

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 6 / 2567 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2567)

ค้นฉบับ

ลงชื่อประธาน/กรรมการฯ



(นางสาวดวงพร โตะหาต)



ผลงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ก่อนตรวจสวนหัวใจ

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาววรรณ ชันติชัยธร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11389)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพพระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11389)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



ผลงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ก่อนตรวจสอบหัวใจ

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาววรรณ ชันดิษฐ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11389)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11389)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจส่วนหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน 1 ธันวาคม 2561 - 30 เมษายน 2562 โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (1988) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษา และ 4) ด้านไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้ ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ร้อยละเปรียบเทียบ ความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจส่วนหัวใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมหลังได้รับ โปรแกรมฯ ลดลงจาก 3.46 (S.D.= 0.38) เป็น 1.72 (S.D.= 0.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ

Abstract

The study was aquasi-experimental research with one group pretest and posttest design. The purpose of the study was to determine the effects of Educational Program with Emotional Support on Uncertainty of Illness in Acute Coronary Syndrome patients before undergoing cardiac catheterization at Faculty of Medicine Vajira hospital Navamindradhiraj University. The reaearch data were collected from 1 December 2018 to 30 April 2019 from 30 patients with acute coronary syndrome. The program was designed based on the knowledge-based framework on uncertainty in illness by Mishel, (1988). The research samples were purposively selected. Two research instruments were used for data collection such as the demographic data of subjects and the questionnaires on uncertainty in illness of acute coronary syndrome patients prior to undergoing cardiac catheterization which was consisted of four aspects: 1) the ambiguity of the illness and treatment; 2) the complexity of the treatment and the health system; 3) the lack of the information about the illness and the treatment they receive; and 4) unpredictability which was consisted of 24 questions. The research data were analyzed by descriptive statistics and paired t-test.

The findings to the research showed that after intervention of the program, the average score on uncertainty decreased significantly from 3.46 (S.D.= 0.38) to 1.72 (S.D.= 0.31) with p-value ($p < 0.001$) Moreover, the findings showed that the educational program with emotional support could decrease the uncertainty in illness acute coronary syndrome patients so that nurses should use this program in caring for patient with acute coronary syndrome who will be undergoing percutaneous coronary intervention.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่าจะมีประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย เป็นการสร้างคุณค่าในวิชาชีพ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก ดร.เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ อาจารย์ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต นายแพทย์ชัยศิริ วรรณลภากร อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ พว.จินตนา แสงรุจิ หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พว. ณฐภัทร ดีเลิศพิพัฒน์กุล หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พว.วินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาตรวจสอบ ให้คำแนะนำและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นายแพทย์วรชัย คงเสรีพงษ์ นายแพทย์กุลยศ จงพิพัฒน์วิเศษ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและปรับปรุงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณทุกท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

คุณค่าของงานพัฒนานี้ ขอลถวายแด่องค์พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลราชชนนี พระผู้ทรงพระราชทานวชิรพยาบาลแห่งนี้ ด้วยความระลึกถึงคุณท่านสูงสุด รวมทั้งบุพการี บิดา มารดา ครูอาจารย์ ครอบครัว พี่ๆ น้องๆ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผลงานนี้

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ประยูทธ ศิริวงษ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และ พว.จินตนา แสงรุจิ หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่ให้ความอนุเคราะห์ และสนับสนุนเป็นอย่างดี ขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนการศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายทุกประการ

นางสาววรรณ ชันติชัยธร

27 พฤศจิกายน 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการทำวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	7
การตรวจสวนหัวใจ	15
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	26
แนวคิดการสนับสนุนทางอารมณ์	28
โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
กรอบแนวคิดในการวิจัย	34
บทที่ 3 การดำเนินงาน	36
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน	38
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	39
การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล	40
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	41

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	49
บรรณานุกรม	55
ภาคผนวก	64
ภาคผนวก ก ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ	65
ภาคผนวก ข หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัย	74
ภาคผนวก ค การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	76
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	80
ภาคผนวก จ แบบสอบถามผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาสวนหัวใจ	84
ภาคผนวก ฉ โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เตรียม ตรวจทำหัตถการสวนหัวใจ	92
ภาคผนวก ช ภาพแสดงกิจกรรมต่างๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย	102
ภาคผนวก ซ คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (QR CODE)	105
ภาคผนวก ฌ แผ่นพับคำแนะนำผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ	107
ภาคผนวก ฎ เอกสารรับรองโครงการวิจัย	110

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษาและโรคประจำตัว	44
ตารางที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ จำแนกเป็นรายด้าน	47

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 ภาพแสดงการแบ่งกลุ่ม ACS	7
ภาพที่ 2 ภาพแสดงการเกิดพยาธิสภาพของการเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง	10
ภาพที่ 3 ภาพแสดงตำแหน่งบริเวณที่เกิดอาการ Chest pain	11
ภาพที่ 4 ภาพแสดงตำแหน่งที่ทำการสวนหัวใจ	16
ภาพที่ 5 ภาพแสดงวิธีการทำ Allen 's test	23

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาที่พบทั่วโลกซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดโรคหนึ่ง ในปี ค.ศ.2002 ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) มากกว่า 16.5 ล้านคน แล้วมีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ.2020 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 25 ล้านคนทั่วโลก (Lukkarinen & Lukkarinen, 2007) จากข้อมูลสถิติองค์การอนามัยโลกในปี 2553 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 7.2 ล้านคน เสียชีวิตชั่วโมงละ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมด สำหรับประเทศไทยปี 2558 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดทั้งหมด 19,417 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะเฉียบพลันถือเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่คุกคาม และเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย อาการที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก รวมทั้งการไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นอีกเมื่อใด สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยโดยเฉพาะอาการที่เกิดขึ้นมาจากหัวใจซึ่งเป็นศูนย์กลางของชีวิต มีหน้าที่สำคัญอย่างยิ่งกับอวัยวะทุกส่วนในร่างกาย ย่อมมีผลกระทบต่อความรู้สึกและต่อจิตใจมากกว่าอวัยวะอื่น ๆ เอลเลียต (Elliott,1994) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นมาจากการที่หัวใจมีความผิดปกติ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักยังอาจเกิดวิตกกังวลได้สูงเนื่องจากปัจจัยด้านสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่าง เสียงที่ดังรบกวนภายในหอผู้ป่วย เป็นต้น โอคา, เบอร์ก, และโฟลิเชอร์ (Oka, Burke, & Frolicher,1995) กล่าวว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลา 3 ระยะ คือ เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เมื่อต้องย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักและระยะที่ต้องออกจากโรงพยาบาล โดยช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาที่จะเกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดขึ้นในช่วง 24 -48 ชั่วโมง

ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีหลายวิธี การตรวจสวนหัวใจ และหลอดเลือด (cardiac catheterization) เป็นวิธีตรวจชนิดที่ให้ผลแม่นยำเป็นที่นิยมและยอมรับว่าเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากสามารถบอกถึงตำแหน่งระยะเวลาของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ดีที่สุด (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543; Bashore, et al., 2001) การทำหัตถการชนิดนี้จำเป็นต้องสอดใส่สายสวนเข้าสู่หัวใจซึ่งเป็น

อวัยวะสำคัญของร่างกาย ทำให้ผู้เข้ารับการตรวจรู้สึกกลัวเกิดอันตรายถึงชีวิต กลัวต้องทำหัตถการอื่นๆเพิ่มขึ้น กลัวต่ออันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการไม่คุ้นเคยกับสภาวะแวดล้อมของห้องตรวจที่ต่างจากหอผู้ป่วย ทำให้ผู้เข้ารับการตรวจต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ใหม่เป็นวัฏกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวล (Luden, Bengtson, & Lundgren, 2006; McNamara, Burnham, Smith, & Carroll, 2003)

ผลกระทบทางด้านจิตใจผู้เข้ารับการตรวจอาจแสดงออกทางความรู้สึกและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ที่ทำให้เป็นอุปสรรคในการตรวจรักษาได้ (Houston, Eagen, Freeborg, & Dougherty, 1996) ผู้เข้ารับการตรวจอาจแสดงท่าทางกระสับกระส่าย ยกมือขึ้นมาขณะตรวจ ไม่ให้ความร่วมมือขณะดำเนินการตรวจ ซึ่งขณะทำการตรวจต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้เข้ารับการตรวจโดยนอนหงายราบนิ่ง ๆ ตลอดการตรวจ หากไม่ให้ความร่วมมือ อาจมีผลทำให้เพิ่มระยะเวลาและความยากลำบากในการตรวจสวนหัวใจ หรือผู้เข้ารับการตรวจอาจไม่โอเเมื่อต้องการให้ผู้เข้ารับการตรวจไอ กรณีเกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) หลังฉีดสารทึบเข้าในหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ (Kern, 2003) นอกจากนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนโลหิต เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต แรงต้านของหลอดเลือดแดง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้นต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น (Okvat, et al., 2002) เกิดการหดตัวของหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (spasm of coronary artery) ทำให้การไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจลดลงมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้นนำไปสู่ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรงเป็นอันตราย ได้แก่ หัวใจห้องล่างบีบตัวก่อนกำหนด (premature ventricular contraction) หัวใจห้องล่างเต้นเร็ว (ventricular tachycardia) การเต้นผิดปกติของหัวใจห้องล่างแบบสั่นไม่เป็นจังหวะ (ventricular fibrillation) ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่ความรุนแรงและเสียชีวิตได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2544)

จากสถิติการบริการของหออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ พบว่ามีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้ามารับบริการปีงบประมาณ 2559 จำนวน 142 ราย ซึ่งได้รับการสวนหัวใจทั้งหมด 142 ราย ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 163 ราย ได้รับการสวนหัวใจทั้งหมด 162 ราย อีก 1 รายได้รับยาละลายลิ่มเลือดเนื่องจากเดือนกรกฎาคม 2560 ห้องสวนหัวใจได้ปิดปรับปรุง ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 188 คน ได้รับการสวนหัวใจทั้งหมด 188 คน (งานเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, 2566) และพบมีปัญหาคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจ มักมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยเฉพาะในระยะก่อนทำการตรวจ (Luden, Bengtson, & Lundgren, 2006) ซึ่งทางหน่วยงานยังไม่มีระบบการให้บริการที่มีมาตรฐานที่ดีในด้านการจัดการ

เกี่ยวกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสวนหัวใจให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่เป็นการให้การดูแลรักษาพยาบาลโดยรวมที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงทั้งในด้านการบริการพยาบาล และการให้คำแนะนำต่างๆ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา เกิดได้จากหลายปัจจัยตั้งแต่ปัจจัยจากตัวผู้ป่วยเอง ปัจจัยด้านแผนการรักษา การไม่ได้รับการให้ข้อมูลและการติดตามต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมต่างๆ ในด้านของเจ้าหน้าที่เองยังปฏิบัติงานในลักษณะดังรับมากกว่ารุก

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมการปรับตัวโดยจะต้องมีความรู้ ความสามารถ พัฒนาตัวเองให้มีทักษะในการเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ และเข้าใจการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กอบกาญจน์ สรประสิทธิ์, 2550) นอกจากนี้จะต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มีบทบาทอิสระในการหาวิธีการช่วยเหลือเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการได้รับการสวนหัวใจ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาและผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น การให้คำปรึกษา การเสริมแรงสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัว การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลเกิดประสิทธิผลสูงสุด นอกจากนี้จะต้องมีการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้

การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับผลของการรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับการสวนหัวใจ จะทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ โดยความรู้สึกไม่แน่นอนจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous system) ทำให้แคทีโคลามีน (catecholamine) หลั่งออกมาเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น หัวใจบีบตัวแรงขึ้น และเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial oxygen demand [MVO₂]) มากขึ้น (Fleury & Murdaugh, 1993) ทำให้บริเวณของกล้ามเนื้อหัวใจตายขยายเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงมีความสนใจการลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนการได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจโดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล (Mishel, 1988) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน (complexity) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (lack of information) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล ให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย และลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนได้รับการตรวจสวนหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์

ขอบเขตของการทำวิจัย

การดำเนินงานครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหัวใจในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนได้รับการตรวจสวนหัวใจที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 30 คน ซึ่งเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2561 – วันที่ 30 เมษายน 2562 รวมระยะเวลา 5 เดือน

คำจำกัดความ

โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง กิจกรรมการให้ข้อมูลให้คำแนะนำเสนอแนะ ให้แนวทางและการให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การตรวจวินิจฉัย การรักษา ข้อควรปฏิบัติของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี การให้คำปรึกษา การตอบคำถามข้อสงสัยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก การรับฟังอย่างตั้งใจ โดยอาศัยโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง ลักษณะความนึกคิดที่ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นที่มีต่อสถานะความเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ประกอบด้วยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ ของมิเชล (Mishel, 1988) ดังนี้ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity), ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน (complexity), ด้านการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (lack of information) และด้านไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) วัดจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พัฒนามาจาก ละมัย อยู่เย็น (ละมัย อยู่เย็น, 2559)

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้รักษาว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การตรวจสวนหัวใจ หมายถึง กระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการใส่สายสวน (catheter) เข้าไปในหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบหรือบริเวณข้อมือผ่านไปยังหัวใจ โดยจะฉีดสารทึบรังสี ทำให้มองเห็นโครงสร้าง รูปร่างลักษณะของหัวใจ ลิ้นหัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด

การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาได้รับความปรารถนาดี เห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ ซึ่งจะทำให้เกิดความไว้วางใจ สามารถปฏิบัติโดยการสร้างความไว้วางใจ แสดงความเข้าใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ แสดงความปรารถดี และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ มีดังนี้

1. สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้
2. สามารถนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ ได้
3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ช่วยให้เกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดเนื้อหาครอบคลุม ดังต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความหมาย

สาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

พยาธิสภาพ อาการ/อาการแสดง

ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การตรวจวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวทางการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. การตรวจสอบหัวใจ

ความหมาย วัตถุประสงค์ และข้อบ่งชี้ในการตรวจสอบหัวใจ

การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อบ่งชี้ในการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่ขดลวด

ผลกระทบของการตรวจสอบหัวใจทางด้านร่างกายและจิตใจ

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสอบ

หลอดเลือดหัวใจ

3. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ

4. แนวคิดการสนับสนุนทางอารมณ์

5. โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

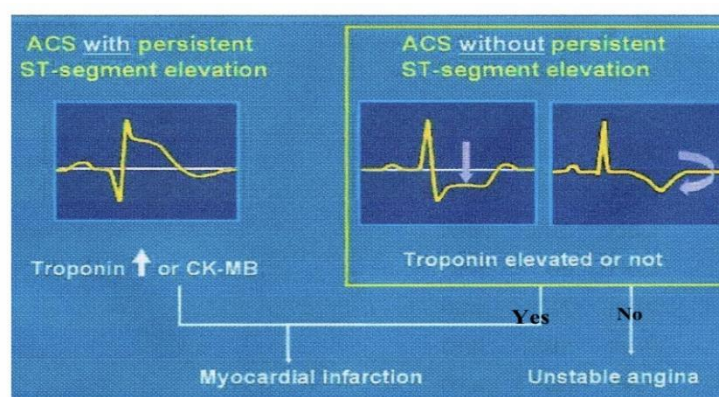
ความหมาย

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลันโดยมีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตัน จากการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน (atheromatous plaque) ส่งผลทำให้การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมาก หรือหยุดชะงักทันที (ประสิทธิ์ ปัญจิณิน, 2555) ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งตามลักษณะอาการทางคลินิก เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. Unstable angina (UA) เป็นกลุ่มอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่มี ST segment elevation แต่มี ST segment depression หรือ T wave inversion แต่ไม่พบ cardiac biomarkers (negative)

2. Non ST Elevation myocardial infarction (Non Q wave MI หรือ NSTEMI) เป็นกลุ่มอาการที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation แต่มี ST depression หรือ T wave inversion และพบ cardiac biomarkers positive ซึ่งแสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด Q wave

3. ST Elevation myocardial infarction (STEMI) เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST segment elevation และ พบ cardiac biomarkers positive ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน แต่ถ้าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้



รูปภาพที่ 1 การแบ่งกลุ่ม ACS

ที่มา : Christian et al. (2002)

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้

1.1 อายุ (age) อายุมากขึ้น โอกาสพบโรคนี้ก็มีมากขึ้น โดยการเกิดโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ ในช่วงอายุ 40-60 ปี อุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า พบว่าส่วนใหญ่ผู้ชายเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี และผู้หญิงเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี มักจะเกิดโรคดังกล่าว (กิตติกร นิลมานันต์ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558)

1.2 เพศ (sex) เพศชายมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งมากกว่าเพศหญิงที่ยังมีประจำเดือน แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน เพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Smeltzer et al., 2010)

1.3 กรรมพันธุ์ (family history) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวมีประวัติภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคนี้ประมาณ 1.5 เท่า (Bruner et al., 2010; Woods et al., 2010; Smeltzer et al., 2010)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้

2.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (hyperlipidemia) มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัว โดยผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ผู้ที่มีระดับไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับโคเลสเตอรอลมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ระดับไขมันดี (HDL-C) น้อยกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับไขมันเลว (LDL-C) มากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (smeltzer et al., 2010)

2.2 ภาวะความดันโลหิตสูง จะเพิ่มแรงเสียดทานกับเซลล์เอนโดทีเลียมซึ่งมีผลทำให้เซลล์เอนโดทีเลียมบุผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายเกิดการฉีกขาดและเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งตามมา การแก้ไขภาวะความดันโลหิตสูงจะลดอัตราเสี่ยงการเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็งโดยจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2.3 การสูบบุหรี่ สารนิโคติน (nicotine) ทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง เกิดเลือดมาจับกลุ่มกัน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์และ LDL cholesterol ในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับ HDL cholesterol ในเลือดลดลง โดยพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า (Woods et al., 2010)

2.4 โรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนปกติถึง 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) การควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีผลทำให้ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานต่อหลอดเลือดในอวัยวะต่างๆลดลง

2.5 ความอ้วนมีผลให้หัวใจทำงานหนักตามมาด้วยหัวใจโต และทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นด้วย (สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท คุรุฑกุล, 2551)

2.6 การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พบว่า HDL cholesterol ในเลือดสูง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ผนังหลอดเลือดยืดขยายได้ดี ระดับโคเลสเตอรอลและความดันโลหิตลดลง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Woods et al., 2010)

2.7 ภาวะเครียด เมื่อเกิดภาวะเครียดร่างกาย จะมีการหลั่งสารเคมีที่โคลามีนซึ่งมีผลต่อหลอดเลือดส่วนปลายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น และเพิ่มการรวมตัวของเกร็ดเลือด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

โดยพบว่าผู้ที่มีการปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 ปัจจัยขึ้นไปจะมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากที่สุด (Woods et al., 2010) และพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั่นเอง (นิพนธ์ วาดาดา, 2560)

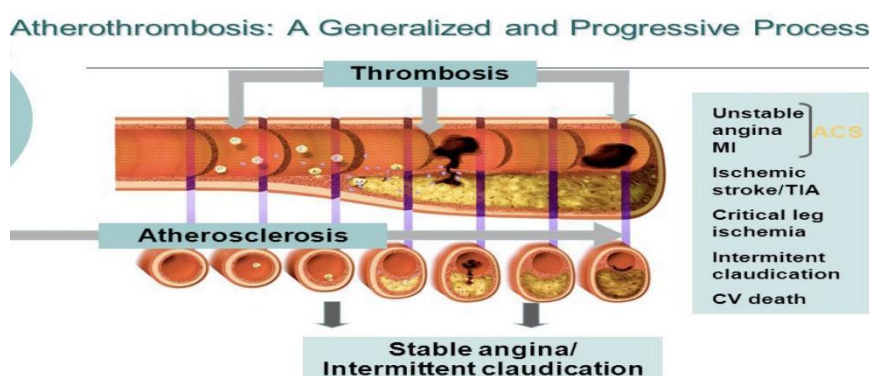
พยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)

