ผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

นางสาว ชุติมา ผังชัยมงคล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0635-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PARTICIPATORY TEACHING ON SELF-CARE KNOWLEDGE AND SELF-CARE AGENCY OF MYOCARDIAL INFARCTION ELDERLY PATIENTS

Miss Chutima Phangchaimongkol

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Education
Faculty of Nursing
ChulalongKorn University
Academic Year 2001

ISBN 974-17-0635-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
โดย	นางสาวชุติมา ผังชัยมงคล
สาขาวิชา	การพยาบาลศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ชุติมา ผังชัยมงคล : ผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (EFFECTS OF PARTICIPATORY TEACHING ON SELF-CARE KNOWLEDGE AND SELF-CARE AGENCY OF MYOCARDIAL INFARCTION ELDERLY PATIENTS) อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : อาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ; 162 หน้า. ISBN 974-17-0635-9

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อ ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุ 60 ปี เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาล และอยู่ในช่วงวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 30 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับคู่ ได้กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา .....การพยาบาลศึกษา..... ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา ..... 2544..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4177556636 : MAJOR NURSING EDUCATION

KEY WORD: PARITCIPATORY TEACHING / SELF- CARE KNOWLEDGE / SELF- CARE AGENCY

CHUTIMA PHANGCHAIMONGKOL : EFFECTS OF PARTICIPATORY TEACHING ON SELF-CARE KNOWLEDGE AND SELF-CARE AGENCY OF MYOCARDIAL INFARCTION ELDERLY PATIENTS. THESIS ADVISOR : ASSIST. PROF. PICHAYAPORN MOOLSILPA, Ed.D. THESIS COADVISOR: JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D.; 162 pp. ISBN 974-17-0635-9

The purposes of this quasi-experimental research were to study effects of participatory teaching on self-care knowledge and self-care agency of myocardial infarction elderly patients. The quasi-experimental research of pretest - posttest control group design was utilized. Samples were 30 myocardial infarction elderly patients, medical ward in Ramathibodi hospital and were selected by matched pairs into one experiment group and one control group, 15 in each group. The experimental group received participatory teaching while the control group received regular health teaching. Research instruments were a participatory teaching plan, a self-care knowledge of myocardial infarction test and a self-care agency questionnaire of myocardial infarction. The instruments were tested for content validity by group of experts. The reliability of the self-care knowledge test and the self-care agency questionnaire were .81 and .72 respectively. Data were analyzed by mean, standard deviation and t - test statistic.

Major findings were as follows:

1. The self-care knowledge of myocardial infarction elderly patients after receiving the participatory teaching was significantly higher than before receiving the teaching, at the .05 level.

2. The self-care agency of myocardial infarction elderly patients after receiving the participatory teaching was significantly higher than before receiving the teaching, at the .05 level.

3. The self-care knowledge of myocardial infarction elderly patients after receiving the participatory teaching was significantly higher than regular health teaching , at the .05 level.

4. The self-care agency of myocardial infarction elderly patients after receiving the participatory teaching was significantly higher than regular health teaching , at the .05 level.

Field of study.....Nursing Education ..... Student's signature.....

Academic year.....2001..... Advisor's signature….....

Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์เพราะได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญาภรณ์ มูลศิลป์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น และช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจแสวงหาได้จากตำราใดๆ รวมทั้งได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้ความเมตตา และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ. โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความรู้และคำแนะนำที่มีคุณค่า ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ทั้งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลรามาธิบดี ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งเพื่ออุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้รับรู้ถึงความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือเกื้อกูล และกำลังใจที่ดีจากคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมทั้งหัวหน้าพยาบาล อาจารย์พยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่พยาบาลทุกท่านในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอื่น ๆ ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองและเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ พี่สาว น้องสาว และน้องชายทั้งสองคนที่ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจและมุ่งมั่นในการศึกษาครั้งนี้จนสำเร็จ รวมทั้งน้าชายที่คอยให้กำลังใจ ให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงมาด้วยดี

ชุติมา ผังชัยมงคล

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ ..... ญ

บทที่

1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

1.3 แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 6

1.4 ขอบเขตการวิจัย 8

1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 8

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 11

2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 12

2.1 ผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย 12

2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 24

2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ 36

2.4 การสอนแบบมีส่วนร่วม 43

2.5 สื่อการสอน 49

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 54

2.7 กรอบแนวคิดการวิจัย 61

3 วิธีดำเนินการวิจัย 62

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 62

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 64

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล 71

หน้า

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล 74
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 77
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 81
5.1 สรุปผลการวิจัย 85
5.2 อภิปรายผลการวิจัย 86
5.3 ข้อเสนอแนะ 90
รายการอ้างอิง 91
ภาคผนวก 104
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 105
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย 108
ภาคผนวก ค จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกการวิเคราะห์เนื้อหาแบบทดสอบความรู้ 113
ภาคผนวก ง คะแนนความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง 118
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 123
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 162

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด 45
2 ตารางแสดงผลการสุ่มแบ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.... 63
3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างประชากร 78
4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 79
5 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการสอนตามปกติ 80
6 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละเดือนของกลุ่มควบคุม..... 114
7 จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละเดือนของกลุ่มทดลอง..... 115
8 วิเคราะห์เนื้อหาแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย..... 116
9 ค่าระดับความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย..... 117
10 คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 119
11 คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 120
12 คะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง..... 121
13 คะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง 122

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โครงสร้างประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ด้วยผลกระทบจากการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะบริการด้านการวางแผนครอบครัว และความเจริญทางวัตถุกับโครงสร้างของสังคม ทำให้ประชากรไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นทั้งหญิงและชาย คือ ในปี พ.ศ. 2518 อายุขัยเฉลี่ยของชาย 57.63 ปี หญิง 63.56 ปี แต่เมื่อถึงปี พ.ศ.2540 อายุขัยเฉลี่ยของชายเพิ่มขึ้นเป็น 69.97 ปี และหญิง 74.99 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2540) ผลกระทบจากการวางแผนครอบครัว ทำให้จำนวนเด็กเกิดลดลง ในขณะเดียวกันประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น เป็นผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2513 มาเป็นร้อยละ 6.1 ในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าในปี 2563 จะมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีหรือมากกว่า) สูงถึง 10.8 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งประเทศ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล,2541) จากสถิติประชากรดังกล่าวพบว่าประเทศไทยกำลังดำเนินเข้าสู่สภาวะที่เรียกว่า "ประชากรชรา" (population aging) ดังนั้นประชากรผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มสำคัญของประเทศที่ควรตระหนักถึงความสำคัญและให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้น

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีโอกาสเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพได้ง่าย ซึ่งมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการทั้งจากความเสื่อมของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิต (life events) และแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากร่างกายเสื่อมโทรมตามธรรมชาติแล้ว ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดโรคไม่ติดต่ออันเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะ และโรคที่เกิดจากการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีของมนุษย์ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

จากการสำรวจสถิติการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2538 พบว่าผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจร้อยละ 7.2 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ,2540) และจากการศึกษาของ Morgan B.และ Emerman CL.ในปี 1995 (196-198) พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการตายหลักในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของ Rich M.W. (1999:80-90) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา

60% ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดในช่วงอายุ 65 ปีหรือมากกว่า และหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดในช่วงอายุมากกว่า 75 ปี และพบว่าหลังอายุ 65 ปีขึ้นไปครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบในผู้หญิง นอกจากนี้พบว่า มากกว่า 80 %ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะเสียชีวิตตั้งแต่ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไปจากสถิติความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่าผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมารับการรักษาเป็นอันดับที่ 6 และพบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจ (รายงานสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2542)

จากสถิติดังกล่าวข้างต้นแสดงว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ควรให้ความสำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของโครงสร้างตามธรรมชาติแล้ว ยังมีแนวโน้มว่าจะเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมากกว่าบุคคลในวัยอื่น และหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญในการมีชีวิต เมื่อเกิดความเจ็บป่วยย่อมส่งผลต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่า สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง และไม่กล้าทำอะไร กลัวจะกระทบกระเทือนหัวใจ กลัวอาการเจ็บหน้าอก กลัวไม่หาย กลัวตาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ มักจะพบว่าผู้สูงอายุไม่มีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่จะแสดงอาการอื่นแทน เช่น อาการหายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ สับสน หมดสติ เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลทำให้ผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาล่าช้า ซึ่งถ้าเนิ่นนานเกินไปทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด เกิดจากหลายสาเหตุแต่ที่สำคัญ คือ การอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีผลทำให้สมรรถภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายลดลง (Goldman H. 1994 : 33 – 37) และยังเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างปัจจุบันทันด่วน เช่น หัวใจวาย การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ เป็นต้น

ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงมีความทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตลดลง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุยิ่งทำให้มีความทุกข์ทรมานมากขึ้น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำเป็นต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องที่จำเป็นต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะที่คุกคามชีวิต และต้องเรียนรู้ที่จะเผชิญกับการคุกคามของโรค บางครั้งผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเป็นเรื่องที่ยากลำบากและไม่สามารถกระทำได้ ทำให้เกิดความท้อแท้และล้มเลิกความพยายามที่จะกระทำการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง (จริยา ตันติธรรม 2536 : 44) แต่การควบคุมโรคได้ดีนั้นต้องอาศัยการดูแลสุขภาพที่ดี และผู้ที่

จะดูแลสุขภาพได้ดีที่สุด คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเอง แพทย์และพยาบาลจะเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเองเท่านั้น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะต้องนำคำแนะนำที่ได้รับไปปรับให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นหัวใจของการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้การดูแลตนเองในขณะที่พยาบาลให้คำแนะนำ เมื่อผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้การดูแลตนเองจะนำไปสู่การรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกแม้จะมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในอดีตที่ผ่านมาจะพบว่าพยาบาลมักให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านด้วยวิธีการบรรยาย การสอนรายบุคคล และเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เป็นหลัก โดยมิได้เน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในในการเรียนรู้ ทำให้เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมักต้องกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยปัญหาเดิม ซึ่งจากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า 5 % ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมซ้ำภายในสามเดือน (รายงานสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี, 2544) แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ก่อนกลับบ้านแบบเดิม ๆ นั้นได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาซ้ำในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า ผู้สูงอายุกลับไปดูแลตัวเองไม่ถูกต้อง และผู้สูงอายุบางท่านจำคำแนะนำที่พยาบาลให้ก่อนกลับบ้านไม่ได้ บางท่านไม่มีทราบจะถามอะไรจากพยาบาล เมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้านก็ไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติถูกต้องหรือไม่ เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะหารูปแบบการสอนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของศิริพร สิงหจินดาวงศ์ (2536) ที่ศึกษาผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต่อ ความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร พบว่าหลังการสอนมารดามีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติการดูแลบุตร สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนำการสอนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมแสดงออกถึงความคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์ และทักษะที่ตนมีอยู่ในระหว่างกระบวนการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจำข้อความได้แม่นยำกว่า และยังทำให้เกิดความเข้าใจที่ถ่องแท้มากขึ้น นอกจากนี้การสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยที่ผู้สอนมิได้มีบทบาทลดลง แต่เปลี่ยนบทบาทจากการทำหน้าที่ส่งข้อมูลต่าง ๆ เพียงฝ่ายเดียวมาเป็นการสร้างสภาพการณ์ที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเองหรือเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนด้วยกัน ในผู้สูงอายุการได้มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ได้พบปะพูดคุยกับบุคคลวัยเดียวกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต มองตนเองมีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Donlon B.C. 1999: 12) นอกจากนี้ในทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ที่โนลส์ได้เขียนไว้ (Knowles M.S. 1978) ว่าการสอนผู้ใหญ่นั้น ควรจะให้ผู้ใหญ่ได้มีส่วนร่วมในการเรียน และมีความรับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ เพราะวิธีการที่ดีที่สุดในการเรียนรู้คือการกระทำ (learning by doing) ถ้าหากผู้ใหญ่ได้กระทำบางอย่างหรือพูดแสดงความคิดเห็นบางอย่างก็ย่อมจะดีกว่าการที่นั่งเฝ้ามองดูคนอื่น ๆ หรือนั่งฟังคนอื่นพูดเฉย ๆ เท่านั้น ผู้วิจัยจึงมีความคิดว่าถ้านำรูปแบบการสอนแบบมีส่วนร่วมมาใช้สอนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจตายน่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากในช่วงวัยสูงอายุเป็นระยะพัฒนาการที่บุคคลต้องใช้การควบคุม การจัดการ การตัดสินใจ การใช้เหตุผล การสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง การให้ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง รวมทั้งการมีความสามารถในการแสวงหาความรู้และนำความรู้ไปใช้ เพื่อให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพที่มีอยู่ และความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนมติที่กล่าวถึงคุณภาพอันซับซ้อนของบุคคล ที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง (Orem 1991: 148) หรือเป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ จากภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสุข ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเองได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ และเข้าใจวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำรูปแบบการสอนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการสอนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงศักยภาพของตนอย่างเต็มความสามารถ และส่งเสริมความรู้สึกถึงความมี

คุณค่าในตนเอง รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังช่วยลดรายจ่ายของรัฐ รวมทั้งรายจ่ายของครอบครัวผู้สูงอายุ และช่วยเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาในการวิจัย

การสอนแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะสูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือไม่
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะสูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองหรือไม่
3. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติหรือไม่
4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากสภาพสัดส่วนของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในสังคมปัจจุบัน ทำให้ผู้สูงอายุทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่ระบบสวัสดิการของสังคมยังเปลี่ยนแปลงไปไม่ทันต่อสภาพความเป็นจริง บริการต่าง ๆ ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นการสอนให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และใช้ศักยภาพของตนอย่างเต็มความสามารถจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทุกข์ทรมานน้อยลงจากการคุกคามของโรค จากการศึกษาของศุภชัย ไชยธีระพันธ์ (2528) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 60 รายพบว่ามีปัญหาในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยยังรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 1 ปี พบว่า ผู้ป่วยเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร้อยละ 1. 8 จากการศึกษาของจริยา ตันติธรรม (2536) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีปัญหาในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม และการออกกำลังกาย และผู้ป่วยร้อยละ 21.9 เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายในเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับคือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมด้านต่าง ๆ

การศึกษาของวนิดา หาญคุณากุล (2539) ในการศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 กลุ่ม พบว่าภายหลังการส่งเสริมการปรับตัวในกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่จากการวิจัยยังไม่สามารถสรุปได้ว่า การส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจะอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 5 – 7 วัน มีผลทำให้ผู้ป่วยสนใจและรับรู้คำแนะนำในการดูแลตนเองลดลง เมื่อจำหน่ายกลับบ้านทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลต้องเห็นคุณค่าของการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม

ที่ต้องกระทำ พิจารณาเกี่ยวกับสิ่งที่กระทำก่อนการตัดสินใจลงมือกระทำ นั่นคือบุคคลจะดูแลตนเองได้ต้องมีความสามารถในการรู้คิด พิจารณา ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการดูแลได้ (Orem 1991 : 164 – 165 ;สมจิต หนุเจริญกุล 2536 : 23-25)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดที่จะหารูปแบบการสอนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นรูปแบบการสอนที่แตกต่างจากเดิมที่ใช้สอนในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการศึกษาของสมหมาย วนะวนานต์ (2540) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แต่กลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยใช้คู่มือ ภาพพลิก และสร้างสัมพันธภาพที่มีการตกลงร่วมกัน ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทุกวันหลังผ่าตัดจนถึงวันกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด และค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากงานวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการสอนโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมถ้าได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย น่าจะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจนต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

3. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมของโรงพยาบาล

2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ตัวแปรตาม คือ ความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คำจำกัดความในการวิจัย

การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการสอนโดยการให้ความรู้และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยกลยุทธการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การซักถาม การให้ข้อเสนอแนะ และหาข้อสรุปตามกระบวนการเรียนรู้ โดยใช้สไลด์ประกอบ มีแผนการสอนเป็นแนวปฏิบัติมีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยให้คำแนะนำในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และแนะนำการใช้ คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การสอนแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยกิจกรรมการสอนดังนี้

1. กิจกรรมการสอนความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้แผนการสอนชุดที่ 1 เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และใช้กลยุทธการสอนที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตามกระบวนการเรียนรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับเรื่องภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้สไลด์เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายประกอบการสอน และจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. กิจกรรมการสอนการดูแลตนเองที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชุดที่ 1 และ 2 รวมทั้งใช้กลยุทธการสอนที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตามกระบวนการเรียนรู้ และจัดให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เรื่องการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สไลด์ประกอบเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชุดที่ 1

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เรื่องหลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยใช้สไลด์ประกอบเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชุดที่ 2 และแจกคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. กิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาหลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้านในครั้งแรกที่แผนกตรวจอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โดยจัดให้กลุ่มผู้สูงอายุมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ซักถามปัญหาและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งหาข้อสรุปของปัญหา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ

ความรู้ในการดูแลตนเอง หมายถึง ความรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการจำ เข้าใจ นำไปประยุกต์ใช้ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการและอาการแสดงของโรค ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องการให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การดูแลการขับถ่าย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่งวัดได้จากแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในเรื่องการได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การดูแลการขับถ่าย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การสอนตามปกติ หมายถึง การได้รับคำแนะนำและการสอนปกติตามมาตราฐานของโรงพยาบาลจากพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม และได้รับคำแนะนำเมื่อมาติดตามการรักษาหลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้านในครั้งแรก จากพยาบาลประจำการที่แผนกตรวจอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล เป็นกลยุทธในการบริการพยาบาลสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วย โดยนำวิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการสอน และส่งเสริมความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ช่วยจุดประกายให้พยาบาลประจำการพัฒนาวิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการสอนผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ โดยเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ด้านการพยาบาลศึกษา เป็นแนวทางในการเสนอรูปแบบการสอนแบบใหม่ สำหรับอาจารย์พยาบาลในการสอนนักศึกษาพยาบาล หรือนำมาใช้ในการจัดรูปแบบการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุ

3. ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้น

4. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลที่สนใจต้องการศึกษาวิจัยประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการสอน การให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคอื่น ๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อ ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. ทฤษฎีการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. ทฤษฎีการเรียนรู้
4. การสอนแบบมีส่วนร่วม
5. สื่อการสอน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. ความหมายของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างมาก ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary) ที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เมตาบอลิสึมของเซลกล้ามเนื้อหัวใจหยุดลงจนตายไป การตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารี (coronary atherosclerosis) ดังกล่าวเป็นผลมาจากการมีโคเลสเตอรอลจับพอกอยู่ที่ผนังหลอดเลือด หรือมีก้อนเลือด (thrombus) อุดอยู่ที่หลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตัน นอกจากนี้ยังเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดโคโรนารีอีกด้วย (Goldman H. 1994 : 33)

2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุแบ่งได้ 2 กลุ่มดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ คือ เพศ อายุ ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว

- **เพศ** พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า เมื่ออายุมากกว่า 70 ปีทั้งเพศชายและหญิงมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายใกล้เคียงกัน (Wei Y.J. 1994 : 518) ความแตกต่างนี้เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนเพศ เช่น เอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ซึ่งสังเคราะห์จากโคเลสเตอรอล ในช่วงอายุ 30 – 40 ปี เพศหญิงจะมีฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้มากกว่าเพศชาย จึงทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้มากกว่า แต่เมื่ออายุ 40 ปีไปแล้ว ระดับฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้จะลดลง ทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้น้อยลง เพศหญิงจึงมีโอกาสเป็นโรคนี้ใกล้เคียงกับเพศชาย (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ และอิศรา สุขุมาลจันทร์ 2524 : 292)

- **อายุ** ความสูงอายุมีส่วนเกี่ยวข้องเนื่องจากหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้นกว่าคนที่มีอายุน้อย มีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคลอลาเจนมากขึ้น มีการเชื่อมตามขวางของเส้นใยคอลลาเจน รวมทั้งในเส้นใยอิลาสตินยังมีแคลเซียมมาเกาะ (elastocalcinosis) และมีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงและตายในที่สุ (Talbot L.1995 : 58-59, Stanley M. 1999 : 131 - 132) จากการศึกษาของ Morgan B. และ Emerman CL.ในปี 1995 (196-198) พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการตายหลักในผู้สูงอายุ และจากสถิติของ Rich MW. (1999 : 80-90) พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา 60% ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะเกิดในช่วงอายุ 65 ปีหรือมากกว่า และหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดในช่วงอายุมากกว่า 75 ปี หลังอายุ 65 ปีขึ้นไปครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบในผู้หญิง นอกจากนี้พบว่า มากกว่า 80 %ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่จะเสียชีวิตตั้งแต่ช่วงอายุ 65 ปีขึ้นไป

- **ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว** จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้ จะมีโอกาสเกิดโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคนี้

ในครอบครัวประมาณ 2.7 เท่า นอกจากนี้ยังพบโรคกรรมพันธุ์ที่เห็นได้ชัดเจน เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูงในครอบครัว (Familial hyperlipoproteinemia) ซึ่งมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัว (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ และอิศรา สุขุมาลจันทร์ 2524 : 293)

2.2 ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

- **ความดันโลหิตสูง** ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการคดงอและตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรืออวัยวะต่างๆได้ จากการศึกษาของ The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (1993 : 153 อ้างใน Supiano M.A. 1997 : 375-376) แสดงให้เห็นชัดเจนว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายอัตราการตาย และการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจในผู้สูงอายุ และให้คำจำกัดความว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

- **ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด** ในผู้สูงอายุระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรสูงเกิน 200 mg/dl (Stanley M. 1999 : 133) ปริมาณไขมันที่สูงในเลือดจะเกิดการตกตะกอน จับตัวตามผนังหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวน้อยลง ยิ่งในผู้สูงอายุที่หลอดเลือดมีความแข็งและยืดหยุ่นน้อยจากวัยด้วยแล้ว ย่อมส่งผลให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงขาดเลือดมีผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด จากการศึกษาของ LRC-CPPT (Lipid Research Clinic Coronary Primary Prevention Trial) และMRFIT (Multiple Risk Factors Intervention Trial) พบว่าเมื่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง 20 mg/dl อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดลดลงจากร้อยละ 26 เหลือร้อยละ15 และเมื่อนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ปรากฏว่าถ้าโคเลสเตอรอลลดลงได้ 1 mg/dl จะลดอัตราตายของโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 1 – 3 แสดงว่าการลดระดับโคเลสเตอรอลสามารถลดอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน (Kannel B.W. and etal 1986 : 825 – 836 ; Lipid Research Clinic Program 1984 : 351 – 364)

- **เบาหวาน** พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนปกติ 2 เท่า (วิชัย ตันไพจิตร 2537:127) เพราะโรคเบาหวานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการอุดตันโป่งพองของผนังหลอดเลือด และเกิดการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่

รวมทั้งผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาผนังหลอดเลือดแข็ง ส่งผลให้เกิดการอุดตันโป่งพองมากขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดกับเส้นเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยง และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ นอกจากนี้พบว่า เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 115 – 140 mg/dl (Kenneth L. and etal 1997 : 481-484, Dellasega C. and etal 1999 : 147)

- **ความอ้วนและการขาดการออกกำลังกาย** ผู้ที่อ้วนมากเกินไป คือ มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และมีการออกกำลังกาย (วิชัย ตันไพจิตร 2534: 191) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Brich K.L. และ Zywotko D.M. (1994 : 553 - 558อ้างใน วีนัส ลีพหกุล 2539: 41) พบว่าปัญหาโรคอ้วนในผู้สูงอายุมักพบในผู้สูงอายุเพศหญิงและความอ้วนทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และจากการศึกษาของ Powell J. และคณะ (1987 : 251 – 89) พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เพิ่มขึ้นเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย และผู้ที่มีอาชีพนั่งทำงานส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่มีอาชีพที่ต้องทำงานกระฉับกระเฉง และจากการศึกษาของ ลินจง โปธิบาล (2538 : 1 – 18) พบว่าภาวะการขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุไทย

- **การสูบบุหรี่** สารนิโคตินในบุหรี่ที่ซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือด จะกระตุ้นปมประสาทซิมพาเทติก ต่อมหมวกไตชั้น Medulla ให้หลั่งสารแคททีโคลามีนมากขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ความต้องการออกซิเจนสูงขึ้น และสารแคททีโคลามีนที่เพิ่มขึ้น มีผลให้ระดับโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงขึ้นเพิ่มการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Fleury J. 1992 : 205 – 230, Stanley M. 1999 : 133) นอกจากนี้ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ เมื่อเข้าสู่กระแสโลหิตจะเป็นตัวขัดขวางการนำออกซิเจนโดยการไปจับตัวกับฮีโมโกลบินแทนออกซิเจน จึงเหลือฮีโมโกลบินที่ทำหน้าที่พาออกซิเจนน้อยลง อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนน้อยลง รวมทั้งกล้ามเนื้อของหัวใจด้วย ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น นอกจากนี้เม็ดเลือดแดงที่มีคาร์บอนมอนนอกไซด์เกาะอยู่จะมีความกระด้างไม่มีการหยุ่นตัว จึงครูดกับผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดเป็นแผล เมื่อร่างกายซ่อมแซมโดยสร้างเยื่อมาเคลือบทำให้รูหลอดเลือดแดงแคบลงเป็นผลทำให้หลอดเลือดตีบตัน ซึ่งเมื่อเกิดกับหลอดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย ในปีค.ศ. 1985 ได้มีการศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (WHO 1995 : 23 –24)

- **การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน** ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมากกว่าร้อยละ 12 (12 ดีกรี) เป็นประจำในปริมาณมากกว่า 60 ซีซี/วัน มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า 60 ซีซี/วัน ถึง 4 เท่า (วิชัย ตันไพจิตร 2537 : 216) และผู้ที่ดื่มกาแฟ 2 – 5 แก้วต่อวันมีผลต่อการทำงานของหัวใจ และถ้าดื่มในปริมาณมากกว่านี้จะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์ 2532 : 113)

- **ความเครียดและบุคลิกภาพ** ความเครียดจะกระตุ้นไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) และส่งผลไปยังพิทูอิทารีส่วนหน้า (Anterior Pituitary)ให้หลั่งอะดริโนคอร์ทิโคร โทฟิคฮอร์โมน (Adrenocortico Trophic Hormone) ซึ่งจะกระตุ้นต่อมหมวกไตส่วนเมดัลลา (Adrenal Medulla) ให้หลั่งอะดรีนาลีน (Adrenaline) ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัว แต่ทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นไปตามปกติ นอกจากนี้ความเครียดทำให้ระดับไขมันและสารช่วยการแข็งตัวในเลือดสูงขึ้น ทำให้สารไขมันมาเกาะตามหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ บุคลิกภาพก็มีผลต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ A ที่มีลักษณะเป็นผู้ที่หมกมุ่นในการทำงาน มีความทะเยอทะยาน ชอบแข่งขัน มั่นใจในตนเองสูง มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ B ที่มีบุคลิกตรงข้ามกับแบบ A ถึง 4 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ C ที่เป็นผู้เดินสายกลาง มีความเอาจริงเอาจัง และมั่นใจในตนเองพอควร ถึง 2 เท่า (John 1986 อ้างใน James S.A. 1992 : 66 – 67)

3. อาการและอาการแสดง

ในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความแตกต่างจากในวัยผู้ใหญ่ดังต่อไปนี้ (Eliopoulus C. 1997 : 257 – 258 , Wenger N.K. 1997 :361 –362 , Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1198 –1199 , Stanley M. 1999 : 132)

3.1 อาการเจ็บหน้าอก ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะพบอาการเจ็บ หน้าอกไม่ชัดเจน มักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่น ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นจะมีอาการเหมือนหัวใจถูกบีบรัด ถูกกด แน่นหรือแสบร้อนได้ มักเป็นบริเวณใต้กระดูกลิ้นปี่ ร้าวไปที่หัวไหล่ คอ แขน กรามล่าง โดยเฉพาะด้านซ้าย อาการจะเป็นนานเกินกว่า 30 นาที ไม่สามารถบรรเทาด้วยการพัก หรือการอมยาไนโตรกลีเซอรีน

3.2 อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่

- อาการหายใจลำบาก
- คลื่นไส้อาเจียน
- เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ
- เหงื่อออกมาก สับสน หมดสติ
- อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นแรงเร็ว
- ปอดบวมน้ำ
- หัวใจล้มเหลว

4. ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Wenger N.K. 1997 :361 –362 , Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1207 – 1266, วราภรณ์ สัตยวงศ์ 2542 :114 –115)

4.1 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ มักพบหัวใจห้องล่างเต้นก่อนกำหนด (premature ventricular contraaction) ถึงร้อยละ 90 นอกจากนี้ยังพบ ventricular tachycardia , ventricular fibrillation , supraventricular tachycardia , heart block และหัวใจเต้นช้ากว่ากำหนด ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจาก ventricular fibrillation และผลจากการเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติส่งผลต่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ทำให้การไหลเวียนเลือดล้มเหลวได้

4.2 ช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock) ถ้าพื้นที่ของกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 จะเกิดภาวะนี้ได้ ผู้ป่วยร้อยละ 85 มักเสียชีวิต ภาวะนี้นอกจากมีสาเหตุจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจได้น้อยแล้ว ยังเกิดจากความเจ็บปวดที่รุนแรง การติดเชื้อ การเต้นของหัวใจผิดจังหวะได้

4.3 หัวใจห้องล่างแตก (cardiac rupture) มักเกิดในสัปดาห์แรก พบได้ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรกที่ไม่มีประวัติเจ็บหน้าอก และตรวจพบคลื่น Q ขนาดใหญ่ ผู้ป่วยมักเสียชีวิตจากภาวะการบีบรัดของหัวใจ (cardiac tamponade)

4.4 หัวใจล้มเหลวและปอดบวมน้ำ (heart failure and pulmonary edema) ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่จะทำให้เกิดภาวะนี้และนำไปสู่ภาวะปอดบวมน้ำได้

