ง หลังจากสัมภาษณ์ครั้งแรก 1 สัปดาห์ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมซึ่งขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัยจะแสดงให้เห็นในภาพที่ 2
8. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยใช้ Independent t-test
3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจภายในตน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยใช้ Independent t-test
4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ก่อนและหลังการได้รับข้อมูล โดยใช้ Paired t-test
5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ ระหว่างการประเมินครั้งแรกและครั้งที่สอง โดยใช้ Paired t-test
6. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจภายในตน ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ก่อนและหลังการได้รับข้อมูล โดยใช้ Paired t-test
7. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจภายในตน ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ ระหว่างการประเมินครั้งแรกและครั้งที่สอง โดยใช้ Paired t-test



ภาพประกอบ 2 แสดงขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบพลังอำนาจภายในตนระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวมทั้งหมด		χ^2
	จำนวน N=20	ร้อยละ	จำนวน N=20	ร้อยละ	จำนวน N=40	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	11	55	9	45	20	50	0.5
หญิง	9	45	11	55	20	50	
อายุ							
น้อยกว่า 40 ปี	0	0	1	5	1	2.5	7.5
40-50 ปี	7	35	1	5	8	20	
51-60 ปี	5	25	7	35	12	30	
มากกว่า 60 ปี	8	40	11	55	19	47.5	
ศาสนา							
พุทธ	20	100	20	100	40	100	no varianc e
ระดับการศึกษา							
ไม่ได้เรียน	5	25	7	35	12	30	3.27
ประถมศึกษา	9	45	9	45	18	45	
มัธยมศึกษา	3	15	3	15	6	15	
อุดมศึกษา	2	10	1	5	3	7.5	
อาชีวศึกษา	1	5	0	0	1	2.5	
อาชีพ							
รับราชการ	3	15	2	10	5	12.5	5.3
เกษตรกร	2	10	1	5	3	7.5	
รับจ้าง	3	15	4	20	7	17.5	
ค้าขาย	3	15	1	5	4	10	
งานบ้าน	8	40	12	60	20	50	
รัฐวิสาหกิจ	1	5	0	0	1	2.5	

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวมทั้งหมด		χ^2
	จำนวน N=20	ร้อยละ	จำนวน N=20	ร้อยละ	จำนวน N=40	ร้อยละ	
รายได้							
น้อยกว่า 2,000 บาท	4	20	7	35	11	27.5	4.31*
2,001-4,000 บาท	7	35	7	35	14	35	
4,001-6,000 บาท	4	20	3	15	7	17.5	
มากกว่า 6,000 บาท	5	25	3	15	8	20	
ความรุนแรงของโรค							
ระดับ 2	15	75	11	55	26	65	1.86
ระดับ 3	5	25	9	45	14	35	
โรคประจำตัว							
เบาหวาน	3	15	6	30	9	22.5	3.91*
ความดันโลหิตสูง	9	45	8	40	17	42.5	
ไขมันในเลือดสูง	3	15	2	10	5	12.5	
ไตวาย	0	0	2	10	2	5	
การเจ็บป่วยในครอบครัว							
โรคหัวใจ	1	5	0	0	1	2.5	5.35*
เบาหวาน	1	5	1	5	2	5	
ความดันโลหิตสูง	2	10	0	0	2	5	
โรงพยาบาลที่เข้ารับรักษา							
ร.พ.ราชบุรี	8	40	2	10	10	25	7.48*
ร.พ.บ้านโป่ง	2	10	7	35	9	22.5	
ร.พ.ดำเนินสะดวก	4	20	6	30	10	25	
ร.พ.โพธาราม	6	30	5	25	11	27.5	

ตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน และมีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.5 จบถึงศานาพุทธ ร้อยละ 100 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 และไม่ได้เรียนร้อยละ 30 อาชีพส่วนใหญ่คือว่างงาน ร้อยละ 50 รองลงมาคือรับจ้าง ร้อยละ 17.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 4,001 บาทถึงร้อยละ 62.5 ความรุนแรงของโรคระดับสองร้อยละ

65 โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.5 ประชากรในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีร้อยละ 5

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความพร้อมของร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์คำถามปลายเปิดจากผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพว่ามีความสัมพันธ์ในแนวทางใดกับการเกิดความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน ซึ่งได้ผลจากวิจัยดังนี้

ตาราง 2 แสดงปัจจัยที่ทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น คือ

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ญาติดูแลใกล้ชิด	15	75	13	65
2. ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่	12	60	9	45
3. ไม่กังวลค่ารักษา	11	55	9	45
4. มีที่ปรึกษาเรื่องเจ็บป่วย	10	50	8	40
5. มีที่ปรึกษาเมื่อไม่สบายใจ	8	40	7	35
6. การให้เกียรติจากเจ้าหน้าที่	5	2	4	20

ตาราง 3 แสดงปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยของผู้ป่วยทุดหนัก

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (20 คน)		กลุ่มควบคุม (20 คน)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. กังวลเรื่องค่ารักษา	5	25	7	35
2. กังวลเรื่องกลับไปทำงาน	6	30	5	25
3. ญาติทอดทิ้ง	4	20	6	30
4. ไม่รู้เหตุผลการรักษา	2	10	5	25
5. ทุกข์ทรมานจากโรค	3	15	3	15
6. ไม่อยากเป็นภาระ	1	5	2	10
7. กลัวตาย	0	0	1	5

ส่วนที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่ม
ทดลองระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพตามแผน (1 สัปดาห์)

วิธีการทดสอบ	\bar{X}	S.D.	t-value
ก่อนการให้ข้อมูล	93.9	6	-18.42*
หลังการให้ข้อมูล	124.3	4.57	

* p < .05

ตาราง 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังการให้
ข้อมูลทางสุขภาพสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05

ตาราง 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่ม
ควบคุมระหว่างการประเมินครั้งแรกกับการประเมินครั้งที่สอง ซึ่งห่างกัน 1 สัปดาห์

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	t-value
ประเมินครั้งแรก	89.85	8.26	-1.5
ประเมินครั้งที่สอง	90.6	8.66	

*p < 0.05

ตาราง 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมระหว่างการ
ประเมินครั้งแรกและครั้งที่สองมีความแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 6 เปรียบเทียบของค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลองรายด้าน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนให้ข้อมูล		หลังให้ข้อมูล		t-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. การรับรู้สาเหตุการเกิดและอาการ	23.2	2.78	31.8	1.47	-13.93*
2. การรับรู้การดำเนินโรคและความรุนแรง	25.85	1.84	32.25	1.16	-13.88*
3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตน	21.85	2.28	31.0	1.26	-15.05*
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน	23.35	3.28	29.3	2.904	-16.93*

*P < 0.05

ตาราง 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้สาเหตุการเกิดและอาการ ด้านการดำเนินโรคและความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนและด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการให้ข้อมูลทางสุขภาพระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนได้รับ ข้อมูล		t-value
	\bar{X}	SD	
กลุ่มทดลอง	93.9	6	2.71
กลุ่มควบคุม	89.85	8.26	

* $p < .05$

ตาราง 7 พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่ม
ทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยรวม

ตาราง 8 เปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังได้รับ ข้อมูล		t-value
	\bar{X}	SD	
กลุ่มทดลอง	124.3	4.57	22.31 *
กลุ่มควบคุม	90.6	8.66	

* $p < .05$

ตาราง 8 พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังได้รับข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยรวม

ตาราง 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของคะแนนความเชื่อ
ด้านสุขภาพก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลทางสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนให้ข้อมูล				t-value	หลังให้ข้อมูล				t-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
รู้สาเหตุและอาการ	23.2	2.78	20.75	2.99	3.98	31.8	1.47	20.9	2.75	24.2*
รู้การดำเนินโรค	25.85	1.84	26.15	1.04	-0.94	32.25	1.16	26.25	1.38	22.9*
รู้ประโยชน์	21.85	2.28	21.35	2.18	1.08	31.0	1.26	22.05	2.31	23.6*
รู้อุปสรรค	23.35	3.28	21.6	4.21	2.25	29.3	2.9	22.45	5.45	7.6*

* $P < .05$

ตาราง 9 พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน
ได้รับข้อมูลทางสุขภาพแตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ภายหลังจากการให้
ข้อมูลทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม
โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน

ตาราง 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของคะแนนความเชื่อด้าน

สุขภาพระหว่างก่อนกับหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อที่	ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อนให้ข้อมูลทางสุขภาพ				t-value	หลังให้ข้อมูลทางสุขภาพ				t-value
		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1	งานหนักอาการกำเริบ	4.5	1.5	3.8	.64	-1.9	6.1	.64	3.8	.64	-11.6*
2	เกิดมากอายุ 40 ปี	3.7	.88	3.8	.64	.41	6.0	.46	3.8	.64	-12.8*
3	เกิดจากไม่สบายใจ	4.7	1.2	3.7	.73	-3.2	6.6	.51	3.8	.64	-15.3*
4	สูบบุหรี่ดื่มสุรา	4.2	1.3	3.9	.59	-1.1	6.3	.44	3.9	.59	-14.6*
5	เจ็บหน้าอกอ่อนเพลีย	6.2	.41	5.7	.98	-2.1	6.9	.31	5.8	.89	-5.2*
6	ตายได้ถ้าไม่แก้ไข	6.6	.61	6.1	.31	-2.9	6.8	.44	6.3	.44	-3.6*
7	รุนแรงตายง่าย	6.4	.75	6.2	.41	.104	6.9	.22	6.2	.36	-8.3*
8	การกระทำของตน	4.0	.73	3.9	.31	.57	6.2	.37	4.0	.56	-14.3*
9	ไม่มีทางหาย	3.7	.66	3.9	.37	.89	6.2	.41	4.1	.61	-13.2*
10	เข้า ร.พ. บ่อย	5.2	1.2	6.1	.45	3.1	6.2	.52	5.8	.52	-2.4*
11	นอนพักอาการดีขึ้น	4.1	.45	4.2	.67	.28	6.2	.37	4.2	.67	-11.7*
12	กินยาต่อเนื่อง	3.7	.73	4.0	.00	.43	6.1	.31	4.0	.00	-13.3*
13	ปรับกิจกรรม	5.1	.98	3.9	.39	-4.6	6.3	.44	3.9	.39	-17.3*
14	ปรับอาหาร	4.1	.45	4.2	.69	.54	6.2	.37	4.6	1.1	-6.4*
15	จิตใจแจ่มใส	4.9	.97	5.1	1.2	.45	6.6	.49	5.4	.9	-3.5*
16	ยากที่จะปรับอาหาร	4.2	1.6	4.2	.59	-.13	5.6	.76	4.2	1.0	-4.9*
17	ยากที่จะมาตรวจ	4.0	1.2	4.4	.99	1.0	5.8	.79	4.5	1.4	-3.7*
18	เศรษฐกิจไม่ดี	4.6	1.7	4.5	1.1	-1.2	5.8	1.6	4.6	1.4	-2.6*
19	ปัญหาเรื่องงาน	4.7	1.8	3.8	1.2	-1.9	5.6	1.5	4.4	1.3	-2.6*
20	เครียดเลี้ยงไม่ได้	5.9	.72	4.9	1.4	-2.9	6.7	.47	4.9	1.6	-4.8*

ตาราง 10 พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน สูงกว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มควบคุมหลังได้รับข้อมูลตามปกติทุกข้อ โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบพลังอำนาจภายในตน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตาราง 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพลังอำนาจภายในตนเองของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน (1 สัปดาห์)

พลังอำนาจภายในตน	\bar{X}	SD	t-value
ก่อนการให้ข้อมูล	45.8	7.33	-15.5*
หลังการให้ข้อมูล	79.85	12.58	

* $p < 0.5$

ตาราง 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังอำนาจภายในตนของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนพลังอำนาจภายในตน
 ของกลุ่มควบคุมระหว่างการประเมินครั้งแรกและการประเมินครั้งที่สอง
 (ห่างกัน 1 สัปดาห์)

พลังอำนาจภายในตน	\bar{X}	SD	t-value
ประเมินครั้งแรก	46	8.58	-4.15*
ประเมินครั้งที่สอง	60.6	17.37	

* $p < 0.5$

ตาราง 12 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังอำนาจภายในตนของกลุ่มควบคุมในการ
 ประเมินครั้งที่สองสูงกว่าการประเมินครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังอำนาจภายในตน
ระหว่างก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลองรายด้าน

พลังอำนาจในตน	ก่อนให้ข้อมูล		หลังให้ข้อมูล		t-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. ร่างกาย	7.8	1.64	19.1	3.46	-16.83*
2. จิตใจ	12.75	4.01	20.75	4.24	-11.37*
3. สิ่งแวดล้อม	9.3	1.49	17.25	4.32	-9.82*
4. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	15.7	1.63	22.05	1.96	-14.53*

ตาราง 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังอำนาจภายในตน ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค หลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพลังอำนาจภายในตน ระหว่างการประเมินครั้งแรกกับการประเมินครั้งที่สองในกลุ่มควบคุมรายด้าน

พลังอำนาจภายในตน	ประเมินครั้งที่1		ประเมินครั้งที่2		t-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1. ร่างกาย	9.25	3.06	14.2	6.2	-4.13*
2. จิตใจ	11.65	4.37	14.6	4.81	-3.06*
3. สิ่งแวดล้อม	9.5	1.47	13.4	3.66	-5.2*
4. ความรู้เรื่องโรค	15.7	1.84	18.35	4.22	-2.73

ตาราง 14 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพลังอำนาจภายในตน ด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มควบคุม ในการประเมินครั้งที่สองสูงกว่าการประเมินครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เว้นแต่เรื่องความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ซึ่งการประเมินทั้งสองครั้งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 15 เปรียบเทียบคะแนนพลังอำนาจภายในตนก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพ
ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมโดยรวม

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนได้รับข้อมูล		t-value	หลังได้รับข้อมูล		t-value
	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	
กลุ่มทดลอง	45.8	7.33	-0.14	79.85	12.58	6.17*
กลุ่มควบคุม	46	8.58		60.6	17.37	

* $P < .05$

ตาราง 15 พบว่า คะแนนพลังอำนาจในตนก่อนการได้รับข้อมูลทางสุขภาพระหว่าง
กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยรวม แต่
ภายหลังการได้รับข้อมูลทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจภายในตนสูงกว่า
กลุ่มควบคุมโดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยรวม

ตาราง 16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านของคะแนนพลังอำนาจ
ภายในตนก่อนและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พื้นที่	พลังอำนาจภายในตน	ก่อนให้ข้อมูล				t-value	หลังให้ข้อมูล				t-value
		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
1	ร่างกาย	7.8	1.64	9.25	3.06	-2.9	19.1	3.46	14.2	6.2	4.7*
2	จิตใจ	12.75	4.01	11.65	4.37	1.26	20.75	4.24	14.6	4.81	6.57*
3	สิ่งแวดล้อม	9.3	1.49	9.5	1.47	-0.67	17.25	4.32	13.4	3.66	4.63*
4	ความรู้ความเข้าใจ	15.7	1.63	15.7	1.84	ไม่แตกต่าง	22.1	1.96	18.35	4.22	5.59*

* $P < .05$

ตาราง 16 พบว่า คะแนนพลังอำนาจภายในตนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับข้อมูลทางสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจภายในตนสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของคะแนนพลังอำนาจ
ภายในตนเองระหว่างหลังและก่อนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม

ที่	พลังอำนาจภายในตนเอง	ก่อนให้ข้อมูลทางสุขภาพ				t-value	หลังให้ข้อมูลทางสุขภาพ				t-value
		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
	ช่วยเหลือตนเอง	1.3	.44	1.2	.41	-4	3.7	1.1	2.9	1.7	-1.7
	มีตนคอยดูแล	1.8	.44	2.1	1.2	1.2	3.7	.92	3.2	1.6	-1.4
	คุมอาการได้	1.9	.99	2.6	.82	2.3	3.7	.98	3.1	1.5	-1.6
	รู้แผนการรักษา	1.1	.31	1.1	.31	.00	4.2	.41	2.3	1.2	-7.1*
	ชักจูงคนอื่นได้	1.8	.44	2.3	1.3	1.7	3.8	.85	2.8	1.3	-2.8*
	มีกำลังใจ	2.8	1.3	2.7	1.4	-2.3	4.4	1.2	3.4	1.5	-2.2*
	ยอมรับการพึ่งพา	3.5	1.3	3.5	1.5	.00	4.8	.44	4.2	1.1	-2.2*
	คาดการณ์ตามจริง	1.0	.00	1.0	.00	ไม่แตกต่าง	3.5	.76	1.3	.73	-9.1*
	ไม่สูญเสียบทบาท	2.0	1.1	1.7	1.1	-86	3.9	1.4	2.7	1.6	-2.5*
	มีความหวัง	3.5	1.1	2.8	1.4	-1.8	4.4	1.2	3.1	1.5	-2.9*
	เลือกเตียงได้	1.2	6.7	1.0	.00	ไม่แตกต่าง	1.9	1.6	1.2	.89	-1.7
	หยิบของใช้ง่าย	1.7	.49	1.6	.50	-32	3.9	1.2	3.2	1.5	-1.5
	ญาติเปิดโอกาส	1.6	.75	1.8	1.0	.69	3.6	1.6	2.9	1.6	-1.3
	แพทย์พยาบาลบอก	1.0	.00	1.1	.22	ไม่แตกต่าง	3.1	1.4	1.3	.47	-5.4*
	เจ้าหน้าที่เป็นกันเอง	3.9	.55	4.1	.39	.99	4.8	.41	4.8	.44	-37
	มีความรู้	3.8	.41	3.9	.81	.25	4.7	.59	4.3	.8	-2.6*
	มีคนให้กำลังใจ	3.4	.59	3.2	.77	-92	4.0	.46	3.6	.99	-1.6
	มีที่ปรึกษา	3.4	.49	3.1	.55	-1.5	4.1	.55	3.7	.9	-1.7
	ควบคุมโรคได้	4.1	.51	4.5	.51	2.5	4.8	.55	4.3	.97	-2.0*
	ดูแลตนเองได้	1.1	.31	1.1	.31	ไม่แตกต่าง	4.6	.51	2.5	1.2	-6.9*