เกิดจากการหนาตัวและแข็งตัวของผนังหลอดเลือด (atherosclerosis) การดำเนินการของโรคจะขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงและกรรมพันธุ์ของแต่ละบุคคลและแต่ละตำแหน่งของหลอดเลือด แรกเริ่มสุดจะมีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นใน (intimal layer) โดยเซลล์บุชั้นใน (endothelial cell) จะทำหน้าที่ผิดปกติไปจากปกติ เกิดการเกาะจับของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบ Macrophage และ Lymphocyte ตลอดจนเกร็ดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดก็จะแคบเล็กลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวกและมีปริมาณน้อยลง ขบวนการที่เกิดขึ้นบางครั้งจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังจากเกิด Fissure เมื่อเกิดการฉีกขาดหรือปริแตกของก้อนไขมัน (plaque rupture) ในผนังหลอดเลือดจากแรงเสียดสีหรือการอักเสบจะกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) และขบวนการแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจในที่สุด หากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมดจะเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง (ST elevate myocardial infarction, [STEMI]) หรือเกิดการอุดตันบางส่วน หรือ ลิ่มเลือดหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจส่วนปลายจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด non ST elevate myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งการเกิดโรคสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

ระยะที่ 1 ระยะไขมันจับตัวเกิดเป็นคราบไขมัน ลักษณะคราบไขมันจะมีสีเหลือง ประกอบด้วย macrophage และกล้ามเนื้อเรียบ smooth muscle cell ก่อตัวสะสมที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (intima) มีการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดขาว และ macrophage จากการอักเสบและคราบไขมันที่เพิ่มจำนวนขึ้น ในระยะนี้ไม่ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดผิดปกติจึงไม่แสดงอาการ

ระยะที่ 2 เป็นระยะที่คราบไขมันเกิดการอักเสบและขยายก้อนใหญ่ขึ้น ระยะนี้ smooth muscle cell เข้าไปรวมตัวกับ Foam cell และ Extracellular matrix เกิดการพอกทับ Fatty streak กลายเป็นคราบไขมัน (plaque) ที่มีลักษณะไขมันสีเหลืองเทา ที่ประกอบด้วย Collagen และ smooth muscle cell ที่มีการกระตุ้นให้หลั่งสารต่าง ๆ เช่น Fibrin, Fibrinogen, White Blood Cell, Albumin, Calcium และ Lipoprotein เป็นต้น

ระยะที่ 3 Ruptured plaque/Complication plaque เป็นระยะที่มีการฉีกขาดหรือปริแตกของคราบไขมัน (plaque) ทำให้มีการกระตุ้นการรวมตัวของเกร็ดเลือดและขบวนการแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของหลอดเลือดและกลายเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดตันหลอดเลือดหัวใจในที่สุด



รูปภาพที่ 2 แสดงการเกิดพยาธิสภาพของการเกิดหลอดเลือดตีบแข็ง

ที่มา : Peter (2001)

อาการและอาการแสดง

ในสภาวะปกติความต้องการใช้และการได้รับออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจจะสมดุลกัน เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะทำให้ปรากฏอาการและอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กฤษมล วิทชนกุล, 2564) ได้แก่

1. เจ็บหน้าอก (chest pain) เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด จะเจ็บแบบแน่นอึดอัด เหมือนมีอะไรมากดทับ ตำแหน่งที่เจ็บ มักจะเป็นบริเวณหน้าอก กลางทรวงอก ลิ้นปี่ หรือหน้าอกข้างซ้าย

และเป็นบริเวณกว้างไม่สามารถชี้เฉพาะได้ด้วยปลายนิ้ว อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่ไหล่ซ้าย ขวาคอ แขน โดยเฉพาะด้านในของแขนซ้ายไปถึงนิ้วก้อย หรือร้าวไปที่คอ หลัง ขากรรไกรล่าง ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเจ็บร้าวแต่มีเพียงอาการชาหนักริเวณแขนหรือไหล่่นำมาก่อน ลักษณะการเจ็บ ในระยะ angina pectoris การเจ็บครั้งหนึ่งมักไม่เกิน 15 นาที ในระยะ Coronary insufficiency หรือ Myocardial ischemia จะเจ็บไม่เกิน 30 นาทีในแต่ละครั้ง และถ้าในรายที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ระยะการเจ็บจะนานกว่า 30 นาที สิ่งที่ทำให้เจ็บ (precipitating cause) เช่น การออกกำลังกาย อารมณ์โกรธ และการสูบบุหรี่

ลักษณะ chest pain หรือ chest discomfort

The ACC/AHA guideline ปี 2007 ได้จัดแบ่งอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 3 ระยะคือ typical, atypical และ non cardiac pain โดยผู้ป่วยอาจมีความปวดหรือไม่สุขสบายร่างกาย (Jeffrey L. et al., 2007) ดังนี้

1. Typical angina มี 3 ลักษณะ คือ

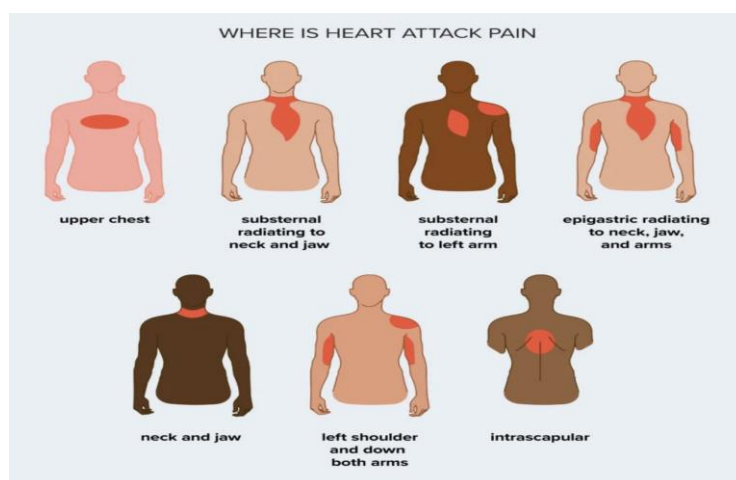
1.1 การเจ็บหน้าอกเป็นแบบเจ็บแน่นอยู่ใต้อก (substernal chest pain) อาจร้าวไปที่แขนไหล่ คอ หรือกราม อาการเจ็บจะเป็นประมาณ 5-10 นาที

1.2 อาการเจ็บหน้าอกอาจถูกกระตุ้นโดยการออกกำลังกายหรือภาวะเครียด

1.3 อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พักหรือการใช้ยา nitroglycerine อมหรือพ่นใต้ลิ้น

2. Atypical angina (probable) มีลักษณะอาการ 2 ข้อของ typical angina

3. Non-cardiac chest pain มีลักษณะอาการ ไม่เกิน 1 ข้อของ typical angina



รูปภาพที่ 3 แสดงตำแหน่งบริเวณที่เกิดอาการ Chest pain

ที่มา : Adam (2023)

2. ความดันโลหิตต่ำหรือช็อค ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่า 80 มม.ปรอท และมีอาการ Peripheral cyanosis ขึ้นตามปลายเท้า เกิดจากการได้รับความเจ็บปวด จากการเจ็บหน้าอก เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

3. มีไข้ อุณหภูมิร่างกายจะสูงประมาณ 37.7 องศาเซลเซียส ใน 24 ชั่วโมง เนื่องจากการอักเสบและการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และไข้จะลดลง เมื่อมีพังผืด (fibrosis) หรือแผลเป็น (scar formation) ขึ้นปกคลุมบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายแล้วประมาณในวันที่ 3-7

4. การคั่งของเลือดในปอด (pulmonary edema) โดยจะแสดงอาการของการหายใจลำบาก (dyspnea) นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟอง แสดงถึงการที่หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานได้น้อยลง

5. คลื่นไส้ อาเจียน เกิดเนื่องจากการมีความเจ็บปวดอย่างรุนแรง หรือเกิดจากการที่บริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่งกระแสประสาท (vagovagal reflexes) ไปยับยั้งการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

การจำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด

อาการสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยแต่ละคนทำกิจกรรมแตกต่างกันไป ผู้ป่วยที่ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยหรือนอนพักก็มีการเจ็บหน้าอกย่อมมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่ออกกำลังกายหนักๆแล้วมีอาการเจ็บหน้าอก สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 1964 cited in Rasof & Gorbien, 1998) ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามอาการ และความสามารถในการทำหน้าที่ ดังนี้

ระดับที่ 1 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น การทำงาน การออกกำลังกาย ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือ เจ็บแน่นหน้าอก

ระดับที่ 2 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน การเดินในระยะทางไกลๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอก แต่จะมีการถ้ามมีการออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น การวิ่ง การเดินขึ้นบันไดเร็วๆ เป็นต้น และจะกลับรู้สึกสบายดีเมื่อได้พักระยะหนึ่ง หลังจากนั้นก็สามารถทำกิจกรรมได้ต่อ

ระดับที่ 3 ทำกิจกรรมที่ออกแรงได้เพียงเล็กน้อย เช่น กวาดบ้าน การเดินไปห้องน้ำ ผู้ป่วยก็จะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และจะรู้สึกสบายดีเมื่อได้หยุดพัก หรืออยู่เฉย ๆ

ระดับที่ 4 ขณะพัก เช่น นอนหรือนั่งอยู่บนเตียงเฉย ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก และการออกแรงเพียงเล็กน้อยก็จะทำให้เกิดอาการเหนื่อยมาก

การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจภาวะหัวใจขาดเลือดทำได้โดยใช้การตรวจต่าง ๆ ดังนี้ (นิธิ มหานนท์, 2543; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

1. การซักประวัติ (patient history) เป็นสิ่งสำคัญช่วยให้ทราบอาการ ลักษณะของความเจ็บปวด บริเวณที่เจ็บปวดโดยเฉพาะลักษณะอาการเจ็บหน้าอก ความถี่ ความรุนแรง ระยะเวลาเจ็บ อาการร่วมขณะเจ็บปวด สิ่งที่มากระตุ้นทำให้เจ็บปวด รวมถึงทำให้ทราบประวัติการรักษา การผ่าตัด การตรวจพิเศษ ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย (physical examination) ทำให้ทราบอาการผิดปกติโดยเฉพาะอาการแทรกซ้อนต่างๆได้ เช่น ภาวะ cardiogenic shock หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันสูงขึ้นหรือลดลง เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory) ที่นิยมมากที่สุด คือ การตรวจ Creatinine kinase (CK), CK-MB, Troponin -I และการตรวจ Troponin-T ซึ่งค่านี้มีความแม่นยำกว่าวิธีอื่นๆ Troponin จะขึ้นภายใน 3-12 ชั่วโมงและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สำหรับ Troponin -T คือ 12-48 ชั่วโมง ส่วน Troponin- I คือ 24 ชั่วโมง และทั้งสอง Troponin คงอยู่ต่อเนื่องได้นาน 5-14 วัน หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. การตรวจพิเศษ

4.1 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram, ECG) มีประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินผลการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

4.2 การตรวจ Cardiac stress testing เป็นการทำเพื่อต้องการทราบว่าหัวใจตอบสนองต่อการออกกำลังกายอย่างไร โดยเพิ่มการทำงานของหัวใจภายใต้สิ่งที่ควบคุม เช่น อาจใช้การออกกำลังกาย เรียก Exercise Stress Testing หรือใช้ยากระตุ้น เรียกว่า Pharmacologic stress testing

4.3 การตรวจ Echocardiography เป็นการตรวจความผิดปกติของหัวใจ สามารถมองเห็นภาพลักษณะการทำงานของการทำงานของหัวใจ การไหลเวียนของเลือดได้ดี สามารถวัดการบีบตัวของหัวใจ (ejection fraction, EF) และ Cardiac output ได้ดี

5. การถ่ายภาพรังสี ทรวงอก (chest X-ray) อาจพบว่าปกติหรือขนาดหัวใจโตกว่าปกติ (cardiomegaly) หรืออาจพบว่ามีน้ำท่วมปอด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้

6. การตรวจสวน หลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเข้าช่องหัวใจ (cardiac catheterization or Coronary arteriography or Left ventricular angiography) เดิมการสวนหัวใจทำเพื่อการวินิจฉัยโรค ต่อมาการรักษาด้วยเมื่อทราบการวินิจฉัยในขณะที่ทำการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ

การรักษา

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การระงับอาการเจ็บหน้าอก การป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนี้ (Lueckenotte, 1966)

1. ลดปริมาณการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

- ให้พัก Absolute bed rest โดยเฉพาะใน 24-48 ชั่วโมง ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายที่สุด
- ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เพราะความเย็นทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัวเป็นสาเหตุให้หัวใจทำงานมากขึ้น
- ลดภาวะเครียด
- ให้ยาพวก Beta adrenergic blocking agent ช่วยลด Oxygen consumption ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ การหดตัวของหัวใจและเมตาบอลิซึมลดลง และยังช่วยเพิ่ม Oxygen ที่ไปเลี้ยงหัวใจส่วนที่ขาดเลือดให้มากขึ้น
- ยาพวก Calcium antagonists ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขัดขวาง Calcium เข้าเซลล์ เป็นผลทำให้กล้ามเนื้อคลายตัว หลอดเลือดโคโรนารีและหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว ลดปริมาณเลือดออกจากหัวใจ

- ยากล่อมประสาท ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยพักลดการใช้ Oxygen

2. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กล้ามเนื้อหัวใจ

- ให้ Oxygen canular 2-3 lit/min แก่ผู้ป่วยใน 24-48 ชั่วโมงแรก

3. ช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วย

- อาการเจ็บหน้าอกมาก ๆ จะทำให้เกิดภาวะเครียด ซึ่งส่งเสริมให้มีอาการมากขึ้น
- ยาที่ช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก : Nitrate ช่วยขยายหลอดเลือด
- ยาบรรเทาปวด : Morphine ระวังปวด และทำให้หลอดเลือดขยายตัวหัวใจทำงานน้อยลง
- Thrombolytic agent มีความเชื่อว่ารักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 90 ซึ่งสารพวกนี้มีความสามารถในการละลายลิ่มเลือดภายในหลอดเลือด ยากลุ่มนี้ ได้แก่ Streptokinase, Urokinase

4. การรักษาภาวะแทรกซ้อน

- Cardiac monitoring เพื่อสังเกตภาวะ Arrhythmia
- Record vital sign

- อาหารอ่อนย่อยง่าย รสไม่จัด เกลื่อน้อย งดชา กาแฟ เครื่องดื่มที่เย็นจัดหรือร้อนจัด เพราะจะทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ

- ยาระบาย ป้องกันท้องผูก งดการเบ่งถ่ายอุจจาระ

- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น หลีกเลียงอาหารที่มีไขมันสูง ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีวิธีการรักษาต่างๆ ดังนี้

1. การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่งขนาดเล็ก (percutaneous transluminal coronary angiography: PTCA)

2. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG)

3. การขยายหลอดเลือดโดยการเอาคราบไขมันออก (coronary atherectomy)

4. การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงตาข่าย (coronary stents)

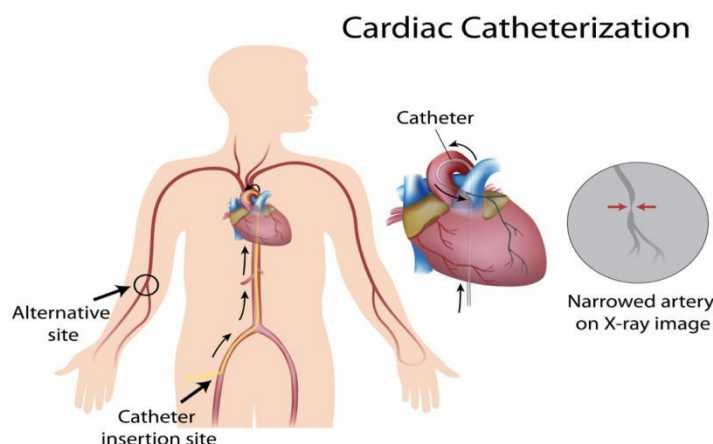
5. การขยายหลอดเลือดโดยการยิงเลเซอร์ (coronary laser angioplasty)

6. การใช้ Stem Cells เพื่อรักษาโรคหัวใจ วิธีการนี้ยังอยู่ในช่วงการศึกษาวิจัย การรักษาด้วยวิธีนี้จึงยังถือว่าเป็นการรักษาในขั้นทดลองมากกว่าเป็นการรักษามาตรฐาน (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2550)

การตรวจสวนหัวใจ

ความหมาย

การตรวจสวนหัวใจ หมายถึง การใส่สายสวนหัวใจผ่านหลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ หรือบริเวณข้อมือ เข้าสู่หัวใจและหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจ เมื่อสายสวนหัวใจมาถึงห้องหัวใจและหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจ จะฉีดสารทึบรังสี ทำให้มองเห็นโครงสร้าง รูปร่างลักษณะของหัวใจ ลิ้นหัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดได้ชัดเจน เพื่อดูการไหลเวียนของเลือดและเพื่อตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจ การตรวจสวนหัวใจจึงช่วยแพทย์วินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย (นภาพร เพชรศร, 2546)



รูปภาพที่ 4 แสดงตำแหน่งที่ทำการสวนหัวใจ

ที่มา : Jerome (2018)

วัตถุประสงค์ของการตรวจหัวใจ

การตรวจสวนหัวใจเป็นการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้แน่ชัดว่าพยาธิสภาพและลักษณะรอยโรคที่ตีบในหลอดเลือดหัวใจว่าการตีบแคบเท่าใด ตำแหน่งใด คราบไขมันมีลักษณะอย่างไร มีหินปูนเกาะด้วยหรือไม่ ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างไร อีกทั้งสามารถวัดค่าความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายได้ ในกรณีที่หัวใจตีบหรือร่วร่วมด้วยซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษา ร่วมกับการผ่าตัด โดยผลการตรวจจะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543; Baim & Grossman, 2000)

ข้อบ่งชี้ในการตรวจสวนหัวใจ

ข้อบ่งชี้ในการตรวจสวนหัวใจขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาวะโรคของผู้ป่วย อายุ สุขภาพโดยทั่วไป ลักษณะของการดำรงชีวิตและอาชีพ ตลอดจนความสามารถ และประสิทธิภาพของแพทย์ที่ตรวจ เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของแต่ละโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะตัดสินใจให้ชัดเจนถึงข้อบ่งชี้ที่จำเป็น (absolute indications) ในผู้ป่วยแต่ละราย (นิตยา ภิมุข, 2548) จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปข้อบ่งชี้จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ ดังนี้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543; Baim & Grossman, 2000)

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติเจ็บแน่นหน้าอก (angina) เป็นกลุ่มที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้น ซึ่งจะต้องพิจารณาภายหลังตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดว่าผู้ป่วยมี

สุขภาพดีพอ ที่จะให้การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหรือขยายหลอดเลือดด้วยหัตถการต่าง ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina) ภาวะเจ็บแน่นหน้าอกคงที่ (stable angina) ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงโดยประเมินจากการตรวจสวนหัวใจชนิดกายนอก (high – risk noninvasive test) อาการเจ็บหน้าอกภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (angina post myocardial infarction)

2. กลุ่มผู้ป่วยที่เคยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction) ซึ่งช่วยในการวางแผนการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหรือวิธีการผ่าตัด

3. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแต่สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากมีประวัติปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ มีประวัติหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) ที่สงสัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

4. กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่ทราบสาเหตุ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่เฉพาะเจาะจง (atypical) จะทำให้การวางแผนการรักษาหรือหาสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอกขึ้นไปได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยวินิจฉัยภาวะหดเกร็งของหลอดเลือดแดงหัวใจ (coronary artery spasm)

5. ผู้ป่วยที่จะต้องได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ และมีปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

6. ผู้ป่วยมีปัญหาหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานผิดปกติไม่ทราบสาเหตุเพื่อดูว่าการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นสาเหตุของหัวใจล้มเหลวหรือไม่

7. ผู้ที่สงสัยว่าจะมีหลอดเลือดหัวใจผิดปกติ อาจจะพบร่วมกับหัวใจพิการแต่กำเนิดบางชนิดจะต้องตรวจให้แน่ชัดก่อนการผ่าตัดเพื่อวางแผนการผ่าตัดให้ถูกต้อง