4.5 ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง (ventricular aneurysm) พบมากในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจด้านหน้าตาย (anterior wall MI) ทำให้เสียชีวิตอย่างทันทีทันใดได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายไม่สามารถบีบตัวให้เลือดออกจากหัวใจได้ตามปกติ เลือดจะค้างอยู่ในหัวใจ ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้อีกด้วยและผนังของต้องยืดออกเพื่อรองรับปริมาตรเลือดที่ค้างอยู่ ทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลวได้

4.6 ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว (mitral regurgitation) ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใน 5 วันแรก นับจากเกิดอาการจากกล้ามเนื้อหัวใจตายจะตรวจพบเสียงฟู่ที่ซิสโตลิค (systolic murmur) ฟังได้ที่ยอดหัวใจได้เนื่องจากกล้ามเนื้อยึดลิ้นหัวใจ (papillary muscle) มีการขาดเลือดหรือมีการตาย อาจต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหลังจากอาการของกล้ามเนื้อหัวใจตายทุเลาลงแล้ว 4 – 6 สัปดาห์

4.7 กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post myocardial infarction syndrome or dressler syndrome) เกิดหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ 1 – 4 สัปดาห์ โดยมีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหรืออาจมีภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบร่วมด้วย สาเหตุเกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านเซลล์ กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย

5. ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

New York Heart Association ได้แบ่งระดับความรุนแรงโรคตามระดับความสามารถในการทำงาน (functional classification) ของผู้ป่วยโรคหัวใจไว้ดังนี้ (อ้างในดุจใจ ชัยวานิชศิริ, 2539 : 883)

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
ระดับที่ 2 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมปกติ
ระดับที่ 3 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่าปกติ
ระดับที่ 4 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมทุกชนิดและหรือมีอาการขณะพักด้วย

6. การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุสามารถทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้ (Stanley M. 1999 : 132 , Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1198 –1199 , Gerard P. and Ringel K.A. 1997 :1258 – 1262 , Wenger N.K. 1997 :361 –362, Riegel B. 1995 : 306 – 312)

6.1 การซักประวัติ โดยสอบถามอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งระยะเวลาที่เกิดขึ้น เกิดขณะปฏิบัติกิจกรรมใด นอกจากนี้ควรสอบถามถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจด้วยเพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำปรึกษา

6.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอ็มไซด์ของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ Total Creatinine Kinase (CK), Creatinine Kinase-MB isoenzymes (CKMB),Lactic Dehydrogenase (LDH) พบว่าในผู้สูงอายุระดับเอ็มไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจสูงขึ้น แต่ระดับ CK โดยรวมปกติได้

1. ผลการตรวจเม็ดเลือดขาว อาจพบว่าเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นได้
2. อาจตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น

6.3 ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบว่าในผู้สูงอายุ จะพบคลื่น ST ยกสูงขึ้น คลื่น T หัวกลับ อาจตรวจไม่พบคลื่น Q การตรวจควรตรวจขณะมีอาการเจ็บหน้าอกเพื่อให้ผลที่ชัดเจน

6.4 ผลการตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์

1. การตรวจด้วย Technetium-99m stannous Pyrophosphate Scintigraphy โดยการฉีดสารเทคนีเทียม 99 เอ็ม หลังการเกิด 2 – 3 วันจะเห็น จุด ๆ (hot spot) เนื่องจากสาร Pyrophosphate ไปจับกับแคลเซียมที่เกาะอยู่ในบริเวณที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. การตรวจด้วย Thallium-201 Myocardial Scintigraphy โดยการฉีดสารแทลเลียม 201 จะมองเห็นบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น cold spot ภายหลังเกิดอาการ 2 – 3 ชั่วโมง แต่ไม่สามารถแยกกล้ามเนื้อหัวใจที่ตายเฉียบพลัน กับแผลเก่าได้

6.5 ผลการตรวจภาพรังสีปอดและหัวใจ ภาพรังสีช่วงอกอาจพบภาวะหัวใจโต (cardiomegaly) หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ปอดบวมน้ำ (Pulmonary edema)

6.6 ผลการทดสอบด้วยการออกกำลังกาย (Exercise Stress Test) นิยมทำมากในปัจจุบัน เป็นการเฝ้าดูการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายตามที่แพทย์กำหนด มีประโยชน์ในการพยากรณ์โรค และติดตามผลการรักษา

6.7 การตรวจ Echocadiography เป็นการตรวจการหัวใจเคลื่อนไหวของผนัง หรือส่วนในของหัวใจ และเนื้อเยื่อข้างเคียง โดยการใช้เสียงสะท้อนที่ได้จากคลื่นอัลตร้าโซนิค (utrasonoic waves) ผ่านผนังทรวงอก สามารถพยากรณ์โรคว่า ลักษณะในการบีบตัวของส่วนต่าง ๆ ของหัวใจเป็นอย่างไร บอกตำแหน่งของการตายที่เพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจได้

7. การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือการรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา

7.1 การรักษาด้วยการใช้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่ปกติได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ผลข้างเคียงของยา และการตอบสนองยาของผู้ป่วย ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่

7.1.1 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) เป็นยาช่วยลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการเต้นและบีบตัวของหัวใจ พบว่ายานี้สามารถช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายให้ลดลงได้ (Freireich R. 1995 : 87, Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1228 – 1229) ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ propanolol (inderal) ,metoprolol ,atenolol ควรใช้ยากลุ่มนี้นานอย่างน้อย 2 ปี หรือตลอดไป ขนาดยาที่ใช้ไม่ควรน้อยเกินไป เช่น ถ้าใช้ propanolol ควรใช้ 160 – 240 มิลิกรัมต่อวัน จากการศึกษา

ที่พบสนับสนุนการใช้ที่สำคัญคือ การศึกษาของ Beta-blocker Heart Attack Trial Research Group (BHAT) พบว่าสามารถลดอัตราการตายจาก 10 % เหลือเพียง 7 % (พึงใจ งามอุโฆษ และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2538 : 32 –33) แต่ในผู้สูงอายุยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียง อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ หัวใจเต้นช้า หลอดลมหดตัว น้ำตาลในเลือดต่ำ รบกวนการนอนหลับ ดังนั้นในการใช้ยากลุ่มนี้ควรคำนึงถึงอายุของผู้สูงอายุ และควรเลือกยาที่มีผลข้างเคียงน้อย รวมทั้งระมัดระวังการใช้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหอบหืดและเบาหวาน (ยุพิน สังวรินทะ 2539 : 126 – 131)

7.1.2 ยาต้านแคลเซียม (Calcium channel-blockers) เป็นยาที่ช่วยลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดความดันโลหิตจากการขยายตัวของหลอดเลือด และลดการบีบตัวของหัวใจ ช่วยเพิ่มการนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ยากลุ่มนี้อาจได้ประโยชน์ไม่เท่ายาในกลุ่มปิดกั้นเบต้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ nifedipine, diltiazem , verapamil จากการศึกษาของ The Multicenter Diltiazem Postinfarction Trial Research Group (MDPIT) ในปี 1988 (1988 : 319 – 385 อ้างใน Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1231) และจากการศึกษาของ The Danish Stydy Group on Verapamil in Myocardial Infarction (DAVIT-2) ในปี 1990 (1990 : 779 อ้างใน Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1231) พบว่าการใช้ diltiazem และ verapamil สามารถช่วยลดอัตราการตายและภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ในผู้สูงอายุยาในกลุ่มนี้จะมีค่าครึ่งชีวิตนานขึ้น และผลข้างเคียงจากการใช้ยาคือ คลื่นไส้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม หัวใจเต้นช้า หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ นอกจากนี้ยา verapamil ยังอาจทำให้เกิด A-V block และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายฉับพลันได้ ถ้าใช้ร่วมกับยาปิดกั้นเบต้าเพราะจะเสริมฤทธิ์ขัดขวางการส่งผ่านสัญญาณไฟฟ้าใน A-V node ซึ่งการใช้ยาในผู้สูงอายุควรใช้อย่างระมัดระวังโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานผิดปกติ นอกจากนี้ควรระมัดระวังเมื่อใช้ร่วมกับยาในกลุ่มปิดกั้นเบต้า (สุภีนันท์ อัญเชิญ 2539 : 379 – 384, Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1231)

7.1.3 ยาไนเตรท (Nitrate) เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้นและนาน สามารถลดอาการเจ็บหน้าอกได้ โดยการทำให้กล้ามเนื้อของหลอดเลือดคลายตัว หลอดเลือดดำขยายตัว ลดแรงต้านหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ทำให้เลือดดำไหลเข้าหัวใจลดลง ช่วยลดการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย จากการศึกษาของ Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico Ongoing trial (GISSI-3) ในปี 1994 และ Fourth International Study of Infarct Survival Ongoing trial (ISIS-4) พบว่าหลังการใช้ยาไนโตรกลีเซอรีน 5 สัปดาห์ สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยจาก 7.7 % เป็น 7.4% ดังนั้นอาจไม่จำเป็นในการให้ยาไนโตรกลีเซอรีนกับผู้ป่วยทุกราย แต่ยังควรให้ในผู้ป่วยที่ยังมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพราะจากการศึกษาของ GISSI-3

พบว่าสามารถลดอัตราการตายจาก 7.2 % เหลือ 6.0% (Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1230 – 1231, พึงใจ งามอุโฆษ และ สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2538 : 32 –33) ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิดแต่ที่ใช้บ่อยคือ ไนโตรกลีเซอรีนชนิดอมใต้ลิ้น ซึ่งออกฤทธิ์ได้เร็วภายในเวลา 1 – 3 นาที มักใช้เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก สามารถอมติดต่อกันได้ 1 – 3 เม็ด เมื่ออาการเจ็บหน้าอกไม่ทุเลาลง แต่ยาชนิดนี้จะเสื่อมคุณภาพได้ง่ายเมื่อถูกแสง ซึ่งสามารถสังเกตได้จากสีที่ซีดลงหรือเปลี่ยนสีไป และถ้าอมยาแล้วยายังมีรสเผ็ดซ่าแสดงว่ายายังไม่เสื่อมคุณภาพ นอกจากนี้ยังมียา isosorbide dinitrate ซึ่งเป็นยาชนิดเม็ดรับประทานและ nitro ointment ชนิดแปะติดหน้าอกทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ในผู้สูงอายุคือ อาจทำให้หัวใจเต้นเร็ว และความดันต่ำในขณะเปลี่ยนท่า ซึ่งเมื่อใช้แล้วควรนั่งพักเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ (สุภีนันท์ อัญเชิญ 2539 : 376 – 379)

7.1.4 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) ยาในกลุ่มนี้ใช้ป้องกันและลดก้อนเลือด ก้อนไขมันที่จับเป็นก้อนในหลอดเลือดแดง โดยออกฤทธิ์ต้านการทำงานของ thrombin ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้คือ heparin , warfarin (coumadin), streptokinase สามารถให้ทางหลอดเลือดดำในเวลา 6 – 8 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเปลี่ยนเป็นชนิดรับประทาน เพื่อป้องกันการเกิดก้อนเลือดอุดตันซ้ำ การใช้ยาในกลุ่มนี้ในผู้สูงอายุควรระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะยาจะถูกเปลี่ยนแปลงเป็นยาที่ไม่มีฤทธิ์ที่ตับและไต แต่ในผู้สูงอายุการทำงานของตับและไตมีประสิทธิภาพน้อยลง ทำให้ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์มากขึ้น อาจทำให้เกิดเม็ดเลือดแดงแตก และเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้ ดังนั้นเมื่อใช้ยาในผู้สูงอายุควรระมัดระวังป้องกันอุบัติเหตุเพราะอาจทำให้เกิดเลือดออกในสมองได้ (Wei J.Y. 1994 :519, พยงค์ วณิเกียรติ 2539 : 616 –623 , กิตติมา ศรีวัฒนกุล 2539 : 682 -685)

7.1.5 ยาต้านการตกตะกอนของเลือด (Antiplatelet) ที่นิยมใช้ คือ ยาแอสไพริน (aspirin) เพื่อป้องกันการตกตะกอนของเลือด และการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ จากการศึกษาของ Second International Study of Infarct Survival (ISIS-2) พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ใช้แอสไพริน 160 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 5 สัปดาห์จะมีอัตราการตายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้แอสไพรินถึง 2.5 % คือ ลดจาก 13.2 % เหลือ 10.7 % (Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1225, พึงใจ งามอุโฆษ และ สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2538 : 32) ผลข้างเคียงของการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร มีเสียงดังอื้อในหู อาจเกิดภาวะเลือดออกได้ง่าย (พยงค์ วณิเกียรติ 2539 : 616 –623)

7.1.6 ยายับยั้งเอ็มไซม์ Angiotensin converting (ACE inhibitor) ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์ลด preload และ afterload ของหัวใจ ซึ่งเกิดจากการขยายตัวของหลอดเลือด โดยการลด angiotensin-2 , catecholamine , aldosterone , vasopressin มีผลทำให้ลดการทำงานของหัวใจ ลดการ

เกิดหัวใจห้องล่างซ้ายโต เป็นยาที่มีประโยชน์มากในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลวร่วมด้วย ยาในกลุ่มนี้ที่ใช้อยู่ได้แก่ captopril , enalapril , ramipril , perindopril , quinapril , cilazapril , delapril , lisinopril จากการศึกษาของ Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico Ongoing trial (GISSI-3) พบว่าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจากการใช้ captopril ภายใน 5 – 6 สัปดาห์ อัตราการตายลดลง 0.8 % และ Fourth International Study of Infarct Survival Ongoing trial (ISIS-4) พบว่าอัตราการตาย ลดลง 0.4 % (Antman E.M. and Braunward E.1997 : 1229 – 1230 , พึงใจ งามอุโฆษ และสมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2538 : 33) ผลข้างเคียงในผู้สูงอายุคือยามีฤทธิ์ลดความดันหลังใช้ควรระมัดระวังการลื่นหกล้ม (สุภีนันท์ อัญเชิญ 2539 : 370 -373)

7.1.7 ยาลดระดับไขมันในเลือด เพื่อใช้ลดระดับไขมันในเลือดโดยการป้องกันการดูดซึมโคเลสเตอรอล และให้มีการขับออกทางอุจาระ โดยการยับยั้งการเกิดสารประกอบทางเคมีของโคเลสเตอรอล หรือลดการสร้างไขมันของไตรกลีเซอไรด์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ cholestyramine (questran), colostipol (colostid), gamfibrozil (lopid) ผลข้างเคียงที่พบคือ อาจทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ (พึงใจ งามอุโฆษและ สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ 2538 : 33)

7.2 การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่

7.2.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง (Percutaneous Trans Luminal Coronary Angioplasty, PTCA) และ การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดแดงโคโรนารี (Coronary By Pass Grafting,CABG) การพิจารณาทำ PTCA จะทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีอาการเจ็บหน้าอกแบบถาวร และถ้ามีการตีบของเส้นเลือดหัวใจหลายเส้นจะทำผ่าตัดแบบ CABG ภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดในผู้สูงอายุได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เส้นโลหิตในสมองแตก เกิดการติดเชื้อ และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าบุคคลในวัยอื่น

7.2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การควบคุมอาหาร งดกาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดูแลกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ มีกิจกรรมกับผู้อื่น ลดภาวะเครียดในชีวิตประจำวัน รวมทั้งควบคุมโรคที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