ตารางที่ 17 พบว่า คะแนนพลังอำนาจภายในตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลทาง

สุขภาพตามแผน สูงกว่าคะแนนพลังอำนาจภายในตนเองในกลุ่มควบคุมหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพ

ตามปกติ โดยแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเรื่อง รู้แผนการรักษา ชักจูงคน

อื่นได้ มีกำลังใจ ยอมรับการพึ่งพา มีความรู้เป็นต้น

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนจากผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ สามารถแยกอภิปรายได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 47.5 ซึ่งตรงกับ ศุภชัย (2530) กล่าวไว้ว่าโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ มักพบในกลุ่มบุคคลที่อายุเกิน 50 ปี จากขบวนการเสื่อมสลายของหลอดเลือดโคโรนารี และการที่เลือกผู้ป่วยแบบไม่เจาะจงเพศ แต่จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชาย อย่างละ 20 คนเท่ากันนั้น สามารถอธิบายว่า เมื่อบุคคลอายุ 60 ปีไปแล้วจะมีอัตราการเกิดโรคเท่ากัน เพราะเชื่อว่าเมื่อเพศหญิงอายุน้อยกว่า 60 ปีจะมีการหลังฮอร์โมนเพศหญิงคือเอสโตรเจนที่มีฤทธิ์เพิ่มไขมันชนิดที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein : HDL) ซึ่งมีฤทธิ์ป้องกันการจับกลุ่มของโคเลสเตอรอลลดลง ทำให้เพศหญิงมีอัตราการเกิดโรคน้อยกว่าเพศชาย แต่เมื่ออายุ 60 ปีฮอร์โมนเพศหญิงลดลงจึงทำให้อัตราการเกิดโรคเท่ากัน (นิมมวล, 2532) และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 50 ปีถึงร้อยละ 90 โดยที่กลุ่มทดลองมีอายุมากกว่า 50 ปีร้อยละ 65 ซึ่งเมื่ออ้างตามวรรณวิมล (2535) ได้กล่าวไว้ว่า อายุมากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับกรรับรู้ข้อมูล การแปลความหมาย ทำให้ผู้สูงวัยมีโอกาสรับรู้ข้อมูลช้าและสืมได้ง่ายกว่า อีกทั้งผู้สูงอายุมังมีความแข็งแรงของร่างกายลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่านำมาซึ่งความเครียดในจิตใจ และเมื่อเกิดความเครียดการรับรู้หรือความต้องการในการแลกเปลี่ยนข้อมูลจึงลดลง (นาฎยา , 2535) ผลที่ตามมาจึงทำให้กลุ่มควบคุมมีโอกาสเกิดความเชื่อที่ผิดและพลังอำนาจภายในตนน้อยกว่ากลุ่มทดลองได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งถือว่าเป็นศาสนาหลักที่คนไทยนับถือมากที่สุด และพบมากในภาคกลาง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าศาสนาไม่มีผลต่อการให้ข้อมูลทางสุขภาพ (พวงเพ็ญ, 2538) การศึกษาร้อยละ 45 จบชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 30 ไม่ได้เรียน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อันมีผลโดยตรงต่อการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพจากผู้ป่วยไม่มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล (วนิดา , 2538) มีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น และยังมีแนวโน้มที่จะเลิกล้มการค้นหาคำความรู้ หรือละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่าย เมื่อรู้สึกว่ามี ความยุ่งยาก เนื่องจากความรู้อำกััดและไม่เข้าใจถึงประโยชน์ หรือความจำเป็นในการปฏิบัติตาม จึงทำให้อาการทุดหนัก (ประภา , 2532) ยังผลทำให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตน (สายพิณ , 2532) อาชีพส่วนใหญ่คือว่างงาน และรับจ้างร้อยละ 50 และ 17.5 ตามลำดับ ซึ่งมีรายได้ต่ำกว่า 4,001 บาท ถึงร้อยละ

60 ซึ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นย่อมมีผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจการเงินของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับการเจ็บป่วยจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการติดตามรับการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคต่อไปจนตลอดชีวิต และกรณีที่ไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ตามปกติหรือต้องเปลี่ยนงานไปใช้กำลังน้อยในอนาคตยังผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยมองอนาคตของตนเช่นนี้ ย่อมนำมาซึ่งความทุกข์ กังวล และคิดว่าตนเป็นคนไร้ค่า (ประภา ,2532) ยิ่งเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง เรื้อรัง และต้องรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานาน ย่อมทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูงมากในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความปลอดภัยมั่นคงของตน อันจะมีผลให้เกิดการสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง กังวลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความทุกข์ใจที่จะต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่รู้ว่าจะอนาคตจะเป็นอย่างไร (อรพรรณ ,2531) เหล่านี้ล้วนนำมาซึ่งความเชื่อทางสุขภาพที่ผิด และสูญเสียพลังอำนาจภายในตนตามมาได้ง่ายกว่าผู้ที่มีฐานะทางการเงินสูง เพราะสามารถเลือกสถานบริการที่น่าพึงพอใจและแสวงหาข้อมูลทันสมัยได้โดยไม่เดือนร้อนถึงปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล (นวลจันทร์ ,2531) อีกทั้งผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องเมื่อเจ็บป่วย แสวงหาความสะดวกสบายได้มากกว่า จึงสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี (ประภา , 2532) และจากผลการศึกษาจึงสนับสนุนที่ว่าเหตุผลใดกลุ่มควบคุมจึงมีโอกาสแสวงหาข้อมูลได้น้อยกว่ากลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรค ระดับสอง ร้อยละ 65 ดังนั้นเมื่อให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพย่อมมีความพร้อมทางด้านร่างกายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ อีกทั้งสภาวะร่างกายของความรุนแรงระดับ 2 คือทำงานปกติจะอ่อนเพลียแต่เมื่อพัก อาการจะปกติไม่เหนื่อยหอบจึงส่งเสริมต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากขึ้น (ประภา ,2532) โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 42.5 ซึ่งตรงกับ สันต์ (2529) กล่าวว่า โรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนไม่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 2.7 เท่า และพัลลภ (2534) กล่าวว่าความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งมีความยืดหยุ่นน้อยลง เกิดการคั่งงอกและตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรืออวัยวะต่าง ๆ ได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีแนวโน้มเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากตามความดันซิสโตลิกที่เพิ่มขึ้น (พัลลภ,2534 อ้างในมูลนิธิโรคหัวใจแห่งประเทศไทย , 2534) โรคประจำตัวที่เกิดถือเป็นปัญหาสำคัญเพราะทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีพอ สิ่งก็ตามมาก็คือผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเองและเหมือนว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคม (วรณวิมล, 2535) ดังนั้นผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวมากกว่ากลุ่มทดลองร้อยละ 15 จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มควบคุมมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากกว่า จนมีผลทางด้านจิตใจสู่ความเครียด และมี

การรับรู้แลกเปลี่ยนข้อมูลได้น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดจะมีโอกาสเกิดโรคมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัวประมาณ 2.7 เท่า (ยศวีร์ ,2524) จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจมากกว่ากลุ่มควบคุมร้อยละ 15 ซึ่งจากการศึกษาของ รวีวรรณ (2535) กล่าวว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยโดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคหัวใจ สมาชิกในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือเป็นห่วงเป็นใย ทำทุกอย่างเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้จากพื้นฐานของครอบครัวไทยเน้นเรื่องความกตัญญู ยิ่งถ้าเขามีความเชื่อว่าโรคนี้เป็นกรรมพันธุ์เขายังมีโอกาสเตรียมใจในการรับสภาพการเป็นผู้ป่วยได้มากกว่า (พรเพ็ญ , 2534) ดังนั้นผู้ที่มีความพร้อมยอมเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยมีการเตรียมใจมาก่อน สำหรับปัจจัยที่มีผลให้อาการป่วยของผู้ป่วยดีขึ้นมากที่สุดคือการเอาใจใส่ใกล้ชิดของญาติซึ่งตรงกับการศึกษาของ ประภา (2532) ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย มีอาการเจ็บหน้าอกกำเิบ ผู้ป่วยจะยิ่งหวาดกลัวและคิดว่าชีวิตของตนคงไม่แน่นอน เกิดความรู้สึกว่า ร่างกายเสื่อมถอย สูญเสียความมั่นคงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพากลัวความเบื่อหน่ายรังเกียจและการตีจากของบุคคลอันเป็นที่รัก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการประคับประคองอารมณ์ การรู้เห็นคุณค่า และให้ความสำคัญในการแนะนำช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงิน การดูแลเอาใจใส่ ยอมรับ เคารพยกย่อง จากบุคคลในเครือข่ายสังคมของเขา ได้แก่ คู่สมรส บุคคลในครอบครัว ญาติ และเพื่อนก็จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ความหวัง สนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลและพึงพอใจในการมีชีวิตอยู่ตามสภาพของตน ผลที่ตามมาก็คือพลังกระตุ้นให้ตอบสนองในทางบวกต่อการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และมีชีวิตยืนยาวอย่างปกติสุข (ประภา, 2532) ส่วนปัจจัยที่มีผลให้อาการป่วยของผู้ป่วยทรุดหนักลงมากที่สุดคือการกังวลว่าจะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาและกลัวว่าจะไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้อีก ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหัวใจ ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ ถึงร้อยละ 20-50 (ประภา ,2532 อ้างตาม Ott al. 1983) เพราะความจำกัดด้านร่างกายและความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรับผิดชอบในการทำงาน และจากการที่ต้องเปลี่ยนงานไปทำงานที่ใช้กำลังน้อยหรือลาออกจากงานจึงส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว แต่ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงคิดว่า ตนคงไม่มีเงินมากพอในการที่จะรักษายาวนาน ไม่นานก็คงต้องทุพพทุฐทรมาจากรโรค และตายในที่สุด อีกทั้งครอบครัวก็ต้องเดือดร้อนรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา นำมาซึ่งความวิตกกังวลเครียด ท้อแท้ในชีวิต ซึ่งยังผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น อาการของโรคจึงทรุดหนักลงได้ (จิราวรรณ , 2539) อีกทั้งจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีส่วนในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีมากกว่ากลุ่มควบคุมประมาณ 1 ใน 4 ซึ่งในระบบการบริการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดว่า ระดับโรงพยาบาลศูนย์จะมีจำนวนเตียง 1500 เตียงโดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่

เป็นผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องการการรักษาเฉพาะทาง ส่วนโรงพยาบาลอำเภอมีจำนวนเตียงผู้ป่วย 250-500 เตียง และรับรักษาผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนถึงการเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่ต้องการการรักษาเฉพาะทางหรือการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จึงมีโอกาสได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลประจำการที่มีความรู้เฉพาะทางและจากนักศึกษาพยาบาลจากสถาบันการศึกษาที่ส่งมาฝึกวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ทั้งยังมีหน่วยวิชาการที่ออกให้คำแนะนำตามตึกผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจึงมีโอกาสรับรู้ข้อมูลทางสุขภาพจากสื่อต่างๆของโรงพยาบาลได้มากกว่ากลุ่มควบคุม

2. สมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังได้รับข้อมูล สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ สูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนเป็นการให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบตามความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงว่าข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยต้องเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเรียนรู้ มีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื้อหาต้องเสริมจากความรู้เดิม ปรับเนื้อหาและวิธีการเข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนรู้ และประเมินความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมาย โดยให้ข้อมูลป้อนกลับ และยังจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ส่งเสริมการเรียนรู้ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ ยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เรื่องการเจ็บป่วยของตนตรงตามความเป็นจริงอย่างถูกต้อง (จุதாகานต์ , 2539) นั่นก็หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนได้ถูกต้องนั่นเอง ซึ่งในการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนผู้วิจัยได้กำหนดรูปแบบแผน อันประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหากิจกรรมการให้ข้อมูล สื่อสารให้ข้อมูล การประเมินผลไว้อย่างชัดเจน ดังที่พินิตา (2539) กล่าวว่า การให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง ทศนคติ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ และการปฏิบัตินั้น ควรจะมีการทำแผนการสอนอย่างมีระบบโดยมีองค์ประกอบของแผนคือ วัตถุประสงค์ เนื้อหา วิธีการ อุปกรณ์ การสอน การวัดและการประเมินผล และสอดคล้องกับถนอมขวัญ (2539) ที่พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ ร่วมมือตามคำแนะนำ และเกิดทักษะในการปฏิบัติได้ดีมาก ถ้าให้ความรู้อย่างมีแบบแผนตามโปรแกรมที่จัดสร้างอย่างมีระบบ ดังนั้นจึงอธิบายเหตุผลที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้องมากกว่า กลุ่มควบคุมตามหลักการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนดังนี้

เนื้อหาในการให้ข้อมูลทางสุขภาพเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริงเนื่องจากเป็นความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการที่ผู้ป่วยประสบอยู่ สาเหตุการเกิด แนวทางการดำเนินโรค ความรุนแรง แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตน รวมถึงอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคนี้ ซึ่งตรงกับความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่งเข้ารับการรักษาโรคด้วยโรคนี้เป็นครั้งแรกในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา ดังคำกล่าวของมะเดื่อ (2527 , จวี , 2530 อ้างตามพนิดา , 2539) ที่ว่าข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการทราบขณะอยู่โรงพยาบาล มีความแตกต่างกันตามระยะเวลา ข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการเมื่อมารับการรักษาเป็นครั้งแรกจึงเป็นข้อมูลเกี่ยวกับว่า ตนป่วยเป็นโรคอะไร เกิดจากสาเหตุอะไร อาการรุนแรงมากแค่ไหน จะรักษาอย่างไร และตัวผู้ป่วยเองต้องมีการปฏิบัติตนอย่างไรบ้าง อาการของโรคจึงจะหายไป ซึ่งแผนการให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกิดจากการสำรวจความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นจึงตอบสนองความต้องการของผู้รับข้อมูล และเป็นการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Postter & Perry , 1989) นอกจากนี้ในช่วงวันแรกของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยและผู้วิจัยยังได้สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุย และเสนอตัวให้ความช่วยเหลือ จากนั้นในวันที่ 2 และ 3 ของการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยได้ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที/ครั้ง ในการพูดคุย และตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการทราบตามแผนการให้ข้อมูล โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจและไม่ยาวนานเกินไปจนผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย

กิจกรรมการให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล โดยคำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล ซึ่งสมคิดและประนอม (2521 อ้างตามพนิดา 2539) กล่าวว่า การให้สุขศึกษาแบบตัวต่อตัวเป็นวิธีที่ได้ผลดีมากที่สุดเพราะให้โอกาสผู้ป่วยในการระบายปัญหาที่คับข้องใจในเรื่องต่าง ๆ ที่สงสัย และผู้สอนเองยังมีโอกาสได้รับรู้ความรู้สึกเห็นสีหน้าของผู้ป่วยด้วย

ดำเนินกิจกรรมการให้ข้อมูลโดยยึดหลักการเรียนรู้ของผู้ป่วย ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมในการเรียนรู้ ความสามารถในการเรียน และสิ่งแวดล้อมในการเรียน (อุบล , 2536) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกการให้ข้อมูลในวันที่ 2 - 3 ของการเข้ารับการรักษา เนื่องจากในช่วงนั้น ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ อย่างเพียงพอ ส่งผลให้มีความสุขสบายทางกาย ทำให้มีความพร้อมต่อการเรียนรู้มากขึ้น และก่อนให้ข้อมูลในแต่ละหัวข้อ ผู้วิจัยได้ซักถามประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องใดบ้าง ผู้วิจัยจึงเน้นย้ำ ความรู้ในสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ทราบและต้องการทราบ ทั้งบอกเหตุผลของแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง หรือ ร่วมมือในการรักษาได้นั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับความรู้อย่างเพียงพอ รู้เหตุผลว่าทำสิ่งนั้นทำไม และจะเกิดผลดีต่อเขาอย่างไร เขาจึงจะปฏิบัติตาม (สุนทรี และคณะ, 2529 อ้างตามพนิดา, 2539) นอกจากนี้ขณะทำการให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ซักถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมอภิปราย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นแล้วผู้