การตรวจสวนหัวใจ จำเป็นต้องระมัดระวังในผู้ป่วยดังต่อไปนี้ (Davidson et al., 1997)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่าย ภาวะเลือดจางรุนแรง ไม่ว่าจะเกิดจากโรค หรือจากการให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants)

2. ผู้ป่วยที่มีความดันเลือดที่ยังควบคุมไม่ได้ มีไข้ที่เกิดจากภาวะติดเชื้อ มีภาวะติดเชื้อมีภาวะไตวายหรือปัสสาวะไม่ออก มีประวัติแพ้สารทึบรังสี

3. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ยังควบคุมไม่ได้

4. ผู้ป่วยมีประวัติอุบัติเหตุของหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) ภายในระยะเวลา 2-3 เดือน

5. อายุมากกว่า 60 ปี

6. มีภาวะหัวใจล้มเหลอรุนแรงจนนอนราบระหว่างการตรวจไม่ได้

7. ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และประสาทจนร่วมมือการตรวจไม่ได้

8. มีโรคประจำตัวร้ายแรงที่ไม่ใช่โรคหัวใจ ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอายุสั้น เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย

9. ผู้ป่วยที่ไม่ต้องการการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อหลอดเลือด หรือวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยวิธีการใด ๆ ไม่ว่าผลของการตรวจสวนหัวใจจะเป็นอย่างไร

การรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention: PCI)

เป็นการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด โดยสอดใส่สายสวนชนิดพิเศษผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือดทาง Femoral หรือ Radial artery ไปยังหลอดเลือดหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเพื่อหาหลอดเลือดที่อุดตัน จากนั้นทำการขยายหรือถ่างหลอดเลือด โดยการใช้ balloon inflation ให้ลิ่มเลือดแตกออกเป็นชิ้นเล็ก หรือ ทำการดูดลิ่มเลือดออกมา หรืออาจตัด/สลายลิ่มเลือดออกมาจนสามารถทำการไหลเวียนเลือดได้ (TIMI Flow grade 3) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกภายใน 12 ชั่วโมงที่รุนแรง หรืออาการที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดแดงหัวใจอุดตันหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยได้รับยาละลายลิ่มเลือดมาก่อน เรียกว่า Primary Percutaneous coronary intervention (PPCI) โดยมาตรฐานกำหนดให้ทำการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายในเวลาไม่เกิน 90 นาที หลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (door-to- balloon time) (Anman et al., 2004; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557) ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ถือเป็นการศึกษาที่ดีที่สุดหากไม่มีข้อจำกัด โดยพบว่า สามารถเปิดหลอดเลือดได้ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ร้อยละ 50-55 (Keeley, Boura, & grines, 2003) โดยแบ่งการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้ ดังนี้

1. การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน เป็นการใส่สายสวนที่มีลูกโป่งที่สายไปยังตำแหน่ง

ที่มีการตีบตันและอัดแรงดันให้ลูกโป่งขยายออกกดทับคราบไขมันให้แฟบ แต่พบว่ามีโอกาสเกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้

2. การขยายหลอดเลือดด้วยการใส่ขดลวดตาข่าย เป็นการใส่ขดลวดตาข่ายค้ำยันไว้บริเวณที่มีการตีบตัน มี 2 ชนิด คือ ขดลวดตาข่ายแบบไม่เคลือบยา Bare-Mental Stents (BMS) และขดลวดตาข่ายแบบเคลือบยาไว้ Drug Eluting Stents (DES) ซึ่งยาที่เคลือบไว้จะยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์บริเวณขดลวดที่จะทำให้เกิด restenosis

ตำแหน่งการใส่สายสวนหลอดเลือดเพื่อฉีดสีและขยายหลอดเลือดหัวใจนิยมทำในตำแหน่งหลอดเลือดแดงใหญ่ (Yugandhar & Krishna , 2023)ดังนี้

1. หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ (femoral artery) เป็นตำแหน่งที่นิยมทำการสวนหลอดเลือดหัวใจกันมากซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการฉีดสีแพทย์จะนำสายตรวจและท่อนำออกจากหลอดเลือดแล้วกดบริเวณที่แทงหลอดเลือดเพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา 10-15 นาที หลังจากนั้นจะนำหมอนทรายวางทับไว้อีก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนราบอยู่บนเตียงเป็นเวลาอีก 4-6 ชั่วโมง ส่วนการสวนเพื่อถ่างขยายและใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจจะได้รับยาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดทำให้มีโอกาสดูดออกง่ายบริเวณที่สวนดังนั้นเมื่อเสร็จสิ้นหัตถการแพทย์จะนำสายสวนออกแต่ยังคงท่อนำไว้เป็นเวลาอีก 4-8 ชั่วโมง หลังจากนั้นแพทย์จะนำท่อนำออกจากหลอดเลือดแล้วกดบริเวณที่แทงหลอดเลือดเพื่อให้เลือดหยุดไหลเป็นเวลา 10-15 นาที โดยผู้ป่วยจะต้องนอนอยู่บนเตียง ห้ามงอสะโพกอีก 6-8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่น เลือดออกเป็นจำนวนมาก เกิดเป็นก้อนเลือด เป็นต้น

2. หลอดเลือดแดงบริเวณข้อมือ (radial artery) ปัจจุบันการสวนหลอดเลือดหัวใจนิยมทำบริเวณหลอดเลือดแดงตำแหน่งข้อมือด้านนิ้วหัวแม่มือ (radial artery) มากขึ้น เนื่องจากเป็นหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและอยู่ตื้น ซึ่งภายหลังเสร็จสิ้นการสวนหลอดเลือดหัวใจทั้งฉีดสีและถ่างขยายหลอดเลือดสามารถนำทั้งสายตรวจและท่อนำออกได้ทันที จากนั้นกดห้ามเลือดแล้วปิดแผลหรือใส่อุปกรณ์ห้ามเลือดและป้องกันการงอข้อมือ โดยห้ามงอข้อมือเป็นเวลา 6-8 ชั่วโมง และห้ามยกของหนักและใช้ข้อมือมากเกินไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังการสวน โอกาสที่จะเกิดอันตรายต่อหลอดเลือดและปัญหาการเกิดเลือดออกพบได้น้อยกว่าการสวนบริเวณขาหนีบ

ข้อบ่งชี้ในการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่ขดลวด พิจารณาได้จากอาการทางคลินิก และจากพยาธิสภาพดังนี้ (เสวต นนทกานันท์ & ขจร ชาวไพศาล, 2540)

1. ตำแหน่งในเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าร้อยละ 50 และเส้นเลือดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 1.5 มิลลิเมตรขึ้นไป
2. พิจารณาจากสภาพทางคลินิกได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก (angina pectoris) ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ class 2 ขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (unstable angina)
4. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือหลังฟื้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post myocardial infarction)
5. ผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจแล้วยังมีอาการก็ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการถ่างขยายเส้นเลือด
6. มีการตีบซ้ำหลังทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกหรือครั้งที่ 2

7. ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ แต่จะได้ประโยชน์จากการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลกระทบของการตรวจสวนหัวใจทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบด้านร่างกาย

การตรวจสวนหัวใจหลอดเลือด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อยแต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายคุกคามชีวิตได้ดังนี้ (Baim & Grossman, 2002; Kern, 2003)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอาจเกิดจากฟองอากาศลิ่มเลือด คราบไขมันหลุดไปอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีและอาจเกิดจากการหดเกร็ง (spasm) ของหลอดเลือดโคโรนารี

2. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุการเกิดจากการมีสิ่งแปลกปลอมหลุดลอยไปตามหลอดเลือดสมองและปอดทำให้เกิดการอุดตัน ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนี้คือ เทคนิคการใส่สายสวนไม่ดี ทำให้มีอากาศเข้าไปในสายสวน หรือกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเส้นหัวใจ หรือมี thrombus ในหัวใจห้องบนซ้าย

3. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจเกิดหัวใจเต้นผิดปกติ ดังนี้

3.1 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ Ventricular fibrillation, Ventricular tachycardia อาจเกิดจากการใส่สายสวนหัวใจ หรือเกิดจากการฉีดยาที่บ่งชี้เข้าหลอดเลือดหัวใจด้านขวา การฉีดยาที่บ่งชี้ติดต่อกันเป็นเวลานาน หรือฉีดยาที่บ่งชี้เข้าหลอดเลือดในขณะความดันปลายสายสวนหัวใจที่วัดได้ต่ำ

3.2 หัวใจเต้นช้า (bradycardia) อัตราการเต้นหัวใจลดลงชั่วขณะระหว่างการฉีดยาที่บ่งชี้ในหลอดเลือดทั้งนี้เพราะสารที่บ่งชี้ให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงระหว่างการตรวจสวนหัวใจ พยาบาลจึงต้องประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สัญญาณชีพคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดเวลา เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั้งนี้

4. ภาวะกระตุ้นเส้นประสาทวากัส (vasovagal reflex) มีสาเหตุจากความเจ็บปวด ความกลัว ความวิตกกังวล พบในช่วงขณะฉีดยาชา ก่อนเริ่มทำการตรวจ ขณะดึงท่อสายสวนออก และทำการกดแผลห้ามเลือด

5. แพ้สารที่บ่งชี้ ในผู้ป่วยที่ร่างกายมีภูมิไว (hypersensitivity) อาจมีลมพิษ ผื่นแดง เป็นผื่นแดง หรือที่รุนแรงมีอาการแพ้แบบ Anaphylaxis ผลต่อระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตต่ำ

6. การติดเชื้ออาจเกิดจากอุปกรณ์เครื่องมือปราศจากเชื้อมีการปนเปื้อนหรือเทคนิคการทำหัตถการไม่ดีพอ

7. ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่ใส่ท่อนำสายสวน

7.1 ภาวะเลือดออกใต้ผิวหนัง (hematoma) อาจพบมีก้อนใหญ่บริเวณรอบแผลบริเวณขาหนีบ คลำได้ก้อนแข็งใต้ผิวหนัง มีอาการปวด

7.2 เลือดออก (external bleeding) เกิดได้เมื่อมีการทำลายผนังหลอดเลือดจากการใส่สายสวน การกดแผลห้ามเลือดที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

7.3 ภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน (arterial occlusion) สาเหตุจากก้อนลิ่มเลือดบริเวณแผลของหลอดเลือดอุดตันหลอดเลือดส่วนปลายต่อแผล ทำให้เกิดการขาดเลือดของขาส่วนปลาย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจทำให้ผู้ป่วยถูกตัดขาได้

7.4 ภาวะเลือดออกในช่องท้อง (retroperitoneal hemorrhage) จากการแทงหลอดเลือดแดงฟีมอรัลในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม การกดแผลห้ามเลือดไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดหลัง ปวดท้องบริเวณด้านขวาต่ำ (right lower quadaudrant) ปวดเอว ปวดขา หรือมีขาอ่อนแรง หากก้อนเลือดที่สะสมมาจนเกิดแรงกดที่เส้นประสาทฟีมอรัล (femoral nerve) หากเลือดออกมากอาจเกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) หากไม่สามารถวินิจฉัยให้การรักษายาบาลได้ทันเวลาที่ อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

ผลกระทบด้านจิตใจ

การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดเป็นกระบวนการวินิจฉัยที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดและหัวใจ การตรวจผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมก่อนตรวจการดูแลระหว่างตรวจและภายหลังการตรวจ (Rolley et al., 2011) ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้เหตุการณ์ตลอดกระบวนการตรวจจึงส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยมาก (จริยา ตันติธรรม, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมพบผลกระทบด้านจิตใจที่พบบ่อย ดังนี้

1. ความกลัว ซึ่งเกิดจากการรับรู้และแปลเหตุการณ์เกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดกลัวต่อสถานการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น กลัวต่อการทำหัตถการ เพราะการตรวจต้องมี การใส่สายสวนชนิดต่างๆผ่านทางหลอดเลือดไปถึงหัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย กลัวเกิดอันตรายเสียชีวิตหรือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจหยุดเต้น (Baim & Grossman, 2000)

2. ความวิตกกังวล เป็นความตึงเครียดทางอารมณ์ หรือความรู้สึกไม่สบาย กระวนกระวาย

3. หวาดหวั่นเป็นทุกข์ ขาดความมั่นคง ปลอดภัยที่เกิดจากการคุกคาม ซึ่งบางครั้งผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดเข้าใจสับสนว่า การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดเป็น

การทำการผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อเห็นสิ่งแวดล้อมในห้องตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดมีลักษณะคล้ายห้องผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (Lunden et al., 2006, McNamara et al., 2003; Okvat et al., 2002)

4. ความเครียดโดยความเครียดเป็นผลสืบเนื่องจากความกลัวและความวิตกกังวล ซึ่งความเครียดเป็นสภาวะหนึ่ง que ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เนื่องจากจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดความเครียดขึ้นซึ่งการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดต้องใช้เวลาในการตรวจ มีภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงสูง การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันการประกอบอาชีพ สูญเสียรายได้หรือสถานภาพในสังคมอาจส่งผลให้ไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ เกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ในชีวิตประจำวัน (Miller & O'Leary, 1993) ซึ่งจะทำให้เกิดความเครียดขึ้น

5. ความรู้สึกไม่แน่นอน การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนไม่สามารถคาดการณ์ผลการตรวจหรือ สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกกลัวสิ่งที่ไม่รู้หรือสิ่งที่คาดการณ์ไม่ได้จะมีมากขึ้นขณะทำการตรวจ โดยเฉพาะผลการตรวจวินิจฉัยที่จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต ไม่สามารถตัดสินใจก่อนจนกว่าจะทราบผลการตรวจ (Beckerman, Grossman, & Marquze, 1995; Lunden et al., 2006)

การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหลอดเลือดหัวใจนั้นจะต้องดูแลตั้งแต่ก่อน ระหว่าง หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจ จนถึงผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน ดังนี้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557; เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2558; Wood et al., 2010)

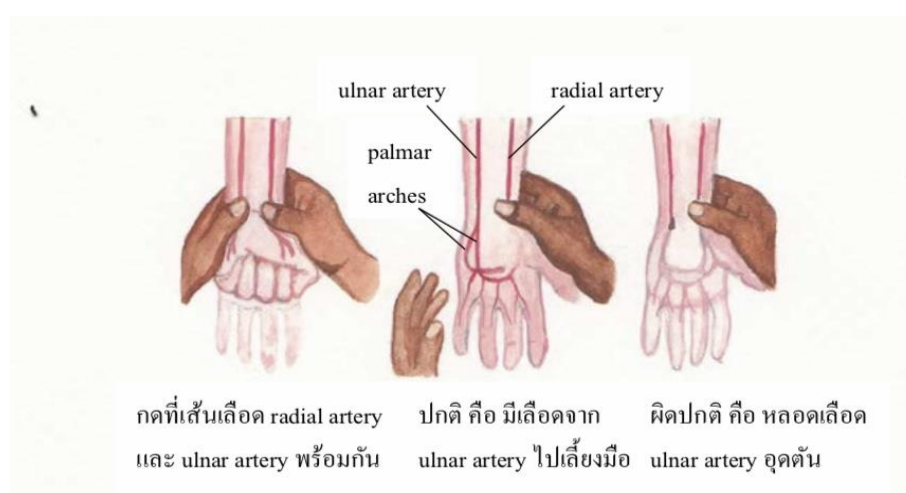
การพยาบาลก่อนการสวนหลอดเลือดหัวใจ

1. ประเมินผู้ป่วย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead (ECG) โดยเร็วที่สุดไม่เกิน 10 นาที หลังผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแปลผลทันที ประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกด้วย pain scale เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (cardiac marker) และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งตรวจพิเศษอื่นๆ และประสานงานแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อเตรียมความพร้อม

2. การเตรียมผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค การรักษา การทำหัตถการ ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นพร้อมกับให้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและให้ลงชื่อยินยอมทำหัตถการ

3. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินสัญญาณชีพ monitor ECG และประเมินการไหลเวียนบริเวณที่จะทำการสวนหลอดเลือดโดยจับชีพจรบริเวณที่จะทำการสวนหลอดเลือด

เลือด โดยกรณีทำการสวนที่ขาหนีบให้จับชีพจรที่ Dorsalis pedis pulse และ Posterior tibial pulse เพื่อประเมินความรุนแรงของหลอดเลือดอุดตันส่วนปลาย ส่วนกรณีทำการสวนที่ข้อมือให้ทำการทดสอบ Allen's test ดังนี้ ผู้ตรวจกดที่เส้นเลือด Radial artery และ Ulnar artery พร้อมกัน จากนั้นปล่อยนิ้วที่กดเส้นเลือด Ulnar artery สังเกตดูมือที่ซีดจะแดงขึ้นภายใน 5-10 วินาที แสดงว่ามีเลือดจาก Ulnar เข้าไปเลี้ยงที่มือเพียงพอ แต่หากมือยังซีดอยู่จะแปลผลว่า Abnormal Allen's test ก่อน ซึ่งเป็นข้อห้ามในการตรวจสวนหัวใจหรือการฉีดสีหัวใจผ่านทางหลอดเลือดที่ข้อมือ



รูปภาพที่ 5 แสดงวิธีการทำ Allen's test

ที่มา : Michael (2015)

4. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสารทึบรังสี ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายจากการฉีดสารทึบรังสี

5. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติ

6. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย โขนขนทำความสะอาดบริเวณที่จะทำการสวน หลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ บริเวณขาหนีบ ข้อพับแขน และข้อมือ

7. บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ไม่สุขสบาย ลด preload และการเกิดลิ้นเลือดมากขึ้นตามแผนการรักษาตามหลัก MONA ดังนี้

M: Morphine คือ การให้ยา Morphine 2-4 mg. IV ตามแผนการรักษา เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก

O: Oxygen คือ การให้ออกซิเจนเมื่อ O2 Saturation < 90%

N: Nitroglycerine (NTG) คือ การให้อมยาใต้ลิ้นหากยังมีการเจ็บแน่นหน้าอก กรณีที่อาการแน่นหน้าอกยังไม่หาย สามารถให้ยาทาง NIG IV ได้ แต่ยกเว้นมีความดันโลหิตต่ำและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ Inferior wall

A: Aspirin คือ การให้ยา Aspirin 160-325 mg. 1 เม็ดเคี้ยว และยา Clopidogrel 75 mg. ทางปากทันที

8. ดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยโดยการประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ และให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น

2. การพยาบาลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (Cardiac Care Unit: CCU)

หลังการสวนหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อถ่วงขยายหลอดเลือดที่อุดตันด้วยการทำบอลลูนหรือใส่ขดลวดคาบาย พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 24 ชั่วโมงแรก จึงจำเป็นอย่างยั้งที่ควรให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (William et al., 2020) ดังนี้

2.1 ดูแลรับผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหัวใจ ประเมินระดับความรู้สึกตัว จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย หากทำบริเวณที่ขาหนีบให้เหยียดขาตรง ห้ามงอ ห้ามลุกนั่ง 6-8 ชั่วโมง (นภาพร เพชรสร, 2546) กรณีทำบริเวณข้อมือ ห้ามงอบริเวณที่ทำ 24 ชั่วโมง

2.2 ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะคงที่ (Rishi, 2015) และประเมินชีพจรส่วนปลาย Dorsalis pedis pulse, Posterior tibial pulse, Radial pulse ทั้ง 2 ข้างเปรียบเทียบกัน และตรวจ Capillary refill

2.3 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) เพื่อเป็นพื้นฐานเปรียบเทียบก่อนทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ และ monitor ECG เพื่อติดตามหัวใจเต้นผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ (Rolly, Salamonson, Wensley, Dennison & Davidson, 2011)

2.4 ตรวจสอบบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจ ว่ามีเลือดออกบริเวณแผลเลือดออกได้ผิวหนัง ก้อนเลือด หลอดเลือดโป่งพอง สังเกตการเปลี่ยนแปลงและรายงานแพทย์ทราบ

2.5 ประเมินอาการปวดและอาการติดเชื้อบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือด

2.6 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ ยา และออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้

- การให้ยาเพื่อส่งเสริมให้หัวใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและลดการทำงานของหัวใจ เช่น ยาลดหรือเพิ่มความดันโลหิต ยากลุ่ม β -blocker และยากลุ่มอื่น ๆ เช่น ยากลุ่ม ACEI, ยากลุ่ม Statin