โรคโคเลสเตอรอลสูง และติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อน เรียนรู้การใช้ยา นอกจากนี้ควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

ทฤษฎีการดูแลตนเอง

1. การดูแลตนเอง self-care

Levin (1980) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า เป็นกระบวนการที่บุคคล ทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การเกิดโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

Pender (1987) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคล ครอบครัว ชุมชนปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการที่จะดำรงไว้ หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตัวเอง

Hill and Smith (1990) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจาก แรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองไว้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึงการดำเนินกิจการทางสุขภาพด้วยตนเองของบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค รวมทั้งการใช้ยา และการปฏิบัติตนหลังรับบริการ (เพ็ญศรี หงษ์พานิช 2536 : 16)

Orem (2001) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างจงใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

2. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (The theory of self-care)

กิจกรรมการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของชนแต่ละกลุ่ม วิธีการตัดสินใจ และการปฏิบัติเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองนั้นไม่ได้มีมาแต่กำเนิด ต้องการทั้งการเรียนรู้ ใช้ความรู้ แรงจูงใจ ทักษะ และความพยายาม (Orem, 2001)

การดูแลตนเองมี 2 ระยะ (Orem, 2001 ; สมจิต หนุเจริญกุล 2540) ดังนี้

1. ระยะพินิจพิจารณาและตัดสินใจ (Estimative and transitional opertion) เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องการความรู้ที่จะช่วยในการสังเกต ให้ความหมายของสิ่งที่สังเกต และมองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ จึงจะสามารถพินิจพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

2. ระยะการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นระยะการกระทำและประเมินผลการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย จะเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลการกระทำในการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะตั้งคำถามว่าตนจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้ทำกิจกรรมตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง จะทำนานเท่าไร ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ การที่จะกระทำการดูแลตนเองนั้นขัดขวางต่อการทำกิจกรรมอื่นในชีวิตหรือไม่ และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครช่วยได้บ้าง

โอเรมได้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติ บุคคลต้องคิดพิจารณาหาความหมาย ให้เหตุผล และวางเป้าหมาย มีการตัดสินใจจะกระทำและประเมินผลกิจกรรมนั้น ๆ การดูแลตนเองตามความคิดของโอเรม (Orem, 2001) แบ่งประเภทการดูแลตนเองออกเป็น 3 แบบคือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisites)
2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites)
3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health-deviation self-care requisites)

2.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisites)

เป็นสิ่งที่ปฏิบัติควบคู่ไปกับกระบวนการของชีวิต เพื่อที่จะดำรงรักษาความมั่นคงสมบูรณ์ทางโครงสร้างของมนุษย์ และการทำหน้าที่ตามปกติ การดูแลตนเองโดยทั่วไป ถือว่าเป็นสิ่งที่

ปฏิบัติเป็นปกติของมนุษย์ เป็นการปฏิบัติกิจกรรรมเพื่อให้ตนเองได้พบกันความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตแต่ละวัน

โอเรมแบ่งความต้องการและกิจกรรมที่เป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไป ออกเป็นเรื่องย่อย ๆ 6 เรื่อง (Orem, 2001)

1. การรักษาไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำ อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องเหล่านี้ เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้ มีการเจริญเติบโต พัฒนาการ ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ และรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย

ร่างกายต้องการอากาศโดยเฉพาะออกซิเจนเพื่อใช้ในการหายใจ เมื่อใดที่เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอก็จะปรากฏอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ขึ้น เป็นสัญญาณบอกถึงความต้องการให้การดูแลในเรื่องนี้ เช่น อาการหายใจแรงเร็วขึ้น หรือหายใจลำบาก

ความต้องการน้ำของร่างกายจะแสดงโดยความรู้สึกกระหายน้ำ เยื่อบุช่องปากและคอแห้ง ความเข้มข้นของน้ำและอิเลคโตรไลท์ในน้ำเลือด น้ำในเซลล์ และน้ำระหว่างเซลล์เปลี่ยนแปลงไป

ความต้องการอาหารจะแสดงออกโดยความรู้สึกหิว และความอยากอาหาร ความรู้สึกนี้จะหมดไปเมื่อร่างกายได้รับอาหารและมีการย่อยอาหารเกิดขึ้น

ดังนั้นเมื่อร่างกายได้รับน้ำ อากาศ อาหาร ไม่เพียงพอมนุษย์ก็จะต้องพยายามแสวงหาโดยอาจเป็นการแสดงออกถึงความต้องการทั้งทางด้านกายภาพและสรีรวิทยา

2. การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ขบวนการที่ร่างกายขับสิ่งที่ไม่มีคุณค่าของร่างกายออกมาตามทางเปิดหรือบนพื้นผิวของร่างกาย ได้แก่ ปัสสาวะ อุจจาระ เหงื่อ สิ่งคัดหลั่ง เป็นต้น บุคคลต้องได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพบุคคล ให้ถูกสุขลักษณะจะส่งเสริมให้มีการขับถ่ายเป็นไปตามปกติ

3. มีความสมดุลย์ในการทำกิจกรรมและการพักผ่อน เป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นความต้องการสูงสุดในการทำหน้าที่ของมนุษย์ การปฏิบัติกิจกรรมอาจเป็นการกระทำทางร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่ง หรือเป็นการกระทำโดยใช้สติปัญญา เช่น การศึกษาค้นคว้า ส่วนการพักผ่อนเป็นสภาวะที่ส่งเสริมให้ร่างกายสดชื่น และรักษาไว้ซึ่งหน้าที่ปกติ ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรม การพักผ่อนส่วนใหญ่จะเป็นการพักผ่อนนอนหลับตามธรรมชาติ ซึ่งแต่ละบุคคลก็อาจแตกต่างกัน หรืออาจเป็นการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ทำอยู่เดิมไปทำกิจกรรมอื่น หรือการแยกตัวตามลำพัง หรือไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ อย่างไรก็ตามการพักผ่อนและการปฏิบัติกิจกรรมต้องมีความสมดุลย์กันและมีปริมาณที่เพียงพอ

4. มีความสมดุลย์ระหว่างการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การแยกตัวอยู่ตามลำพังและการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ มีผลกระทบต่อการพัฒนาการ และสุขภาพของบุคคล การอยู่ตามลำพังจะเป็นการลดสิ่งกระตุ้นจากสังคม ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สติปัญญา วัฒนธรรม สังคม และการประสบความสำเร็จในความเป็นมนุษย์ แต่ในขบวนการพัฒนาการของมนุษย์ก็จำเป็นต้องมีการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ดังนั้นมนุษย์จึงต้องการความสมดุลย์ระหว่างการอยู่ตามลำพัง และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แต่ปริมาณและคุณภาพของเวลาที่ใช้ในสองสิ่งนี้จะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล

5. การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตน บุคคลต้องเรียนรู้ รับรู้ สนใจ ในเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยง รวมทั้งป้องกันตนเองให้ปลอดภัย และควบคุม แก้ไข ขจัดสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองได้

6. การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการตามศักยภาพหรือข้อจำกัดของตนเอง บุคคลต้องยอมรับในตนเอง มองตนเองในแง่ดี รับรู้สภาพของตนเอง เข้าใจข้อจำกัดที่มีของตนเอง และปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง รวมทั้งส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะให้เป็นไปตามปกติ นอกจากนี้ยังต้องค้นหาและสนใจความผิดปกติในการทำหน้าที่แตกต่างไปจากปกติของโครงสร้างของตนเอง

2.2 การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1. การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ

2. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

2.1 การขาดการศึกษา

2.2 ปัญหาการปรับตัวทางสังคม

2.3 การสูญเสียญาติมิตร

2.4 ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และความพิการ

2.5 การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

2.6 ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการกลายเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคม และเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

2.3 การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health-deviation self-care requisites)

การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายเช่น ภาวะผิดปกติของร่างกาย การเปลี่ยนพฤติกรรม และนิสัยในการดำรงชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของร่างกายเช่นแขนขาบวม มีก้อน หรือเกิดความพิการ การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ก่อให้เกิดการดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งความต้องการในการดูแลตนเองในภาวะที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนอาจเกิดจากวิธีการรักษาและจากการวินิจฉัยของแพทย์ ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้คือ

1. การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

2. รับรู้ สนใจ และดูแลผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3. ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

4. รับรู้และสนใจที่จะดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

5. ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

6. เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจงใจ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem ,2001) จากภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้นั้น ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิต รู้สึกไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า และการส่งเสริมการดูแลตนเองจะมีผลช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ดังนั้นความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีดังต่อไปนี้

3.1 การดูแลตนเองในเรื่องอากาศ น้ำ และการบริโภคอาหาร

การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเรื่องของอากาศมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ถ้าดูแลตนเองในเรื่องนี้ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่อยู่ควรพยายามค่อย ๆ ลดจำนวนมวนที่สูบ จนกระทั่งเลิกการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงนำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงสถานที่ที่แออัดและมีควันบุหรี่มาก ๆ เช่น สถานเริงรมย์ โรงภาพยนตร์ เป็นต้น

การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น การปรับปริมาณน้ำดื่มให้เหมาะสมมีความสำคัญ เนื่องจากวัยสูงอายุมีผลต่อการทำงานของไต โดยพบว่าเนื้อไตมีขนาดเล็กลง มีการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไต ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของไตลดลง ซึ่งถ้ามีการบริโภคน้ำดื่มมากเกินไป จะทำให้มีการสะสมของน้ำในร่างกาย ทำให้ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักบีบตัวให้เลือดออกจากหัวใจเพื่อรักษาความสมดุล ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และไม่เกินความต้องการของร่างกาย โดยดูจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและจากจำนวนปัสสาวะที่ขับออกให้มีปริมาณใกล้เคียงกัน การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำเย็นไม่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและการหดรัดตัวของหลอดเลือด

การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การบริโภคอาหารที่เหมาะกับโรคมีส่วนช่วยให้เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ผู้สูงอายุต้องเข้าใจความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย จะพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคี้ยวอาหารเนื่องจากฟันโยก รู้สึกเบื่ออาหาร และการรับรสเสียไปจากการที่ต่อมรับรสมีจำนวนน้อยลง มีภาวะท้องอืด จากการที่กรดและน้ำย่อยชนิดต่าง ๆ มีปริมาณลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง (Eliopoulos C. 1997 : 79) ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอ และอาจจะเพิ่มรสชาติอาหารให้รสจัดขึ้นโดยการใส่เครื่องปรุง ซึ่งถ้าผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด หวานจัด ไขมันสูงจะส่งผลกระทบต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีหลักสำคัญในการบริโภคอาหารดังนี้ (Powell J. 1997 : 145 – 166, Williams S.R. 1994 : 256 – 264 ,390 – 400)

1. ควรบริโภคอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เป็นอาหารที่ย่อยง่าย อาจจะรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น เช่น อาจจะเป็นวันละ 3 – 4 มื้อ
2. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น ขาหมู หมูสามชั้น หนังไก่ อาหารทอด อาหารผัดที่ใส่น้ำมันมาก ๆ อาหารที่ใส่กระทิ เช่น แกงกะทิ แกงมัสมัน ขนมที่ใส่กระทิ เช่น ไอศครีมกระทิสด
3. ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันที่ได้จากไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน ควรหลีกเลี่ยงน้ำมันจากพืชบางชนิดเนื่องจากมีกรด ไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม
4. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ มันสมอง มันปู มันกุ้ง หอยนางรม ปลาหมึก การบริโภคไข่ในผู้สูงอายุสามารถบริโภคได้ เนื่องจากไข่เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง หาซื้อง่าย ราคาไม่แพง ในไข่ 1 ฟองที่มีน้ำหนัก 50 กรัม จะมีโปรตีน 7 กรัม และมีโคเลสเตอรอล 200 – 300 มิลลิกรัม จึงควรรับประทานครั้งละ 1 ฟองวันเว้นวัน หรือจะรับประทานเฉพาะไข่ขาว (วีนัส ลีพหกุล 2539 : 44 – 45)
5. หลีกเลี่ยงอาหารหวานที่มีน้ำตาลมาก ๆ เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน
6. งดอาหารที่มีลดเค็มจัด เช่น กะปิ ปลาเค็ม ของดอง เต้าเจี้ยว แต่อาจปรุงรสอาหารให้มีรสเค็มอ่อน ๆ ได้

7. การรับประทานเนื้อสัตว์ ควรเลือกที่ไม่ติดมัน เช่น เนื้อปลา

8. การดื่มนมควรเลือกนมที่มีไขมันต่ำ หรือนมเปรี้ยวแทน

9. ขณะรับประทานอาหารไม่ควรปรุงรสชาดอาหารเพิ่มเติม เช่น เติมน้ำปลา เกลือ น้ำตาล ซีอิ๊ว

10. รับประทานผัก ผลไม้ เพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยป้องกันภาวะท้องผูก เนื่องจากเส้นใยอาหารจะช่วยดูดซับน้ำดี และดึงฟอสโฟไลปิดไว้ ทำให้ปริมาณน้ำดีและฟอสโฟไลปิดในการช่วยย่อยไขมันน้อยลง ลดการดูดซึมไขมันเข้าผนังลำไส้ นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในลำไส้ และทำให้อุจจาระอ่อนนิ่ม (Powell J. 1997 : 151 – 152) แต่ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสจัด เช่น ขนุน ทุเรียน องุ่น

3.2 ดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลต้องได้รับการดูแล สุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพบุคคล ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป ดังนี้

ดูแลสุขภาพปากและฟัน หลังบริโภคอาหาร ด้วยการบ้วนปาก แปรงฟัน และถ้าใส่ฟันปลอมควรถอดล้าง อย่างน้อยเช้า-เย็น หรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสะสมเชื้อโรค ขจัดกลิ่นปาก และช่วยกระตุ้นความอยากอาหารมากขึ้น ควรเลือกแปรงสีฟันที่ไม่แข็งเกินไป เพราะอาจทำให้บาดเหงือกเกิดเลือดออกได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านการตกตะกอนของเลือด นอกจากนี้ควรแปรงฟันให้ถูกวิธี

การรักษาความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ 1 – 2 ครั้ง ด้วยสบู่ชนิดอ่อนและดูแลผิวไม่ให้แห้ง โดยทาครีมบำรุงผิว เพื่อลดการระคายเคือง และไม่ควรอาบน้ำนานจนเกินไป น้ำที่ใช้อาบควรจะอุ่นเล็กน้อย เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดขยายตัวตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในขณะอาบน้ำ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น (Gerard P. and Ringel K.A. 1997 : 1265) สระผมสัปดาห์ละ 1 –2 ครั้ง ไม่ควรสระผมบ่อย เพราะจะทำให้หนังศีรษะแห้ง รักษาความสะอาดของเล็บมือ เท้า ตัดเล็บให้สั้น ควรแช่เล็บก่อนตัดเพื่อให้เล็บอ่อนตัวตัดง่าย ลดการเกิดบาดแผลเนื้อเยื่อรอบเล็บ

ดูแลการขับถ่ายอุจจาระให้ตามปกตินิสัย คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการถ่ายอุจจาระที่ปกติคือ การถ่ายวันละครั้ง แต่จากการศึกษาพบว่า 98 เปอร์เซ็นต์ของประชากรจะมีนิสัยปกติ