วิจัย สรุปเนื้อหาเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ตามแผนที่วางไว้ เพื่อเสริมความรู้เดิมของผู้ป่วย ดังที่ สมจิต (2536) กล่าวว่าประสบการณ์ เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอน เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้มากขึ้น สำหรับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ผู้วิจัยได้จัดการให้ข้อมูลที่เที่ยงผู้ป่วย กันผ่านเป็นสัดส่วนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิในการเรียน มีสิ่งรบกวนจากภายนอกน้อย เปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ เปิดพัดลมให้มีอากาศถ่ายเทสะดวก ให้นญาติที่ผู้ป่วยใกล้ชิดนั่งเป็นเพื่อนผู้ป่วย

นอกจากนี้ความสัมฤทธิ์ผลในการให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง ย่อมขึ้นอยู่กับการให้สื่อการให้ข้อมูล ซึ่งสุนทรี และคณะ (2529) กล่าวว่า การเรียนรู้ที่ดีนั้นจะต้องให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสพร้อมกันหลายด้าน จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย รวดเร็ว ตลอดจนกระตุ้น ให้เกิดความสนใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ภาพพลิกเป็นภาพวาดการ์ตูนเหมือนจริง ประกอบคำบรรยายเป็นสื่อการให้ข้อมูล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ประสาทสัมผัสทางตาด้วยการดูภาพพลิกเพิ่มจากการรับฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ภาพพลิกยังสามารถพลิกกลับไปกลับมาได้เมื่อต้องการ ทำให้ผู้วิจัยและผู้รับข้อมูลมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองของการรับข้อมูลได้ตามต้องการ ผู้รับข้อมูลจึงเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น ดังการศึกษาของสุนทรีและคณะ (2529) และพรพิมล และคณะ (2531) ที่ใช้สไลด์ประกอบเสียง และภาพพลิกประกอบคำบรรยายในการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตน พบว่าภายหลังการสอนผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มีความรู้ดีกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญ และในการสอนครั้งนี้ผู้วิจัยยังได้มีการกล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องและมีการปฏิบัติจริงหลังการให้ข้อมูลดังที่ แวน ฮูเซอร์ (Van Hoozer, 1987 อ้างตามพนิดา, 2538) กล่าวว่า การสนับสนุนการยอมรับ การให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยการยกย่องมากกว่าตำหนิ เป็นการเพิ่มการจูงใจในการเรียนรู้

และผู้วิจัยยังได้แจกหนังสือคู่มือเรื่องความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลัมน้ำใจตายแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับข้อมูลตามแผนเสร็จสิ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาทบทวนความรู้ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้โดยกล่าวว่า ภายหลังการสอนประมาณ 5 นาที ผู้ป่วยจะลืมเรื่องที่สอนไปประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ผู้ป่วยจะสามารถระลึกข้อมูลที่สอนได้ถ้าเขาได้อ่านเรื่องที่ทบทวนเรื่องที่สอนซ้ำ (Ley, 1973 cited In Wong & Wong [1985 อ้างตามพนิดา, 2539) ซึ่งคู่มือดังกล่าวมีเนื้อหาสั้น สอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลใช้ภาษาง่ายต่อการเข้าใจ และมีบทกลอนไว้เตือนใจประกอบ เพื่อสะดวกในการเรียนรู้และทบทวนใหม่เมื่อมีข้อสงสัย

ส่วนการประเมินผล ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการซักถามและสังเกตการปฏิบัติเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ก่อนการให้ข้อมูล ขณะให้ข้อมูลและหลังการให้ข้อมูล ติดตามประเมินซ้ำจนผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา

สรุปการให้ข้อมูลเป็นเป้าหมายที่จะนำไปสู่การเรียนรู้ การให้ข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีแบบแผน จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จะเป็นพื้นฐานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การยอมรับข้อเท็จจริงที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพตามมา ดังที่ประภาพรเพ็ญ (2520 อ้างตามพนิดา 2539) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ด้วยวิธีการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนและตรงตามความต้องการ จะทำให้เกิดกระบวนการทางการศึกษา และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ถูกต้อง

และเมื่อพิจารณาคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพในกลุ่มทดลอง สูงกว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมทุกด้าน โดยสามารถอธิบายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านการรับรู้สาเหตุและอาการ พบว่า หลังการได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับรู้ได้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากสาเหตุใด และอาการที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นหรือเป็นอาการในระยะโรคเริ่มต้นเท่านั้น ทำให้มีการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นตามความเป็นจริง และหาทางหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นสาเหตุของโรค เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำ (จิราวรรณ, 2539) ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ยังคงไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจแบบไหน สาเหตุเกิดจากอะไร อาการที่เป็นอยู่เข้าขั้นวิกฤตหรือไม่ ทำให้เกิดความกังวล สับสน กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นโดยตนเองไม่คาดคิด จากการรับรู้ของตนเองหรือจากการได้รับการบอกเล่าจากบุคคลในอดีตว่าโรคหัวใจเป็นอันตราย (พรเพ็ญ, 2534; สมจิต, 2532) บางคน ท้อแท้สิ้นหวัง และเชื่อว่า โรคหัวใจของตนคงไม่มีวันหาย และคงต้องทรมานจนตายโดยไม่มีทางแก้ไข (ศรีสุตา, 2538)

ด้านการรับรู้การดำเนินโรคและความรุนแรง พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โรคที่ตนเป็น เป็นโรคร้ายแรงอันตรายที่ทำให้เสียชีวิตได้ง่าย ถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง หรือ/และ เข้ารับการรักษาอย่างไม่ถูกต้อง ดังนั้นจึงแสดงออกด้วยการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและสนใจซักถามว่าอาการที่ตนเป็นอยู่ในระยะใด รุนแรงแค่ไหน ควบคุมได้อย่างไร (Becker and Malman, 1980) ส่วนกลุ่มควบคุมบางคนจะเชื่อว่าโรคนี้อันตรายมาก เกิดอาการแล้วต้องตาย รักษาเพียงประทังอาการจึงไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา บางคนคิดว่าเกิดจากความเครียด พักผ่อนเพียงพอ อาการจะทุเลาลง จึงตัดสินใจว่าอาการดีขึ้นจะกลับบ้าน และซื้อยากินเอง หรือใช้ยากกลางบ้าน (สายพิณ , 2532) หรือบางคนคิดว่าตนมีสมรรถภาพทางร่างกายลดลง ไม่กล้าทำอะไรกลัวกระทบกระเทือนต่อหัวใจ ต้องเปลี่ยนสภาพจากผู้นำครอบครัวมาเป็นภาระให้ครอบครัว จึงเกิดความท้อแท้ในการมีชีวิต

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตน พบว่า กลุ่มทดลองทราบถึงแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการอย่างมีเหตุผล และปฏิบัติตามผู้รู้อย่างเคร่งครัด

(สมจิต , 2532) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ทราบว่าแนวทางการรักษาเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่ทราบแค่ ว่า ต้องพักผ่อนมาก ๆ และรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการ และไม่ทราบว่าต้องรักษานานแค่ไหน ส่วนเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าต้องทำอะไร ส่วนบางคนทราบเพราะแพทย์หรือพยาบาลสั่ง แต่ก็ไม่ทราบว่าเหตุผลการทำคืออะไร ทำให้บางครั้งผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ (จีราวรรณ , 2539)

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาลพบว่า กลุ่มทดลองทราบถึงปัญหาในอนาคต ที่ตนจะได้รับภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาที่ต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การเปลี่ยนงานในอาชีพ สถานที่ใช้กำลังกายและสมองน้อยหรือการลดความเครียด พร้อมร่วมกันกับผู้วิจัยในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาในทางที่เป็นไปได้ (ศรีสุตา , 2538) ส่วนกลุ่มควบคุมซึ่งทราบแต่ว่าตนป่วยเป็นโรคหัวใจ แต่ไม่ทราบแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตนจึงไม่สังเกตเห็นปัญหาใด ๆ ที่จะเกิดตามขึ้นมา เพราะเชื่อว่าเมื่ออาการของโรคหมดไป เขาก็จะกลับไปเป็นคนปกติทั่วไปในสังคม

จากคำอธิบายข้างต้นจึงเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายเหตุผลที่ทำให้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพหลังให้ข้อมูลทางสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้าน และนอกจากเรื่องการให้ข้อมูลทางสุขภาพแล้ว อีกเหตุผลหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลก็คือ การที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่จำนวนพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพน้อย ไม่เป็นสัดส่วนที่พอเหมาะ ทำให้ต้องปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ ไม่อาจให้ข้อมูลได้ในเวลาที่จำกัด และพยาบาลยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงในรูปแบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย (สุภาณี , 2536 อ้างตาม จุฑากานต์ , 2539) ดังนั้นในกลุ่มควบคุมที่ไม่มีผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลและไม่มีเวลาให้นานพอจึงมีผลต่อการรับรู้

3. สมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนมีคะแนนพลังอำนาจภายในตน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการประเมินครั้งแรก ในวันแรกของการเข้ารับการรักษา มีคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจภายในตนน้อย คือค่าเฉลี่ยคะแนนพลังอำนาจภายในตนของกลุ่มทดลองเท่ากับ 45.8 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 46 ทั้งที่คะแนนเต็มเท่ากับ 100 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของตนได้ และต้องตกอยู่ในสภาพต้องคล้อยตาม และปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลกำหนดให้ทั้งหมด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงมาก และเจ็บปวดย่อมส่งผลให้เกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตน จากไม่สามารถควบคุมตนเอง บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมได้ตามสมควร (Roy , 1976) ; สายพิณ , 2532 ; ชุตินา , 2535) ผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจ

ตายในระยะแรกจะมีอาการรุนแรง และมีอัตราเสี่ยงต่ออันตรายถึงเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก หรือนอนเตียงข้างใต้ะทำงานของพยาบาล และมักพบการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายอย่างรวดเร็ว เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค (ศุภชัย ,2531) ทำให้รู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองได้ เนื่องจากอ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก และเหนื่อยหอบ นอกจากนี้การที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อลดการทำงานของหัวใจ หรือต้องใช้เครื่องมือเพื่อช่วยชีวิต หรือช่วยในการติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย (จิตทยา ,2538) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรู้สึกเหมือนถูกพันธนาการ และมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายลดลง จนอาจเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจได้ (Meisel ,1991 อ้างตามหทัยรัตน์ , 2539)

การสูญเสียความสามารถในการควบคุมด้านจิตใจ จะพบในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาด้วยอาการป่วยหนักแทบทุกราย (Roberts, 1986) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาพยาบาลที่ต้องการความรวดเร็วและรักษาชีวิตทำให้บางครั้งการปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาล อาจจะไม่ละเลยการคำนึงถึงความเป็นบุคคล และจิตใจของผู้ป่วย เพราะจะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก ผู้ป่วยจึงรู้สึกที่ตนเองถูกปฏิบัติเช่นเดียวกับ วัสดุ สิ่งของ ที่ไม่มีชีวิตจิตใจ (ชอลดา ,2536) กล่าวคือไม่สามารถตัดสินใจและเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลของตนเองได้ กิจกรรมทุกอย่างแม้กระทั่งกิจวัตรประจำวัน ก็ถูกกำหนดโดยบุคลากรพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัว เนื่องจากต้องถูกตรวจร่างกาย และรับฟังเจ้าหน้าที่พูดถึงตนเองโดยไม่ได้ร่วมสนทนาด้วย รวมถึงการไม่ได้พบญาติตามต้องการ (Staple ton, 1992; Taylor, 1971 อ้างตามหทัยรัตน์ , 2539)

สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย นอกจากจะมีบุคลากรต่าง ๆ ที่เป็นเหมือนคนแปลกหน้าสำหรับผู้ป่วยแล้วต้องติดอุปกรณ์ช่วยชีวิตและสังเกตอาการไว้บนร่างกาย และได้ยินเสียงจากการทำงานของเครื่องต่อเนื่องบางครั้งมีสัญญาณเตือนของเครื่องมือ เป็นเสียงที่ผู้ป่วยไม่ทราบความหมาย การใช้เครื่องใช้ที่ไม่ใช่ของตนเองได้แก่ เสื้อผ้า เตียนนอน ผ้าห่ม ภาชนะอาหารและแก้วน้ำ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามต้องการและไม่สามารถหลีกเลี่ยงหนีจากสิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ (สายพิน , 2532) นอกจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมได้ จะเป็นสาเหตุที่สำคัญของภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตนแล้ว สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง ก็คือ การที่ผู้ป่วยขาดความรู้สึกความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลของตน ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลความรู้หรือได้รับแล้ว แต่ผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่กล้าถาม ประกอบกับผู้ป่วยทุกคนไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ จึงไม่ทราบว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง และควรปฏิบัติอย่างไร การที่ผู้ป่วยมีข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตน (จิราวรณ , 2539) และอาจมีจินตนาการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองไปในทางที่ไม่ดี เป็นผลให้ผู้

ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจภายในตนมากขึ้น (Jorvis, 1992 ; Johnson , 1967) ส่วนการมีข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองนั้นช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ และช่วยลดความวิตกกังวลได้ (Crockford , Holloway, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับปรานี (2537) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง พบว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดล่วงหน้าตามความเป็นจริง และมีการเตรียมตัวเพื่อดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลลง และเมื่อเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในใจตน จะมีการตอบสนองของร่างกายและจิตใจโดยมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สบายใจ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับและไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ (Roy,1976) จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการช่วยเหลือตนเองลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ให้ ทำให้แผนการรักษาพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น จนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมร่างกายและจิตใจให้อยู่ในสภาพที่ดีขึ้น (Miller, 1992, สายพิน , 2532)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกวิธีที่จะคงไว้ซึ่งพลังอำนาจภายในตนด้วยการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพตามแผน และผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนมีคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจภายในตน สูงกว่าคะแนนพลังอำนาจภายในตนของกลุ่มควบคุมในการประเมินครั้งที่สอง โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน จึงสามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นควรเป็นข้อมูลในเรื่องของความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล และการดำเนินของโรคตามความเหมาะสม หรือตามความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์ความเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง และทราบการต้องปฏิบัติตนต่อไป เป็นการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนอย่างมีเหตุผล นำมาซึ่งพลังอำนาจภายในตน และเมื่อพิจารณาพลังอำนาจภายในตนรายด้าน ก็สามารถอธิบายได้ คือ

1. ด้านร่างกาย พบว่าการให้ข้อมูลทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยรับทราบว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระดับไหน เมื่อการรักษาผ่านไปช่วงเวลาหนึ่งอาการป่วยเริ่มดีขึ้น ผู้ป่วยจึงเริ่มช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนั้นพบว่า การที่ผู้ป่วยป่วยด้วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นโรคที่รุนแรงและอันตราย (จิราวรรณ ,2539) การให้ญาติมาดูแลอย่างใกล้ชิดและผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่คอยเอาใจใส่ดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และข้อมูลที่ผู้ป่วยต้องการ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือโดยไม่ต้องรอคอย และเมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน เขาจะเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของตนอย่างมีเหตุผล พร้อมร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมาคือ อาการของโรคทุเลาลงด้วยความร่วมมือของผู้ป่วยกับแพทย์และพยาบาล (สุนันท์ , 2536)

2. ด้านจิตใจ พบว่าในระหว่างการให้ข้อมูลผู้วิจัยจะพูดกับผู้ป่วยด้วยความสุภาพ อ่อนโยน นุ่มนวล แสดงถึงความเห็นใจในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ใช้คำพูดเข้าใจง่าย สั้นได้ใจความ เพื่อลดความสับสนของผู้ป่วย ทำให้รับทราบข้อมูลได้ดีขึ้น และแสดงความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ยอมรับและให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย พร้อมบอกเหตุผลของกิจกรรมการให้ข้อมูลทุกครั้งให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถาม หรือตัดสินใจในบางเรื่อง (หทัยรัตน์ ,2539) สิ่งเหล่านี้เอง ที่ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะรักษาโรค ยอมรับการพึ่งพาพยาบาลโดยไม่คับข้องใจ คาดการณ์เหตุการณ์การเจ็บป่วยของตนตามความเป็นจริง และมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ไปตามสภาพของตน ทั้งที่รับรู้ว่าคุณไม่มีทางหายจากโรค (วนิดา , 2538)

3. ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าในกลุ่มทดลอง การที่ผู้วิจัยนำญาติเข้ามานั่งฟังการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ทำให้ญาติเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยและยอมรับผู้ป่วยว่า ถึงแม้จะนอนป่วยที่โรงพยาบาลแต่ยังคงต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในครอบครัว และการที่ผู้วิจัยให้ข้อมูลพร้อมพูดปลอบโยน บอกเหตุผลการที่ต้องติดเครื่องมือช่วยชีวิตหรือประเมินอาการก็ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ถูกพันธุนาการ แต่ทุกอย่างทำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ดังที่ มณฑา (2537 อ้างตามหทัยรัตน์ , 2539) กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องการให้คุณพยาบาลเพิ่มเติมสุขภาพอธิบายกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะได้รับในโรงพยาบาล ร้อยละ 99.0 และร้อยละ 98.4 ต้องการให้อธิบายเหตุผลก่อนปฏิบัติการรักษา