- การให้สารน้ำในกรณีที่ไม่มียาห้าม

- การให้ออกซิเจนเมื่อ O_2 saturation < 90%

2.7 สังเกตอาการแพ้สารที่บ่งชี้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน คันตามผิวหนัง มีผื่นขึ้น และบันทึกการขับถ่ายปัสสาวะ

2.8 สังเกตอาการผิดปกติ เช่น chest pain, ความดันโลหิตต่ำ, cardiogenic shock, heart failure, restenosis เป็นต้น

2.9 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตและเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ โดยในช่วง 24 ชั่วโมงแรก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุ/ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต

2.10 ช่วยแพทย์ในการนำอุปกรณ์สายสวนออกโดยการเตรียมอุปกรณ์ เตรียมผู้ป่วย

2.11 สังเกตอาการเลือดออกหลังนำสายสวนออก แนะนำและเน้นย้ำผู้ป่วยห้ามงอขาอีก 6 ชั่วโมง แต่สามารถพลิกตะแคงตัวได้โดยไม่งอสะโพก ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณัฏฐ์ สันประโคน, 2562) เมื่อครบเวลาของขาให้ผู้ป่วย Early Ambulation (Tongsai & Thamlikikul, 2012) กรณีทำที่ข้อมือหลังจากนำ TR Band ออก ให้ประเมิน puncture site ทุก 15 นาที 4 ครั้ง (Terumo, 2015) ตรวจสอบบริเวณที่ทำการสวนหลอดเลือดหัวใจว่ามีเลือดออกบริเวณแผล เลือดออกใต้ผิวหนัง ก้อนเลือด หลอดเลือดโป่งพองหรือไม่ ถ้าพบให้ inflate balloon เพิ่มและรายงานแพทย์ ประเมินและจัดการความปวด (Rishi, 2015)

2.12 ดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ได้แก่ การประเมินภาวะวิตกกังวล ภาวะความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และให้การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา การปฏิบัติตัว นอกจากนี้ควรดูแลความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยด้วย

2.13 ดูแลลดการทำงานของหัวใจ โดยให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายและให้มีการขับถ่ายอุจจาระปกติ

3. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

หลังจากสวนหลอดเลือดหัวใจและเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรกแล้วนั้น จำเป็นต้องย้ายไปรักษาและสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องยังหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตหรือหอผู้ป่วยสามัญ บางรายแพทย์เจ้าของไข้อาจพิจารณาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การพยาบาลในระยะนี้จึงมีความสำคัญอีกช่วงหนึ่งที่ต่อเนื่องกัน ดังนี้

3.1 ให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ รับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง และสามารถปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาลได้ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 24 ชั่วโมงแรก เริ่มด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดง การรักษาที่ได้รับและการรักษาต่อเนื่อง ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตัวหลังสวนหลอดเลือดหัวใจขณะอยู่หอผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2 หลังสวนหลอดเลือดหัวใจ 48 ชั่วโมงแรก การให้ข้อมูลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ กิจกรรมและการออกกำลังกาย การรับประทานยา การลดปัจจัยเสี่ยง และการจัดการกับอาการผิดปกติ

3.2 ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งทางด้านร่างกาย โดยการประเมินอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก เป็นต้น และประเมินสัญญาณชีพ ส่วนด้านจิตใจ โดยประเมินความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วย ประเมินภาวะซึมเศร้า และด้านครอบครัวและสังคม ประเมินความพร้อมของ ครอบครัวและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in Illness)

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับทุกคน มักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยและไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นกับตนหรือไม่อย่างไร (Lazarus & Folkman, 1984)

มิเชล (Mishel, 1988) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญปัญหาของ ลาซารัส (Lazarus, 1984) และผลงานวิจัยต่างๆ มาอธิบายความเจ็บป่วยให้เฉพาะเจาะจงและพัฒนา เป็นทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งถือเป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle range theory)

รีเดเกอร์ (Redeker, 1992) ได้ให้ความหมายของความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยว่าเป็นการไม่สามารถกำหนดหรือให้ความหมายของเหตุการณ์และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้

สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2543) ได้ให้ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของมิเชลว่า หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถกำหนดรูปแบบความหมายของความเจ็บป่วยนั้นซึ่งอาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจ ในการแปลความเจ็บป่วยที่ตนเองประสบ

สรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษานั้นได้ เนื่องจากขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสม

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ

ความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมีเชล (Mishel, 1988) ได้ให้ความหมายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยคือการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น เป็นภาวะทางสติปัญญา (cognitive state) ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่มีเค้าโครงเรื่องราว หรือจำแนกเหตุการณ์ความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ เช่น ไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นรักษาอย่างไร อยู่โรงพยาบาลทำไม เป็นต้น มิเชล (Mishel, 1988) ได้กล่าวถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาไว้ 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้อย่างครอบคลุม สาเหตุส่วนใหญ่ของความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยเกิดจากการใช้เทคโนโลยีในการรักษาที่ซับซ้อนต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ทันสมัย สามารถแยกความแตกต่าง การรักษาหนึ่งกับการรักษาวิธีอื่นๆ ได้นอกจากนี้การทดสอบการรักษาที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือไม่ได้รับการอธิบายทำให้ความคลุมเครือเพิ่มมากขึ้น และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายได้ 2) ความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน (complexity) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความซับซ้อนของระบบการให้บริการ การวินิจฉัย กระบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ หรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ ความสามารถทางสติปัญญา หรือ ข้อจำกัดทางการศึกษามีปัญหาในการเรียนรู้ 3) การได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ (lack of information)

มีความสัมพันธ์กับการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและระบบการให้บริการเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือไม่ทราบข้อมูลเพียงพอ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ส่งผลให้ ไม่สามารถสร้างความคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ 4) การไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ ความเจ็บป่วยได้ (unpredictability) ผลลัพธ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค เป็นผลทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับเกี่ยวกับบทบาทของตนเอง (นิตยา โรจน์ทินกร, 2536) และ ผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยขณะที่มีการเจ็บป่วยผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอนาคตได้ (Mishel, 1988)

สรุป ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด อาจเกิดตั้งแต่เริ่มมีอาการและได้รับการตรวจ ตั้งแต่หน่วยฉุกเฉิน หากผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้านการรักษา และความซับซ้อนของการรักษาและการดูแล อย่างไรก็ตามยังไม่พบงานวิจัยใดที่ศึกษาความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเทียบพลาในขณะรอ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยหรือรักษา

แนวคิดการสนับสนุนด้านอารมณ์

การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลพึงปฏิบัติในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยพร้อมกับการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขาเองได้รับความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ เกิดความไว้วางใจ และเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น (Richmond & Craig, 1986) ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) การสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร ความปรารถนาดี และสร้างความไว้วางใจ ส่วนเซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ ความใกล้ชิด ผูกพัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้นักคลั่งรู้สึกว่าเขาเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ได้กล่าวว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้เกิดความไว้วางใจ

การปฏิบัติเพื่อการสนับสนุนด้านอารมณ์ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมตามความหมาย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

1.การสร้าง ความไว้วางใจ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้รับการสนับสนุน เพื่อให้ผู้รับการสนับสนุนเกิดความไว้วางใจและคุ้นเคย โดยจัดเตรียมสถานที่ที่สงบ สำหรับการพูดคุยถึงปัญหา เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนได้แสดงความรู้สึกออกมา (Stanik, 1990) และพยาบาลได้รับทราบ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับการสนับสนุน สนทนากับผู้รับการสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ไปด้วยคำพูดที่

สุภาพอ่อนโยน แสดงความจริงใจ แสดงความเป็นมิตร ให้ความเห็นอกเห็นใจและให้ความสนใจกับผู้รับการสนับสนุน ควรนั่งทำมุมฉากต่อกันและไม่มีโต๊ะกั้นระหว่างกัน ระยะห่างของการนั่งให้ห่างกันพอดีที่จะสื่อความหมายด้วยการสัมผัสได้ง่าย ถ้านั่งใกล้กันเกินไปอาจทำให้รู้สึกอึดอัด แต่ถ้าห่างมากเกินไปทำให้ผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าผู้ให้การสนับสนุนให้ความสนใจน้อย หรือรังเกียจ (สุพร เกิดสว่าง, 2542) ซึ่งระยะห่างควรนั่งห่างกันประมาณ 3 ฟุตถึง 3 ฟุตครึ่ง (บัวทอง สว่างโสภากุล, 2545)

1.2 ให้ความมั่นใจกับผู้รับการสนับสนุนว่า จะรักษาข้อมูลที่ได้รับการสนับสนุนไม่ต้องการเปิดเผยเก็บไว้เป็นความลับ (House, 1981) ให้ความมั่นใจว่าผู้รับการสนับสนุนจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากที่สุด (ปริดา อุ่นเสียม, 2539) ซึ่งเป็นการสร้างความไว้วางใจให้ผู้รับการสนับสนุนเกิดความไว้วางใจในพยาบาล

2. แสดงความเข้าใจ แสดงกิริยาที่เหมาะสมประกอบความรู้สึกรู้สึกหรือเหตุการณ์ที่กำลังพูด สื่อให้ผู้รับสนับสนุนรับรู้ว่าย พยาบาลเข้าใจในเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ โดยแสดงท่าทีเข้าใจความรู้สึกในความจริงใจ เช่น การพยักหน้าเมื่อผู้รับการสนับสนุนเล่าเรื่องราวต่างๆ ให้ฟัง ประสานสายตาระหว่างผู้สนับสนุนกับผู้รับการสนับสนุนพูดหรือเมื่อสนทนากัน ยิ้มเมื่อพูดถึงการแสดงความคิดเห็นที่จะให้การช่วยเหลือ เป็นต้น และไม่นำผู้รับการสนับสนุนเปรียบเทียบกับประสบการณ์เดิมของพยาบาล ยอมรับแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน ทุกคนมีความเชื่อเป็นของตนเอง (Swanson, 1991)

3. การแสดงความเห็นอกเห็นใจ พูดแสดงความเห็นอกเห็นใจด้วยท่าทีที่จริงใจ โดยใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวลและจริงใจในการสื่อสาร เสียงที่ต่ำไปหรือค่อยไปจนทำให้ผู้รับการสนับสนุนเกิดความยากลำบากในการได้ยินนั้นเป็นการแสดงความไม่สนใจ แต่เสียงดังหรือสูงเกินไปเป็นการแสดงถึงความต้องการของผู้ให้การสนับสนุนที่จะควบคุมการพูดคุย โดยไม่สนใจความรู้สึกของผู้รับการสนับสนุน (ละมัย อยู่เย็น, 2559)

4. แสดงความปรารถนาดี

4.1 เสนอตนเองเข้าช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อรับฟังปัญหาและความรู้สึกไม่สบายใจ ด้วยความจริงใจ

4.2 แนะนำสิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาล (Stanik, 1990) เช่น โรงอาหาร สถานที่พักผ่อน ให้หมายเลขโทรศัพท์ของโรงพยาบาลแก่ผู้รับการสนับสนุนเพื่อสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นการแสดงความปรารถนาดีแก่ผู้รับการสนับสนุน

5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยให้ผู้รับการสนับสนุนได้ระบายความรู้สึกและซักถาม (เนตรทอง ทะยาและคณะ, 2545) โดยใช้คำถามปลายเปิดและใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลใน

การสื่อสารกับผู้รับการสนับสนุน ซึ่งการใช้คำถามปลายเปิดจะช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนมีโอกาสได้พูดถึงความคิด ความรู้สึกและสิ่งที่ปัญหาของตน (คาราวรรณ ต๊ะปันดา, ชาลิน สุวรรณยศ, และสมบัติ สกฤตพรรณ, 2548) ร่วมรับรู้อารมณ์ของผู้รับการสนับสนุน ถึงแม้จะเป็นระยะที่สั้นโดยตั้งใจเป็นผู้ฟังที่ดี ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญมาก เพราะจะแสดงถึงความสนใจของผู้ให้การสนับสนุนที่มีต่อผู้รับการสนับสนุน ให้การสัมผัสผู้รับการสนับสนุนมีความวิตกกังวล ไม่สุขสบาย หรือรู้สึกต่อต้าน (Dexter & Wash, 1995) การสัมผัสเป็นการสนับสนุนให้กำลังใจได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดความมั่นใจ อบอุ่นใจ รับรู้ว่าตนเองมีค่า และสามารถลดช่องว่างระหว่างบุคคลได้

สรุป การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับความปรารถนาดี เห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ จะเกิดความไว้วางใจ ซึ่งสามารถปฏิบัติโดยการสร้างความไว้วางใจ แสดงความเข้าใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ แสดงความปรารถดี และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การให้ความรู้

การให้ความรู้มีหลายวิธี วิธีหนึ่งที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ การบรรยายผ่านสื่อเพื่อการนำเสนอด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรม ไมโครซอฟต์ เพาเวอร์พอยท์ เนื่องจากเป็นสื่อที่ช่วยดึงดูดความสนใจ จากการผสมผสานกันของสื่อ ได้ชมทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว เกิดการเรียนรู้ในด้านเห็นการเปรียบเทียบในกรณีภาพมีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน เห็นความแตกต่างระหว่างภาพที่ฉายต่อเนื่องบนจอ เป็นลำดับขั้นตอนของภาพสามารถย้อนกลับไปประเด็นที่ผู้ป่วยไม่เข้าใจได้ง่ายและรวดเร็ว (จริยา เหนียนเฉลย, 2546) และการใช้สื่อยังเป็นตัวกลางที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลให้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ (หนูม้วน ร่มแก้ว, 2545) นอกจากนี้ยังมีการจัดทำแผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลที่นำเสนอด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อให้สามารถนำกลับไปอ่านทบทวนที่ห้องพักได้ภายหลัง (McGrath, 2003)

นอกจากรูปแบบการให้ความรู้ วิธีการให้ความรู้ และสื่อในการให้ความรู้ ผู้ให้ความรู้ควรมีเทคนิคในการให้ความรู้ที่เหมาะสมด้วย เพื่อให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้อย่างรวดเร็วและสะดวกยิ่งขึ้น ซึ่งเทคนิคในการให้ความรู้ ได้แก่

1. จัดเตรียมสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เงียบ ปราศจากเสียงรบกวน ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ ให้ผู้รับความรู้มีความตั้งใจ สนใจที่จะรับฟังข้อมูล (McGrath, 2003)

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ เพื่อสร้างความไว้วางใจ โดยผู้ให้ความรู้ใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงกิริยาท่าทางที่เป็นมิตร ให้ความสนใจแก่ผู้รับความรู้ โดยมุ่งประเด็นถึงความรู้ที่ผู้รับความรู้ต้องการมากที่สุด (Holden, Harrison, & Johnson, 2002)

3. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมความสามารถที่จะรับความรู้ และความรู้ของผู้รับความรู้พร้อมทั้งซักถามข้อมูลที่ต้องการทราบ ก่อนที่จะให้ข้อมูล (McGrath, 2003) ซึ่งการให้ความรู้ต้องให้ตามความเหมาะสมของสภาพอาการ ความเจ็บป่วย สถานการณ์ที่เป็นอยู่ขณะนั้น เพื่อช่วยให้ผู้รับความรู้เกิดการยอมรับและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Williams, 2005)

4. การเรียนรู้ควรสัมพันธ์กับประสบการณ์ของผู้รับความรู้ และเรียนรู้ตามระดับความสามารถของผู้รับความรู้ ควรเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ยังไม่รู้ไปหาสิ่งที่รู้แล้ว (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544)

5. ข้อมูลที่สนับสนุนควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย มีความชัดเจนไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะจะทำให้ผู้รับความรู้ไม่เข้าใจและเพิ่มความวิตกกังวล (McGrath, 2003)

6. ผู้ให้ความรู้ต้องมีความเป็นกันเอง ไม่ถือตัว จะทำให้ครอบครัวกล้าถามคำถาม (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2544; Stanik, 1990)

7. เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้แสดงความรู้สึกและซักถามขณะให้ความรู้

8. การให้ความรู้ต้องมีขั้นตอน ไม่สับสน พูดให้ช้าแต่ชัดเจน หากให้มากไปอาจทำให้ผู้รับความรู้เกิดความสับสน ซึ่งบุคคลจะให้ความสนใจกับข้อมูลที่ให้ในเวลาไม่เกิน 30 นาที

9. สบตาผู้รับความรู้ขณะให้ความรู้ ผู้ป่วยกับผู้ให้ความรู้ควรอยู่ระหว่างกันพอสมควร เพื่อการมองเห็นและได้ยินกันชัดเจน ซึ่งการให้ความรู้โดยการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้และผู้รับเป็นวิธีที่ดี

10. วิธีการให้ความรู้ควรมีหลายรูปแบบ นอกจากการสอน การดูรูปภาพ การดูสื่อวิดีโอแล้ว ควรมีกุ่มือให้ผู้รับความรู้สามารถนำกลับไปอ่านทบทวนที่ห้องพักได้ทีหลัง (McGrath, 2003)

สรุป การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยให้การสนับสนุนตามทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยให้ตามความต้องการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามความสามารถในการรับรู้ข้อมูลผ่านสื่อเพื่อนำเสนอด้วยวิดีโอต่อกับจอ LCD 32 นิ้ว ในเรื่องการเตรียมตัวเพื่อตรวจสวนหัวใจ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ แสดงความปรารถนาดี ตลอดจนเปิด

โอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พร้อมทั้งมอบแผ่นพับแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีเนื้อหาการเตรียมตัวก่อนตรวจสวนหัวใจเพื่อนำไปอ่านทบทวนขณะรอตรวจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แอนเดอร์สัน และมาเซอร์ (Anderson & Masur, 1989) ได้ทำการศึกษาวิธีการเตรียมด้านจิตใจผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดเพื่อลดความวิตกกังวลในโรงพยาบาลเอกชนเมืองเมนิส ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจที่มีคุณภาพ มีความวิตกกังวลน้อยและปรับตัวได้ดีทั้งในช่วงเวลาขณะตรวจและหลังตรวจ

ฮุสตัน และคณะ (Houston et al., 1996) ได้ศึกษาวิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจเพื่อลดความวิตกกังวล โดยใช้กรอบแนวคิด การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มที่ได้รับการรู้ตามปกติจากวิทัศน์มีระดับความวิตกกังวลไม่ต่างจากกลุ่มที่มีการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อประเมินความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้โดยใช้วิทัศน์อย่างเดียวนี้อาจมีเนื้อหาแต่ขาดการโต้ตอบ และขาดสัมพันธภาพซึ่งเมื่อเทียบกับการใช้เทคนิคการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ผู้ป่วยได้มีโอกาสซักถามหรือได้รับคำตอบระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้ให้การดูแล

ทิพาพร วงศ์หงส์สกุล (2533) ได้ศึกษาผลการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สุมาลี โพธิ์ทอง และลัดดาศรี ไทยจงรักษ์ (2543) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) กลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับข้อมูลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับข้อมูลแล้ว มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ศึกษาผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งได้ผ่านผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 5 ท่าน โดยมีการแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ และมีการนำไปตรวจสอบความเที่ยงด้วยการนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวน 20 ราย ได้ค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79 พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวมีค่าเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

นภาพร เพชรสร (2546) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ตามแนวคิด ทฤษฎีการปรับตนเองของลีเวนทาลและจอห์นสัน ต่อปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยที่ได้รับการ ตรวจสวนหัวใจเกี่ยวกับความกลัว ความปวดความทุกข์ทรมาน อัตราชีพจรและความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความกลัวในการตรวจสวนหัวใจภายหลัง ได้รับข้อมูล ความปวดและความทุกข์ทรมานในการตรวจสวนหัวใจ อัตราชีพจร ความดันโลหิต ขณะตรวจสวนหัวใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อำพร มิ่งขวัญ (2548) พบว่าการศึกษาผู้ป่วยที่เข้าโรงพยาบาลเพื่อทำบอลลูน 14 ราย โดย การสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับการทำบอลลูนในระยะก่อนทำ คือ ผู้ป่วยรู้สึก ไม่แน่นอนในการรักษาด้วยบอลลูนว่าจะลดอาการได้ ในระยะก่อนทำผู้ป่วยเต็มไปด้วย ความกลัว เช่น กลัวต้องผ่าตัดต่อ กลัวอาการปวดระหว่างทำ กลัวเสียชีวิต ผู้ป่วยจึงมีความต้องการ ข้อมูลการทำบอลลูน การปฏิบัติตัว ความเสี่ยงหลังทำ หรือ กังวลว่าจะรักษาสำเร็จหรือไม่