ในการขับถ่ายอุจจาระตั้งแต่วันละ 3 ครั้งถึงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Ebersole and Hess 1994 อ้างใน อารีย์ ฟองเพชร 2539 : 50) ซึ่งในทางการแพทย์ให้ความหมายของอาการท้องผูกคือ การถ่ายอุจจาระที่ระยะของการถ่ายห่างจากที่เคยเป็นปกตินิสัย ผู้สูงอายุควรใช้ส้วมแบบโถนั่งที่สามารถห้อยเท้าได้ และควรมีราวยึดเกาะเพื่อพยุงตอนลุกนั่ง นอกจากนี้ในห้องน้ำควรมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นห้องน้ำควรจะเป็นพื้นที่ไม่ลื่น จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย ป้องกันการลื่นล้ม และช่วยส่งเสริมการขับถ่ายให้ดีขึ้น (Arnold A. 1997 : 186 –188)

3.3 รักษาความสมดุลย์ในการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นโรคที่รุนแรงอาจเกิดอันตรายต่อชีวิต โดยเฉพาะในผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก หรือมีอาการหมดสติ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายกังวลเมื่อต้องทำกิจกรรม เพราะกลัวไปกระทบกระเทือนการทำงานของหัวใจ (อุมา จันทวิเศษ 2539 : 68 – 71) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำในกิจกรรม และการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพักผ่อนที่เหมาะสมดังนี้

- **หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย** ควรเริ่มออกกำลังกายจากน้อย ๆ เบา ๆ ตามกำลังที่สามารถทำได้ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ลุกนั่งบนเก้าอี้ แล้วค่อย ๆ เพิ่มกิจกรรมขึ้นเป็นเดินเข้าห้องน้ำได้ เดินรอบเตียงผู้ป่วย ออกกำลังกายเบาในหอผู้ป่วย แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อแพทย์ อนุญาติให้กลับบ้าน (เดือนฉาย ชยานนท์ 2538 : 10 – 16, Gerard P. and Ringel K.A. 1997 :1264 –1267 , Riegel B. 1995 : 316 - 317) แต่ไม่ควรออกกำลังกายหักโหมหรือหนักเกินไป เพราะอาจทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก และเพิ่มการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

ในการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และควรเริ่มด้วยการปรับสภาพร่างกาย โดยการอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 – 10 นาที และควรผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ รวมทั้งปรับการทำงานของหัวใจให้อยู่ในสภาวะการเต้นอย่างปกติก่อนหยุดออกกำลังกาย ประมาณ 5 – 10นาที โดยค่อย ๆ ลดความหนัก และความแรงในการออกกำลังกายลง (ดุจใจ ชัยวานิชศิริ 2539 : 865 – 900, เสก อักษรานุเคราะห์ 2539 :479 – 500 , Gerard P. and Ringel K.A. 1997 :1265)

นอกจากนี้ควรเลือกการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค เช่นการเดิน วิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ กายบริหาร เพราะการออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยให้มีการใช้ออกซิเจน และมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เช่น การเล่นเทนนิส การยกน้ำหนัก ลาก ดึงสิ่งของที่หนัก การเกร็งกล้ามเนื้อ เพราะการออกกำลังกายประเภทนี้จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มความดันโลหิตได้

ข้อควรระวังการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายดังนี้ (Gerard P. and Ringel K.A. 1997 :1264 – 1267, Riegel B. 1995 : 316 – 317 , เดือนฉาย ชยานนท์ 2538 : 17 – 18)

1. ควรตรวจชีพจรตัวเองก่อนออกกำลังกาย ชีพจรขณะพักไม่ควรเกิน 100 ครั้ง/นาที และขณะออกกำลังการควรจับชีพจรไปด้วย ชีพจรขณะออกกำลังกายไม่ควรเพิ่มขึ้นเกิน 20 ครั้ง/นาที และไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที

2. ขณะออกกำลังกายถ้ารู้สึกเหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้หรือเจ็บหน้าอก หายใจเร็วสั้น ควรค่อย ๆ ลดความเร็วลง ถ้าไม่ดีขึ้นต้องหยุดพักทันที

3. ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ หรือภายใน 1 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร ถ้าจะออกกำลังกายควรห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

4. ถ้ารู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย เช่น เป็นหวัด หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ควรออกกำลังกาย ควรรอให้หายก่อน

5. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อน หรือน้ำเย็นทันที ก่อนและหลังการออกกำลังกาย เพราะการอาบน้ำเย็นจะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ และการอาบน้ำร้อนจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง

6. ระหว่างการออกกำลังกาย ควรผ่อนคลายไม่ควรคิดเรื่องงานหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกเครียด และควรมีวิธีการหรือระยะทางมาตราฐานสำหรับทดสอบในแต่ละสัปดาห์เพื่อทราบถึงสภาพร่างกายว่าดีขึ้นหรือเลวลง

- **การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**

ในผู้สูงอายุจะพบว่าแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะตื่นง่าย หลับยาก ระยะเวลาในการนอนสั้น และชอบนอนช่วงกลางวัน ดังนั้นควรส่งเสริมการนอนหลับโดยการจัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก อุปกรณ์ที่ใช้ในการนอนหลับเช่น ที่นอน หมอน ต้องสะอาดเหมาะกับสรีระของผู้สูงอายุ ไม่นิ่มหรือแข็งเกินไป และอาจเปิดเพลงเบา ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สวดมนต์หรือทำสมาธิ รวมทั้งอาจดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ เช่น นมสด น้ำผลไม้ ก่อนนอน

จะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น (Bahr R.T. 1999 : 333 –335, Eliopoulos C. 1997 : 170 – 172) ผู้สูงอายุควรนอนหลับคืนละ 6 – 8 ชั่วโมง และนอนหลับในช่วงกลางวัน 1 – 2 ชั่วโมง (Eliopoulos C. 1997 : 170) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการนอนหลับ ไม่ควรซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง เพราะฤทธิ์ของยานอนหลับอาจไปขัดระยะของการนอนหลับ ทำให้หลับได้ไม่เต็มที่ ควรใช้เมื่อมีความจำเป็นและอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์

3.4 การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเกิดกับอวัยวะที่มีความหมายแสดงถึงการมีชีวิต ดังนั้นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยกับหัวใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ กลัวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และใน ผู้สูงอายุบางคนอาจรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ เป็นบุคคลไร้ค่าไม่มีความหมาย ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่นในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม เก็บตัวอยู่คนเดียว พบกับบุคคลอื่นน้อยลง และอาจทำให้เกิดความเครียด ซึ่งจะมีผลทำให้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุคลายกังวล สามารถดูแลตนเองภายใต้ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งการได้พบปะพูดคุยกับบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน วัยเดียวกัน มีกิจกรรมร่วมกัน โดยเฉพาะได้มีการปรึกษาปัญหาหรือเรื่องที่สนใจร่วมกัน ทำให้เกิดความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อบุคคลอื่น เกิดกำลังใจทำให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้

นอกจากนี้ครอบครัวมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำรงชีวิต แม้ว่าจะมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยที่ครอบครัวผู้สูงอายุต้องเข้าใจเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้คงไว้ซึ่งบทบาทของตน ได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้กับบุตรหลาน ชุมชนและสังคมที่อาศัยอยู่ มีโอกาสได้ทำงานที่สมกับวัยตามความสมัครใจ และได้ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองตามตามความเหมาะสม (ประคอง อินทรสมบัติ 2542 : 108 – 112) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมให้เข้ากับความสูงวัยของตน และเป็นผู้มีกิจกรรมสูงจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต มองตนเองมีคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม (Donlon B.C. 1999 : 12)

3.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ ผู้สูงอายุเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้ที่จะป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น คือ ป้องกันและหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงที่จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การควบคุมโรคที่เป็นสาเหตุนำทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคเหล่านี้ต้องอาศัยการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และลดความเครียดในวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งในการดำเนินชีวิตปัจจุบันผู้สูงอายุมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดมากมาก ทั้งจากทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยลง จากความเสื่อมของระบบต่าง ๆ และจากโรคที่เป็นอยู่

นอกจากนี้ในสภาพสังคมยุคนี้ ผู้สูงอายุมักถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังคนเดียว ลูกหลานแยกครอบครัวหรือไปทำงานที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุว้าเหว่ เงียบเหงา เบื่อหน่าย รวมทั้งการสูญเสียคู่สมรส ผู้ใกล้ชิด ญาติสนิท ทำให้ผู้สูงวัยสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ และจากการที่ไม่ได้ประกอบอาชีพทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความเครียดมาก จึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้จัดการกับความเครียดที่มีอยู่ ซึ่งสามารถทำได้โดยการผ่อนคลายความเครียดด้วยการสวดมนต์ทำสมาธิ ฝึกผ่อนลมหายใจหนักเบา ฟังเพลง อ่านหนังสือที่ชื่นชอบ รวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจ จะเป็นวิถีทางในการลดความเครียดได้เป็นอย่างดี ควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การเต้นของหัวใจผิดจังหวะ หัวใจวาย การเจ็บหน้าอกซ้ำ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจแตก ซึ่งผู้ป่วยสามารถสังเกตได้จากอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นดังนี้ เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์และพยาบาลสามารถปรับแบบแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม

1. อาการเหนื่อยง่าย เหนื่อยเพิ่มมากขึ้น ต้องนอนหนุนหมอนสูงขึ้น
2. อาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือไม่สบายในอก
3. หายใจไม่สะดวก หายใจไม่ทัน
4. ใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ
5. รู้สึกไม่สบาย แน่นอึดอัด หรือมีไข้
6. ชีพจรขณะนอนพักเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที
7. ช่วงดึกเมื่อหลับไปแล้วต้องลุกตื่นเนื่องจากแน่นหรือไม่สุขสบาย

3.6 การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้สูงอายุควรเรียนรู้วิธีการใช้ยาอย่างถูกวิธี รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอแม้ไม่มีอาการ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง และควรทราบผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน

3.7 การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูล และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องเข้าใจ ยอมรับที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้ข้อจำกัดของโรคที่เป็นอยู่ ต้องเรียนรู้ เข้าใจในโรค รวมทั้งแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้สูงอายุควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งการมาตรวจตามนัดจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลทราบปัญหาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมทันท่วงที และเมื่อมีข้อสงสัยในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุควรแสวงหาความรู้จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รวมทั้งคอยติดตามข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองว่าปฏิบัติกิจกรรมนั้นกี่ครั้งในการทำกิจกรรม 100 ครั้ง ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยทราบว่าผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอเพียงใด

ทฤษฎีการเรียนรู้

1. ความหมายการเรียนรู้

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่มีลักษณะค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน มีผู้รู้ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ดังนี้

การเรียนรู้ คือ กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรในลักษณะที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมซึ่งเกิดจากการฝึกฝน หมายถึง ถ้ามนุษย์เกิดการเรียนรู้จะทำให้คนนั้นมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างถาวร พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงนั้นต้องอาศัยการฝึกฝน มิได้เกิดตามธรรมชาติ (ทรงพล ภูมิพัฒน์ , 2538 : 88)

Hilgard and Bower (1996 :2) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่า เป็นขบวนการอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติ แต่ทั้งนี้ต้องไม่นับไปถึงผลของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมากจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ หรือสัญชาตญาณ หรือปฏิกิริยาสะท้อน การบรรลุวุฒิภาวะและการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของอินทรีย์ เช่น เกิดจากความเหนื่อยล้า พิษของยา เป็นต้น

De Cecco (De Cecco J.P. อ้างในปราณี รามสูต 2528 : 72) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร เป็นผลจากการให้ตัวเสริมแรงหรือการได้รับตัวเสริมแรง

อารี พันธ์มณี (2534 : 86) ให้ความหมายของการเรียนรู้ว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร และพฤติกรรมใหม่นี้เป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝน มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติ สัญชาตญาณ วุฒิภาวะ พิษยา อุบัติเหตุ หรือความบังเอิญ

ดังนั้นจะกล่าวโดยสรุปได้ว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร เกิดจากการได้รับการฝึกฝน หรือได้รับประสบการณ์ ซึ่งการเรียนรู้มีความสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทำให้เกิดการพัฒนา เกิดความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ หรือสภาพการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

2. กระบวนการเรียนรู้

การเรียนรู้ตามแนวคิดของฮัลล์ (อรนันท์ หาญยุทธ 2532:117) นั้นต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

2.1 สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า (stimulus) หมายถึง สิ่งต่าง ๆ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งเร้าอยู่รอบตัวผู้เรียน ได้แก่ ผู้เรียน บทเรียน แผ่นใส แผ่นพลิก กิจกรรม หนังสือ เป็นต้น สิ่งเร้านี้จะมากระตุ้นผ่านอวัยวะสัมผัส ซึ่งอาจสัมผัสโดยทางผิวหนัง ตา หู จมูก หรือลิ้นของผู้เรียน มีผลทำให้เกิดการตอบสนองออกมา ดังนั้นในการสอนผู้สอนต้องเตรียมการสอน โดยมีการวางแผน มาล่วงหน้า และคาดว่าสิ่งเร้าอะไรที่จะมีผลต่อการตอบสนองของผู้เรียน

การสอนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยควรคำนึงถึงองค์ประกอบเหล่านี้ โดยใช้สื่อการสอนประกอบเช่น ภาพสไลด์ และใช้หนังสือคู่มือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาเป็นสิ่งเร้าช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ รวมทั้งภาพต่าง ๆ ที่สื่อออกมา นอกจากนี้ต้องเข้าใจวัยสูงอายุด้วยว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสายตาและสีที่สามารถมองเห็นได้ชัด ซึ่งในการสร้างสื่อต้องคำนึงถึงขนาดของตัวอักษรรวมทั้งสีที่ใช้ด้วย

2.2 อินทรีย์ (organism) หมายถึง ผู้เรียนหรือผู้ที่แสดงพฤติกรรมการตอบสนองหลังจากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้านั้น ๆ เมื่อสิ่งเร้าผ่านมาทางอวัยวะสัมผัสของผู้เรียน ผู้เรียนจะต้องแปลสิ่งเร้าด้วย การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการให้ความหมาย ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่เกิดในตัวผู้เรียน ผู้สอนจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้เรียน โดยการศึกษาภูมิหลังของผู้เรียนก่อนว่าผู้เรียนคือใคร เพื่อให้การเตรียมเนื้อหาบทเรียน การจัดประสบการณ์ และกิจกรรมได้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน

2.3 การตอบสนอง (response) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของผู้เรียนที่แสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า การตอบสนองอาจแยกออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การตอบสนองในรูปความรู้ ความคิด ความจำ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การวิจารณ์ (Cognitive domain) ซึ่งแสดงออกมาโดยวิธีการพูด บอกหรือสรุปในเรื่องนั้น ๆ
2. การตอบสนองในรูปของความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม (Affective domain) โดยการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใส หรือแสดงความสนใจต่อบทเรียน
3. การตอบสนองในรูปของพฤติกรรมเชิงทักษะ หรือการเคลื่อนไหว การแสดงออกมาเป็นการกระทำ (Psychomotor domain) เช่น การจดบันทึก

ในการสอนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้นั้น ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญสามประการดังกล่าว หากขาดองค์ประกอบใดแล้ว การเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งผู้สอนต้องให้ความสำคัญโดยการจัดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าด้วยการเตรียมแผนการสอน กำหนดเนื้อหา วิธีสอน กิจกรรม เอกสารประกอบและสื่อการสอนที่เหมาะสมเอาไว้ ในด้านผู้เรียนนั้น ผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาภูมิหลัง เพื่อให้การเตรียมเนื้อหาการสอน การจัดประสบการณ์และกิจกรรมได้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และประการสุดท้าย ผู้สอนต้องกำหนดพฤติกรรมการตอบสนองที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงออก หลังจากได้รับการสอนเรื่องนั้น ๆ โดยการเขียนเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจน สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น ผู้วิจัยต้องการ

การตอบสนอง โดยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอตลอดไป

3. ขั้นตอนของกระบวนการเรียนรู้

กาเย่ (Gagne' อ้างใน อรนันท์ หาญยุทธ 2532: 117-118) ได้อธิบายกระบวนการเรียนรู้ว่าประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 การรับรู้ เป็นขั้นของการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ที่เข้ามาสัมผัสกับผู้เรียนโดยทางอวัยวะสัมผัสต่าง ๆ ผู้เรียนจะแสดงอาการตั้งใจที่จะรับรู้สิ่งต่าง ๆ เข้ามาโดยเลือกรับรู้เฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจหรือต้องการในขณะนั้น ในขณะเดียวกันก็จะมีการจัดหมวดหมู่ของสิ่งต่าง ๆ ที่รับรู้ และแปลความหมายออกมาโดยอาศัยสติปัญญาร่วมกับประสบการณ์เดิม ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลอาจแตกต่างกันได้ทั้งนี้ขึ้นกับความสมบูรณ์ของอวัยวะสัมผัส การแปลความหมายที่ถูกต้องและความตั้งใจ ซึ่งผู้สอนต้องตระหนักในสิ่งเหล่านี้

3.2 การรับความรู้ หลังจากที่ผู้เรียนแปลความหมายของสิ่งที่รับรู้แล้ว จะรับเอาไว้เป็นความรู้ใหม่ โดยเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางความรู้ คือ รู้ เข้าใจ เท่านั้น แต่ยังไม่แสดงพฤติกรรมการเรียนรู้ออกมาเป็นการกระทำจนกว่าจะมีโอกาส เช่น เมื่อถามจะสามารถตอบได้

3.3 การเก็บสะสมความรู้ เป็นขั้นเก็บสะสมความรู้ที่ได้รับมาเป็นความจำ ซึ่งสามารถนำออกมาใช้ได้ ความจำมีทั้งความจำระยะสั้น คือสามารถเก็บความรู้ไว้ได้นานถึง 30 นาที ถ้าเกิดกว่านี้ไปแล้วผู้เรียนจะลืม และความจำระยะยาว เป็นความจำที่สามารถเก็บความรู้ไว้ได้นานไม่มีกำหนดเวลา สามารถนำความรู้มาใช้ได้ตลอดเวลา แต่จะเลือนหายไปได้หลังจากมีสิ่งเร้าอื่น หรือความรู้อื่นเข้ามาแทนที่ การสอนที่ดีจึงควรสอนให้ผู้เรียนเกิดความจำระยะยาว เพราะจะเป็นปัจจัยสำคัญของการกระทำหรือการปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ

3.4 การนำความรู้ออกมาใช้ หลังจากที่ความรู้ถูกเก็บสะสมไว้เป็นความจำจะถูกเรียกออกมาใช้ในลักษณะของการระลึกบอกและทำได้ในสิ่งที่เรียนมา ซึ่งการปฏิบัติหรือกระทำได้นี้ถือเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้

การที่ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (ประเมิน นวลเทศ 2537 :29-31)

4.1 ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่เกิดภายในตัวผู้เรียนได้แก่

- **บุคลิกภาพ** เป็นลักษณะเฉพาะบุคคล ซึ่งเป็นผลรวมจากพันธุกรรมและประสบการณ์ทั้งหมดของบุคคลนั้น เช่น อารมณ์ ความสามารถ ทักษะ ความเข้าใจ อุปนิสัย บุคลิกภาพของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกันจึงมีผลต่อการเรียนรู้ เช่นคนที่มีลักษณะช่างสังเกต ช่างซักถาม จะเรียนรู้ได้ดีกว่าคนที่ขาดคุณลักษณะดังกล่าว

- **วุฒิภาวะและความพร้อม** ถ้าผู้เรียนยังไม่มีวุฒิภาวะและความพร้อมแล้ว ผู้เรียนจะไม่สามารถเรียนรู้หรือปฏิบัติในสิ่งที่เรียนได้ มีผู้วิจัยพบว่าเชาว์ปัญญาของบุคคลจะเพิ่มไปได้เรื่อย ๆ จนกระทั่งอายุ 50 ปีจึงจะคงที่ และลดลงอย่างรวดเร็วในระยะก่อนเสียชีวิตหนึ่งเดือน ส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีความเสื่อมของประสาทสัมผัสมากขึ้น จึงรับรู้ข้อมูลได้ช้าลง การให้ความรู้หรือสอนต้องไม่ซับซ้อนมากและค่อย ๆ ให้ข้อมูล (Kick 1989 อ้างใน สายชล จันทร์วิจิตร 2539 : 31)

- **แรงจูงใจภายใน** หมายถึง การที่บุคคลมองเห็นคุณค่าที่จะกระทำด้วยความตั้งใจ เชื่อกันว่าแรงจูงใจทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุด แรงจูงใจประเภทนี้ได้แก่ ความสนใจพิเศษ ความต้องการ และเจตคติ ซึ่งต้องอาศัยความสามารถของผู้สอนในการจัดบทเรียน และวิธีการสอนให้ผู้เรียนเห็นคุณค่า เกิดความสนใจ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนได้

- **ความสามารถทางสติปัญญา** ความสามารถทางสมองในการเรียนรู้ เช่น การคิด การจำ การรับรู้ การใช้เหตุผล ในการจัดการเรียนการสอนจึงต้องคำนึงถึงความสามารถทางสติปัญญาของผู้เรียนแต่ละคน

- **ประสบการณ์หรือความรู้เดิม** อาจเป็นประสบการณ์ในการศึกษาหรือ ประสบการณ์ชีวิตก็ได้ ผู้ที่มีความรู้เดิมหรือมีการศึกษาสูงกว่า มักจะเรียนรู้ได้เร็วและง่ายกว่า ดังนั้นในการเรียนการสอนจึงควรมีการประเมินประสบการณ์เดิมของผู้เรียนก่อน

- **สภาพร่างกายและจิตใจ** ถ้ามีความเจ็บป่วยหรือมีสภาพร่างกายไม่พร้อม เช่นมีอาการปวด อ่อนเพลีย หิวเป็นต้น จะทำให้ขาดความสนใจในการเรียน เพราะมุ่งแต่สนใจ สภาพร่างกายของตน สภาพจิตใจที่มีความกลัว โกรธ กังวลสูง ฯลฯ เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ได้เช่นกัน ก่อนสอนถ้าพบว่าผู้เรียนยังไม่พร้อมควรให้เวลาแก่ผู้เรียนเพื่อให้อารมณ์เหล่านี้บรรเทาลงก่อน

4.2 ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยที่เกิดจากการจัดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าที่อยู่นอกตัวผู้เรียน โดยบุคคลอื่นเป็นผู้ทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้แก่

- **บทเรียน** ลักษณะของบทเรียนที่แตกต่างกันจะมีความหมายต่อการเรียนรู้มาก ดังนั้นผู้สอนต้องคำนึงถึงความยากง่าย ความยาว และความมีคุณค่าของบทเรียนนั้น ๆ ด้วย

- **วิธีการสอน** วิธีการสอนมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การสอนแบบบรรยาย การสาธิต การสอนรายบุคคล เป็นต้น ในการส่งเสริมการเรียนรู้ผู้สอนต้องเลือกวิธีสอนที่เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอนตรงตามสภาพความพร้อม ความสนใจของผู้เรียนและเป็นวิธีสอนที่ดึงดูดความสนใจ

- **ผู้สอน** ควรเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพเหมาะสมในการเป็นครู มีความรู้ดีในเรื่องที่สอน มีความสามารถในการสอน จะทำให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้

- **แรงจูงใจภายนอก** การช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่ดีผู้สอนต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจที่จะเรียนหรือปฏิบัติด้วย เช่น การให้รางวัล การชมเชยเป็นต้น

- **การเสริมแรง** การเสริมแรงมีทั้งทางบวกและทางลบ แต่มักใช้การเสริมแรงทางบวก เช่น คำชมเชย เป็นต้น ในการสอนผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีภาวะทั้งทางกายและใจนั้น ในขณะเรียนรู้นั้น ผู้ป่วยจะต้องการคำตอบหรือได้รับการยืนยันจากผู้สอนว่า การกระทำนั้นถูกต้องหรือไม่ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเรียนรู้ ผู้สอนต้องเสริมแรงทันที

- **สิ่งแวดล้อมหรือบรรยากาศในการเรียน** ได้แก่ สถานที่เรียน แสงสว่าง อุณหภูมิ เสียงรบกวน ในผู้สูงอายุสถานที่ต้องสว่างเพียงพอ นอกจากนี้ต้องไม่มีเสียงรบกวนเพราะผู้สูงอายุการมองเห็นและการได้ยินลดลง และควรมีบรรยากาศเป็นกันเอง

▪ **การฝึกฝน** การที่ผู้เรียนได้กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำ ๆ ย่อมทำให้เกิดทักษะ ในสิ่งนั้น และควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดริเริ่มด้วย

ดังนั้นการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องคำนึงถึงปัจจัยภายในและภายนอกของผู้สูงอายุ รวมทั้งต้องเข้าใจในวัยสูงอายุที่มีความเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่มีผลต่อการเรียนรู้

5. ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่

โนลส์ (Knowles M.S., 1978) ได้สรุปพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

1. ความต้องการและความสนใจ (Needs and interests) ผู้ใหญ่จะถูกชักจูงให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี ถ้าหากว่าตรงกับความต้องการและความสนใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา ผู้ใหญ่จะเกิดความพึงพอใจ เพราะฉะนั้นควรจะมีการเริ่มต้นในสิ่งเหล่านี้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมทั้งหลาย เพื่อให้ผู้ใหญ่เกิดการเรียนรู้จะต้องคำนึงถึงสิ่งนี้ด้วยเสมอ

2. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่ (Life Situations) การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะได้ผลดีถ้าหากถือเอาตัวผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางในการเรียนการสอน ดังนั้นการจัดหน่วยการเรียนที่เหมาะสมเพื่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ควรจะยึดถือสถานการณ์ทั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับชีวิตผู้ใหญ่เป็นหลักสำคัญมิใช่ตัวเนื้อหาวิชาทั้งหลาย

3. การวิเคราะห์ประสบการณ์ (Analysis of Experience) เนื่องจากประสบการณ์เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีคุณค่ามากที่สุดสำหรับผู้ใหญ่ ดังนั้น วิธีการหลักสำหรับการศึกษาผู้ใหญ่ ก็คือการวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ของผู้ใหญ่แต่ละคนอย่างละเอียดว่ามีส่วนไหนของประสบการณ์ที่จะนำมาใช้ในการเรียนการสอนได้บ้าง แล้วจึงหาทางนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อไป

4. ผู้ใหญ่ต้องการเป็นผู้นำตนเอง (Self - Directing) ความต้องการที่อยู่ในส่วนลึกของผู้ใหญ่คือการมีความรู้สึกต้องการที่จะสามารถนำตนเองได้ ผู้สอนจึงควรอยู่ในกระบวนการสืบหาหรือค้นหาคำตอบร่วมกันกับผู้เรียนมากกว่าการทำหน้าที่ส่งผ่านหรือเป็นสื่อสำหรับความรู้ แล้วทำหน้าที่ประเมินผลว่า ผู้เรียนคล้อยตามหรือไม่เพียงเท่านั้น

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคล (Individual Difference) ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ในแต่ละบุคคลเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการสอนผู้ใหญ่จะต้องจัดเตรียมการในด้านนี้อย่างดี เช่น รูปแบบของการเรียนการสอน เวลาที่ได้ทำการสอน สถานที่สอน และประการสำคัญคือความสามารถในการเรียนรู้ในแต่ละขั้นของผู้ใหญ่ ย่อมเป็นไปตามความสามารถของผู้ใหญ่แต่ละคน

ดังนั้นจากแนวคิดของโนลส์ การจัดการสอนแบบมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุ ผู้สอนควรเป็นผู้อำนวยความสะดวก และควรคำนึงถึงความต้องการและความสนใจ รวมทั้งนำประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาเชื่อมโยงให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ควรมีการจัดเตรียม แผนการสอน เวลา สถานที่ให้พร้อม รวมทั้งควรเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

การสอนแบบมีส่วนร่วม (Participatory teaching)

การมีส่วนร่วม (Participation) ตามความหมายของ Webster Dictionary ระบุว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การร่วมมือกัน การเป็นหุ้นส่วนกัน (Webster 1782) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังหมายถึง การได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ การให้บริการ หรือการประเมินผลการบริการ รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมปรึกษาปัญหาต่าง ๆ (Brownlea 1987 อ้างใน Jewell S.E.1994 : 433 – 438)

การสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นการนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการจัดการสอน จากทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้มีผู้นำไปประยุกต์ใช้ในศาสตร์หลายสาขา ซึ่งนักปรัชญาทางการศึกษาดิวอี้ Dewey (1963) ได้ใช้พื้นฐานการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอนมากขึ้น โดยผู้สอนคอยกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหา และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ต่อมา โคลบ์ (Klob, 1991) ได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และได้เสนอวงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ

ตามแนวคิดของโคล์บ มุ่งสอนให้ผู้เรียนเรียนเพื่อเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดความคิดที่ซับซ้อนมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีแรงจูงใจในการเรียน

มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ได้มี ผู้นำรูปแบบแนวคิดของโคล์บไปใช้ในการสอนและการฝึกอบรมต่าง ๆ ซึ่งการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมและยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางนั้นมีหลายชื่อด้วยกัน เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (Prior Learning) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ในด้านการเรียนการสอนนั้น การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการนำเสนอมิติใหม่ของการเรียนการสอน ที่เรียกว่า "การศึกษา 100%" หมายถึง การเรียนรู้เต็ม 100 % ของเวลาของผู้เรียน โดยมีผู้สอนเป็นผู้จัดการให้เกิดการเรียนรู้ให้เต็มร้อย เน้นศูนย์กลางการเรียนรู้ที่ผู้เรียน การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การที่ผู้เรียนแต่ละคนมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วม คือ การที่ผู้เรียนเอาจิตใจร่วมกันทำให้ตัวของเขาเกิดการเรียนรู้ในสิ่งที่ผู้สอนอยากจะให้รู้ (สุมณฑา พรหมบุญและคณะ, 2541)