นอกจากนี้ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยยังได้แสดงความใส่ใจ เป็นมิตรและเป็นกันเอง กับผู้ป่วย ตั้งแต่วันแรกที่เข้ารับการรักษา ทั้งยังแสดงตนว่ากำลังตั้งใจฟัง หยุดพูดเพื่อให้โอกาสผู้ป่วยได้พูดสลับตาและสัมผัสตามความเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเองก็รู้สึกว่าเขาสมาถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ในระดับหนึ่ง เพราะอย่างการเลือกเตียงนอนหรือ การจัดโต๊ะวางของเครื่องใช้ คงไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากมาอยู่โรงพยาบาล รัฐบาลซึ่งต้องใช้เป็นทรัพย์สินส่วนรวม ไม่ว่า เตียง ฝักปูเตียง ปลอกหมอน แก้วน้ำ หรือแม้กระทั่งที่รองปัสสาวะ

4. ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค พบว่าในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนซึ่งตรงกับความต้องการของตนครบถ้วน จึงสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ตามแผนการรักษาพยาบาล ทั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ เรื่องการเจ็บป่วยในระยะวิกฤต ก็มีที่ปรึกษาคอยให้คำแนะนำจนผู้ป่วยหายคับข้องใจ ไม่สงสัย มีแนวทางการดำเนินชีวิตที่แน่นอนถูกต้องตามผู้รู้ ผลที่ตามมาก็คือ อาการของโรคควบคุมได้ จนไม่พบอาการผิดปกติ และตัวผู้ป่วยเองก็มีกำลังใจและแนวทางในการดำเนินชีวิต ของตนในสังคมต่อไป . (พนิดา , 2539)

ส่วนในกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจภายในตนในการประเมินครั้งที่สองมากกว่าการประเมินครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยรวม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้จะไม่ได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนจากผู้วิจัย แต่การเอาใจใส่

อย่างใกล้ชิดของญาติด้วยความเป็นห่วงเป็นใย (ลำเนาวัล , 2535) การนับถือว่าผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้ปกครองครอบครัวมายาวนาน ความเป็นกันเองของเจ้าหน้าที่พยาบาลประจำการ การดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคลากรในทีมสุขภาพต่อเนื่อง การไม่กังวลเรื่องค่ารักษาพยาบาล จาก มีบัตร ประกันสังคม, บัตรสงเคราะห์ บัตรผู้สูงอายุ หรือเบิกค่ารักษาได้ หรือการที่ผู้ป่วยสูงอายุ สนใจซักถามอาการและแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตนจากพยาบาลประจำการเอง เหล่านี้ก็ ล้วนมีผลให้ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจภายในตนขึ้นมาได้ (จุฬากานต์, 2539 ; เพ็ญลดา, 2539 ; หทัย รัตน์, 2539)

แต่เมื่อพิจารณาในรายด้านของกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจภายใน ตนในการประเมินครั้งที่สองมากกว่าการประเมินครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใน ด้าน ร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ยกเว้น พลังอำนาจภายในตนด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มควบคุมอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 90 ซึ่งเป็นวัยที่มีความสนใจในสุขภาพสูง (พรเพ็ญ , 2534) ดังนั้นจึงสนใจที่จะซักถามอาการของโรคและแนวทางการปฏิบัติตนให้อาการทุเลาลงตามผู้รู้ (กมล , 2516 อ้างตาม พรเพ็ญ , 2534) อีกทั้งเมื่อเจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังมีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด อยากรู้ อะไร หรือต้องการหยิบของใช้ ญาติจะทำให้หมดทุกอย่าง (นาฎยา , 2535 ; สุธีรัตน์ , 2538) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมรอบตัว (สายพิณ , 2532) อย่างไรก็ดีตามพลังอำนาจภายในตนด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสำหรับผู้ป่วยกลุ่มควบคุมนี้ได้รับไม่เพียงพอ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ มักเป็นความรู้ที่บุคลากรทางการแพทย์คิดว่าจำเป็น แต่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (จิราวรรณ, 2539) หรือเป็นการรับรู้จากความต้องการของผู้ป่วยเอง แต่พยาบาลไม่มีเวลาอธิบายเหตุผล (ปราณี่, 2537; วนิดา, 2538)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของพลังอำนาจภายในตนรายข้อ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจภายใน ตนหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนในกลุ่มทดลอง สูงกว่า คะแนนเฉลี่ยพลังอำนาจภายใน ตนหลังให้ข้อมูลตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องรู้แผนการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจน ซักจูงคนอื่นได้ มีกำลังใจในการรักษา ยอมรับ การพึ่งพา มีความหวัง คาดการณ์ได้ตามความจริง แพทย์และพยาบาลบอกเหตุผลของการรักษา พยาบาลและมีความรู้ในการดูแลตนเองเบื้องต้นได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนและรู้แผนการรักษาของตน จะเกิดความมั่นใจในการกระทำและคาด ผลจากการปฏิบัติตามความจริง รู้จักการดูแลตนเอง อีกทั้งเวลาให้ข้อมูลผู้วิจัยยังนำญาติของผู้ป่วยมานั่งฟังแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อให้ญาติเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วย ว่าสิ่งใดที่ผู้ป่วยต้องการ เมื่อญาติยอมรับ เขาจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนและคอยช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (จิราวรรณ , 2539 ; วนิดา, 2538; สุนันท์,

2536) ส่วนผลการวิจัยที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันจะมีในเรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ มีคนคอยดูแลใกล้ชิด คุมอาการได้ เลือกเตียงนอนได้ หยิบของใช้ส่วนตัวง่าย เจ้าหน้าที่เป็นกันเอง มีคนคอยเป็นกำลังใจ และมีที่ปรึกษา สามารถอธิบายได้ดังนี้

เมื่อบุคคลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดและเป็นกันเองจากเจ้าหน้าที่เนื่องจากเป็นผู้ป่วยภาวะวิกฤติ (จิราวรรณ,2539) การพักผ่อนอย่างเต็มที่และการรับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง มีผลให้อาการดีขึ้น (สุพิศ ,2538) จึงสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี(ศุภชัย, 2531) ซึ่งล้วนมีบุคคลในเครือข่ายสังคมมากดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยจึงมีญาติมาคอยช่วยเหลือหยิบของใช้ให้ตามต้องการ คอยให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างใกล้ชิด (สุพันธ์,2536; มณฑา,2537) ส่วนการเลือกเตียงนอนตามความต้องการนั้นไม่สามารถทำได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเนื่องจากโรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาเป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล ที่มีระเบียบการจัดระบบการบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและความสะดวกในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ (อารีย์, 2532) ดังนั้นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติจะต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือบริเวณที่พยาบาลสังเกตง่ายที่สุดตรงบริเวณเมื่ออาการคงที่แล้วนั้นผู้ป่วยที่มีรายได้สูงจึงจะสามารถเลือกเตียงได้ตามความต้องการภายหลัง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษาแผนผู้ป่วยในด้านอายุรกรรมด้วยโรคนี้เป็นครั้งแรก และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในช่วง 1 - 3 ในช่วงสัปดาห์แรกของการรักษา ที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี โรงพยาบาลบ้านโป่ง โรงพยาบาลโพธารามและโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2540 จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผน จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติจำนวน 20 ราย ซึ่งทุกคนมีระดับความรู้สึกตัวดี การรับรู้ปกติ ไม่มีปัญหา การได้ยินและการมองเห็น สามารถสื่อความหมายกับผู้วิจัยได้ด้วยการพูดและยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พลังอำนาจภายในตน แผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ภาพพลิก และคู่มือผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน และผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ฉบับคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการให้ข้อมูลทางสุขภาพกับกลุ่มทดลอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเท่ากับ .71 และค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พลังอำนาจภายในตนเท่ากับ .86

การวิเคราะห์ข้อมูล ทดสอบความแตกต่างลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ จำนวนร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนโดยใช้สถิติ t- test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับข้อมูลตามปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ

3. คะแนนพลังอำนาจภายในตนก่อนให้ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. คะแนนพลังอำนาจภายในตนของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งโดยรวมและรายด้าน

5. คะแนนพลังอำนาจภายในตนของกลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลทางสุขภาพตามแผนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในหัวข้อ รู้แผนการรักษาชัดเจน คาดการณ์ได้ตามจริง แพทย์และพยาบาลบอกเหตุผลของการรักษา และสามารถดูแลตนเองได้เบื้องต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการพยาบาล

จากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นว่า การให้ข้อมูลทางสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน ในขณะที่เรามีความพร้อมที่จะเรียนรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง จนเกิดทักษะจากประสบการณ์และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพตามหลักวิทยาศาสตร์หลังได้ปฏิบัติตามผู้รู้และเกิดผลสำเร็จจนอาการทุเลาลง และเมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจะรับรู้ถึงพลังอำนาจภายในตนในการควบคุมร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคของตนตามมา ซึ่งการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนของผู้วิจัยนั้น เป็นการให้ข้อมูลในระยะเวลาที่ผู้ป่วยเพิ่งรับเข้าทำการรักษาด้วยโรคนี้เป็นครั้งแรก ดังนั้นถ้าจะให้การให้ข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรกระทำดังนี้

1. ควรจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับเข้ารักษา จนถึงกลับบ้าน ตามความต้องการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการโดยมอบแผนการให้ข้อมูล

ทางสุขภาพและคู่มือเรื่องความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย แก่หรือผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยไปเก็บข้อมูลแล้ว

2. ควรประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยก่อนให้ข้อมูลทุกครั้ง เพื่อที่จะได้เพิ่มความรู้อาจจากประสบการณ์เดิม และหากิจกรรมการให้ข้อมูล รวมทั้งสื่อการให้ข้อมูล เหมาะสมกับผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

3. ควรจัดทำคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยได้นำไปทบทวนอีกภายหลังได้รับข้อมูลแล้ว โดยมีเนื้อหาต่าง ๆ สอดคล้องกับแผนการให้ข้อมูลและ ภาพพลิก เพราะผู้ป่วยอาจลืม จะได้มีคู่มืออ่านทบทวนได้เมื่อต้องการ

4. ควรมีการติดตามประเมินผลการให้ข้อมูลเป็นระยะอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการแสดงถึงความเอาใจใส่ และห่วงใยผู้ป่วยสม่ำเสมอ

5. ควรมีการนำวิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพแบบอื่น ไม่ว่าจะเป็นการสาธิต การฉายสไลด์ หรือการสอนรายกลุ่ม มาใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละระยะของการรักษา เพื่อแนวทางที่ดีในการปรับปรุงให้ใช้ได้กับกลุ่มผู้ป่วยได้หลายกลุ่มมากขึ้น

6. ควรมีการเปรียบเทียบการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรกกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 3 ครั้ง ว่ามีความแตกต่างกัน หรือไม่ ในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตน

7. ควรมีการจัดทำโครงการผู้ป่วยเก่าสอนผู้ป่วยใหม่เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อที่ได้มาจากผู้รู้แบบแพทย์และพยาบาล กับความเชื่อที่ได้จากการเชื่อสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนแบบไหนจะเกิดผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่ากัน

8. ควรมีการจัดทำโครงการสอนความรู้ญาติที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หรือทำกลุ่มให้คำแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

9. ควรมีการจัดทำกล่องรับความคิดเห็นหรือข้อสงสัยที่ผู้ป่วยและญาติต้องการทราบไว้บริเวณตึกผู้ป่วยโดยให้ระบุชื่อผู้ป่วยและเตียง เพื่อพยาบาลจะได้ทราบปัญหาและให้คำแนะนำได้ถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละวัน

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่จากฝ่ายเวชกรรมสังคมรับผิดชอบโดยตรง หรือจัดทำโครงการร่วมกันระหว่างบุคคลากรในที่สุขภาพ ในการรณรงค์ให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล

2. ผู้บริหารควรมีนโยบายสนับสนุนและให้ความสำคัญในการนำวิธีการให้ข้อมูลทาง

สุขภาพแบบต่าง ๆ มาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็น บรรยาย สาธิต นิทรรศการ เทป โทรทัศน์ บอร์ดประกาศ หรือเอกสารแจกฟรี เป็นต้น

3. ผู้บริหารควรจัดให้มีโครงการการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในทุกหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งจัดตั้งเทปโทรทัศน์ให้ความรู้ทางสุขภาพตามหน่วยงานที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก เช่น ห้องรับยา ห้องรอตรวจผู้ป่วยนอก เป็นต้น

4. ผู้บริหารควรมีนโยบายให้ญาติใกล้ชิดสามารถอยู่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤติได้ ตลอดเวลาแม้เวลาที่แพทย์มาตรวจรักษา เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสรับรู้ถึงปัญหาผู้ป่วยและซักถาม ข้อสงสัย

5. ควรมีการประกวดคำขวัญสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและติดตามผนังเตียงผู้ป่วยเพื่อเตือนสติว่าควรให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยดุจญาติมิตร เพราะผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่ให้ความเป็นกันเอง ให้เกียรติผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงได้

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ในการจัดการเรียนการสอน ควรเน้นให้ผู้เรียนตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองได้ ตามความรู้ที่ได้รับและเหมาะสมกับความสามารถของตน

2. ควรจัดให้นักศึกษามีโอกาสฝึกประสบการณ์ ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยตามเตียงผู้ป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการบรรยายหรือสาธิต ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่มของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษามูลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ด้วยวิธีการอื่นเช่นการสอนแบบใช้สไลด์ การสอนแบบให้ผู้ป่วยเก่าสอนผู้ป่วยใหม่โดยมีพยาบาลให้คำปรึกษาภายนอก เป็นต้น กับผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือกลุ่มผู้ป่วยอื่นต่อไป

2. ควรเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น เพื่อให้เห็นผลต่างของความเชื่อและพลังอำนาจภายในตน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมชัดเจนขึ้น

3. ควรมีการศึกษาวิธีการพยาบาลอื่น ๆ ที่ช่วยเพิ่มพลังอำนาจในตน หรือความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4. ควรมีการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนเป็นราย ๆ ทุก 1 - 2 สัปดาห์ โดยขยายระยะเวลาการเก็บข้อมูลออกไป เพื่อศึกษานผลการวิจัยว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ เมื่อเวลาห่างออกไปและมีตัวแปรเกินอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง

5. ควรมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดตัวแปรเกินที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลทางสุขภาพเพื่อความชัดเจนของการอภิปราย
6. ควรมีการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเจ็บป่วยเรื้อรังประเภทอื่นเปรียบเทียบกับวิธีกรให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน

บรรณานุกรม

- กนกพร ใจแก้ว . (2537) ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ . เชียงใหม่.
- กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐินและสมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2530ตามแบบ) ประสิทธิภาพการสอนสุศึกษาแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ป่วยข้อเท้าเสื่อมโดยใช้ VDO. วารสารสุศึกษา , 10 (39), 51 - 65.
- กรรณิการ์ เรือนจันทร์. (2535) . ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่
- กัญญา ไพบูลย์ (2526) เปรียบเทียบผลการสอนแบบรายบุคคลและกลุ่มย่อยต่อการลดความเครียดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมช่องท้อง. วารสารพยาบาล , 32 (24) ,209-304.
- ไชแสง ชวศิริและคณะ. (2527) . รายงานการวิจัยเรื่องความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการสอนของอาจารย์พยาบาล . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา.
- คณิงนิจ พงศ์ถาวรภมล.(2529) . สัมพันธ์ศาสตร์พื้นฐานของการไหลเวียนสำหรับพยาบาล กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ แม็ค จำกัด.
- ค้วน ชาวหนู . (2527). เทคนิคการสอนและการวัดผลสุศึกษา . กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- จงกลณี ศรีจักรโคตร. (2539) . พฤติกรรมเหมาะสมในการแสดงออกและพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป . วิจัยของคณะทำงานโรงพยาบาลกาฬสินธุ์.
- จงกลลักษณ์ จันทรศัพท์. (2539). ผลของการสอนเรื่องโรคเอดส์ต่อความเชื่อและพฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวี (HIV) ของนักเรียนพลตำรวจโรงเรียนตำรวจภูธร 5

ลำปาง, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสานพระบรมราชปณิธาน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- จันทนา เชื้อนาค. (2538) อาหารเพื่อการมีสุขภาพดี ชะลอความแก่และเพื่อการมีชีวิตยืนนาน
วารสารสาร. 97-100.
- จุฑากานต์ กิ่งเนตร(2539). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความ
รู้ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับสารเคมีบำบัด.
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสานพระบรมราชปณิธาน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
เชียงใหม่.
- จิราวรรณ สากลกิจจานุถูล. (, 2539). การศึกษาและการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลันที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติ. วารสารวิชาการเขต12. (2),
85-100.
- ฉวี มากฟูม. (2530). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสานพระบรมราชปณิธาน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจตีย์. (2537) การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายแบบเฉียบพลัน. คู่มือการพยาบาล
โรคหัวใจ กรุงเทพฯ : บริษัทการพิมพ์จำกัด.
- ชุดิมา มุสิกะสังข์. (2535) การศึกษาความรู้สึกสูญเสียอำนาจของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสานพระบรมราชปณิธาน บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ .
- ชูศักดิ์ พลฤกษ์พงษ์. (2539). บัญญัติ 10 ประการรู้หัวใจดีมีสุข. คลินิก , 26 - 33.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2534) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย .
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 9 (1), 8 -18.
- ชื่นชม เจริญยุค. (, 2538) . การศึกษาภาวะขาดแคลนพยาบาลและปัญหาสมองไหลของ
วิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย. วารสารพยาบาล, 44 (11), 22-44.