ณัฐธินิชา ไบยา (2549) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ ต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่บุตรอายุ 1 เดือนถึง 6 ปีที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจที่ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและการให้ความรู้ร่วมกับ การพยาบาลตามปกติ สามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.001$) ภายหลังควบคุมตัวแปรความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวล ขณะเผชิญก่อนการทดลอง

โสภา พิศจาร (2550) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัยต่อความวิตก กังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (1999) เป็นกรอบแนวคิด พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลองก่อนการสวนหัวใจ และหลังการสวนหัวใจ ต่ำกว่า คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) และคะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มการทดลองก่อนการสวนหัวใจต่ำกว่าคะแนน ความวิตกกังวลของมารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$)

พิมพ์ เทพวัลย์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษา ของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจ มารับการรักษามีค่ามัธยฐาน 37 นาที ($\text{mean}=120$, $\text{S.D.}=157.087$) การรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์

และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาได้ 67.1% ผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วยและความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$ และ 0.001 ตามลำดับ) ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาจะตัดสินใจมารับการรักษาล่าช้ากว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.05$)

นอยเยน และคณะ (Neuyen et al., 2012) ได้ศึกษาสำรวจความชุกของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละประเภท และกลยุทธ์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเก็บข้อมูลในผู้ใหญ่ 2,130 รายในปี 2009 รวบรวมข้อมูลเชิงพฤติกรรม การตรวจร่างกาย ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การทดสอบความทนต่อกลูโคส ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจทางเมตาบอลิก (ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวานและโรคอ้วน) และเชิงพฤติกรรม (การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การไม่ออกกำลังกายและความเครียด) พบว่า มักพบปัจจัยเสี่ยงทางเมตาบอลิกอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อ ปัจจัยเชิงพฤติกรรมมักพบ 3 ใน 5 ข้อ พบในเพศชาย 20% เพศหญิง 5% ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบได้ทั่วไปในชาวเวียดนามในแต่ละกลุ่มเพศและอายุ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียวอาจไม่มีประสิทธิภาพ

ละมัย อยู่เย็น (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด พบว่า คะแนนเจ็ลความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ลดลง จาก 3.79 (S.D.= 0.406) เป็น 2.79 (S.D.= 6.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

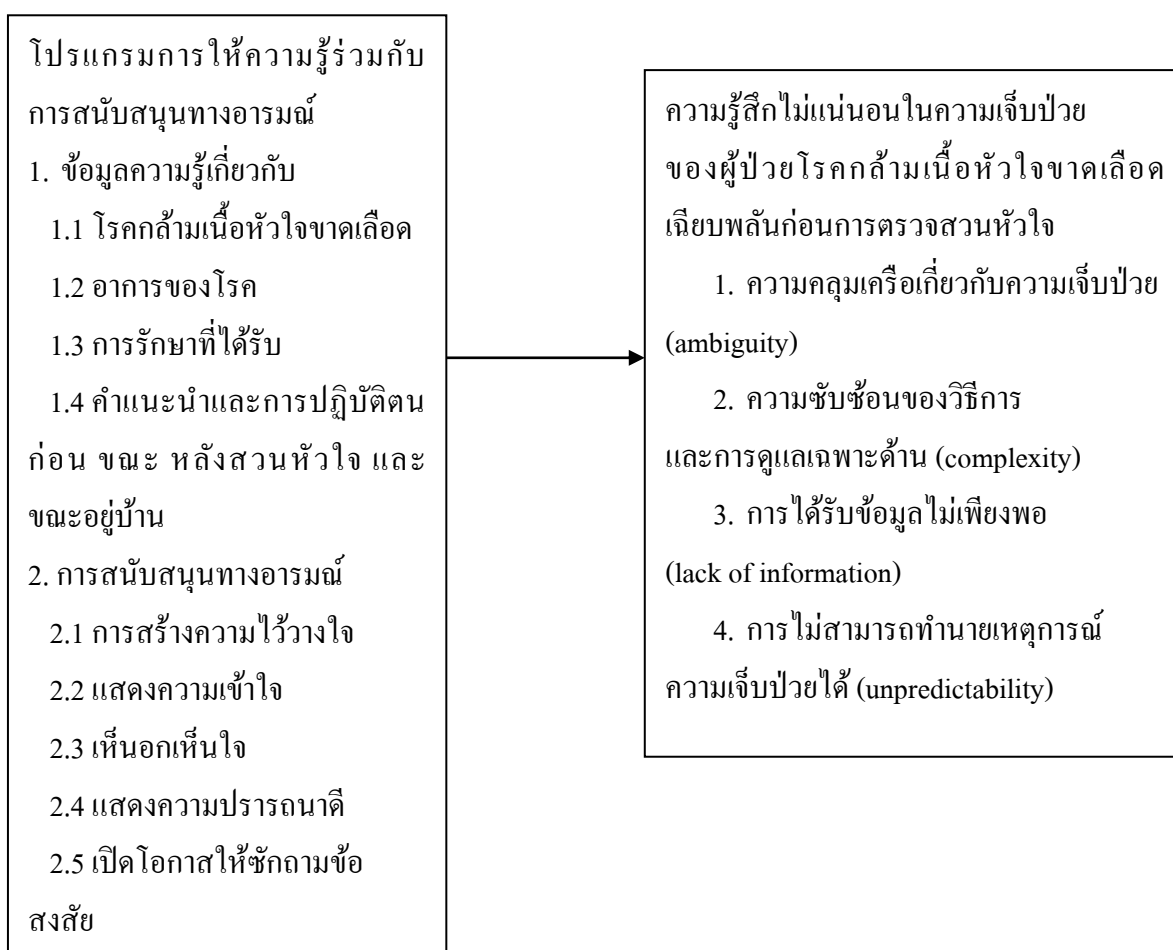
มิเชล (Mishel, 1988) ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนการเผชิญปัญหาของลาซารัส (Lazarus, 1984) และผลงานวิจัยต่างๆมาอธิบายความเจ็บป่วยให้เฉพาะเจาะจง และพัฒนาเป็นทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้นซึ่งถือเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory) อธิบายถึงการใช้กระบวนการของความคิด (Cognitive Process) เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้าคือ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนั้น คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Scheme) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการและไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เพียงพอ (Mishel, 1988)

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดมีความรู้สึกไม่แน่นอนและความวิตกกังวลใจด้าน 1) ด้านความคลุมเครือเรื่องโรคหัวใจ การวินิจฉัย การรักษาโรคหัวใจ 2) ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน 3) การรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดของมิเชล (Mishel, 1988)

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

การดำเนินงาน

การดำเนินงานครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการตรวจสวนหัวใจ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
4. การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 152 คน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2562

ขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยการหาค่าขนาดอิทธิพลแปร (effect size) เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม โดยใช้สูตรของ Glass (1976 อ้างถึงบุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

(ปาริชาติ คงเสื่อ, 2557) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คนได้นำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมาคำนวณขนาดอิทธิพล

$$\begin{aligned}\text{ขนาดอิทธิพล} &= \frac{\text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง}-\text{ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม}}{\text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม}} \\ \text{ขนาดอิทธิพล} &= \frac{47.41-39.32}{7.54} \\ &= 1.07\end{aligned}$$

ขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.07 ดังนั้นในการกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงได้กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.07 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 25 ราย (Polit, 1987) เพื่อให้ตัวเลขเป็นจำนวนเต็มสิบผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดให้เป็น 30 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ที่เข้ารับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์จำนวน 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (enclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก
3. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีและให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. การตรวจสวนหัวใจฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน
2. หัวใจเต้นเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที ชนิดควบคุมไม่ได้
3. มีความดันสูงเกิน 200/100 mmHg หรือ ต่ำกว่า 90/60 mmHg ร่วมกับการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม
4. สตรีมีครรภ์

5. ผู้ที่มีปัญหาด้านจิตใจ โดยใช้แบบประเมินซิมเคร้า 2Q

6. ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมิน Killip ได้ Class II-IV

เกณฑ์การหยุดการวิจัย

เมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมให้ทำการวิจัยต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนตรวจสอบหัวใจ ซึ่งได้มาจากการระดมสมอง อภิปราย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาลในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารตำราต่าง ๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ของครอบครัว โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดัดแปลงมาจากของ ละมัย อยู่เย็น (2559) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน โดยมีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 20 คะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 13, 23, 24 คะแนน 5-25 ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 11, 18, 22 คะแนน 6-30 คะแนน ด้านที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 16, 19, 21 คะแนน 4-20 คะแนน ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) มี 5 อันดับ จากจริงที่สุด ถึงไม่จริงที่สุด เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ ความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางบวก เป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย

เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละระดับ มีดังนี้

ระดับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ข้อคำถามทางบวก ข้อคำถามทางลบ	
	คะแนน	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
เฉยๆหรือไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การกำหนดคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 5 ระดับโดยกำหนดคะแนนดังนี้

สูงที่สุด	มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	4.50-5.00
สูง	มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	3.50-4.49
ปานกลาง	มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	2.50-3.49
น้อย	มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.50-2.49
น้อยที่สุด	มีระดับคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.00-1.49

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนตรวจสอบหัวใจ โดยการนำโปรแกรมที่ประยุกต์ขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งจะพิจารณาความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความครบถ้วน ความถูกต้อง ทางด้านภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมเท่ากับ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

2.1 การหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity)

นำเครื่องมือที่ประยุกต์ขึ้นและผ่านการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังแสดงรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ซึ่งจะพิจารณาความตรงตามโครงสร้าง ความครอบคลุมของเนื้อหา ความครบถ้วน ความถูกต้อง

ทางด้านภาษา การตีความหมายของข้อความรวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยใช้เกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกัน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ 0.91 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

ระดับ 1 หมายถึง ข้อความไม่สอดคล้องกับเนื้อหา

ระดับ 2 หมายถึง ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและทบทวนอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ระดับ 3 หมายถึง ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและทบทวนเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ระดับ 4 หมายถึง ข้อความมีความสอดคล้องกับเนื้อหา

กำหนดค่าดัชนีมีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ มากกว่า เท่ากับ 0.8 (Polit & Beck, 2014 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) โดยคำนวณจากสูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

2.2 การหาค่าความเที่ยง (reliability)

นำแบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายแล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง รายข้อและทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ซึ่งคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้ไม่มีการระบุชื่อผู้แสดงความคิดเห็น จึงไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้เป็นการสรุป และนำเสนอในภาพรวม ซึ่งมีประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล และดำเนินการวิจัยภายหลังการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 165/2561

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. นำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ตามรหัสโครงการ COA เลขที่ 165/2561

2. ขออนุญาตหัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชในการเข้าไปเก็บข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจ

3. ขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัย ประสาทสัมผัส สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและแจ้งให้ทราบว่า ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษา และผู้ป่วยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล

4. ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Pre test) ก่อนการดำเนินการให้ความรู้

6. ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมให้ความรู้เป็นรายบุคคล ดังนี้

6.1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

6.2 ให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การตรวจสอบหัวใจ การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังตรวจสอบหัวใจ ระหว่างการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้สอดแทรกการสนับสนุนทางอารมณ์ไว้ตลอดระยะเวลาของการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

6.3 ระหว่างการสอนสอบถามความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน การรักษาที่ได้รับตลอดจนการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พร้อมกับให้ข้อมูลผู้ป่วยอีกครั้งในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจพร้อมทั้งสรุปข้อมูลที่สำคัญ

7. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากการให้ความรู้ (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 1 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างเดือนธันวาคม 2561- เมษายน 2562 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจผลการรักษา ตามลำดับ มีดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 2 ผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯสรุปรวมและรายด้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และประวัติโรคประจำตัว (n=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	76.67
หญิง	7	23.33
อายุ		
30 - 40	1	3.33
41 - 50	4	13.33
51 - 60	3	10.00
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	22	73.34
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	12	40.00
มัธยมศึกษา	7	23.33
อนุปริญญา	6	20.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	16.67
สถานภาพสมรส		
โสด	2	6.67
สมรส	22	73.33
หม้าย	4	13.33
หย่าร้าง	2	6.67
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	16	53.34
รับจ้างทั่วไป	4	13.33
ค้าขาย	3	10.00
ธุรกิจส่วนตัว	1	3.33
รับราชการ	3	10.00
เกษตรกรรม	1	3.33
อื่นๆ	2	6.67

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และประวัติโรคประจำตัว (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
3,000-5,000 บาท	9	30.00
5,001-11,000 บาท	8	26.67
11,001-15,000 บาท	5	16.67
15,001-20,000 บาท	1	3.33
20,001-25,000 บาท	2	6.66
ตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป	5	16.67
ศาสนา		
พุทธ	30	100.00
สิทธิการรักษา		
บัตรสุขภาพถ้วนหน้า	13	43.33
ประกันสังคม	4	13.34
เรียกเก็บต้นสังกัด	13	43.33
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	28	93.33
ไม่มีโรคประจำตัว	2	6.67
โรคหัวใจ		
เป็น	13	43.33
ไม่เป็น	17	56.67
ไขมันในเลือดสูง		
เป็น	8	26.67
ไม่เป็น	22	73.33
เบาหวาน		
เป็น	10	33.33
ไม่เป็น	20	66.67
ความดันโลหิตสูง		
เป็น	21	70.00
ไม่เป็น	9	30.00
โรคไต		
เป็น	5	16.67
ไม่เป็น	25	83.33

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา และประวัติโรคประจำตัว (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคเก๊าท์		
เป็น	6	20.00
ไม่เป็น	24	80.00
โรคหอบหืด		
เป็น	1	3.33
ไม่เป็น	29	96.67
โรคประจำตัวอื่นๆ		
เป็น	7	23.33
ไม่เป็น	23	76.67

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้เข้ารับการตรวจสอบหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 เป็นเพศหญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ พบว่า อายุมากกว่า 60 ปี 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.34อายุน้อยที่สุด อยู่ในช่วงอายุ 30-40 ปี จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.33 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่มีคู่สมรสแล้วจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 โสด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 เป็นหม้าย จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 หย่าร้าง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ด้านอาชีพ เป็นผู้ไม่ได้ทำงาน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 ที่เหลือเป็นผู้มีอาชีพ รวม 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รายได้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้เท่ากับหรือต่ำกว่า 5000 บาท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 25,001 บาทขึ้นไป มีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 พบว่า ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ การใช้สิทธิการรักษา ร้อยละ 43.33 เป็นการใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับใช้สิทธิเรียกเก็บต้นสังกัด ส่วนโรคประจำตัว ไม่มีโรครวม 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 6.67 และคนที่มีโรคประจำตัว มีจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง มีจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 รองลงมา คือ โรคหัวใจ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33

ส่วนที่ 2 ผลของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สรุปรวมและรายด้าน

ตารางที่ 4.2 ผลการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ จำแนกเป็นรายด้าน (n=30)

ความรู้สึกไม่แน่นอน						
ในความเจ็บป่วยรายด้าน	ก่อนได้รับโปรแกรมฯ		หลังได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	3.62	0.45	1.80	0.34	20.53	0.001
2. ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน	2.82	0.53	1.29	0.41	12.94	0.001
3. ด้านการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ	3.57	0.54	1.52	0.42	15.66	0.001
4. ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้	3.75	0.68	2.39	0.43	8.27	0.001
โดยรวม	3.46	0.38	1.72	0.31	19.75	0.001

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 4.2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ รายด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 ค่าเฉลี่ยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยฯ หลังการได้รับโปรแกรมฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 20.53$, $p = 0.001$) โดยหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}=1.80$, $S.D.=0.34$ และ $\bar{x}=3.62$, $S.D.=0.45$ ตามลำดับ)

ด้านที่ 2 ค่าเฉลี่ยด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน หลังการได้รับโปรแกรมฯ ลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 12.94$, $p = 0.001$) โดยหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}=1.29$, $S.D.=0.41$ และ $\bar{x}=2.82$, $S.D.=0.53$ ตามลำดับ)

ด้านที่ 3 ค่าเฉลี่ยด้านการได้รับข้อมูลไม่เพียงพอ หลังการได้รับโปรแกรมฯลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 15.66, p = 0.001$) โดยหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}=1.52, S.D.=0.42$ และ $\bar{x}=3.57, S.D.=0.54$ ตามลำดับ)

ด้านที่ 4 ค่าเฉลี่ยด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ หลังการได้รับโปรแกรมฯลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 8.27, p = 0.001$) โดยหลังการได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}=2.39, S.D.=0.43$ และ $\bar{x}=3.75, S.D.= 0.68$ ตามลำดับ)

โดยสรุป พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 19.75, p = 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x}=1.72, S.D.= 0.31$ และ $\bar{x}=3.46, S.D.= 0.38$ ตามลำดับ)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่างเดือน 1 ธันวาคม 2561- 30 เมษายน 2562 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจเลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล โดยผู้วิจัยนำ เครื่องมือวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของละมัย อยู่เย็น (2559) มาดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ได้ค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.91 นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 30 คน นำคะแนนมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้ค่าความเที่ยง 0.74 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองและรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยนำข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์สถิติหาจำนวนร้อยละ และ แบบสอบถามวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย นำมาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สถิติ paired t- test

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงและอยู่ในวัยสูงอายุมากที่สุด ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปี การศึกษาส่วนใหญ่เป็นประถมศึกษา สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส และรายได้ พบว่า เป็นผู้ที่มีรายได้ทุกคน และมีรายได้ส่วนใหญ่ตั้งแต่ 3,000-5,000 บาท ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจทั้ง 30 คน นับถือศาสนาพุทธ การใช้สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นการใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับใช้สิทธิต้นสังกัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าโรคร่วมที่สำคัญคือโรคความดันโลหิตสูง

2. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 19.75, p = 0.001$) โดยค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{x} = 1.72, S.D. = 0.31$ และ $\bar{x} = 3.46, S.D. = 0.38$ ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย ค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจโดยรวมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานดังนี้ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สรุปรวมทั้ง 24 ข้อ คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{x} = 3.46, S.D. = 0.38$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เท่ากับ ($\bar{x} = 1.72, S.D. = 0.31$) ซึ่งพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนหลังได้รับ โปรแกรมฯ ลดลงอยู่ในระดับ น้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จะเห็นได้ว่าผลการศึกษครั้งนี้สนับสนุน สมมติฐานที่ตั้งไว้และสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เดินทางมาเพื่อเข้ารับการตรวจสอบหัวใจที่โรงพยาบาล วชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชแห่งนี้ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคที่ตนเองเป็น ความสามารถในการรู้คิด แหล่งที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะสามารถลดความไม่เข้าใจที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง เมื่อได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งผลคะแนน

เฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและสอดคล้องกับการศึกษาของ ละมัย อยู่เย็น (2559) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ ผลคะแนน เฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 4 ด้านของความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยหลังรับโปรแกรม เมื่อเปรียบเทียบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง กว่าก่อนรับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงานวิจัยในลักษณะเดียวกันในประเทศไทย และต่างประเทศที่ทำการศึกษารูสึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ แต่พบงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ ได้แก่ งานวิจัยของละมัย อยู่เย็น (2559) ได้ผลสอดคล้องกันโดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด และของดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ผลสอดคล้องกัน โดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยสูงที่สุด จากผลการศึกษครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรายด้านสามารถทำนายผลลัพธ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมลดลงต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงที่สุด เนื่องจากความวิตกกังวล ของผู้ป่วยก่อนการเข้ารับการตรวจสวนหัวใจซึ่งเป็นการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก ซึ่งผลของ การวินิจฉัยที่ยังไม่แน่นอน และยังไม่ทราบทั้งแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งไม่มีใครยืนยันผลตรวจ และการรักษาก่อนที่จะเห็นว่าเส้นเลือดหัวใจตีบมากจนสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นมากหรือน้อย ได้แน่นอน ประกอบกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่สำคัญ ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลทุกคนรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญต่อการมีชีวิต (Whitehead, et al., 2005) การสวน หัวใจโดยตรง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนหวาดกลัวเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจ และกลัวการเสียชีวิตจากการตรวจสวนหัวใจและหลังการตรวจสวนหัวใจ ผู้ป่วยยังอาจมีความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่บ้าง เนื่องจากยังไม่แน่ใจว่ากลับไปอยู่บ้านจะสามารถปฏิบัติตนได้ อย่างถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากการสวนหัวใจครั้งแรก อาจทำให้ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าไม่สามารถคาด เคผลลัพธ์ได้ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงน้อยกว่าด้านอื่นๆ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งมิเชล (Mishel, 1988) มีปัจจัยทั้งทางตรงและทางอ้อม 3 ประการ คือ 1) แบบแผนตัวกระตุ้น (stimuli Frame) หมายถึง รูปแบบ ส่วนประกอบหรือ