1. องค์ประกอบของการสอนแบบมีส่วนร่วม

องค์ประกอบของการสอนแบบมีส่วนร่วมที่สำคัญมีอยู่ 4 ประการดังนี้

1.1 ประสบการณ์ (Experience) เป็นขั้นตอนที่ครูผู้สอน พยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนออกมาใช้ในการเรียนและแบ่งปันประสบการณ์ของตนกับเพื่อน ๆ ที่อาจมีประสบการณ์คล้ายหรือแตกต่างกัน

1.2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย (Reflect and Discussion) เป็นขั้นตอนที่ ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งผู้สอนจะเป็นผู้กำหนดประเด็นวิเคราะห์ วิจารณ์ ผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของผู้อื่นที่แตกต่างไปจากตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น และผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปรายจะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย และผู้เรียนได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม

1.3 ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (Understanding and Conceptualization) เป็นขั้นตอนการสร้างความเข้าใจ และนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจจะเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม และผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือผู้สอนอาจนำทางแล้วผู้เรียนสานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

1.4 การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experiment or Application) เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้เรียนเอง

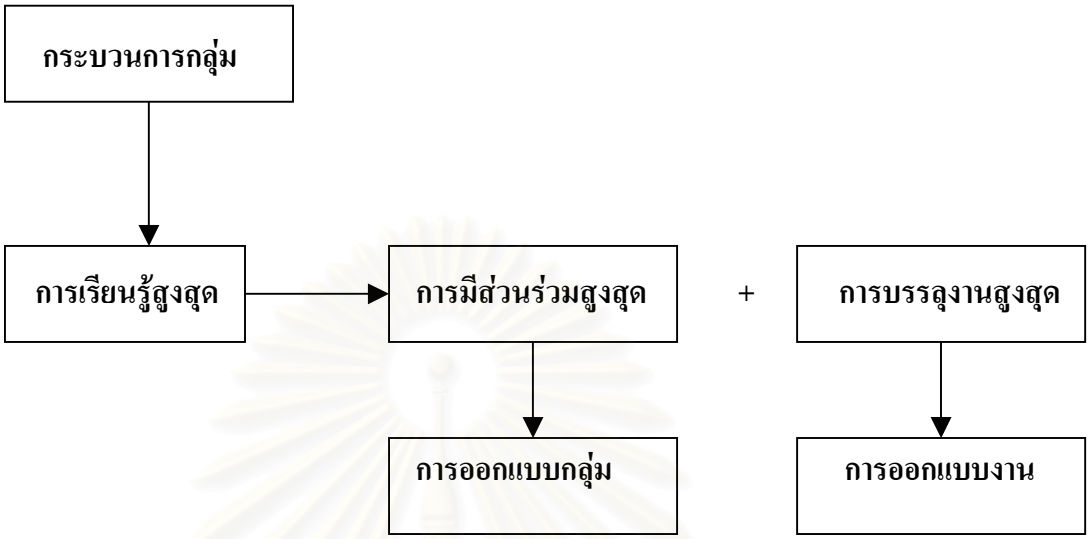
2. หลักการเรียนรู้พื้นฐานของการสอนแบบมีส่วนร่วม

การสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นการนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการสอน ซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างได้แก่ (Rankin S.H. and Stalling K.D. 1990 : 197-198 , วัฒนาพร ระงับทุกข์ 2542 : 41 - 42)

2.1 การเรียนรู้ประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะสำคัญ 5 ประการดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายและต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active Learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นก่อเกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ การพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์การเรียนรู้

2.2 กระบวนกลุ่ม (Group Process) วิธีการสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุก ๆ องค์ประกอบ คือ กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยน และแบ่งปันประสบการณ์ ได้สะท้อนความคิดและอภิปราย ได้สรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุผลงานสูงสุด



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบของกระบวนการกลุ่ม (วัฒนาพร ระงับทุกข์ 2542 : 41 – 42)

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) การมีส่วนร่วมสูงสุดของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุดคือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉนั้นผู้สอนจึงต้องพิจารณาจำนวนผู้เรียนให้เหมาะสม

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Perfomance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ในแผนการสอน

3. การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด

ผู้สอนต้องพิจารณาออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมกับผู้เรียน และกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดดังต่อไปนี้ (วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542 : 41 - 42)

ตารางที่ 1 การออกแบบกลุ่มเพื่อการมีส่วนร่วมสูงสุด (วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542 : 41 - 42)

ประเภทกลุ่ม	ความหมาย	ข้อดี	ข้อจำกัด
กลุ่ม 2 คน (Pair Group)	ผู้เรียนจับคู่กันทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย	ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความเห็นหรือปฏิบัติ	ขาดความหลากหลายทางความคิดและประสบการณ์
กลุ่ม 3 คน (Triad Group)	ผู้เรียนจับกลุ่ม 3 คนแต่ละคนมีบทบาทที่ชัดเจนและหมุนเวียนบทบาทกัน	ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามบทบาทและสามารถเรียนรู้ได้ครบทุกบทบาท	ขาดความหลากหลายและความกระจ่างชัดไปบ้าง อาจใช้เวลามาก
กลุ่มย่อยระดมสมอง (Buzz Group)	เป็นการรวมกลุ่ม 3 - 4 คนขึ้นชั่วคราวเพื่อแสดงความเห็นโดยไม่ต้องการข้อสรุป	ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกันในเวลาสั้น ๆ และไม่ต้องการข้อสรุป	ขาดความลึกซึ้ง
กลุ่มปิรามิด (Pyramid Group)	รวบรวมความคิดเห็นเริ่มจากกลุ่ม 2 - 4 คน ทวีขึ้นไปเป็นขั้นๆ จนครบทั้งชั้น	สร้างความตระหนักและเข้าใจในความรู้สึกนึกคิดของแต่ละกลุ่มหรือฝ่าย	ขาดข้อสรุปและความลึกซึ้ง
กลุ่มเล็ก (Small Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 5 - 6 คนทำกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจน ลุล่วง	ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและอภิปรายอย่างลึกซึ้งจนได้ข้อสรุป	ใช้เวลามาก
กลุ่มแบ่งย่อย (Subgroup)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอนจากกลุ่ม 8 - 12 คนแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 - 4 คนเพื่อให้ทำงานกลุ่มละอย่าง (ที่ไม่เหมือนกัน) จากนั้นให้กลับมารวมกันเพื่อบูรณาการ	ผู้เรียนแบ่งหน้าที่กันทำงาน เมื่อทำเสร็จแล้วจะมาสรุปความเห็นในกลุ่มโดยไม่มีวิทยากรประจำกลุ่ม	ในการทำงานกลุ่มใหญ่ต้องใช้วิทยากรประจำกลุ่มช่วยดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์
กลุ่มไขว้ (Cross-over Group)	เป็นการจัดกลุ่ม 2 ขั้นตอน โดยแยกให้ผู้เรียนทำกิจกรรมเฉพาะบางกลุ่มจนมีความเชี่ยวชาญ จากนั้นจึงให้คนจากแต่ละกลุ่มมารวมกันเป็นกลุ่มใหม่เพื่อบูรณาการ	ต้องการให้ผู้เรียนใช้ศักยภาพของตนเองในการสร้างความรู้ ผู้เรียนจะมีส่วนร่วมและได้เนื้อหาความรู้มาก	ใช้เวลามาก อาจมีความรู้ที่ตกหล่น

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบกลุ่มเป็นกลุ่ม 3 คน เนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในแต่ละช่วงมีจำนวนไม่แน่นอน ผู้วิจัยได้สำรวจเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยพบว่าผู้สูงอายุที่จะจำหน่ายกลับบ้านในช่วงเวลาใกล้เคียงกันประมาณ 3 – 4 คน ดังนั้นรูปแบบที่เหมาะสมในการวิจัยจึงใช้รูปแบบกลุ่ม 3 คน ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทและความสามารถครบทุกบทบาทแล้ว ผู้สูงอายุยังได้ทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่หลากหลายมากกว่าการใช้กลุ่มที่มีจำนวน 2 คน และผู้สอนยังช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและมีส่วนร่วมตลอดเวลาได้มากกว่าการใช้รูปแบบกลุ่มที่มีจำนวนผู้ร่วมกลุ่มมาก

4. การออกแบบงานเพื่อบรรลุงานสูงสุด

แม้ว่าการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่หลากหลาย จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมได้มาก แต่ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง เช่น ในเรื่องเวลาที่ใช้ ความลึกซึ้งหรือความหลากหลายในประเด็นการอภิปราย หัวใจสำคัญของการบรรลุงานสูงสุดจึงอยู่ที่การออกแบบงานซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญของการกำหนดงาน 3 ประการคือ (วัฒนาพร ระงับทุกข์ 2542 : 41 - 42 , คณะทำงานระดับจังหวัด สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ 2540 : 21 - 30)

1. กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยเพียงใดเมื่อบรรลุงานแล้วให้ทำอะไรต่อ เช่น เตรียมเสนอผลงานหน้าชั้น

2. กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกที่ชัดเจน โดยทั่วไปการกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อยควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่แตกต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายการเรียนรู้โดยใช้เวลาน้อยและไม่น่าเบื่อ การกำหนดบทบาทให้แต่ละกลุ่มทำงานยังรวมถึงการกำหนดบทบาทสมาชิกในกลุ่มด้วย

3. มีโครงสร้างของงานที่ชัดเจน ซึ่งระบุรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ผู้สอนชี้แจงแก่ผู้เรียนหรือทำเป็นใบงานซึ่งประการหลังจะเหมาะกับการจัดกิจกรรมแบบกลุ่มย่อยที่ต้องการทำงานให้มีผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่ม

จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้จากผู้สอนซึ่งเน้นเนื้อหาวิชาการเป็นหลักในการสอนย่อมไม่เหมาะสมสำหรับการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพในปัจจุบัน และอาจล้าสมัยในเวลาไม่นานนัก โดยเฉพาะการสอนของพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยนั้น พยาบาลมักเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ตามหลักวิชาการ ถ้ามีการนำรูปแบบการสอนที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมาเป็น

ยุทธวิธีในการสอน จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในเนื้อหาการสอนมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง ได้รับทักษะการแสวงหาความรู้ ทักษะการบันทึกความรู้ ทักษะการคิด ทักษะการจัดการกับความรู้ ทักษะการแสดงออก ทักษะการสร้างความรู้ใหม่ ทักษะการทำงานกลุ่ม

นอกจากนี้ส่วนหนึ่งในสิทธิผู้ป่วยอันพึงได้รับในฐานะผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลที่องค์กรสากลได้เสนอไว้นั้น คือการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์ พยาบาล หรือการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย เพื่อที่จะให้ความยินยอมก่อนให้การรักษา (อรรถจินดา ดีผดุง , 2536) จะเห็นได้ว่ารูปแบบการให้ความรู้โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเป็นการเคารพในสิทธิของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการนำความรู้ที่ได้ไปปรับให้เข้ากับสภาพของตน สภาพโรคที่เป็นอยู่อื่น และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอื่น และต่อสังคมในโอกาสต่อไป

สื่อการสอน

สื่อการสอน (Instruction media) หมายถึงตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน และทำให้การเรียนการสอนนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เป็นอยางดี สื่อการสอนช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม จากการที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น เพราะผู้เรียนได้อาศัยสัมผัสทั้ง 5 คือ จมูก ลิ้น กาย หู และตา ช่วยในการรับข้อมูล (พรพิมล อุปถัมภ์, 2530)

สื่อการสอนแต่ละชนิดมีจุดประสงค์และวิธีการใช้ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเรื่องที่สอน ผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสภาพการณ์ที่แตกต่างกันไป สื่อการสอนที่นิยมในปัจจุบันมีหลายชนิด เช่น แผ่นภาพพลิก เทปเสียง เทปโทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ช่วยสอน สไลด์ หนังสือคู่มือ เป็นต้น (พรพิมล อุปถัมภ์,2530 ; วารินทร์ บินโอเซ็น, 2536) ซึ่งสื่อเหล่านี้ล้วนมีประโยชน์มากมายสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจเนื้อหาได้แจ่มแจ้งในระยะเวลาสั้น ทำให้มีความรู้กว้าง และเกิดการเรียนรู้ที่คงทน

2. ทำให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ร่วมกัน มีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาเดียวกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้ ความเข้าใจระหว่างกัน ทำให้สามารถเข้าใจในบทเรียนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

3. ทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน เนื่องมาจากการใช้ภาพหรือวัตถุตัวอย่างในการประกอบการสอน ย่อมทำให้ผู้เรียนสนใจ มีความเข้าใจและอยากเรียนรู้มากขึ้น ทำให้เกิดการซักถาม และตอบปัญหา

4. สร้างเสริมความคิดสร้าง สรรให้แก่ผู้เรียน เนื่องจากผู้เรียนได้เห็นภาพทำให้เกิดความเข้าใจและติดตามได้รวดเร็ว ก่อให้เกิดแนวคิดใหม่ ๆ มากขึ้น

5. สร้างเสริมนิสัยที่ดีในการค้นคว้าหาความรู้ เช่น เอกสารแผ่นพับ หรือใบปลิวที่ผู้เรียนได้อ่าน ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ พยายามค้นคว้าเพิ่มมากขึ้น

6. ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทางที่ปรารถนาได้ เมื่อผู้เรียนได้รับความรู้ และมีความเข้าใจดี ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติตาม

สื่อการสอนที่นำมาใช้ในการสอนผู้ป่วยบนหอผู้ป่วยมีหลายประเภทด้วยกันได้แก่

1. แผ่นภาพพลิก เป็นแผ่นภาพขนาดพอเหมาะ โดยทั่วไปมีขนาดกว้าง 18 นิ้ว ยาว 20 นิ้ว จำนวนของแผ่นภาพพลิกแล้วแต่เนื้อเรื่องที่สอน ในแต่ละแผ่นภาพประกอบด้วยภาพและ/ หรืออักษรบรรยาย ปกหน้าและปกหลังเป็นปกแข็ง ใช้ตั้งได้บนโต๊ะมีแกนยึดตรงกลางไม่ให้พับเข้าเมื่อตั้ง (พรพิมล อุปถัมภ์,2530)

ข้อดีของแผ่นภาพพลิก คือใช้ง่าย พกพาง่าย ไม่ว่าสถานที่แบบใดก็ใช้ได้ ง่ายต่อการดู มีสีสันสวยงาม ขั้นตอนการผลิตไม่ยุ่งยาก ราคาไม่แพง

ข้อจำกัดของแผ่นภาพพลิก คือ ใช้ไม่ได้ทุกเนื้อหา เช่นเมื่อต้องการให้เห็นภาพจริงหรือใช้ในการสาธิตให้เห็นภาพ ใช้กับผู้เรียนกลุ่มใหญ่ไม่ได้ เพราะอาจมองไม่เห็น คุณค่าความสนใจอาจขึ้นอยู่กับผู้สอน เช่น ผู้สอนที่พูดชัดเจน มีการเว้นจังหวะ เน้นเสียงจะทำให้ผู้เรียน สนใจมากกว่าซึ่งถ้าผู้สอนบรรยายไปเรื่อย ๆ ไม่มีจังหวะเน้น พูดไม่ชัดเจน ผู้เรียนอาจเบื่อและหมดความสนใจในเนื้อหาที่สอน ถึงแม้ว่าภาพพลิกนั้นจะจัดทำมาอย่างดีและสวยงามเพียงใดก็ตาม