- ชอลดา พันธุเสนา.(2536). การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ
 กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุฟ.
- ถนอมขวัญ คำปาน.(2539). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการลดภาวะเสี่ยงโรค
หลอดเลือดหัวใจในสตรีอายุระหว่าง35-54ปีในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
 กรุงเทพฯ.
- เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์ . (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุน
ทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ,
 เชียงใหม่.
- ทศพร พัฒนนิรมาน . (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความรู้สึกสูญเสียอำนาจ
ในผู้ป่วยโรคเรื้อนขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล , กรุงเทพฯ.
- ทัศนีย์ นะแสง . (2539). การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการพยาบาล .
 สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นงนุช บุญยัง. (. 2537) . การวิเคราะห์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจขาดเจ็บ
และกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยแปลจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจ. วารสารพยาบาลสงขลา
นครินทร์.14 (3) , 55-59.
- นพรัตน์ ราชภรณ์ชัย. (2538). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วย
โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ วิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นาฏยา เลื่องไพโรจน์ . (2535). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้
ป่วยหนักสมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยอภิบาลผู้ศัลยกรรม วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- นงลักษณ์ อินทรโยธา. (2539). การทดสอบสมรรถภาพหัวใจ ด้วยการออกกำลังกาย. รามาศิลป์เวชสาร. 2 (2) , 71-77.
- นิตยา เย็นฉ่ำ . (2535) . ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน เพื่อดูแลสุขภาพหรือของบุคลากรชายในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- นวลจันทร์ พูลสมบัติและคณะ . (2538). ผลของการให้คำแนะนำอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. งานวิจัยของกุ่มงานภายในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ .
- ประกายรัตน์ เชี่ยววานิช . (2536). ผลการเรียนการสอนเรื่องเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ของวิธีต่อความรู้และพฤติกรรมทางเพศของคู่สมรสที่ภรรยาตั้งครรภ์ครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , เชียงใหม่.
- ปราณี นิพัทธ์กุลกิจ . (2537). ผลของการให้ข้อมูลตามความต้องการของผู้ป่วยต่อการลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้อง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ , สงขลา.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า แห่งตน และขวัญกำลังใจ ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต , มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- พนิดา ชูสุวรรณ . (2539). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ใส่เหล็กตามภายใน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ , สงขลา.

- พันธุ์เทพ อังชัยสุทธิศรี.(2531). การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. สงขลานครินทร์เวชสาร. 6(1), 74 - 77.
- พัฒน์ สุจำนงค์. (2522). สุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา.
- พวงเพ็ญ เมื่อกสวัสดิ์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรเพ็ญ พิพัฒน์ธีรภาพ. (2534). ความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพเด็กทารกของมารดาที่พาเด็กป่วยมารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี. งานวิจัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ปัตตานี.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2535). วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา : โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- จวีวรรณ ยศวัฒน์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพพบทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จวีวัลย์ วงศ์ลือเกียรติ . (2524) การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสอนการปฏิบัติงานภายหลังคลอด ระหว่างการสอนเป็นกลุ่มกับการสอนรายเดี่ยว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ.
- จตุสนันท์ แสงมณี. (2537) การเข้าชมรมผู้สูงอายุ และแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลจังหวัดสงขลา. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 14 (1), 10-17.

- รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ . (2534). ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ลำเนาวัลย์ เรืองยศ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วนิดา ฉันทราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวายเลือดคั่ง , วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช. (เมษายน - มิถุนายน 2538). พยาบาลผู้ป่วยให้เกิดความหวังได้อย่างไร. วารสารพยาบาลศาสตร์ , 13 (2).
- วัฒนา รัตนวงษ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. การศึกษาค้นคว้าตนเองทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วิเชียร ทองแดง. (2533). ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- วิทยา ศรีมาดา. (2538). ตำราอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- วันชัย ภูประเสริฐ. (2539). AMI ใน ICU โรงพยาบาลอุตรดิตถ์, พุทธชินราชเวชสาร . 13 (1).
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ . (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ศุภชัย ไชยธีรพันธ์ .(มกราคม - มีนาคม , 2531) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้ป่วยอายุน้อย

วารสารโรคหัวใจ, 1 (1), 1-19.

- สอาด มุ่งสิน. (2537). การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการใช้คู่มือการปฏิบัติของมารดาหลังคลอด ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (พฤษภาคม 2538). เจ็บหัวใจ(ตอนที่ 9) หมอชาวบ้าน, 17 (193), 22 - 30.
- สารารณสุข, กระทรวง. (2538). สถิติสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุพิศ กิตติรัชดา. (2538). การเสริมสร้างพลังอำนาจในงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2532). ภาวะสูญเสียอำนาจ : มโนคติการประเมินผลและการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 38 (3), 221-238.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- สายพิณ และคณะ. (2539). ความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมควมมีคุณค่าในตนเอง และการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งที่ระบบทางเดินอาหาร. วารสารพยาบาล, 14 (2).
- สุเช็ด คชเสนี. (2531). โรคหัวใจขาดเลือด. คลินิก, 4 (5).

- สุริรัตน์ แก้วประโลม. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อ. เมือง จ.อุดรดิตถ์ .วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพัน ต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรีย์ และคณะ.(2528). เปรียบเทียบการให้สุศึกษาแบบการจัดโปรแกรมสุศึกษาและการให้สุศึกษาตามปกติแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี. สงฆลานครินทร์เวชสาร , 12 (1) , 39 - 43 .
- สมคิด รักษาสัตย์ และประนอม โอทกานนท์. (2521). การจัดการเรียนการสอนในคลินิก คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2533) . การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสันประสิทธิ์การพิมพ์.
- สมชาติ ไลจายะ. (2533). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจในชาติเลือด (ตอนที่ 2) คลินิก . 6 (2).
- หทัยรัตน์ จิรนนทิพันธ์ . (2539). สัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อารีย์ ตันฐิตารักษ์ . (2532) . ความเครียดของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงฆลานครินทร์ , สงขลา.

- อุบล จ่างพานิช. (2536). การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วย : แนวทางใหม่
ของพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 16 (3 - 4) , 12 - 15.
- อรพรรณ ประสาทสุวรรณ และคณะ. (2532). ประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำตามแบบ
แผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ. วารสารพยาบาล ,
28 , 7-18.
- อรพรรณ ทองแดง. (2531). ปัญหาทางใจของผู้ป่วยโรคกายใจเรื้อรัง. คลินิก , 4 (11).
- อังศุมา วิทญ์วีรศักดิ์. (2534). การแสวงหาข้อมูล ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน
ด้านสุขภาพ และการควบคุมตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา
วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล , กรุงเทพฯ
- อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ .(ตุลาคม - มกราคม 2533 - 2534). การบรรเทาความเครียดของผู้ป่วย
ในICU . วารสารสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลรามารับดี, 11 (1) , 13-17.
- Ann, M. (1985) : When is the time ripe for teaching ? . American Journal of Nursing .
85 , 801 - 804
- Barbara.S. white. (1993). Powerlessness and the pulmonary Alerolar Edema
Patient journal of dlmentation of Critical care Nu rsing.12,127-137.
- Becker and Malnman. (1980). Strategies for enhancing patient compliance Journal of
Community Health, 2. 113 - 131 .
- Cheryl H. Gibson. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of
Advance Nu rsing , 16 (354-361) .
- Hijick T.W. (1984). The health belief and Cardiac Rehabililtation. Nursing Clinics of
North American, 19 451 - 456 .

- Jane N. K and Becher, MPH. (1984). The health belief model : A decade later
Health Education Quarterly, 11 1-43.
- Johnson, D.E. (1967, April). Powerlessness : A Significant determinant in patient
behavior . Journal of Nursing Education , 6 39 - 44.
- Kison, C. (1992). Health belief and compliance of Cardiac patients. Applied
Nursing Research, 181-185.
- Lambert, V.A. and Lambert, C.E. (1981, September), Role Theory and the concepts
of Powerlessness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health
Service, 19, 11-14.
- Miller, S.F. (1983). Coping with chronic illness overcoming powerlessness.
Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Morris et al (1953). Coronary heart disease and physical activity of work
JN: 1053-7.
- Roy, S.C. (1976). Problem Isn Self - Ideal and Expectancy : Powerlessness In
Introduction to Nursing : An Adaptation Model, New Jersey ; Prentice Hall
224-230.
- Robin, R. (1966). Body image and self- esteem. Nursing Outlook , 16 , 20 -
28.
- Sulth, F.S. (1985, November). Patient power. American Journal of Nursing , 85,
1260 - 1262 .
- Stapleton, S. (1983). Decreasing Powerlessness in the chronically ill : A Prototype In
S.F Miller. Coping with Philadelphia : F.A Davis Company.

Wilkinson, M.S. (1979, November-December). Power and the Identified Patient.
Perspectives Psychiatric Care, 17, 248-253.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง หัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์และรูปแบบของการวิจัย ให้ผู้ป่วยทราบดังนี้

" สวัสดิ์คะ ดิฉันชื่อ สุพัตรา ไตรอุดมศรี เป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจที่จะศึกษาถึง ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อประโยชน์จากงานวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประกอบการพิจารณา ให้บุคคลากร ตระหนักถึงการให้ข้อมูลทางสุขภาพแก่ผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อ สภาพการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ จะเป็นสิทธิ์ของท่านและจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ถ้าท่านตัดสินใจให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ และครั้งที่สองเมื่อผ่านการรักษาไป 1 สัปดาห์ ถ้าท่านไม่ต้องการร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ต่อ ท่านมีสิทธิ์บอกเลิกได้ตลอดเวลา ไม่ทราบว่าคุณจะยินดี เข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้หรือไม่คะ"

ถ้าผู้ป่วยตอบรับให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้อย่างอิสระ

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล
เรื่อง

ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพแลพลังอำนาจภายในตน
ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว
2. แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ
3. แบบวัดพลังอำนาจภายในตน

เลขที่แบบสอบถาม [] [] []

1 2 3

วันที่บันทึก...../...../.....

แบบบันทึกส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง [] หรือเติมคำในช่องว่าง	สำหรับผู้วิจัย
1. ชื่อ.....นามสกุล.....	[] 4
2. อายุ.....ปี	[] 5
3. เพศ [] 1. ชาย [] 2. หญิง	[] 6
4. ศาสนา [] 1. พุทธ [] 2. คริสต์ [] 3. อิสลาม [] 4. อื่น ๆ	[] 7
5. ระดับการศึกษา [] 1. ไม่ได้เรียน [] 2. เรียน ระบุ.....	[] 8
6. อาชีพ [] 1. รับราชการ [] 2. รัฐวิสาหกิจ [] 3. เกษตรกร [] 4. ค้าขาย [] 5. รับจ้าง [] 6.ว่างงาน [] 7. อื่น ๆ	
7. รายได้ของครอบครัว	[] 9
[] 1. น้อยกว่า 2,000 บาท [] 2. 2,001-4,000 บาท [] 3. 4,001-6,000 บาท [] 4. มากกว่า 6,000 บาท	
8. ความรุนแรงของโรค	[] 10
[] 1. ระดับ 1 [] 2. ระดับ 2 [] 3. ระดับ 3	

สำหรับผู้วิจัย

9. โรคประจำตัว

1. เบาหวาน 2. โรคไขมันในเลือดสูง
 3. ความดันโลหิตสูง 4. อื่น ๆ

 11

10. ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

1. โรคหัวใจ 2. เบาหวาน
 3. ความดันโลหิตสูง 4. อื่น ๆ

 12

11. โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

1. โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี 2. โรงพยาบาลบ้านโป่ง
 3. โรงพยาบาลโพธาราม 4. โรงพยาบาลดำเนินสะดวก

 13

12. แหล่งข้อมูลที่ได้รับด้านสุขภาพ

1. สมาชิกในครอบครัว 2. บุคคลในชุมชนคือ.....
 3. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 4. โทรทัศน์วิทยุ
 5. อื่น ๆ.....

13. สิ่งที่ทำให้อาการป่วยดีขึ้น คือ.....

14. สิ่งที่ทำให้อาการป่วยทรุดลง คือ.....

แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ จะถามความเชื่อของท่านเกี่ยวโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ท่านกำลังประสบอยู่ ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่าตรงกับลักษณะความเชื่อด้านสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขที่ท่านมีความรู้สึกตรงกัน

ท่านเชื่อว่า	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย
1. การที่อาการกำเริบเกิดจากท่านทำงานหนักเกินกำลัง ของตนเอง	1	2 3 4 5	6 7	[] 15
2. โรคนี้เกิดมากในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไปที่อ้วนและไม่ออกกำลังกาย	1	2 3 4 5	6 7	[] 16
3. โรคนี้เกิดได้ ถ้าท่านมีเรื่องไม่สบายใจ หรือเกิดความ เครียดบ่อย ๆ	1	2 3 4 5	6 7	[] 17
4. การสูบบุหรี่จัด และดื่มเหล้ามาก ทำให้เกิดโรคนี้	1	2 3 4 5	6 7	[] 18
5. อาการเจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่ายเป็นอาการ ของโรคที่ท่านเป็น	1	2 3 4 5	6 7	[] 19
6. อาการเจ็บหน้าอกที่มีอยู่ตลอดเวลาและไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ตายได้ในไม่ช้า	1	2 3 4 5	6 7	[] 20
7. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่รุนแรงและเป็นอันตราย ถึงเสียชีวิตได้ง่าย	1	2 3 4 5	6 7	[] 21

ท่านเชื่อว่า	ไม่เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		เห็นด้วย		สำหรับ ผู้วิจัย	
	อย่างยิ่ง			อย่างยิ่ง				
8. การที่ท่านจะหายจากโรค หรือมีอาการทรุดหนักกว่าเดิม ขึ้นอยู่กับการกระทำของท่านเอง	1	2	3	4	5	6	7	[] 22
9. โรคที่เป็นอยู่นี้ไม่มีทางรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบได้	1	2	3	4	5	6	7	[] 23
10. การที่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นหมายถึงอาการของโรคกำเริบ	1	2	3	4	5	6	7	[] 24
11. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก ต้องนอนพัก และอมยาขยายหลอดเลือดใต้ลิ้นแล้วอาการจะดีขึ้น	1	2	3	4	5	6	7	[] 25
12. การป่วยเป็นโรคนี้ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีอาการ	1	2	3	4	5	6	7	[] 26
13. เมื่อป่วยเป็นโรคนี้ ต้องพักผ่อนและปรับกิจกรรมที่จะต้องทำ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ	1	2	3	4	5	6	7	[] 27
14. การรับประทานอาหาร มันมาก เค็มจัด และหวานจัด ทำให้อาการกำเริบได้	1	2	3	4	5	6	7	[] 28
15. การทำจิตใจให้แจ่มใส งดสูบบุหรี่ เลิกดื่มเหล้า ช่วยทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น	1	2	3	4	5	6	7	[] 29
16. เป็นการยากที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาน อาหารที่ท่านเคยชินมานาน	1	2	3	4	5	6	7	[] 30

ท่านเชื่อว่า	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับ ผู้วิจัย				
17. เป็นการยากที่ท่านต้องมาตรวจตามแพทย์นัด และกินยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ	1	2	3	4	5	6	7	[] 31
18. เศรษฐกิจทางบ้านของท่านไม่สามารถสนับสนุนให้ท่านมารับการรักษาที่ยาวนานได้	1	2	3	4	5	6	7	[] 32
19. เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ท่านไม่สามารถหลีกเลี่ยงการทำงานหนักแบบเดิมได้	1	2	3	4	5	6	7	[] 33
20. ความเครียดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก แม้ว่าจะป่วยด้วยโรคนี้	1	2	3	4	5	6	7	[] 34

แบบวัดพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วย

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ จะถามความเชื่อของท่านเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง และการผลักดันให้ผู้อื่นกระทำตามสิ่งที่ตนต้องการขณะรับการรักษาโรคลงมือเนื้อหัวใจตาย ถ้าตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด ให้ทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างด้านขวามือ