โครงสร้างของตัวกระตุ้นที่ผู้ป่วยรับรู้ ตัวกระตุ้นนี้ คือ ความเจ็บป่วยหรือวิธีการรักษา ซึ่งแบบแผนของตัวกระตุ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ รูปแบบของอาการแสดงออก (symptom pattern) ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ (even familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ที่คาดหวังกับเหตุการณ์ที่เป็นจริง (even congruence) ส่วนประกอบทั้ง 3 ส่วนนี้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสร้างกรอบแผนความรู้ ความเข้าใจในเหตุการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง 2) ความสามารถในการใช้สติปัญญา (cognitive capacity) หมายถึงความสามารถของบุคคลในการใช้สติปัญญาและความรู้ที่มีอยู่ รวมทั้งประสบการณ์มาพิจารณาตัดสินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความสามารถในการใช้สติปัญญาของผู้ป่วย ความสามารถในการรับรู้ข่าวสาร สภาพร่างกายที่มีผลต่อความรู้สึกและความจำ ดังนั้นปริมาณและชนิดของข้อมูลผู้ป่วยได้รับควรเหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาไม่มากหรือน้อยเกินไปถ้าบุคคลนั้นได้รับข้อมูล ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลมากเกินไปจะสามารถรับรู้ได้หรือข้อมูลได้รับน้อยเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ 3) แหล่งประโยชน์ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (structure providers) หมายถึง แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถ แปลความหมายของแบบแผนของตัวกระตุ้นได้เหมาะสมซึ่งจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้แหล่งประโยชน์คือ พยาบาลผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือโดยผ่านรูปแบบกระตุ้นประกอบไปด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการให้ความรู้และการสนับสนุนด้านอารมณ์มาใช้โดยเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพที่น่าเชื่อถือ (credible authority) ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดำเนินการและให้การสนับสนุนตามกรอบของสิ่งเร้าทั้งสามรูปแบบที่กล่าวมา โดยในทางสติปัญญา (cognitive state) ความรู้สึกไม่แน่นอนจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่มีเค้าโครงเรื่องราว หรือจำแนกเหตุการณ์ความเจ็บป่วย เนื่องจากขาดคำแนะนำที่เพียงพอ เช่น ไม่รู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะรักษาอย่างไร อยู่โรงพยาบาลทำไม จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการให้ความรู้โดยเลือกการสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านสื่อการบรรยายประกอบภาพและวีดิทัศน์สั้นๆ และสอดคล้องการสนับสนุนด้านอารมณ์ระหว่างการบรรยายเป็นระยะ โดยมีการสร้างความไว้วางใจ แสดงความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ แสดงความปรารถนาดี และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย สัมผัสผู้ป่วยในขณะพูดคุยตามโอกาสที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสได้สร้างความเชื่อให้มั่งคั่งจากการได้รับข้อมูลจากการสนับสนุนครั้งนี้ แล้วนำไปเผชิญปัญหาและมุ่งแก้ปัญหาหรืออันตรายที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่แล้วนำไปตัดสินใจแล้วปรับตัวได้ จึงลงความเห็นเพื่อรับการรักษา ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดให้มีเนื้อหาให้ครอบคลุมความรู้สึกไม่แน่นอนของมิเชล 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ การที่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้อย่าง

ครอบคลุม สาเหตุส่วนใหญ่ของความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยเกิดจากการใช้เทคโนโลยีในการรักษาที่ซับซ้อน เช่น การสวนหัวใจ ซึ่งต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้การตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ทันสมัย สามารถแยกความแตกต่างการรักษาหนึ่งกับการรักษาวิธีอื่นๆ ได้ นอกจากนี้การรักษาที่ผู้ป่วยไม่มีความรู้หรือไม่ได้รับการอธิบาย ทำให้เกิดความคลุมเครือเพิ่มมากขึ้น และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายได้ 2) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความซับซ้อนของระบบการให้บริการ การวินิจฉัย กระบวนการรักษาพยาบาล (complexity) ซึ่งอาจเกิดจากการขาดประสบการณ์ หรือมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความสามารถทางสติปัญญา หรือ ข้อจำกัดทางการศึกษา มีปัญหาในการเรียนรู้ จากผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา เทพวัลย์และคณะ (2554) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.40 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Neuyen et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประเทศเวียดนามมีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษามากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เนื่องจากการศึกษา (education) ที่สูงทำให้นักคลสามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง คู่กันเคยกับประสบการณ์ที่ประสบอยู่ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (ละมัย อยู่เย็น, 2559) 3) ความไม่เพียงพอของข้อมูล (lack of information) มีความสัมพันธ์กับการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและระบบการให้บริการเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ป่วยไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยส่งผลให้ไม่สามารถสร้างความคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ 4) การไม่สามารถทำนายผลลัพธ์เกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค (unpredictability) เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทของตนเองและผลลัพธ์จากการเจ็บป่วยขณะที่มีการเจ็บป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายอนาคตได้ (Mishel, 1988)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจไปใช้ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ
2. นำผลวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ต้องทำหัตถการอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG)

3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาในการรักษาและทำการหัตถการ ผลการรักษา ระยะฟื้นตัว เพื่อเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและจะลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างแท้จริง

4. ควรมีการต่อยอดในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้ครอบคลุมในทุกหอผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2560). *จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตาม สคร.12เขต และภาพรวมประเทศ(รวมกรุงเทพมหานคร) ปี 2557*. สืบค้น 24 กันยายน 2566, จาก <http://www.thaincd.com/information statistic/non-communicable-disease-data.php>.
- กฤษฎมล วิทชนกุล. (2564). *ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กิตติกร นิลมานัต และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มิตินี้ทำลายสำหรับการพยาบาล*. สงขลา: บริษัท จอยปริ้นท์ จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2561*. สืบค้น 8 กันยายน 2562, จาก <http://www.bps.moph.go.th>.
- กอบกาญจน์ ศรีประสิทธิ์. (2550). *การผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออกในการดูแลสตรีที่เป็นโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์*. กรุงเทพฯ: อัลลายด์เพรส.
- ขวัญเมือง สอนดา. (2558). *ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- งานเวชสถิติ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. (2566). *สถิติผลการปฏิบัติงาน*. สำนักงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา เหนียนเฉลย. (2546). *เทคโนโลยีการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน. (2562). *ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ*. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 14(1), 43-51.
- ณัฐธินิชา ไบยา. (2549). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความวิตกกังวลของบิดามารดา เมื่อบุตรได้รับการตรวจสวนหัวใจ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- คาราวรรณ ต๊ะปันดา ชาลิน สุวรรณยศ และสมบัติ สกมลพรรณ. (2548). การให้การปรึกษา
คู่มือประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพจิต
และการให้การปรึกษา. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้สีก้าวต่อความรู้สึก
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2533). ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อ
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา
(วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร เพชรสร. (2546). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบ
หัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรม
การปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิพนธ์ วาดาคา. (2560). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อ
ความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิ มหานนท์. (2543). การดำเนินโรค. ใน นธิ มหานนท์, ปิยมิตร ศรีธรา, และสรณ บุญใบ
ชัยพฤกษ์ (บ.ก.), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. (น. 1-15). กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง
เฮาส์.
- เนตรทอง ทะยา วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร และรัตนชฎาวรรณ อยู่ناع. (2545). ความต้องการ
และการได้รับการตอบสนองของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด
(รายงานการวิจัย). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.
- บัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2545). การให้คำปรึกษาเทคนิคและทฤษฎี. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ประดิษฐ์ ปัญจวิณีน. (2555). Unstable Angina/Acute Non- ST elevation Myocardial infarction. ในประดิษฐ์ ปัญจวิณีน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ (บ.ก.), *ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 5). (น.1-2). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาหทัยวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์และศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ คงเสื่อ. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือด หัวใจ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 21 (ฉบับพิเศษ), 168-185.
- ปรีดา อุ่นเสียม. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาต่อบุตรที่ป่วยวิกฤต กับความต้องการสนับสนุนทางสังคม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 9). ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิมพ์ เทพวัลย์ ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ คะนิงนิจ พงศ์ถาวรกมล และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2554). การรับรู้การเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์และประสบการณ์และการเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(1), 111-119.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัชราคูล, และกนกพร แจ่มสมบุรณ์ (บ.ก.), *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- ละมัย อยู่เย็น. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วศินี สมศิริ, จินตนา ชูแข่ง. (2553). *ผลของการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อความรู้ความสามารถ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ* โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เสวต นนทกานันท์ และขจร ขาวไพศาล. (2540). ผลการรักษาโรคเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบโดยวิธีการถ่างขยายเส้นเลือด. *วชิรเวชสาร*, 41(3), 117-125.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมจิตร หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และทิพาพร วงศ์หงส์กุล. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา. *วารสารพยาบาล*, 40(4), 19-35.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2544). *อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุพร เกิดสว่าง. (2542). *การให้การปรึกษา*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุมาลี โพธิ์ทอง, ลัดดาศรี ไทยจงรักษ์. (2543). ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. *วารสารวชิรพยาบาล*, 44 (3), 259-266.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี 2557*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข และฉันท กรุฑกุล. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงชั้นปฐมนิเทศในประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2544). *จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: ชีระป้อมวรรณกรรม.
- โสภา พิศจาร. (2550). *ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม- ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง วิเคราะห์ข้อมูลโดย กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ ปี 2555-2557.
- หนูม้วน ร่มแก้ว. (2545). *ความรู้เบื้องต้นในการวิจัยเทคโนโลยีการศึกษา*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ช้างเผือก.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2543). *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*. เชียงใหม่: โอเด้นดีดีกรุ๊ป.
- อำพร มิ่งขวัญ. (2548). *การปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดค้ำย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Adam, F. (2023). *Where is heart attack pain? Location, other symptoms, treatment, and prevention*. Retrieved from <https://www.medicalnewstoday.com>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Antman, E.M., Anbe, D.T., Armstrong, P.W., Bates, E.R., Green, L.A., & Hand, M., et al., (2004) . ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patient with acute myocardial infarction). *Circulation*, 110(5): 588-636.
- Anderson, K.O., & Masur, F.T. (1989). Psychologic preparation for cardiac catheterization. *The Journal of cardiopulmonary and acute care*, 18(2), 154-163.
- Baim, S.D., & Grossman, W. (2000). *Grossman 's cardiac catheterization Angioplasty and Intervention*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilins.
- Bashore, T.M., Berger, P.B., O’Laughlin, M.P., Dehmer, G.J. (2001). American College of Cardiology/Society for Cardiac Angiography and Interventions Clinical Expert Consensus Document on Cardiac Catheterization Laboratory Standards. *Catheterization and Cardiovascular Intervention*, 53(1), 281-286.
- Beckerman, A., Grossman, D., & Marquze, L. (1995). Cardiac catheterization: The perspective. *The Journal of cardiopulmonary and acute care*, 24(3), 213-219.
- Brunner, L.S., Smeltzer, S. C., Bare, B. G., Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth 's textbook of medical-surgical nursing* (12 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- First coast heart & Vascular center. (2018). *Cardiac catheterization*. Retrieved 1 September 2018, from [www. Firstcoastheart.com](http://www.Firstcoastheart.com).
- Christian, W.H., Jean-Pierre, B., Stefan, A., Jeroen, B., Eric, B., Hector, B., Pio C., Dariusz, D., Strphan, G., Kurt, H., Magnus, O., Mark, C. P., Frank, S., Miguel, S. U., Robert, F.S., William, W., Doron, Z., (2002). ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without Persistent ST-segment elevation: Addenda. *Circulation*, 106(1), 2309-2314.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 3(5), 300-310.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Davidson, C.J., Fishman, R.F. & Bonow, R.O. (1997). Cardiac Catheterization.
In E. Braunwald (Ed.), *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*
(pp.177-203). Philadelphia: W.B.Saunders.
- Dexter, G. & Wash, M. (1995). Conseling skills. In G. Dexter & M.Wash (Eds.),
Psychiatric nursing skill (pp. 30). Oxford: Chapman & Hall.
- Elliott D. (1994). The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety
in a coronary care unit. *The Journal of cardiopulmonary and acute care*, 23(1), 27-35.
- Jeffrey, L.A., Cynthia, D.A., Elliott, M. A., Charles, R.B., Robert, M.C., Donald, E. C.,
William, E. C., Francis, M. F., Judith, S.H., Thomas, N.L., A. Michael, L.,
Eric, D.P., Pierre, T., Nanette, K.W., R. Scott W., Sidney, C.S., Alice, K.J.,
Cynthia, D.A., Jeffrev, L.A., ...Barbara, R. (2007). ACC/AHA 2007 Guidelines
for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation
Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/
American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee
to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/
Non- ST-Elevation Myocardial Infarction) Developed in Collaboratin with
the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular
Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons Endorsed by
the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation
and the Society for Academic Emergency Medicine. *Journal of the American College
of Cardiology*, 50(7), e1-e157.
- Jerome M. (2018). *Cardiac Catherization What is Cardiac Catherization?*.
from <https://avitahealth.org>.
- Holden, J., Harrison, L., & Johnson, M. (2002). Families, nurses and intensive care patients:
A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 140-148.
- House, G.A. (1981). *Spouse Support Reudind*. M.A. : Addisonwesly.
- Houston, S.,Eagen, M.,Freeborg, S.,& Dougherty, D. (1996). A comparison of structured
versus guide preheat catheterization information on mood states and coping
resources. *Applied Nursing Research*, 9(4), 189-194.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Kern, M.J. (2003). *The cardiac catheterization handbook*. Missouri: Mosby.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Lueckenotte, G. A. (1996). *Gerontological nursing*. St. Louis: Mosby year book.
- Lunden, M.H., Bengtson, A., & Lundgren, S.M. (2006). Hours during and after coronary intervention and angiography. *Clinical Nursing Research*, 15(4), 274-289.
- Lukkarinen, H., & Lukkarinen, O. (2007). Sexual satisfaction among patients after coronary bypass surgery or percutaneous transluminal angioplasty: Eight-year follow-up. *The Journal of cardiopulmonary and acute care*, 36(4), 262-269.
- McGrath, J.M. (2003). Family-center care. In C. Kenner & J.W.Loff (Eds.), *Comprehensive Neonatal nursing: A physiologic perspective 3rd ed.* (pp.96-103). Philadelphia: Saunders.
- McNamara, E.M., Burnham, C. D., Smith, C., & Carroll. L.D. (2003). The effects of back massage before diagnostic cardiac catheterization. *Alternative Therapies*, 9(1), 50-56.
- Michael koutouis. (2015). Transradial approach for cardiac catheterization in patient with negative Allen 's test. *Journal invasive cardiol*, 27(9), 416-420.
- Miller, S.M. & O'Leary, A. (1993). Cognition, stress, and health. In K.S. Dobson & P.C. Kendell (Eds.), *Psychopathology and Cognition*. Academic Press.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholaship*, 20(4), 225-232.
- Nguyen, QN., Pham, ST., Do, LD., Nguyen, VL., Wall, S., Weinehall, L., Bonita, R., & Byass, P. (2012). *Cardiovascular disease risk factor patterns and their implication for intervention strategies in vietnam*. from <http://doi.org/10.115/2012/560397>.
- Oka, R. K., Burke, L.E., & Froelicher, E.S.S. (1995). *Emotional Responses and Inpatient* (3rd ed). Philadelphia: J.B.Lippincott.
- Okvat, A.H., Ting W., & Namerow B.P. (2002). Massage therapy for patients undergoing cardiac catheterization. *Alternative Therapies*, 8(1), 68-75.
- Peter , L. (2001). Current Concepts of the Pathogenesis of the Acute Coronary Syndromes. *Circulation*, 104 (3), 365-372.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Polit, D.F. (1987). *Data analysis & Statistic for nursing research*. New York: Appliton & Louge.
- Stanik, J.A. (1990). Caring for the family of the critical ill surgical patient. *Critical Care Nurse*, 10(1), 43-47.
- Tongsai,S.,& Thamlikikul,V. (2012). The safety of early ambulation in the management of patients after percutaneous coronary intervention: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(1), 1084-1090.
- Redeker, N.S. (1992). The relationship between uncertainty and coping after coronary bypass Surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 14(1), 48-68.
- Rishi Kaushal. (2015). *Care of the patient following cardiac catheterization*. from <http://california.providence.org>.
- Richmond, T.S., & Craig, M. (1986). Family centered care for the neurotrauma patient. *Nusing Clinics of North America*, 21(4), 641-651.
- Rolley,J.X., Salamonson, Y., Wensley, C.,Dennison, C.R.,& Davidson,P.M. (2011). Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary intervention. *Australian Critical Care*, 24(1), 18-38.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., & Lazarus, R. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Smeltzer, S. C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K. H. (2010). *Brunner and Suddarth 's textbook of medical-surgical nursing* (12 th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams &Wilkins.
- Stanik, J.A. (1990). Caring for the family of the critical ill surgical patient. *Critical Care Nurse*, 10(1), 43-47.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Terumo Tokyo. (2015). *Vascular solutions stops sales of R-Band radial hemostasis device pending from Terumo ligation*. from <http://terumo.co.jp/product.html>.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Whitehead DL, Strike P, Perkins-Parras L, Steptoe, (2005). A. Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation. *American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-1516.
- Williams, C.M.A. (2005). The identification of family members' contribution to patient Care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 6-14.
- William, F.M., Shuangbo, L. & Philip, J. (2020). Impact of Routine 24 Hour Coronary Care Unit Stay in Stable Patients After Primary Percutaneous Coronary Intervention For ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Am Journal Cardiol*, 125(12), 1770-1773.
- Woods, S. L., Froelicher, E. S., Motzer, S. U. & Bridges, E. J. (2010). *Cardiac Nursing* (6 th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & wilkins.
- Yugandhar R.M. & Krishna M. B. (2023). *Cardiac Catheterization Risks and Complications*. from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531461/>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย

1. นายแพทย์ชัยศิริ วรรณสถากร อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. ดร.เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ อาจารย์ประจำภาควิชาพยาธิวิทยา โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
3. พว. จินตนา แสงรุ่งจิ ห้วหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
4. พว. ณฐภัทร ดีเลิศพิพัฒน์กุล หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
5. พว. วินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม
พระเกียรติ



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ โทร. ๓๕๑๓-๔)
 ที่ วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๑
 เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
 เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔

ข้าพเจ้า นางสาววรรณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๙ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ” ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เป็นที่ปรึกษา มีความประสงค์ที่จะให้ทำหน้าที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังนี้

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๑. นายแพทย์ชัยศิริ วรรณผลการ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

๑. ดร.เพ็ญดา ทิพนันสมบัติ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

๑. พว.วินิตย์ หลงละเลิง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหอผู้ป่วย
 ด้วย นส.วรรณ ชันติชัยธร มีความประสงค์
 จะขอเสนอโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรม
 ให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อ
 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนการตรวจสวนหัวใจ
 ซึ่งเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

วรรณ ชาญชัยธร

(นางสาววรรณ ชันติชัยธร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

นส.พัช ชาติพิพัฒน์กุล

พว.พัช ชาติพิพัฒน์กุล

หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ โทร. ๓๕๑๓-๔)

ที่ พวช. ๑๒/ ๓๘๓๐

วันที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

ด้วยนางสาววรรณ ชันดิชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๔ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจ” ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่า นายแพทย์ชัยศิริ วรรณผลภากร อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางจุฑารัตน์ สิละยุทธิโยธิน)

พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ที่ นมร. ๐๓๑๒/๒๕๖๑



คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยวชิราวุธ
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามเรื่อง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ด้วยนางสาววรรณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๙ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยวชิราวุธ กำลังดำเนินการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ” ในหอผู้ป่วย เพชรรัตน์ ๔๔ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยวชิราวุธ พิจารณาเห็นว่า ดร.เพ็ญดา พิพัฒน์สมบัติ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยวชิราวุธ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรภูมิ ลิ้มพระกร)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยวชิราวุธ



ที่ นมร. ๐๓๑๒/ ๑๕๕๕๘

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถามเรื่อง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ด้วยนางสาววรรณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๔ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจ” ในหอผู้ป่วย เพชรรัตน์ ๔๔ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ในการนี้ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พิจารณาเห็นว่า พว.วินิตย์ หลงละเลิง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้มีความรู้ความสามารถ และประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรวุฒิ ลิ้มทะกร)

รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ โทร. ๓๕๑๓-๔)

ที่ วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔

ข้าพเจ้า นางสาววรรณรณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๘ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการพัฒนาโครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ” ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีนายแพทย์วรชัย คงเสริมพงษ์ และนายแพทย์กุลยศ จงพัฒน์วนิชย์ เป็นที่ปรึกษาการวิจัย มีความประสงค์ที่จะให้ท่านส่งถึงผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ดังนี้

๑. พว. จินตนา แสงรุจี หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒. พว. ณฐภัทร ตีเลิศพิพัฒน์กุล หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔๔ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียนมายังฝ่ายการพยาบาลผู้บังคับบัญชา
น.ส.จิณณ์ ชันติชัยธร พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการ สังกัดกองส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ป่วยศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา
น.ส.ศ. ธีระรัตน์พิพัฒน์กุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วราภรณ์ อินทจันทร์

(นางสาววรรณรณ ชันติชัยธร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เรียน หัวหน้าสาขาการพยาบาล/ที่ปรึกษาการ

☐ เพื่อโปรดทราบ

☐เพื่อดำเนินการ

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
ผู้อำนวยการศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด
วิเทศา เกตุ
(นางจินตนา แสงรุจี)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

(นางสาวดวงเนตร สุวัฒน์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

นางสาว ณฐภัทร ตีเลิศพิพัฒน์กุล

(นางสาวกัญญา ธีระรัตน์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช.๑๒/๒๔๘๗ วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (พว. จินตนา แสงรุจี)

ด้วย นางสาววรรณณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๔ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี กำลังดำเนินการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจ” ในหอผู้ป่วยเพอร์คัตัน ๔C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี พิจารณาเห็นว่าท่าน พว. จินตนา แสงรุจี ตำแหน่ง หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวดวงเนตร ภู่วัฒนนิษฐ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี

ผู้ตรวจ ๒๒
ผู้พิมพ์ จ.ร. ๒๒/๒๕๖๒ (๒๔ พ.ย. ๒๕๖๒)



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒/ ๒๕๖๒

วันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔C (พว. ณัฐภัทร ดีเลิศพิพัฒน์กุล)

ด้วย นางสาววรรณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๙ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ” ในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พิจารณาเห็นว่าท่าน พว. ณัฐภัทร ดีเลิศพิพัฒน์กุล หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๔C คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เป็นอย่างดี จึงขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวินิชย์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ตรวจทาน
ผู้พิมพ์: อ.ร.ร. ๓๖๖๓๒ (๒๕๖๒ พ.บ. ๕๖)

ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัย



ที่ นมร. ๐๓๑๒/๖๐๖๕

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิจัย

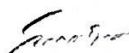
เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ด้วย นางสาววรรณ ชันติชัยธร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๓๘๔ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังดำเนินการศึกษา เรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ” ในหอผู้ป่วย เพชรรัตน์ ๔C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีนายแพทย์วรชัย คงเสริมพงษ์ และนายแพทย์กุลยศ จงพัฒน์นวนิชย์ เป็นที่ปรึกษาการวิจัย

ในการนี้ ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ จากรายงานการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ” ของ นางละมัย อยู่เย็น สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน (๒๕๕๙) เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จกักรวธ มณีฤทธิ์)
รองคณบดีปฏิบัติการแทนคณบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ฝ่ายการพยาบาล
โทร. ๐ ๒๒๔๔ ๓๐๘๒
โทรสาร ๐ ๒๒๖๘ ๗๑๕๒
www.vajira.ac.th/nurse

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล.....
หัวหน้าสาขาการพยาบาล.....
ผู้ตรวจทาน.....
ผู้พิมพ์.....

ภาคผนวก ค
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาจากสูตร (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3-4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากตารางจะเห็นว่าข้อคำถามทั้งฉบับมี 24 ข้อ มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24

$$\text{ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ } \frac{22}{24} = 0.91$$

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายด้าน ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 20 มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 9 ข้อ

$$\text{ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา } \frac{9}{9} = 1$$

2. ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 13, 23, 24 มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ

$$\text{ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา } \frac{5}{5} = 1$$

3. ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ มีจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 11, 18, 22 มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ

$$\text{ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา } \frac{5}{6} = 0.83$$

4. ด้านการที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 19, 21 มีจำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ

$$\text{ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา } \frac{3}{4} = 0.75$$

ผลการหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม

ผลการหาค่าความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach 's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรม SPSS

การคำนวณคุณภาพความเที่ยงของแบบสอบถาม

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.741	24

ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

สำเนา

1
แบบเอกสารที่ RF 11_(F_Social)

เอกสารแจ้งข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย (Research Subject Information sheet)

ชื่อ โครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจ (The Effects of
Educational Program with Emotional Support on Uncertainty of Illness in Acute Coronary Syndrome
Patients Before Undergone Percutaneous Coronary Intervention)

แพทย์ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายแพทย์วรชัย คงเสรีพงศ์
Worachai Kongsareephong
ที่ทำงาน ศูนย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
โทรศัพท์ 02-244-3513-3514 หรือ 085-124-2164

แพทย์ผู้ร่วมใน โครงการวิจัย

ชื่อ นายแพทย์กุลยศ จงพิพัฒน์วนิชย์
Kulayot Jongpipatwanit
ที่ทำงาน ศูนย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
โทรศัพท์ 02-244-3513-3514 หรือ 081-819-5728

Version 2 สำนักงานคณะกรรมการกึ่งการวิจัยธรรมการวิจัย (เด็กเวชศาสตร์ฟื้นฟู) ชั้น ๔
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช Date : 16/11/61
๒๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๑๐๐
โทรศัพท์: ๐-๒๒๔๔-๓๕๑๓ โทรสาร: ๐-๒๒๔๔-๓๐๘๘

สำเนา

2

แบบเอกสารที่ RF 11_ (F_Social)

เรียน ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนที่จะได้รับการตรวจสอบหัวใจ แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำการโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น ความสมัครใจ ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูงถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า "ท่าน" ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยเท่านั้น

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบผลของโครงการการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสอบหัวใจก่อนและหลังได้รับโครงการการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วม โครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ
3. สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีและให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

ท่านไม่สามารถเข้าร่วม โครงการวิจัย ได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. การตรวจสอบหัวใจฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน
2. หัวใจเต้นเร็วกว่า 120 ครั้งต่อนาที ชนิดควบคุมไม่ได้
3. มีความดันโลหิตสูงเกิน 200/100 มิลลิเมตรปรอท หรือ ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท

ร่วมกับมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด คล้ายจะเป็นลม

4. มีครรภ์
5. มีปัญหาด้านจิตใจ

Version 2 สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (เด็กและสตรี) วันที่ 16/11/61

ศาสตราจารย์ ดร.ศิริยาภรณ์ มหาวชิราวุธ มหาวชิราวุธ มหาวชิราวุธ

ศาสตราจารย์ ดร.ศิริยาภรณ์ มหาวชิราวุธ มหาวชิราวุธ มหาวชิราวุธ

โทรศัพท์: 0-2644-3456 โทรสาร: 0-2644-3456

สำเนา

3

แบบเอกสารที่ RF 11_(F_Social)

6. มีภาวะหัวใจล้มเหลว

โดยจะทำการวิจัยในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4C โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 30 ราย

ระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยคือ ระยะเวลาตอบแบบสอบถามตั้งแต่ครั้งแรก จนกระทั่ง
หลังได้รับการตรวจสวนหัวใจเสร็จ 1-2 วันจะตอบแบบสอบถามอีกครั้งหนึ่ง

ท่านจะได้รับแจกแบบสอบถาม จากนางสาววรรณณ ชันดิษฐ์ ซึ่งในแบบสอบถามจะมีข้อ
คำถามประมาณ 33 ข้อ ซึ่งท่านอาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนานประมาณ 15-20 นาที
หลังจากตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้ หลังจากตรวจสวนหัวใจเสร็จ
ประมาณ 1-2 วัน ผู้วิจัยจะทำการแจกแบบสอบถามเดิมอีกครั้งเพื่อประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนใน
ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย เนื่องจากศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของโครงการ
การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ โดยเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมซึ่งผู้เข้าร่วม
วิจัยไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง

ท่านมีสิทธิที่จะเลือกไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล
ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย หรือมีข้อคำถามที่ไม่เข้าใจท่าน
สามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาววรรณณ ชันดิษฐ์ เบอร์โทรศัพท์ 063-2962493 ได้ตลอด
24 ชั่วโมง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหรือ
ท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควร ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เบอร์โทร ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๐
หรือ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓

หมายเหตุ : ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่
นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้า
ร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น ๕)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒๕๔ อาคารแผนกเวชวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๐๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓ โทรสาร: ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๔

สำเนา

4
แบบเอกสารที่ RF 11_(F_Social)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งประกอบด้วย 3 หลักประการที่สำคัญ คือ กฎการให้คุณภาพประโยชน์ กฎของการเคารพเกียรติของความเป็นมนุษย์และกฎแห่งความยุติธรรม (นิมิต มรกด, 2553) โดย

1. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ แบบสอบถามพร้อมแบบฟอร์มการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ไปยังสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้อนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์ ซึ่งได้ออกเอกสารรับรองผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี
2. การชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิให้เป็นลายลักษณ์อักษร ในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้เซ็นชื่อแสดงความยินยอม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ และมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใดๆต่อการได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ขณะให้ข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สบายจากการเจ็บป่วย ผู้วิจัยจะยุติการสอบถามและให้การดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐานวิชาชีพจนอาการดีขึ้น และประเมินความพร้อมของผู้เข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง พร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูล และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงดำเนินการใช้แบบสอบถามต่อไป
3. หากกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัย เมื่ออยู่ระหว่างการให้ข้อมูล ผู้วิจัยยินดียุติการสอบถาม และเมื่อผู้เกี่ยวข้องยินยอมที่จะเข้าร่วมการศึกษาริวิจัยแล้ว สามารถติดต่อสอบถามข้อมูลการวิจัยครั้งนี้จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
4. ข้อมูลที่ได้จากผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและปลอดภัยนำมาใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้นี้เท่านั้น และจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย
5. การนำเสนอผลงานวิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดในลักษณะภาพรวม หรือใช้รหัสตัวเลขแทนเท่านั้น ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งผู้เป็นเจ้าของข้อมูล

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (dikเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น ๔)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี

๒๕๕ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๑๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๖๔๔-๓๕๖๖ โทรสาร: ๐-๒๖๖๕-๗๐๘๘

สำเนา

5

แบบเอกสารที่ RF 11_(F_Social)

เอกสารแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

ข้อตกลงและหนังสือยินยอมการเข้าร่วมโครงการการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ ขอให้ท่านอ่านข้อความต่างๆต่อไปนี้ เพื่อทำความเข้าใจในบริการที่ท่านได้รับ

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว ชื่อ.....นามสกุล.....

ได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการรับการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ จากผู้วิจัยตลอดจนข้อตกลงต่างๆ ดังนี้

- 1.โครงการฯ นี้ เป็นวิธีการที่ได้บูรณาการมาจากทฤษฎีทางการแพทย์และแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งเชื่อว่า สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจได้
- 2.ข้าพเจ้ายินดีจะปฏิบัติตามข้อตกลงและกฎระเบียบต่างๆ เพื่อให้การเข้าร่วมโครงการฯ สำเร็จตามวัตถุประสงค์
- 3.ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ยกเว้นในกรณีที่ได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า
- 4.ข้าพเจ้าและสมาชิกในครอบครัวจะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการฯ โดยเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนดไว้
- 5.ข้าพเจ้ารับทราบและยินดียินดีปฏิบัติตามข้อตกลงที่กล่าวข้างต้น ตลอดจนระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการฯ

(.....)

วันที่...../...../.....

สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (สกว.) (ตึกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น ๔)

คณะเวชศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

๒๕๖๖ เวชศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เขตสุขภาพ ๑๐๓๓๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔๔๐๑๑ โทรสาร: ๐-๒๒๖๔-๘๐๔๔

Version 2

Date : 16/11/61

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ที่เข้ารับการรักษาหัวใจ

สำเนา ตัวอย่างแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับที่.....

แบบสอบถามผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ หรือกรอกข้อมูลลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

- 1) เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
- 2) อายุ ☐ 30-40 ปี ☐ 41-50 ปี ☐ 51-60 ปี ☐ >61 ปี
- 3) สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส
 ☐ หม้าย /หย่าร้าง
- 4) ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียน ☐ ประถมศึกษา
 ☐ มัธยมศึกษา ☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
- 5) อาชีพ ☐ ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน/แม่บ้าน) ☐ รับจ้าง
 ☐ ค้าขาย ☐ ธุรกิจส่วนตัว
 ☐ รับราชการ ☐ เกษตรกรรม
 ☐ อื่นๆ

Version : 1

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา (สกอ.)
คณะบดี คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
641 ถนนสุขุมวิท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2625-5555 โทรสาร: 0-2625-5555

Date 22/10/61

สำเนา

6) รายได้

- | | |
|--|--|
| ☐ 3,000-5,000 บาท/เดือน | ☐ 5,000-11,000 บาท/เดือน |
| ☐ 11,001-15,000 บาท/เดือน | ☐ 15,001-20,000 บาท/เดือน |
| ☐ 21,001-25,000 บาท/เดือน | ☐ 25,001 ขึ้นไป |

7) ศาสนา ☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่นๆ

8) สิทธิการรักษา ☐ บัตรสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสังคม

☐ จ่ายเงินเอง ☐ ประกันชีวิต

☐ เรียกเก็บต้นสังกัด

9) โรคประจำตัว

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ หัวใจ/ไขมัน | ☐ เบาหวาน/ความดัน |
| ☐ ไต/เก๊าท์ | ☐ หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง |
| ☐ อื่นๆ | |

ถ้าเนา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	เฉยๆ หรือ ไม่ แน่ใจ 3	ไม่ เห็น ด้วย 2	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 1
1. ฉันไม่แน่ใจป่วยเป็นโรคอะไร					
2. มีเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคหัวใจที่ฉันอยากรู้ แต่ยังไม่รู้					
3. ฉันไม่แน่ใจว่า โรคหัวใจของฉันจะดีขึ้นหรือเลวลง					
4. ฉันไม่แน่ใจว่าการรักษาด้วยการทำการขยายหลอดเลือด จะทำให้ฉันเกิดความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายหรือไม่					
5. ฉันยังรู้สึกสับสนกับการอธิบายของแพทย์และพยาบาล ในเรื่องความเจ็บป่วยและการรักษาที่ฉันได้รับ					
6. ฉันทราบจุดมุ่งหมายในการรักษาด้วยการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดอย่างชัดเจน					
7. เมื่อเกิดความเจ็บปวดฉันรู้ว่าอาการของโรคหัวใจที่ฉันเป็นอยู่จะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร					
8. ฉันไม่ทราบว่า จะได้รับการตรวจจากแพทย์อีกเมื่อไร และตรวจอย่างไร					
9. อาการของฉันเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจนไม่สามารถคาดเดาถึงอาการที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษา					
10. ฉันสามารถคาดการณ์ได้ว่าการรักษาจะสิ้นสุดเมื่อใด และฉันจะหายป่วยเมื่อใด					
11. สิ่งที่แพทย์และพยาบาลบอกฉันนั้นเข้าใจยาก เพราะแปลความหมายได้หลายอย่าง					

Version : 1

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา (สกอ.)
 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 ๒๕๕๑
 โทรศัพท์: ๐-๔๓๘๔๔๔๔๔ โทรสาร: ๐-๔๓๘๔-๗๐๔๔

Date 22/10/61

สำเนา

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็นด้วย 4	เฉยๆ หรือ ไม่ แน่ใจ 3	ไม่เห็นด้วย 2	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง 1
12.วิธีการตรวจสอบหัวใจเป็นวิธีการที่ฉันได้รับ เป็นวิธีการที่ยุ่งยากและซับซ้อน					
13.ฉันไม่แน่ใจว่าการตรวจสอบหัวใจและการขยาย หลอดเลือดที่ฉันจะได้รับจะช่วยให้ฉันหายป่วยได้จริง					
14.ฉันไม่สามารถวางแผนในอนาคตได้ เนื่องจากไม่ สามารถคาดการณ์ในเรื่องความเจ็บป่วยจากการ ทำการตรวจสอบหัวใจ และขยายหลอดเลือดหัวใจได้					
15.ฉันเข้าใจในสิ่งที่แพทย์ และพยาบาลอธิบายให้ฉันฟัง ทุกอย่าง					
16.ฉันทราบว่าจะระหว่างรับการตรวจสอบหัวใจ และขยายหลอดเลือด ฉันจะมีการเปลี่ยนแปลง บางวันดี บางวันไม่ดี					
17.ฉันไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัว ขณะรับการรักษา และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน					
18.ฉันได้รับฟังความคิดเห็นในเรื่องความเจ็บป่วย ของฉันที่แตกต่างกัน					
19.ฉันสามารถคาดเดาอาการระหว่างการเจ็บป่วย และการตรวจสอบหัวใจและขยายหลอดเลือดได้					
20.ไม่มีใครรับรองว่า การรักษาด้วยการตรวจสอบหัวใจ และขยายหลอดเลือดของฉัน นั้นจะ ได้ผลดีที่สุด					
21.ฉันแน่ใจว่าแพทย์จะตรวจไม่พบความคิดปกติ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจของฉัน					
22.แพทย์ไม่สามารถบอกการวินิจฉัยโรคที่แน่นอน ให้ฉันทราบ					

Version : 1

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับอุดมศึกษา (สกอ.)

คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

๒๕๓ คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินา

โทรศัพท์: ๐-๒๖๕๔-๕๕๕๕ โทรสาร: ๐-๒๖๕๔-๕๐๕๕

เว็บไซต์: www.nw.ac.th

Date 22/10/61

สำเนา

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	เฉยๆ หรือ ไม่ แน่ใจ 3	ไม่ เห็น ด้วย 2	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 1
23.ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล ได้ตลอดเวลาที่ฉันต้องการ					
24.แพทย์และพยาบาลใช้ภาษาต่างๆที่ฉันเข้าใจ					

ภาคผนวก ฉ
โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ก่อนตรวจสอบหัวใจ

โปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ

หัวข้อสอน กำหนดนำสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เตรียมตัวทำหัตถการสวนหัวใจ
ชื่อผู้สอน นางสาว วรวรรณ ขันดิษฐ์ธร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ หอผู้ป่วยพรรัตน์ 4C
วันที่สอน 1 ธันวาคม 2561-30 เมษายน 2562
ผู้เรียน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เตรียมตัวทำหัตถการสวนหัวใจ

ผู้แทนคสว
วรกานต์ โสภิษฐ์

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลาที่
1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความไว้วางใจต่อผู้ให้ข้อมูล	ขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมและการสร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้เกี่ยวข้องและญาติสร้างบรรยากาศเป็นกันเองโดยขึ้นเขมัทททาย และแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการให้โปรแกรม	-ขมื่อไหว กล่าว ทักทาย สวัสดิ์ แจ้งวัตถุประสงค์และทำการประเมิน ก่อนได้รับโปรแกรม นำเสนอหาโดย การบรรยายและให้ชมวีดิทัศน์		5
2.บอกความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถูกต้อง	ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการสนับสนุนทางอารมณ์ หัวใจ เป็นอวัยวะที่ทำงานตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อสูบฉีดนำอาหารและออกซิเจน ไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย หัวใจจำเป็นต้องได้รับเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อ โดยผ่านหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งถ้าเกิดการตีบตันหรือแคบลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าเป็นบริเวณกว้างอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้	-แจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ -บรรยายและอธิบายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด -เปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม	-แผ่นพับ -Power point	1
3.บอกอาการและการรักษาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ถูกต้อง	อาการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการตีบตันของเส้นเลือดโคโรนารี ส่วนใหญ่จะมีอาการดังนี้ -เจ็บ แน่น หรือรู้สึกไม่สบายตรงกลางหน้าอก -อาการเจ็บหน้าอก ร้าวไปที่คอ แขน หรือขากรรไกร -เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย หรือมีอารมณ์เครียดอย่างกะทันหัน ถ้าเป็นมากจะมีอาการเหงื่อออก หน้ามืด เป็นลมหมดสติได้	-บรรยายและอธิบายเกี่ยวกับการ และการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด -เปิด โอกาสให้ซักถามและอธิบาย เพิ่มเติม -ซักถามย้อนกลับ	-แผ่นพับ -Power point	2
				ส่งเอกสาร รวมไปให้

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลา/นาที
วัตถุประสงค์ 4.เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและวัตถุประสงค์ของการตรวจสวนหัวใจ	การรักษ 1. การรักษด้วยยา เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก 2. การรักษโดยการตกแต่งหลอดเลือดโคโรนารี เพื่อให้หลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบขยายกว้างขึ้นด้วยวิธีการดังนี้ 2.1 การสอดใส่สายที่มีบอลลูนตรงปลายผ่านผิวหนัง ตรงบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ จนกระทั่งถึงปลายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบ แล้วขยายส่วนที่ตีบแคบด้วยบอลลูน 2.2 การใส่โคโรนารีสายเสตนขนาดเล็กเข้าไปข้างหลอดเลือดแดงบริเวณที่ตีบแคบ ทำให้รูของหลอดเลือดเปิดกว้างทำงานปกติ 2.3 การสอดใส่สายชนิดพิเศษที่ส่วนปลายเป็นหัวกรอ เข้าไปในหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบจากสาเหตุการเกาะตัวของแคลสิยม 3. การรักษาทางสัลยกรรม ด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี การตรวจสวนหัวใจหรือการฉีดสี(Cardiac Catheterization) หมายถึง การใส่สายสวนขนาดเล็ก (เส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตร) ใส่เข้าไปตามหลอดเลือดแดง อาจจะใส่จากบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ ไปจนถึงจุดที่เป็นรูเปิดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทั้งซ้ายและขวา จากนั้นแพทย์จะฉีดสารทึบรังสีเอ็กซเรย์ผ่านทาง	-บรรยายและอธิบายความหมายวัตถุประสงค์ของการตรวจสวนหัวใจ -เปิดโอกาสให้นักถามและอธิบายเพิ่มเติม	-แผ่นพับ -Power point ส่งให้นักถาม รวม 120 นาที	1

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลา/นาที
5.เพื่อทราบถึงบรรยากาศและสภาพแวดล้อมในห้องตรวจสอบสวนหัวใจ	สายสวน เพื่อตรวจสอบว่ามีการติดแน่นของหลอดเลือดหรือไม่	-ชักถามย้อนกลับ	-แผ่นพับ -Power point	1
6.เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับ การตรวจสอบสวนหัวใจได้อย่างถูกต้อง	บรรยากาศห้องสวนหัวใจและการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ ห้องสวนหัวใจ จะอยู่ชั้น 3 อาคารเพชรรัตน์ โดยภายในห้องจะมีอุปกรณ์การตรวจสอบสวนหัวใจ และเจ้าหน้าที่จะแต่งกายโดยใส่เสื้อคลุมตะกั่วไว้เพื่อป้องกันรังสีจากการถ่ายภาพเอกซเรย์หัวใจ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 1.ให้สารที่บริสุทธิ์ ซึ่งจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือ ความดันโลหิตต่ำ บางรายเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดโคโรนารี 2.เกิดการตกเลือด บางรายเกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดง อาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาตได้ 3.เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน บางรายอาจเสียชีวิต ร้อยละ 0.02 4.ไตวายเฉียบพลัน การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจสอบสวนหัวใจ 1. เซ็นเซ็นยอมเข้ารับการตรวจสอบสวนหัวใจ 2. งดน้ำ งดอาหารอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมงก่อนทำการตรวจ(ยกเว้นยาประจำตัวเช่น ยากลุ่มป้องกันโรคหัวใจสูง เป็นต้น) 3. หากมีประวัติแพ้ยาหรืออาหารใดๆ เช่น แพ้อาหารทะเล หรือมีประวัติเลือดออกแล้วหยุดยาก ต้องแจ้งให้แพทย์ทราบ 4. ถอดเครื่องประดับ ฟันปลอมก่อนเข้าทำการตรวจ	-ชักถามย้อนกลับ -บรรยายบรรยากาศห้องสวนหัวใจและการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ -ปิด โอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม -ชักถามย้อนกลับ -บรรยายและอธิบายถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจสอบสวนหัวใจ -ปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม -ชักถามย้อนกลับ	-แผ่นพับ -Power point -แผ่นพับ -Power point แผ่นพับ ใบความรู้	2

5

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลา/นาที
7. เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนของการตรวจสอบหัวใจ และสามารถปฏิบัติตัวขณะตรวจสอบหัวใจได้อย่างถูกต้อง	5. พยาบาลจะเตรียมตัวหนึ่งบริเวณที่ทำการทดลอง และให้นำเกลือตามแผนการรักษามาของแพทย์ 6. แพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะแนะนำให้หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจประมาณ 5-10 วินาทีในขณะที่การที่รับรังสี เพื่อให้เห็นรอยตีบตันของหลอดเลือดได้ชัดเจนในภาพรังสีที่ถ่ายด้วยสวนหัวใจ การปฏิบัติตัวขณะสวนหัวใจ 1. ขณะอยู่บนเตียงสวนหัวใจ ท่านจะนอนหงายบนเตียงวางแขนแนบติดกับลำตัวในลักษณะที่ผ่อนคลาย 2. จากนั้นเจ้าหน้าที่จะติดแผ่นนำไฟฟ้าเพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจบริเวณหน้าอก และพันเครื่องวัดความดันโลหิตซึ่งจะบีบรัดทุก 15 นาที 3. ในห้องตรวจอุณหภูมิค่อนข้างเย็น พยาบาลจะเปิดผ้าเพื่อทาทายน้ำเชื้อบริเวณขาหนีบ หรือข้อมือ (ในกรณีที่ทำที่แขน) 4. พยาบาลจะใส่สายหลอดเลือด และเปิดเฉพาะบริเวณที่ทำการทดลอง ท่านจะรู้สึกอุ่นขึ้น 5. แพทย์เริ่มทำการทดลอง โดยฉายภาพ ท่านจะรู้สึกเจ็บบริเวณที่ฉีดยา จากนั้นแพทย์จะแทงเข็ม และใส่ท่อน้ำเข้าทางหลอดเลือดแดง จะรู้สึกตึงๆที่บริเวณขาหนีบหรือข้อมือ 6. แพทย์สอดใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ ฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจที่ละเอียด เห็น พร้อมกับถ่ายภาพด้วยเครื่องเอกซเรย์ในมุมต่างๆ	-บรรยายและอธิบายถึงการปฏิบัติตัวขณะสวนหัวใจ -เปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม -ซักถามย้อนกลับ	-แผ่นพับ -Power point	3 สไลด์ภาพ รูปถ่าย

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลา/นาที
8. เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจสวนหัวใจ และสามารถปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจสวนหัวใจได้อย่างถูกต้อง	ซึ่งจะมองเห็นภาพผลิตสีหลอดเลือดหัวใจข้างซ้าย และหลอดเลือดหัวใจข้างขวาขณะตรวจหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือมีอาการผิดปกติใดๆ ให้แจ้งแพทย์ทันที ขณะฉีดสารทึบรังสี จะรู้สึกร้อนวูบวาบทั่วตัวประมาณ 1-2 วินาทีเท่านั้น ซึ่งเป็นอาการปกติ 7. หากพบว่า มีหลอดเลือดหัวใจตีบ แพทย์จะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใช้บอลลูน และใส่ขดลวดในครั้งเดียวกันในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการขยายได้ไม่กว้างพอ 8. เมื่อเสร็จสิ้นขั้นตอนในห้องสวนหัวใจ แพทย์จะนำท่อนำสวนสวนหลอดเลือดออก แล้วกดแผลเพื่อห้ามเลือด หากทำรู้สึกกระหายน้ำ ซึ่งสามารถขอน้ำจากพยาบาลได้ได้เลย หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะนำผู้ป่วยไปพักเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ขณะย้ายเตียงผู้ป่วย ไม่ตื่นและงอข้อมือ ไม่งอขาและข้อสะโพกข้างที่ทำการหัดถการ เพราะอาจทำให้เลือดออกจากหลอดเลือดที่เจาะไว้ หากรู้สึกเจ็บปวด ปวดศีรษะหรือรู้สึกมึนๆ ให้ลงจากบริเวณที่เจาะหลอดเลือดให้แจ้งพยาบาลหรือแพทย์ทราบทันที	-บรรยายและอธิบายถึงการปฏิบัติตัวภายหลังการสวนหัวใจ -เปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม -ซักถามย้อนกลับ	-แผ่นพับ -Power point คำถามความรู้ เรื่อง 1-2 ข้อ	5

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน/เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลา/นาที
หัวใจได้อย่างถูกต้อง	3. ในกรณีที่ทำบอลลูน และใส่ขดลวดหลอดเลือดหัวใจ จะมีท่อนำ (Sheath) คาไว้ที่หลอดเลือดขาหนีบต้องรออีก 4 ชั่วโมง แพทย์จึงดึงท่อนี้ออก เพราะต้องรอให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหมดฤทธิ์ 4. หลังจากท่อนำออกให้นอนหงายราบ ห้ามขยับเขยื้อนที่ ทำ ห้ามลุกนั่ง อย่างน้อย 6 ชั่วโมง สามารถพลิกตะแคงตัว ขยับข้อเท้าและเกร็งกล้ามเนื้อขาได้ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนปลายเท้า สามารถลุกนั่งได้เมื่อครบเวลาห้ามขยับขา เมื่อมีการเจ็บหน้าอกให้แจ้งแพทย์ทันที 5. เข้าวันรุ่งขึ้น พยาบาลจะทำแผลปิดแผลสเตอริลกันน้ำไว้ สามารถเดินได้ตามปกติ <u>คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ทำหัตถการที่ข้อมือ</u> 1. หลังทำหัตถการสวนหัวใจเสร็จ แพทย์จะดึงท่อนำ (Sheath) บริเวณข้อมือออก และใช้อุปกรณ์ห้ามเลือด (TR Band) รัดที่แผลนานประมาณ 4 ชั่วโมง 2. ห้ามขยับข้อมือข้างที่ทำ สามารถขยับปลายนิ้วมือ เกร็งแขนเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนปลายมือได้ 3. หากมีอาการขาเจ็บที่ปลายนิ้วมือ แจ้งแพทย์หรือพยาบาลได้ทันที ห้ามขยับข้อมือข้างที่ทำนาน 6 ชั่วโมง (นับเวลาเริ่มต้นที่เอาอุปกรณ์รัดที่แผลออก) ท่านสามารถลุกนั่งได้ตามปกติ 4. หลังจากเอาอุปกรณ์รัดข้อมือออก ทำแผลปิดแผลสเตอริลกันน้ำไว้		ผู้บรรยาย วาเนสสา โสโงะ	

วัตถุประสงค์	ขั้นตอนเนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	เวลา/นาที
9. เพื่อให้ผู้ปวยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปยังบ้าน	การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปยังบ้านภายหลังการตรวจสวนหัวใจ 1. รับประทานอาหารหวานน้อย เค็มน้อย ไขมันต่ำ และพยายามดื่มน้ำมากๆ ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม 2. ห้ามบริเวณแผลปิดน้ำ 3 วัน 3. หากมีเลือด/ของเหลวออกบริเวณแผล/แผลวมแดง ร้อน ปวดแผลมาก ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แจ้งพยาบาลทันที 4. ผู้ป่วยที่ใส่หลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องกินยาต้านเกล็ดเลือดอย่างน้อย 1 ปี เพื่อป้องกันหรือลดการอุดตันจากลิ่มเลือดในหลอดเลือด หากพบว่ามีอาการถ่ายอุจจาระสีดำ (โดยไม่ได้ยาชนิดเสริมแร่เหล็ก) ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดห้ามหยุดยาเอง โดยเด็ดขาด 5. หลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 10 กิโลกรัม อาจทำให้เจ็บหน้าอกกะทันหันได้ 6. สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ โดยการทดสอบขึ้นบันได 2 ชั้น ติดต่อกันหากไม่เหนื่อย สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ 7. ระวังอย่าให้ท้องผูก เพราะการเบ่งถ่ายแรงๆ อาจทำให้เจ็บหน้าอกได้ 8. เลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด เพราะอาจทำให้หลอดเลือดที่นำไปเลี้ยงต้นหัวใจอุดตัน 9. พักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง และมาพบแพทย์ตามนัด	บรรยายและอธิบายถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปยังบ้านภายหลังการสวนหัวใจ - ปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม - ซักถามย้อนกลับ	- แผ่นพับ - Power point	5

ผู้แต่งเนื้อหา
ว.เจ.น. ๒๕๖๖

ภาคผนวก ข

ภาพแสดงกิจกรรมต่างๆ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กิจกรรมต่างๆในการให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4 C



กิจกรรมต่างๆในการให้ความรู้และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 4 C



ภาคผนวก ซ

**คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (QR CODE)**

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

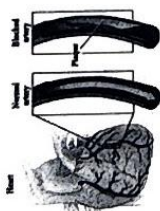


ภาคผนวก ฅ
แผ่นพับคำแนะนำผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease)

หัวใจ

เป็นอวัยวะที่ทำงานตลอด 24 ชั่วโมงเพื่ออุปถัมภ์อาหารและออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย หัวใจจึงเป็นต้องได้รับเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อโดยผ่านหลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเกิดการตีบตันหรือแคบลงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าเป็นบริเวณกว้างอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้



อาการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
จากการตีบตันของเส้นเลือด
โคโรนารี ส่วนใหญ่จะมี
อาการดังนี้
-เจ็บ แน่น หรือรู้สึกไม่สบายตรงกลางหน้าอก
อาการเจ็บหน้าอกทั่วไปที่
คอ แขน หรือขากรรไกร
เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย หรือมีอารมณ์เครียดอย่างกะทันหัน
ถ้าเป็นมากจะมีอาการหน้ามืด เป็นลมหมดสติได้



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา) ขอแนะนำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยาใดๆ

ศูนย์สุขภาพและเวชภัณฑ์โรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 1 กรุงเทพมหานคร

๒๕๖๓

ภาพ

การรักษ

1. การรักษาด้วยยา เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก

2. การรักษาโดย

การตกแต่งหลอดเลือด

โคโรนารีเพื่อให้

หลอดเลือดโคโรนารี

ที่ตีบแคบขยายกว้าง

ขึ้นด้วยวิธีการดังนี้

2.1 การตัดสายที่มีบอลูนตรงปลายผ่านส่วนหนึ่ง ตรงบริเวณขา

หนีบหรือข้อพับ จนกระทั่งถึงปลายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบ

แล้วขยายส่วนที่ตีบแคบด้วยบอลูน

2.2 การใช้โครงข่ายเตลนเดนขนาดเล็กเข้าไปข้างหลอดเลือด

แคบบริเวณที่ตีบแคบ ทำให้รูของหลอดเลือดเปิดกว้างทั้งแนว

ปกติ

2.3 การสอดสายชนิดพิเศษที่ส่วนปลายเป็นหัวกรง เข้าไปใน

หลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบจากสาเหตุการเกาะตัวของแคลเซียม

3.การรักษาทางศัลยกรรม ด้วยการผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี

การตรวจสวนหัวใจ หรือ การฉีดสี
(Cardiac Catheterization)

หมายถึง การใส่สายสวนขนาดเล็กใส่เข้าไปตามหลอดเลือดแดง อาจใส่จากบริเวณข้อมือ หรือ ข้อมือ ไปจนถึงจุดที่เป็นรูเปิดของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจซ้ายและขวา จากนั้นแพทย์จะฉีดสารทึบสีเพื่อตรวจหาตำแหน่งที่ตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดหรือไม่ ถ้าหลอดเลือดมีการตีบตัน แพทย์อาจพิจารณาทำการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนและอาจใส่ขดลวด (Stent) เพื่อป้องกันการกลับมาตีบของหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหัวใจ
10/1/2563

บรรณาคหังสวนหัวใจและการแต่งกายของเจ้าหน้าที่
ห้องสวนหัวใจ จะอยู่ชั้น 3 อาคารแพทยรัตน์ โดยภายในห้อง
จะมีอุปกรณ์การตรวจสวนหัวใจ และเจ้าหน้าที่จะแต่งกาย
โดยใส่เสื้อคลุมตัว
ไว้เพื่อป้องกันรังสี
จากการถ่ายภาพ
เอ็กซเรย์หัวใจ



การแทรกข้อต่อที่อาจเกิดขึ้น

1. แพทย์ที่ปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือความดันโลหิต

ต่ำ บางรายเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดโคโรนารี

2. เกิดการตกเลือด บางรายเกิดก้อนเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดง

อาจทำให้เกิดอัมพฤกษ์อัมพาตได้

3. เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บางรายอาจเสียชีวิต ร้อยละ 0.02

4. ภาวะเย็บแผล

การเตรียมตัวก่อนตรวจสวนหัวใจ

1. ** เช้าไปยื่นขอตรวจสวนหัวใจ ** คนไข้และอาหารอย่างน้อย
4-6 ชั่วโมงทางมาลายความวิตกกังวล
2. หากมีประวัติแพ้ยา เลือดหยุดยา หรือแพ้ยาอาหารทะเล ให้แจ้ง
แพทย์ทราบ ก่อนรับประทาน จอดที่นอนก่อนทำการหัดการ
3. พยาบาลจะเตรียมผิวหนังบริเวณที่ทำการหัดการ และให้แมสก์
และสอนให้หายใจเข้าลึกๆและกลืนหายใจ 5-10 วินาที

ภาคผนวก ญ
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๕๘๔๐
โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๕๘๔๓



COA ๑๖๔/๒๕๖๑

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนตรวจสวนหัวใจ

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : The Effects of Educational Program with Emotional Support on Uncertainty of Illness in Acute Coronary Syndrome Patients Before Undergone Percutaneous Coronary Intervention

เลขที่โครงการ : ๑๓๘/๖๑

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววรรณ ชันติชัยธร

สังกัดหน่วยงาน : ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารที่รับรอง :

- แบบเสนอโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย Version ๒ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป) Version ๒ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- แบบสอบถามผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ Version ๑ ลงวันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๑
- แผ่นพับให้ความรู้ / แผนการเรียนรู้อาชีพปฏิบัติ / PowerPoint / วิดีทัศน์ คำแนะนำผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ
- งบประมาณและแหล่งทุน Version ๒ ลงวันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑
- ประวัติผู้วิจัยหลัก :
 ๑. นางสาววรรณ ชันติชัยธร
- ประวัติผู้ร่วมวิจัย :
 ๑. นายแพทย์วรชัย คงเสริมพงศ์
 ๒. นายแพทย์กุลยศ จงพิพัฒน์วินิชย์

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๒๘/๑๑/๒๕๖๑

วันหมดอายุ : ๒๗/๑๑/๒๕๖๒

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ศิริเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น ๕)

คณะแพทยศาสตร์ศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงจันทบุรี เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

โทรศัพท์: ๐-๒๒๕๔-๕๘๔๐ โทรสาร: ๐-๒๒๕๔-๕๘๔๓