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	ไม่เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงมากที่สุด	สำหรับผู้ป่วย
ท่านรู้สึกว่า						
1. แม้ตนเองจะป่วยด้วยโรคนี้แต่ยังคงช่วยเหลือตนเองได้เสมอ						[] 35
2. ตนเองมีญาติพี่น้อง และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเสมอโดยไม่ต้องรบกวน						[] 36
3. สามารถควบคุมอาการของโรคได้ด้วยตนเอง						[] 37
4. ตนเองได้เรียนรู้ที่จะทำตามแผนการรักษาอย่างเข้าใจได้ชัดเจน						[] 38
5. ตนเองสามารถชักจูงให้คนใกล้ชิดปฏิบัติตามสิ่งที่ท่านต้องการได้เสมอ						[] 39
6. ตนเองมีกำลังใจที่จะรักษาโรคให้หายให้ได้						[] 40

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	ไม่เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงมากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
ท่านรู้สึกว่						
7. ตนเองสามารถยอมรับการพึ่งพาผู้อื่นได้เมื่อจำเป็น						[] 41
8. สามารถคาดการณ์เหตุการณ์เรื่องการเจ็บป่วยของตนได้ล่วงหน้าตามความเป็นจริง						[] 42
9. ตนเองไม่สูญเสียบทบาททางครอบครัวและสังคมเมื่อป่วยด้วยโรคนี้						[] 43
10. ตนเองมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปแม้โรคนี้จะไม่มีโอกาสหาย						[] 44
11. ตนเองมีโอกาเลือกเตียงนอนและสถานที่พักผ่อนในโรงพยาบาลตามความต้องการได้						[] 45
12. สามารถหยิบของใช้ส่วนตัวและเครื่องอำนวยความสะดวกได้ง่ายเมื่อต้องการใช้ขณะอยู่โรงพยาบาล						[] 46
13. ญาติพี่น้อง ยังคงเปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในครอบครัว						[] 47
14. แพทย์และพยาบาลจะบอกเหตุผลเสมอเมื่อต้องการทำอะไรกับท่าน หรือต้องการให้ท่านทำอะไร						[] 48
15. เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความเป็นมิตรและเป็นกันเองกับท่านเสมอ						[] 49

ข้อความ	ไม่เป็นจริงเลย	ไม่เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่แน่ใจ	เป็นจริงเล็กน้อย	เป็นจริงมากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
ท่านรู้สึกว่						
16. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ท่านได้รับจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ ช่วยให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้						[] 50
17. กำลังใจของตนเองจะทำให้ท่านต่อสู้กับอาการของโรคได้						[] 51
18. การมีที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ ทำให้อาการของโรคไม่กำเริบ						[] 52
19. การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาลทำให้ท่านควบคุมโรคนี้ได้						[] 53
20. ท่านมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองในเบื้องต้น						[] 54

ภาคผนวก ค.
เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง

1. แผนการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

เรื่อง ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้รับข้อมูล ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นครั้งแรก
ปัญหาและความต้องการทางการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจภายในตน ซึ่งทำให้เกิดการท้อแท้ สิ้นหวังในการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากเขารู้ว่าโรคหัวใจเป็นโรคอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย และเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องถูกจำกัดกิจกรรมโดยไม่ทราบเหตุผล และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยตื่นตระหนก เกิดความกลัว และคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดกับตนไปในทางที่เลวร้าย ยิ่งคาดการณ์ล่วงหน้าไม่ดีเพียงไร ความเชื่อด้านสุขภาพยิ่งไปบั่นทอนสุขภาพ เพราะความเชื่อเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดหลังจากได้รับประสบการณ์ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากโรค และได้รับการบอกเล่าว่าเป็นโรคอันตราย จึงทำให้มีความเชื่อที่ผิด และก่อแนวทางให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปผลที่ตามมา คือ อาการของโรคทรุดหนักและเสียชีวิตในที่สุด ดังนั้นการให้ข้อมูลทางสุขภาพที่จำเป็นถูกต้อง และเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนตามความเป็นจริง เกิดความเชื่อด้านสุขภาพถูกต้อง และคาดการณ์สถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดกับตนอย่างมีเหตุผล พร้อมทั้งมีแนวทางปฏิบัติตนตามแผนการรักษาด้วยพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง จนสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และเกิดพลังอำนาจภายในตนตามมา

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ภายหลังจากการให้ข้อมูล ผู้ป่วยสามารถทราบถึง

1. ความหมายและสาเหตุของโรค
2. ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค
3. อาการตามระดับความรุนแรง
4. แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตน
5. อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและแนวทางการแก้ไข

มโนทัศน์ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบแคบหรืออุดตัน

จนมีผลให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีปัจจัยส่งเสริมการเกิด คือ การสูบบุหรี่ เครียด

ภาวะไขมันในเลือดสูง การดื่มสุรา เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดอาการที่พบได้แก่

เจ็บหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย คลื่นไส้อาเจียน ผลที่ตามมา ก็คือ ปฏิบัติกิจวัตรประจำ

วันได้ลดลง ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บทบาท การงาน

ไปสู่การพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งยังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด และสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงเสียชีวิตได้ง่าย ถ้าปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องทราบแนวทางการรักษาด้วยยา และปฏิบัติตนให้ถูกต้อง เพราะการรับทราบข้อมูลจากผู้รู้มีผลให้เกิดความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ จนเกิดพลังอำนาจภายในตนตามมา

หัวข้อในการให้ข้อมูลทางสุขภาพ ได้แก่

1. ความหมายและสาเหตุของโรค
2. ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค
3. อาการตามระดับความรุนแรง
4. แนวทางการรักษาและการปฏิบัติ
5. อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและแนวทางการแก้ไข

กิจกรรมการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

1. การบรรยายประกอบภาพพลิก
2. การซักถาม

สื่อการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

1. ภาพพลิก
2. คู่มือ เรื่อง ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การประเมินผล

โดยการซักถาม ก่อน ขณะและหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพ
สังเกตความสนใจของผู้ป่วย จากการตอบคำถามของผู้ป่วย

วันที่ให้ข้อมูลทางสุขภาพ

วันที่ 2 - 3 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลา

ประมาณ 30 - 45 นาทีต่อครั้งต่อคน จำนวน 2 ครั้ง

วิธีการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

เป็นการให้ข้อมูลทางสุขภาพรายบุคคล ตามขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยในวันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พร้อมแนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์การวิจัย
2. ผู้วิจัยอ่านแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการร่วมงานวิจัยให้ผู้ป่วยฟัง
3. ประเมินความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนตามแบบสอบถาม หมายเลข 1 - 3 โดยให้ผู้ป่วยอ่านแบบสอบถามและตอบตามความรู้สึกของตนเอง โดยมีผู้วิจัยอยู่ใกล้ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยซักถามเมื่อมีข้อสงสัย
4. เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนัดผู้ป่วยกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับ เวลาในการให้ข้อมูลทางสุขภาพในวันถัดไป ตามเวลาที่ผู้ป่วยพร้อมจะรับข้อมูล
5. ในวันที่สองของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยไปตามเวลานัด และเริ่มให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน โดยเน้นข้อมูล que ผู้ป่วยต้องการทราบ พร้อมประเมินผลการให้ข้อมูลเป็นระยะ ขณะให้ข้อมูลทางสุขภาพในแต่ละเรื่องตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และนัดให้ข้อมูลอีกครั้งในวันต่อไป
6. ในวันที่สามของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยไปตามเวลานัด ทำการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน โดยทบทวนความรู้เก่าของเมื่อวาน และเพิ่มข้อมูลที่ยังขาดตามแผนการให้ข้อมูล
7. ให้คู่มือแก่ผู้ป่วยเรื่อง " ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย " ภายหลังจากการให้ข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อให้อ่านทบทวนความรู้จะได้สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตลอดไป

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p><u>บทนำ</u></p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหัวใจทั้งหมด และมีแนวโน้มการเกิดสูงขึ้นในปัจจุบัน อีกทั้งยังมีผลให้ผู้ป่วยต้องดำรงบทบาทของผู้ป่วยไปตลอดชีวิต เนื่องจากไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่ถ้าผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดและพยายามหลีกเลี่ยง รวมทั้งปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถป้องกันความรุนแรงของโรคจากภาวะแทรกซ้อน และควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขตามสภาพต่อไป</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวทักทายผู้ป่วยและแนะนำตนเอง - บอกวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูล - กล่าวถึงความสำคัญของการทราบถึงความรู้ที่จำเป็นของผู้ป่วย เพื่อโยงเข้าสู่บทเรียน 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงความหมายของโรคที่ตนเองเป็นได้ถูกต้อง 	<p><u>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</u></p> <p>หมายถึง ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงจนมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวถามผู้ป่วยว่า " ทราบหรือไม่ว่า ตนเองป่วยเป็นโรคอะไร และหมายถึงอะไร " - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตอบคำถามตามความเข้าใจ - ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของโรคที่ผู้ป่วยเป็น 	- ภาพพลิก เรื่อง ความหมายของโรค	<ul style="list-style-type: none"> - การซักถามก่อนการให้ข้อมูล โดยผู้ป่วยบอกได้ว่า ตนเป็นโรคหัวใจ และผู้สอนบอกต่อไปว่า เป็นโรคหัวใจชนิดไหน จากนั้นผู้ป่วยพูดทวนที่ผู้สอนบอกว่า ตนเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย - สังเกตความสนใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงสาเหตุการเกิดโรคได้ถูกต้อง</p>	<p>สาเหตุ สาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มากกว่าร้อยละ 90 หรือส่วนใหญ่เกิดจาก การตีบแคบ หรืออุดตันของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ</p>	<p>- กล่าวถามผู้ป่วยว่า " ทราบหรือไม่ว่า โรคนี้เกิดจากสาเหตุอะไร "</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยตอบ</p> <p>- ให้ข้อมูลเรื่องสาเหตุการเกิดโรค</p>	<p>- ภาพพลิก เรื่องสาเหตุของโรค</p>	<p>- การซักถามหลังการให้ข้อมูล ผู้ป่วยบอกได้ว่า เกิดจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ</p>
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยบอกปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคของตนเองได้ถูกต้อง</p>	<p>ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ</p> <p>1. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง เช่น</p> <p>1.1 อายุ พบมากในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จากการเสื่อมสลายของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ</p> <p>1.2 เพศ พบว่าเพศชายมีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าเพศหญิง เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนเพศหญิงมีฤทธิ์ป้องกันการเกิดไขมันอุดตันเส้นเลือดได้</p> <p>1.3 กรรมพันธุ์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีโอกาสเกิดโรคมากกว่าคนไม่มีประวัติการเป็นโรคในครอบครัว 3 เท่า</p> <p>2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น</p>	<p>- กล่าวกับผู้ป่วยว่า " เมื่อทราบถึงสาเหตุการเกิดโรคแล้วต่อไปเราจะมาทราบกันว่า ทำไมหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจถึงตีบหรืออุดตันได้ "</p> <p>- จากนั้นบรรยายประกอบภาพพลิกถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค</p> <p>- กล่าวถามผู้ป่วยว่า " ทราบหรือไม่ว่า ตนเองป่วยเป็นโรคนี้เพราะปัจจัยตัวใดบ้าง "</p> <p>- ฟังคำตอบ พร้อมอธิบายเหตุผลการเกิดโรคจากปัจจัยตัวนั้น</p>	<p>- ภาพพลิก เรื่องปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค</p>	<p>- การซักถามหลังการให้ข้อมูล และผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าตนป่วยจากปัจจัยตัวใดได้ถูกต้อง</p> <p>- การสังเกตความสนใจขณะฟังการบรรยาย</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>2.1 การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบแคบ จากการศึกษา พบว่า การสูบบุหรี่เกินกว่าวันละ 20 มวนต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมกกว่าคนไม่สูบบุหรี่ 3 - 4 เท่า</p> <p>2.2 ภาวะไขมันในเลือดสูงกว่า 200 มก/ดล. มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าผู้มีระดับไขมันในเลือดปกติ</p> <p>2.3 ความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอทมีโอกาสดังกล่าวมาก จาก ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งมีความยืดหยุ่นน้อยลง เกิดการคดงอและตีบตันได้ง่าย</p> <p>2.4 ความอ้วนและขาดการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการสะสมของไขมันพอกตามผนังหลอดเลือด จนเกิดการตีบแคบและตันในที่สุด</p> <p>2.5 ความเครียดหรือตื่นเต้นมาก ๆ มีผลให้หัวใจเต้นเร็วและหลอดเลือดหดตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ</p> <p>2.6 เบาหวาน มีโอกาสเป็นโรคนี้นอกจากคนปกติ 2 เท่า เพราะทำให้เกิดการตีบและแข็งตัวของหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ</p>	-	-	-

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงอาการของโรคที่อาจพบได้ขณะป่วยด้วยโรคนี้ได้ถูกต้อง</p>	<p>2.7 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ไวน์ สุรา เป็นประจำในปริมาณมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะ มีโอกาสเกิดโรคมมากกว่าคนไม่ดื่มหรือดื่มน้อยกว่าถึง 4 เท่า</p> <p><u>อาการตามระดับความรุนแรงของโรค</u></p> <p>สามารถแบ่งได้ 2 ระดับ ดังนี้</p> <p>1. ระดับที่เริ่มมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ มีอาการ ดังนี้</p> <p>1.1 เจ็บหน้าอกลักษณะเหมือนถูกบีบกดแน่นบริเวณกลางหน้าอก อาจร้าวไปที่แขน คอ ไหล่ รุนแรงและนานเกิน 30 นาที เมื่ออมยาขยายหลอดเลือดจะไม่ทุเลา</p> <p>1.2 ภาวะใช้ ออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง ที่เริ่มมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ โดยใช้ไม่เกิน 38.5 องศาเซลเซียสเป็นอยู่ถึง 1 สัปดาห์</p> <p>1.3 อาการอื่น ๆ เช่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หายใจลำบาก และเหนื่อยง่าย เป็นต้น</p> <p>2. ระดับที่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตราย จนอาจให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างกะทันหัน ได้แก่</p> <p>2.1 ภาวะช็อค อาการที่พบ คือ ความดันโลหิตต่ำ</p>	<p>- กล่าวถามผู้ป่วยว่า " มีอาการอะไรบ้างเมื่อมาถึงโรงพยาบาล และขณะนี้มีอาการอะไรผิดปกติบ้าง "</p> <p>- รับฟังผู้ป่วยบอกอาการ พร้อมบอกเหตุผลของการเกิดอาการ และอาการที่อาจเกิดได้อีก ถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามแผนการรักษา</p>	<p>- ภาพพลิก เรื่องอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</p>	<p>- การซักถามก่อนการให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ป่วยบอกได้ว่าตนมีอาการอะไรบ้าง จะได้ว่ารู้เกี่ยวกับข้อของกับโรคที่ตนเองเป็นอย่างไร</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยบอกแนวทางการรักษาโรคของตนเองได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>หน้าซีด ตัวเย็นขึ้น หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ บัสสาวะออกน้อย จากไตมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอ หมดสติ</p> <p>2.2 น้ำท่วมปอด อาการที่พบคือ หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอแห้ง ๆ เป็นเลือดฟองสีชมพู เป็นต้น</p> <p>2.3 หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการที่พบคือ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ เวียนศีรษะ เป็นต้น</p> <p><u>แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย</u> สามารถแบ่งได้ 2 ระยะ คือ</p> <p>1. ระยะอาการไม่คงที่ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด ดังนี้</p> <p>1.1 ใน 24 ชั่วโมงแรก ต้องได้รับการพักผ่อนอยู่บนเตียงและจำกัดกิจกรรมที่ต้องทำด้วยตนเอง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ ช่วงหลังจาก 24 ชั่วโมงแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารด้วยตนเอง พลิกตัวและลุกนั่งเองได้ หรือลุกขึ้นยืนข้างเตียงเพื่อถ่ายปัสสาวะ ในรายถ่ายปัสสาวะบนเตียงไม่สะดวก (เพศชาย) และภายหลัง 48 ชั่วโมง</p>	<p>- กล่าวถามผู้ป่วยว่า " ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลได้ทำการช่วยเหลือเพื่อควบคุมอาการของโรคอย่างไรบ้าง และแพทย์บอกว่า จะรักษาผู้ป่วยอย่างไร และต้องต้องอยู่โรงพยาบาลนานแค่ไหน"</p> <p>- รับฟังผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการรักษาโรคของตนเอง</p> <p>- บรรยายเรื่องแนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยทั่ว</p>	<p>- ภาพพลิก เรื่องแนวทางการรักษา</p>	<p>- การซักถามขณะและหลังการให้ข้อมูล ผลคือ ผู้ป่วยบอกถึงแผนการรักษาของตนได้ทั้งระยะอาการไม่คงที่และอาการคงที่ และบอกแนวทางการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ครบ</p> <p>- การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาโรค</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>สามารถลงมานั่งข้างเตียง และวันที่ 3 - 4 เริ่มเดินได้ในระยะทางสั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและแผนการรักษา</p> <p>1.2 ดูแลให้ได้ออกซิเจน 4-6 ลิตรต่อนาที ช่วยลดเจ็บหน้าอก</p> <p>1.3 ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ลดอาการเจ็บหน้าอก ให้มอร์ฟีนซัลเฟต และไอโซซอร์ไบด์ - ลดท้องผูกให้ยาระบาย - ลดความวิตกกังวลช่วยให้พักผ่อนได้ดี ให้วาเลียม - ป้องกันก้อนเลือดอุดตันเส้นเลือด ให้แอสไพรีน - ลดปริมาตรน้ำที่คั่งในหลอดเลือด ให้ลาซิค เป็นต้น <p>1.4 ติดตามสังเกตความผิดปกติของหัวใจ ด้วยการบันทึกการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาการแสดงชีพ และการตรวจความผิดปกติในเลือด</p> <p>1.5 การฟื้นฟูสภาพในช่วงอาการไม่คงที่ ซึ่งผู้ป่วยยังห้าม</p>	<p>ไป และ โยงเข้าสู่แผนการรักษาของผู้ป่วยตามแผนประวัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และบันทึกของพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเรื่องแผนการรักษา และถามกลับว่า " แล้วผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไร - รับฟังผู้ป่วยตอบ 		<p>ของตน และผู้ป่วยสามารถบอกได้ถูกต้องตามแผนการรักษา</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>ทำกิจกรรมใด ๆ ด้วยตนเอง สามารถให้ออกกำลัง ภายได้เล็กน้อย คือ บริหารการหายใจ โดย หายใจเข้าลึก ๆ หายใจออกยาว ๆ และให้กระดูก ปลายเท้าชันลงได้ เพื่อป้องกันการเกิดฟองอากาศ อดตันเส้นเลือดจากการนอนนาน</p> <p>2. ระยะอาการคงที่ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยปรับตัวและยอมรับสภาพโรคที่เป็นอยู่พร้อมเรียนรู้ และร่วมมือในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ตนหายจากโรค ดังนั้น แนวทางรักษา คือ การเน้นให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อนำไป ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติมี บทบาทในการปรับสภาพร่างกาย และจิตใจของตน เตรียม สู้สังคมเต็ม</p> <p>ซึ่งระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล แพทย์จะพิจารณา เป็นราย ๆ ไป ส่วนใหญ่ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อน จะอยู่ใน โรงพยาบาล 1 - 2 สัปดาห์ แต่ถ้ามีโรคแทรกซ้อนอาจอยู่ นานกว่า 4 - 5 สัปดาห์ โดยแพทย์จะนัดมาตรวจร่างกาย และรับยาอย่างต่อเนื่อง ทุก 4 - 6 สัปดาห์</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงแนว แนวทางการปฏิบัติตนเอง เมื่อป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ถูกต้อง</p>	<p><u>แนวทางการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย</u> มีดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ต้องหยุดพัก หยุดทำในสิ่งที่กำลังทำอยู่ และนั่งฟังเส้า (ถ้าไม่มีที่นั่งที่มีพนักพิง) แต่จะไม่นอนราบ เพราะจะรู้สึกแน่น หายใจไม่ออกมากขึ้น จากนั้นอมยาหรือพ่นยาลดเจ็บหน้าอก ติดต่อกันทุก 5 - 10 นาที หลังจากยาละลายแล้ว ทำเช่นนี้ 4 - 5 ครั้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยด่วน 2. เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่ต้องปฏิบัติ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การพักผ่อนและการนอนหลับ ต้องนอนพักผ่อนบนเตียง ห้ามทำกิจกรรมใด ๆ ด้วยตนเอง เว้นแต่การฝึกหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจออกยาว ๆ กับการกระดกปลายเท้าขึ้นลง ทั้งนี้เพื่อลดการทำงานของหัวใจและสามารถทำกิจกรรมได้มากขึ้นตามสภาพร่างกาย และแผนการรักษาในวันต่อ ๆ ไป <p>รวมถึงการรับประทานยาว่าเลียมตามแผนการรักษาช่วงก่อนนอน เพื่อลดความวิตกกังวล และให้อนพักเต็มทีตลอดคืน</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวกับผู้ป่วยว่า " เมื่อทราบถึงแนวทางการรักษาแล้ว ผู้ป่วยต้องทราบถึงการปฏิบัติตน เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และปฏิบัติตามเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีความสุขต่อไป " - จากนั้นกล่าวถามผู้ป่วยว่า " แล้วตอนนี้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตนอย่างไรตามแผนการรักษาพยาบาลบ้างแล้ว และมีแผนการปรับกิจกรรมเรื่องอะไรบ้าง " - รับฟังผู้ป่วยตอบ และกล่าวเสริมส่วนที่ขาด 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาพพลิก เรื่องแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 	<ul style="list-style-type: none"> - การซักถามหลังการให้ข้อมูลทางสุขภาพพบว่าผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการปฏิบัติตนตามแนวการรักษาได้ถูกต้องทั้งหมด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>2.2 กิจกรรมและการออกกำลังกาย คือ</p> <p>ภายหลัง 24 ชั่วโมงแรก ห้ามทำกิจกรรมทุกอย่างด้วยตนเอง ต้องนอนพักผ่อนบนเตียง ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนแพทย์มักจะให้รับประทานอาหารได้ พลิกตัวเอง ลูกนั่งเองได้ เขี่ยตเทาและงอขาบ่อย ๆ ป้องกันเลือดคั่งอุดตันในหลอดเลือด ลูกขึ้นถ่ายปัสสาวะข้างเตียงในเพศชาย</p> <p>ภายหลัง 48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีโรคแทรกซ้อนสามารถลุกนั่งข้างเตียงได้วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 15 - 20 นาที</p> <p>ปลายสัปดาห์แรก ให้ลุกเดินข้างเตียง เกาะของเตียงในครั้งแรก ๆ ต่อไปให้เดินโดยไม่ต้องพยุง เดินไปห้องน้ำเอง และปรับกิจกรรมตามปกติ</p> <p>แต่ถ้ามีอาการเหนื่อยหอบ ต้องพักผ่อนทันที และติดต่อพยาบาล เพื่อให้ได้รับออกซิเจนตามความต้องการของร่างกาย</p> <p>2.3 การรับรู้ความเจ็บป่วยของตน เกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยต้องปฏิบัติ ดังนี้ คือ นอนพักศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อลดการทำงานของหัวใจและลดการไหลของเลือดกลับหัวใจ จากนั้นอมยาไอโซติวที่ได้</p>	-	-	-

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>สิ้น หายใจลึก ๆ หายใจออกยาว ๆ ช้า ๆ ถ้า 15 นาที อาการไม่ดีขึ้น ควรบอกแพทย์หรือ พยาบาล</p> <p>นอกจากนั้นควรรับประทานยาตามแผนการ รักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การทำงานของหัวใจ เช่น ไอเอสดีเอ็น เป็นต้น</p> <p>2.4 อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย โดยในช่วงที่มี อาการเจ็บหน้าอก แพทย์จะให้งดอาหารและน้ำทาง ปาก และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแทน ต่อมา เมื่อหายเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อาการ ปกติคงที่จึงเริ่มรับประทานอาหารเหลวพวก น้าม น้ำผลไม้ โจ๊ก ถ้าไม่มีคลื่นไส้อาเจียน จึงเปลี่ยน เป็นอาหารอ่อนพวก ข้าวต้ม รสไม่เค็ม ผักและผล ไม้ เลี่ยงไขมันสัตว์และรสหวานจัด เช่น หนังสัตว์ เครื่องในสัตว์ เนย ครีม ขนมหวาน อกุ่น ทุเรียน เป็นต้น</p> <p>2.5 การขยับถ่าย โดยฝึกการขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุก วัน รวมถึงดื่มน้ำวันละ 1-2 ขวดแม่โขง (ถ้าไม่มี ข้อห้าม) และรับประทานผักใบเขียว และผลไม้มีน้ำ</p>			

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>มากเช่น แต่งโม มะละกอ แต่ถ้าท้องผูก ควรขอยา ระบาย เพราะท้องผูกเพิ่มความดันในช่องท้อง มีผล เพิ่มการทำงานของหัวใจ</p> <p>2.6 การปรับตัวต่อความเครียด ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาสิ่งผ่อนคลายความไม่สบายใจ เมื่อมีปัญหาควร ปรึกษาคณะที่ใกล้ชิด ไม่ควรเก็บความไม่สบายใจไว้ คนเดียว เป็นต้น</p> <p>3. เมื่อไม่มีอาการผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อนในช่วง 7-14 วัน แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้าน และนัดมาตรวจร่างกาย และรับยาทุก 4 - 6 สัปดาห์ ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน <u>สิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อป้องกันการกำเริบของโรค</u> คือ</p> <p>3.1 กิจกรรมและการออกกำลังกายต้องทำแต่พอดีตาม สภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ เลี่ยงท่าก้ม หรือต้องออกแรงเบ่ง และควรอมยาใต้ลิ้นก่อนทำ กิจกรรมที่ต้องออกแรงมากกว่าปกติ</p> <p>3.2 อาหาร ต้องปรับเปลี่ยน คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น เครื่องใน สัตว์ ไขมันสัตว์ เนย ครีม น้ำมันสัตว์ เป็นต้น เพราะอาหารเหล่านี้ ทำให้เกิดไขมันในเลือด 	<p>กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ</p> <p>- ผู้ให้ข้อมูลกล่าวต่อว่า " เมื่อ อาการของโรคไม่ปรากฏ และ สภาพร่างกายของผู้ป่วยแข็งแรง พอที่จะกลับไปอยู่บ้านได้แล้ว แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาตรวจร่างกายพร้อมรับ ยาไปรับประทานต่อเนื่องทุก 4 - 6 สัปดาห์ " ดังนั้น - " เมื่อกลับไปอยู่บ้านต้องทำงาน หนัก หรืองานที่ต้องใช้ความคิด อะไรมากหรือไม่ " ให้ผู้ป่วยตอบ จากนั้นผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึง</p>		

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>สูง และเกิดการอุดตันในหลอดเลือดได้ง่าย</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี้ยงอาหารที่มีน้ำตาลมาก ๆ เช่น ขนมหวาน ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน เพื่อควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน - ลดปริมาณเกลือในร่างกาย เช่น อาหารรสเค็ม หมักดอง กะปิ ปลาเค็ม จะทำให้หลอดเลือดหดรัศตัวง่าย ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก - รับประทาน ผัก และผลไม้รสไม่หวานแทนจะช่วยให้รู้สึกอิ่มเร็ว เป็นการลดน้ำหนัก และยังช่วยลดอาการท้องผูกด้วย อีกทั้งถ้าไม่มีข้อห้าม ควรดื่มน้ำวันละ 1-2 ขวดแม่โขง ช่วยระบายของเสียทางปัสสาวะ แต่เลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ไวน์ สุรา เบียร์ ในปริมาณมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะ เพราะทำให้หลอดเลือดหดรัศตัวมากขึ้น อีกทั้งพวก ชา กาแฟ ก็ควรเลี่ยงจะมีผลให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้ <p>3.3 นอนพักผ่อนให้เพียงพอ คือ กลางวัน 1-2 ชั่วโมง กลางคืนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ</p>	<p>กิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - " อาหารที่ชอบรับประทานคืออะไร รู้ไหมว่าต้องปรับเปลี่ยนการกินอาหารอย่างไรให้เหมาะกับโรค " ผู้ให้ข้อมูลรับฟังและบรรยายเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย - จากนั้นผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า " นอกจากเรื่องอาหารแล้ว อีกเรื่องที่สำคัญคือ การพักผ่อนให้ 		

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>3.4 การปรับตัวต่อความเครียด คือ ควรเลี้ยงความเครียดและอารมณ์รุนแรง ด้วยการหาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังเพลง ดนตรีทอล์ก รำไทเก๊ก เป็นต้น รวมทั้งเลี้ยงการสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด เพราะการสูบบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดหดรัด และหลอดเลือดอุดตันจากการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด</p> <p>3.5 เน้นถึงความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดย บอกถึงเรื่อง การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง แม้จะไม่มีอาการ การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การรู้จักใช้ยาอมได้สิ้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก และการสังเกตความผิดปกติของตน เป็นต้น</p> <p>3.6 เพศสัมพันธ์ โดยในการร่วมเพศต้องกระทำอย่างนุ่มนวลเริ่มด้วยความต้องการออกกำลังกาย มากกว่าตอบสนองความต้องการทางเพศ ด้วยท่าที่สะดวกทั้งสองฝ่าย และไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ทันทีภายหลังจากรับประทานอาหาร และหรือการดื่มของที่มีแอลกอฮอล์ ควรอมไนโตรกลีเซอริน</p>	<p>ให้เพียงพอ โดยบรรยายเรื่องการพักผ่อนต่อ</p> <p>- เจ็บลึก 1-2 นาที แล้วถามว่า " ตอนนั้นลุงหรือ(ป้า) มีเรื่องไม่สบายใจที่ผู้ให้ข้อมูลพอจะช่วยได้ไหม แล้วถ้ามี ส่วนใหญ่จะแก้ไขอย่างไร "</p> <p>- รับฟังผู้ป่วยตอบและกล่าวเสริม</p> <p>- กล่าวว่า " ให้ข้อมูลมาถึงตอนนี้ผู้ป่วยคิดว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้หรือยัง " รับฟังผู้ป่วยตอบ " ถ้าขึ้น เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยจะทำอย่างไร การมาตรวจตามนัดต้องทำอย่างไร " เป็นต้น</p> <p>- กล่าวว่า " เรื่องที่คุยกันมาแล้วแล้วแต่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น แต่เรื่องหนึ่งที่สำคัญมาก แต่</p>		

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
<p>- เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาจากอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง</p>	<p>ก่อนการร่วมเพศ และภายหลังการร่วมเพศ ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก หน้ามืด นอนไม่หลับ อ่อนเพลียมาก ควรปรึกษาแพทย์</p> <p><u>อุปสรรคในการปฏิบัติตนตามแผนรักษาและการแก้ไข</u></p> <p>จะพบได้ว่า เมื่อผู้ป่วยต้องปฏิบัติตนตามแผนการรักษา มักจะเกิดปัญหา ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติตนบกพร่อง ได้เสมอ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการตอบสนองความต้องการ <u>แนวทางแก้ไข</u> เช่น ส่งเสริมให้ญาติได้มีส่วนร่วมรับรู้ถึงแผนการรักษา และสนับสนุนให้ดูแลผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ในสภาพร่างกายของผู้ป่วย 2. เสียค่าใช้จ่าย ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง <u>แนวทางแก้ไข</u> เช่น สามารถเบิกค่ารักษาได้ ถ้าบุตรมีอาชีพรับราชการ หรือทำบัตรประกันสุขภาพ แต่ถ้ายากจนจะทำ 	<p>ไม่มีคนพูดถึง ก็เรื่องเพศสัมพันธ์ ซึ่งคงต้องทำความเข้าใจกันเล็กน้อยคะ " " ไม่ทราบตอนนี้ผู้ป่วยยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือไม่ " ถ้ามีบรรยายเรื่องเพศสัมพันธ์</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม</p> <p>- กล่าวว่า " เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคภัยเรื้อรังที่ต้องรักษาต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้อาการกำเริบ ดังนั้นผู้ป่วยคิดว่า จะเกิดปัญหาอะไรกับตนเองบ้าง และผู้ป่วยคิดว่า ตนเองจะแก้ไขอย่างไร</p> <p>- รับฟังปัญหาของผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย</p>	<p>-</p>	<p>- การซักถามก่อนการให้ข้อมูล และพบว่าผู้ป่วยสามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเองได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพ	สื่อการให้ข้อมูล	วิธีการประเมินผล
	<p>การปรึกษาหน่วยสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือต่อไป</p> <p>3. การทำงานในอาชีพที่ต้องใช้สมองในการคิดจนเกิดความเครียดบ่อย ๆ หรือได้รับการพักผ่อนน้อยจากมีความรับผิดชอบมาก เช่น ข้าราชการครูของ งานบัญชี</p> <p><u>แนวทางแก้ไข</u> ควรมีการปรึกษาหัวหน้างานและสมาชิกในครอบครัวเพื่อปรับเปลี่ยนตำแหน่งงานให้เหมาะกับสภาพร่างกาย และหาทางคลายเครียด</p> <p><u>สรุป</u></p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคที่อันตรายและเกิดภาวะแทรกซ้อนจนถึงแก่ชีวิตได้ง่าย แต่ถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุของโรค ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค อาการตามระดับความรุนแรง แนวทางการรักษาและปฏิบัติตนถูกต้อง รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถลดการกำเริบของโรคและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติสุขด้วยสภาพร่างกายของตน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้ข้อมูลกล่าวสรุปความสำคัญและความจำเป็นในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพยาบาลอีกครั้ง - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม - ตอบคำถามอย่างชัดเจน พร้อมให้คู่มือการปฏิบัติตนให้ผู้ป่วยไปอ่านทบทวน คนละ 1 เล่ม 	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 	-

2. คู่มือสำหรับ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง
เรื่อง ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
จัดทำโดย นางสาว สุพิศรา ไตรอุดมศรี
ผ่านการตรวจสอบโดย

1. ดร. บันทนา น้ำฝน
2. ดร. เพลินพิศ สุภาวิวัฒนานนท์
3. ผศ. อุไร ศรีแก้ว

คู่มือ

ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตาย



จัดทำโดย

นางสาวสุพิศรา ไตรอุดมศรี

นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มีนาคม 2540

คำนำ

คู่มือเรื่องความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการศึกษาวิจัยเรื่องผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยได้ดัดแปลงมาจากเอกสาร และตำราทางวิชาการทั้งในและนอกประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้มีความถูกต้องทางด้านเนื้อหาวิชาการ และมีความสอดคล้องกับการนำไปใช้ได้จริง

การจัดทำคู่มือเรื่องนี้ ผู้จัดทำใคร่ขอกราบขอบพระคุณ ดร. นันทนา น้าฝน อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารทางการศึกษาพยาบาล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุไร ศรีแก้ว และ ดร. เพลินนิศ ฐานิวัตตานนท์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ตรวจสอบความถูกต้อง และให้ข้อมูลเสนอแนะในการปรับปรุงคู่มือให้มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ต่อไป

สุนัตรา ไตรอุดมศรี

มีนาคม 2540

ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ความหมายของโรค :

คำว่า " โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย " หมายถึง
 ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงจนมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจ
 ตาย

สาเหตุ :

ส่วนใหญ่เกิดจาก การตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือด
 เลี้ยงหัวใจ

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค :

พบมากในวัยกลางคนผู้ชาย โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติใน
 ครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
 และตนเองมีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน นอก
 จากนี้การที่คนไทยหันไปใช้ชีวิตแบบฝรั่งมากขึ้น เช่น กินอาหาร
 ไขมันมากขึ้น มีความเครียดจากเศรษฐกิจและสังคม ออกกำลังกาย
 น้อยลง การเข้าสังคมและการสังสรรค์ด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
 มากขึ้น ก็ส่งผลให้คนไทยเกิดโรคนี้นี้มาก และตามด้วยสถิติการตาย
 สูงสุดด้วยโรคที่ไม่ติดต่อกันในปัจจุบัน

" กล้ามเนื้อหัวใจตาย
 แ่ท่หากเครียดและนอนดิ๊ก
 อิกทั้งกินมันนมาก
 ดิดนบุรีเล็กไม่ได้

เป็นไม่ง่ายเหมือนที่นึก
 แกมยังคิกดื่มเหล้าไวน์
 และนอนตากพงสบาย
 ล้วนเหตุร้ายก่อโรคพลัน "

อาการ :

อาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้แก่ เจ็บหน้าอก เหมือนถูกบีบแน่นบริเวณใต้กระดูกหน้าอก และอาจร้าวไป แขน คอ ไหล่ มักเจ็บนานเกิน 30 นาที เป็นต่อนอกกำลังกาย ถูก อากาศเย็น หลังรับประทานอาหารมื้อหนัก และเวลาตื่นแต่กังวลใจ นอกจากนี้อาจมีเหงื่อออก คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย มีไข้ต่ำ ๆ เบื่ออาหาร

สำหรับอาการที่พบเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบ ได้แก่ ตัวเย็นซีด หน้าซีด ใจสั่น หน้ามืด หมดสติ ปัสสาวะออกน้อย หัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

แนวทางการปฏิบัติเพื่อควบคุมอาการของโรค ।

1. เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก ต้องหยุดพัก หยุดทำในสิ่งที่กำลังทำอยู่ และนั่งนิ่งหลัง หรือนอนศีรษะสูง แต่จะไม่นอนราบ เพราะจะรู้สึกแน่น และหายใจไม่ออกมากขึ้น จากนั้นเอมยาใต้ลิ้น หรือแผ่นยาในกลุ่มไนโตรกลีเซอริน หรือ ไอโซซอร์ไบด์ตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำเช่นนี้ 4-5 ครั้ง ทุก 5-10 นาที ถ้าอาการไม่ดีขึ้นต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยด่วน
2. เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ต้อง
 - 2.1 นอนพักอยู่กับเตียง และไม่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และคั่งอยู่ ๆ เพิ่มการออกแรงด้วยกิจวัตรประจำวัน เมื่ออาการดีขึ้น
 - 2.2 ได้รับออกซิเจนเพื่อช่วยลดการเจ็บหน้าอก

2.3 ได้รับยาไนโตรกลีเซอรินทางหลอดเลือดดำและอมยา
ไอโซซอร์ไบด์ที่ได้ลิ้นเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก

2.4 ฝึกการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา เพราะ การท้องผูก
ทำให้ต้องออกแรงเบ่ง ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ดัง
นั้นถ้าเริ่มมีอาการท้องผูก ควรขอยาระบายจากแพทย์
และรับประทานพวกผัก ผลไม้ เพราะมีกากอาหาร
ทำให้ขับถ่ายสะดวก

2.5 รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตน คือ อาหาร
อ่อน รสจืด ไม่เค็มจัด ไขมันน้อย และมีกากมาก เช่น
ผักและผลไม้ เพราะช่วยลดน้ำหนัก ช่วยระบายอุจจาระ
และลดการทำงานของหัวใจ
ส่วนอาหารที่ควร เลี่ยง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ มันสัตว์
ไข่ ปลา หอยนางรม หันไก่
มันหมู อังุ่น และทุเรียน เป็นต้น
สำหรับไข่ ควรรับประทานเฉพาะ
ไข่ขาว เพราะไม่มีโคเลสเตอรอล
หรือรับประทานทั้งใบสัปดาห์หนึ่ง
ไม่เกิน 3 ฟอง

2.6 ออกกำลังการเหมาะสมกับสภาพ
 ของตน และกระทำอย่างสม่ำเสมอ เช่น
 รำไทเก๊ก เดินผ่อนคลาย เป็นต้น

2.7 ผ่อนคลายความเครียดเมื่อรู้สึก
 หงุดหงิด โกรธ หรือไม่สบายใจ ด้วยการ
 หลีกเสี่ยงจากสิ่งที่ไม่สบายใจ และหาทาง
 ผ่อนคลายให้อารมณ์ดีขึ้นแทน เช่น เดินเล่นใน
 สวนสาธารณะ ฟังเพลง อ่านหนังสือตลก
 นอนพัก

2.8 สิ่งเกตอาการผิดปกติของตน เช่น
 เหนื่อยหอบ ใจสั่น เจ็บปวดหน้าอกรุนแรง
 ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น

3. เมื่ออาการของโรคถูกควบคุม และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้าน และนัดมาตรวจร่างกาย
 และรับยาอย่างต่อเนื่อง ทุก 4-6 สัปดาห์ ดังนั้นเมื่อ
 กลับไปอยู่บ้าน สิ่งผู้ป่วยต้องกระทำก็คือ กระทำตาม
 คำแนะนำที่ได้รับขณะอยู่โรงพยาบาลนั่นเอง เพียงแต่
 เพิ่มเรื่องต่อไปนี้

- 3.1 รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง
- 3.2 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง ยกเว้นมีอาการผิดปกติ สามารถมาก่อนเวลานัดได้
- 3.3 รู้จักการใช้ยาไอโซซอร์ไบด์เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก คือ เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ต้องหยุดทำทุกกิจกรรม และนั่งพักนิ่งหลัง ตามด้วยอมยาลดอาการเจ็บหน้าอก ติดต่อกัน 4-5 ครั้ง ทุก 5-10 นาที ถ้าอาการไม่ทุเลา ใน 30 นาที ต้องรีบมาโรงพยาบาล
- 3.4 ในการร่วมเพศ ต้องกระทำอย่างนุ่มนวลเริ่มด้วยความต้องการออกกำลังกายมากกว่าตอบสนองความต้องการทางเพศ ด้วยท่าที่สะดวก ทั้งสองฝ่าย และไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ทันที หลังรับประทานอาหาร หรือหลังดื่มสุรา และควรอมไนโตรกลีเซอรินก่อนการร่วมเพศ และถ้าภายหลังการร่วมเพศมีอาการเจ็บหน้าอก แอนไม่หลับ อ่อนเพลียมาก ควรปรึกษาแพทย์
- 3.5 เลิกดื่มสุรา ชา กาแฟ และเลิกสูบบุหรี่เด็ดขาด เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้อาการกำเริบจะต้องทุกซ์ ทรมาณจนเสียชีวิตได้

ยาที่ใช้ควบคุมอาการ มี 3 ตัว คือ

1. ยาอมใต้ลิ้นพวกไนโตรกลีเซอริน หรือ ไอโซซอร์ไบด์ ใช้
อมใต้ลิ้น ครั้งละ 1 เม็ด ซ้ำได้ 4-5 ครั้ง ทุก 5-10
นาที เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียง คือ
ปวดหัว มึนงง หน้ามืด เป็นลม ใจสั่นแต่อาการอยู่ไม่
นาน ก็หายไป เพราะยาหมดฤทธิ์เร็ว
ข้อควรระวังในการใช้ยา คือ ควรนั่งลงก่อนแล้วจึง
อมยาป้องกันอาการหน้ามืด เป็นลม และต้องพกยาติด
ตัวเป็นประจำแม้แต่เวลาเข้าส้วมหรือห้องน้ำ เพราะเวลา
เจ็บหัวใจ จะได้ใช้ทันที
นอกจากนั้น ควรเก็บยาไว้ในที่ที่ไม้อกความร้อน
ความชื้น และแสงสว่าง เพราะยาเสื่อมง่าย
2. ยาโปรพานาโอรอล ทำให้หัวใจเต้นช้าลงและทำงานน้อยลง
ใช้เพื่อป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำซ้อน
สำหรับขนาดที่ให้ คือ 10-40 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด
วันละ 2-4 ครั้ง ก่อนอาหารและก่อนนอน

3. ยาแอสไพริน ใช้ป้องกันไม่ให้เลือดแข็งตัวง่าย จะได้ไม่อุดตันเส้นเลือด โดยทั่วไปจะใช้ขนาด 300 มก. กิน 1/2-1 เม็ด พร้อมอาหารมื้อใหญ่ หรือหลังอาหารทันที วันละ 1 ครั้ง เนื่องจากยาระคายเคืองกระเพาะอาหาร อาจทำให้ปวดท้อง แสบท้อง ถ่ายอุจจาระดำ เลือดออกง่าย ถ้าพบต้องหยุดยา และปรึกษาแพทย์ทันที

" ใช้อย่างมีหลัก
จะได้ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล "

หัวใจก็ได้พักนาน
กลับไปอยู่บ้านสบายใจ "

ตัวอย่างภาพพลิกประกอบคำบรรยาย

ความรู้ที่จำเป็น
สำหรับ

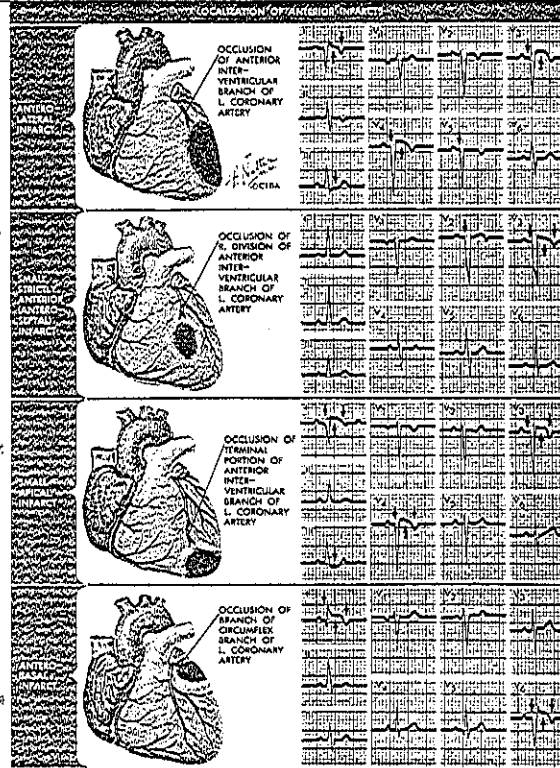
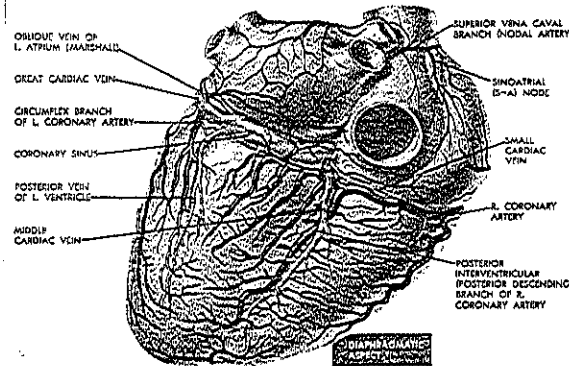
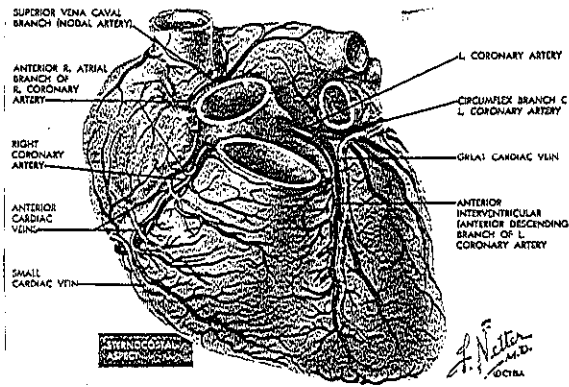
ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย

ความหมายของโรค

ภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง
จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย

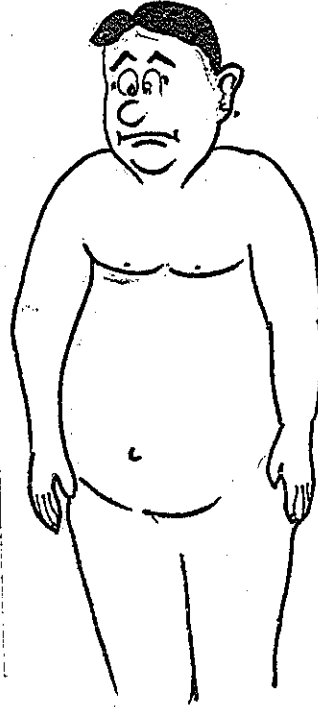
สาเหตุ

เกิดจากการตีบหรืออุดตัน ของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจ



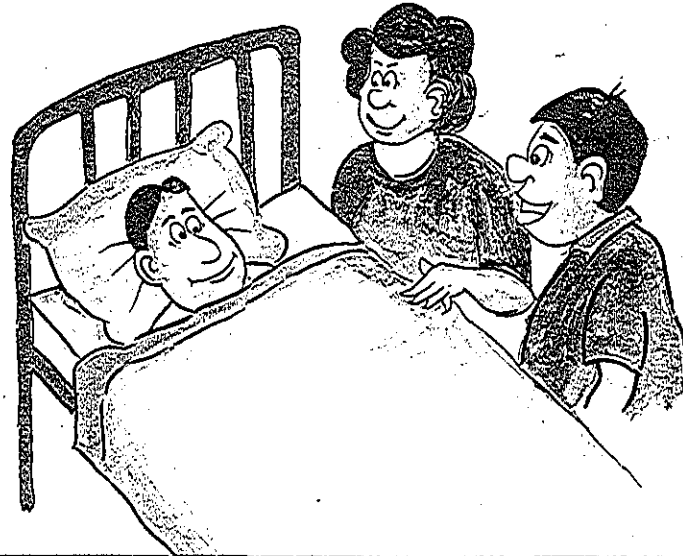
อาการ

ความดันโลหิตต่ำ
หน้าซีด
ตัวเย็นขึ้น
หัวใจเต้นผิดจังหวะ
ปัสสาวะออกน้อย
หอบเหนื่อย



คลื่นไส้ อาเจียน
เจ็บหน้าอก
มีไข้ต่ำๆ
เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย
หายใจลำบาก

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค



เพศชาย
อายุมากกว่า 40 ปี

มีประวัติคนในครอบครัว
เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

แนวทางการรักษา



พักผ่อนให้เพียงพอ และได้รับออกซิเจนเมื่อเหนื่อยหอบ

ภาคผนวก ง.
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิมีดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ผ่องศรี ศรีมรกต
 ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ดร. นันทนา น้ำฝน
 ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริการพยาบาล
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อุไร ศรีแก้ว
 ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
6. อาจารย์ วนิดา อินทราชา
 ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จุตรดิตถ์
7. อาจารย์ รวีวรรณ ยศวัฒน์
 ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 วิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาว สุพัตรา ไตรอุดมศรี		
วัน เดือน ปีเกิด	17 มีนาคม 2513		
สถานที่เกิด	จังหวัดนนทบุรี		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จ	
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี	2535	
ตำแหน่งและที่ทำงาน			
ตำแหน่ง	สถานที่ทำงาน	ปีที่ทำงาน	
พยาบาลวิชาชีพ 4	วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี 1	2535-ปัจจุบัน	