2. เทปเสียง เป็นสื่อที่บันทึกความจริงของเนื้อหาที่สอนในรูปของเสียง ซึ่งผู้เรียนจะรับรู้ได้โดยการใส่เทปบันทึกเสียงลงในเครื่องเล่นเทปแล้วเปิดฟัง สำหรับในโรงพยาบาลมักจัดในรูปเสียงตามสายกระจายความรู้ให้ผู้ป่วยทราบทางลำโพงทั่วโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่สนใจอาจจะยืมเทปไปฟังแล้วนำมาคืน ซึ่งแล้วแต่นโยบายของโรงพยาบาล (วารินทร์ รัศมีพรหม ,2531)

ข้อดีของเทปเสียง คือ ผู้เรียนสามารถย้อนกลับมาฟังในประโยคที่ฟังไม่ทัน สามารถนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้านหรือที่เตียงผู้ป่วยได้ ถ้าไม่ต้องการให้เสียงดังรบกวนผู้อื่นสามารถใช้หูฟังได้ ผลิตง่าย สามารถผลิตและจำหน่ายได้

ข้อจำกัดของเทปเสียง คือ คุณภาพของสื่อขึ้นกับคุณภาพของเทป ซึ่งบางยี่ห้อมีอายุการใช้งานสั้น ใช้ได้ไม่กี่ครั้งเทปอาจยืดจนฟังเนื้อหาได้ไม่ชัดเจน ไม่สามารถทำให้เห็นภาพจริง หรือใช้ในการสาธิตให้เห็นภาพไม่ได้ และบางโรงพยาบาลไม่มีนโยบายที่อนุญาตให้ผู้ป่วยยืม นอกจากนี้ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่ไม่มีอุปกรณ์ในการฟังเทปก็ไม่สามารถใช้ได้ ซึ่งอาจจะแก้ไขโดยการให้ยืมเครื่องเล่นเทปและหูฟังได้ แต่ในการปฏิบัติจริงไม่เป็นที่นิยมแพร่หลาย

3. เทปโทรทัศน์ เป็นสื่อวัสดุที่บรรจุข้อมูลไว้ในตัวเอง เมื่อจะใช้ต้องอาศัยอุปกรณ์ 2 ชนิดด้วยกันคือ เครื่องรับโทรทัศน์ และเครื่องเล่นวีดีโอเทป การผลิตสื่อประเภทนี้ต้องเขียนบทและหาตัวแสดงประกอบ (วารินทร์ รัศมีพรหม ,2531)

ข้อดีของเทปโทรทัศน์ คือ ใช้ง่าย สะดวก ฉายซ้ำได้หลายรอบ ปรับให้ภาพช้าหรือเร็วได้ หรือเลือกภาพที่ต้องการดูซ้ำได้ เร้าความสนใจ และดึงดูดใจ กระตุ้นผู้เรียนได้ดี เพราะมีสีสมจริง มีการเคลื่อนไหว

ข้อจำกัดของเทปโทรทัศน์ คือ ใช้ต้นทุนสูงทั้งในการจ้างตัวแสดง และอุปกรณ์จัดฉายก็มีราคาสูง มักมีในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถนำกลับไปดูที่บ้านได้

4. คอมพิวเตอร์ช่วยสอน เป็นการสอนโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อ โดยผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้เนื้อหาของบทเรียนจากเทคนิคสื่อประสมที่ประกอบด้วย ข้อความ ภาพนิ่ง ภาพกราฟิกที่เคลื่อนไหว สีสัน และเสียง การมีปฏิสัมพันธ์หรือการโต้ตอบกับเครื่องคอมพิวเตอร์ การได้รับผลป้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ (นงค์คราญ เรืองจิตต์,2542)

ข้อดีของคอมพิวเตอร์ช่วยสอน คือ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล เลือกบทเรียนและวิธีการเรียนได้หลายแบบ ผู้เรียนสามารถเลือกเรียนได้ตามเสรีคนที่ฉลาดเรียนรู้เร็วสามารถเรียนไปโดยไม่ต้องรอคอย สามารถติดตามความก้าวหน้าในการเรียนได้ สามารถเรียนที่ใดก็ได้ตามต้องการถ้ามีเครื่องคอมพิวเตอร์ที่บ้าน มีภาพและสีสัน รวมทั้งเทคนิคที่ใช้ในการสร้างเป็นแรงดึงดูดให้ผู้เรียนสนใจ

ข้อจำกัดของคอมพิวเตอร์ช่วยสอน คือ เป็นสื่อที่มีราคาแพงมาก ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจไม่สามารถใช้สื่อประเภทนี้ได้ การผลิตมีต้นทุนสูง และการนำมาใช้ในหอผู้ป่วยหรือโรงพยาบาลต้องใช้ต้นทุนในการติดตั้งเครื่องคอมพิวเตอร์สูง รวมทั้งการดูแลรักษายุ่งยากซับซ้อน ยิ่งถ้ามีผู้ป่วยมาใช้มากอาจทำให้คอมพิวเตอร์ชำรุดเร็ว นอกจากนี้ผู้ป่วยบางท่านยังไม่มีความชำนาญในการใช้คอมพิวเตอร์ ทำให้เกิดความสนใจน้อย หรือสนใจแต่ใช้ไม่เป็น และการเรียนการสอนแต่ละครั้งใช้กับผู้เรียนได้ไม่เกิน 1 – 2 คน รวมทั้งในพื้นที่ห่างไกลระบบสาธารณูปโภคอาจใช้ไม่ได้

5. สไลด์ เป็นภาพชนิดโปร่งแสง ทำจากฟิล์มชนิดสีหรือขาวดำก็ได้ ขนาดของสไลด์ที่นิยมใช้ในการเรียนการสอนคือ ขนาด 2 นิ้ว x 2 นิ้ว ซึ่งผลิตได้ไม่ยากนัก เพียงแต่ต้องมีความสามารถในการถ่ายรูปเท่านั้น นอกจากนี้ยังนำมาใช้ได้ง่าย และมีผู้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง (พรพิมล อุปถัมภ์,2530 ; วารินทร์ รัศมีพรหม ,2531)

ข้อดีของการใช้สไลด์ คือ เปลี่ยนบรรยากาศในการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นและดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้มากขึ้น ทำให้เห็นทั้งภาพและเสียงที่สัมพันธ์กัน เป็นเรื่องราวต่อเนื่องก่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ภาพและเสียงประกอบทำให้ผู้เรียนเกิดความจำได้ดียิ่งขึ้นและยาวนานกว่าการใช้สื่อเพียงอย่างเดียว และก่อให้เกิดความรู้สึกว่าผู้เรียนได้มีประสบการณ์ร่วมกัน รวมทั้งสามารถนำมาใช้เป็นสื่อในการเรียนแบบเอกัตบุคคล การเรียนเป็นกลุ่ม และการเรียนการสอนในศูนย์การเรียนได้ เนื่องจากสามารถปรับขนาดของภาพบนจอให้ใหญ่ หรือเล็กตามความต้องการ และสามารถนำมาดูซ้ำได้อีกเมื่อต้องการทบทวน เตือนความทรงจำ หรือเพื่อการประเมินผล สไลด์ที่ผลิตขึ้นโดยมีหลักการที่ดี วางแผนเป็นอย่างดี ผลิตเป็นอย่างดี มีทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีทางจิตวิทยาอยู่เบื้องหลัง จะก่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพที่ดีมาก ขั้นตอนการผลิตไม่ยุ่งยาก ประหยัดงบประมาณ

ข้อจำกัดของการใช้สไลด์ คือ สามารถใช้ได้เฉพาะในสถานที่ที่มีอุปกรณ์ประกอบพร้อม คือ เครื่องฉายสไลด์ การฉายต้องทำในห้องที่มีแสงสว่างน้อย ภาพจึงจะชัดเจน ดังนั้นการเรียนการสอนจึงต้องจัดในสถานที่ที่เหมาะสม

6. หนังสือคู่มือ เป็นสิ่งพิมพ์ทางการศึกษาชนิดหนึ่ง ที่มีเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์กับ ผู้อ่านตามหัวข้อที่นำเสนอ มีภาพประกอบความจำ มีรูปเล่มสวยงาม ใช้เป็นกุญแจสำหรับไขเมื่อเกิดความข้องใจ ต้องการคำอธิบาย ต้องการให้เฉลยปัญหา ต้องการหาความรู้บางอย่างให้ได้คำตอบชัดเจนรวดเร็ว หรือใช้ทบทวนความรู้ (วารินทร์ บินโอเซ็น, 2536)

ข้อดีของหนังสือคู่มือ คือ มีเนื้อหาสาระตรงตามจุดประสงค์ที่ผู้เรียนต้องการทราบ สามารถใช้เป็นสื่อหลักและสื่อประกอบในการสอนได้ ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ไม่จำกัดเวลาตายตัว อ่านเมื่อใดก็ได้ที่ต้องการ พกพาสะดวก รูปเล่มสวยงามมีภาพประกอบดึงดูดความสนใจ ขนาดของตัวอักษรสามารถปรับตามความเหมาะสมกับวัยของผู้เรียน และเป็นสื่อที่ลงทุนน้อย ประหยัด เผยแพร่ง่าย

ข้อจำกัดของหนังสือคู่มือ คือ ต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา บอบบาง ไม่ทนทานในการใช้งาน

ดังนั้นการสอนให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้เรียนนั้น ผู้สอนควรจัดสื่อการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่จะสอน ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มผู้เรียน คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งในวัยนี้ มีความเสื่อมของอวัยวะรับสัมผัส ผู้สอนต้องจัดสื่อการสอนให้เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน ในการวิจัยผู้วิจัยจึงเลือกสื่อประเภทภาพสไลด์มาประกอบการสอน เนื่องจากภาพสไลด์เป็นภาพที่ถ่ายจากภาพจริง มีหลาย ๆ ภาพที่ประกอบเป็นเรื่องสั้น ๆ และเรียงลำดับภาพตามเนื้อเรื่องที่สอน ผู้สอนยังสามารถเลือกเน้นตอนสำคัญ ๆ ได้ในระหว่างการสอน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เรียนสามารถซักถามข้อสงสัยได้ทันทีในเรื่องที่สงสัย และผู้เรียนยังสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้แก่กันและกัน เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการทำกิจกรรมกลุ่ม พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นนอกจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และจากลักษณะภาพที่เหมือนภาพจริงทำให้ง่ายต่อการจำ รวมทั้งดึงดูดให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือคู่มือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ไว้ใช้เป็นกุญแจไขข้อข้องใจในปัญหาการดูแลตนเอง และสามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้ทบทวนการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน และคู่มือยังเก็บรักษาง่าย พกพาได้สะดวก ซึ่งในการออกแบบหนังสือคู่มือนั้นควรออกแบบให้จูงใจผู้อ่าน มีเนื้อหาสาระดีให้ประโยชน์แก่ ผู้อ่าน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุนั้นควรเลือกใช้ประโยคที่เข้าใจง่าย บอกเล่าตรงไปตรงมา ขนาดตัวอักษรก็ควรมีขนาดใหญ่เป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาของสายตา รวมทั้งสีของภาพและสีของตัวอักษรที่เลือกใช้ควรเป็นสีที่ ผู้สูงอายุเห็นชัดเจน เช่น สีเหลือง ส้ม แดง น้ำตาล เป็นต้น สีที่ผู้สูงอายุเห็นไม่ชัดคือ สีม่วง และสีน้ำเงิน (แสงจันทร์ ทองมาก,2541)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Hentinen (1986) ได้ศึกษาผลของการสอนต่อการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ชายทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างในด้านอายุ การศึกษา สถานภาพทางสังคม และจำนวนการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย แต่ละกลุ่มได้รับการติดตาม 3 ครั้ง คือ วันที่ออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และ 1 ปีถัดมา พยาบาลในโปรแกรมการสอนได้รับการฝึกอบรมในการวางแผนการพยาบาล การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และติดตามความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการวิจัยพบว่าในระยะ 3 เดือนผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ได้ประมาณครึ่งหนึ่ง โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม และจำนวนผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม พบว่าในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 รับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง ซึ่งแสดงว่าบทบาทของพยาบาลในการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และการติดตามผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จึงไม่สามารถเปรียบเทียบให้เห็นเด่นชัดถึงผลที่เกิดจากการสอนของพยาบาล

Garding and etal (1988) ได้ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในกลุ่มผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 6 – 8 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 51 ราย สุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 26 ราย พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ให้เพิ่มเติม 6 ด้านนั้น ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการปรับกิจกรรมการออกแรง ในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Taylor and etal (1990) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำและสนับสนุนของพยาบาลทางโทรศัพท์ต่อการหยุดสูบบุหรี่หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับคำแนะนำและสนับสนุนทากพยาบาลโดยโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ใน 2 – 3 สัปดาห์แรก และเดือนละครั้งอีก 4 เดือน พร้อมทั้งให้คู่มือการหยุดสูบบุหรี่ ติดตามผู้ป่วย 1 ปีพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองหยุดสูบบุหรี่ ร้อยละ 71 และในกลุ่มควบคุมร้อยละ 45 จะเห็นได้ว่าการให้คำแนะนำ สนับสนุนมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัว ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรคสูงที่สุด แหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์และด้านสิ่งของคือกลุ่มครอบครัวมากที่สุด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีผลโดยตรงต่อการปรับตัว และระดับการศึกษามีอิทธิพบต่อการปรับตัวทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยรวมสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก คือ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง สำหรับการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับคือ การรับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับคือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและ ไขมันมาก ๆ การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองอาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

วนิดา หาญคุณากุล (2539) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 กลุ่ม พบว่าภายหลังการส่งเสริมการปรับตัวในกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่จากการวิจัยยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างแท้จริง อาจเนื่องจากการไม่ได้จำกัดระยะเวลาการเป็นโรค และความรุนแรงของโรค

อุมา จันทวิเศษ (2539) ศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของหัวใจ คือ ชีวิต ทำหน้าที่สูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ควบคุมอารมณ์ ช่วยในการคิด และหมายถึงกำลังใจ ส่วนความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายนั้น กลุ่มตัวอย่างได้

อธิบายลักษณะโรคได้ 5 ประการ คือ หัวใจเป็นแผล หัวใจพิการ หัวใจขาดเลือด หรือเส้นเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่รุนแรงและเป็นโรคที่ป้องกันได้ สำหรับการดูแลตนเองภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสรุปได้ดังนี้ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการแสวงหาวิธีอื่น ๆ ที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ การให้ความหมายเกี่ยวกับหัวใจและความเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย แบบแผนการดำเนินชีวิต แรงจูงใจภายในและภาวะสุขภาพ ส่วนปัจจัยภายนอกได้แก่ ระบบครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ

สุพัตรา ไตรอุดมศรี (2540) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีคะแนนพลังอำนาจภายในตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาในเพศหญิงและชาย ที่มีอายุ 20 – 65 ปี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแบบแผนการดำเนินชีวิตภายหลังให้ความรู้ดีขึ้นก่อนการทดลอง

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

Martin and etal (1991) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลที่สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยศึกษาในประชากรที่เสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอดส์โดยวิธีการสอน ชี้แนะแนวทาง รวมทั้งการให้คำปรึกษา เพื่อให้มีความรู้เรื่องเอดส์ รวมถึงมีเจตคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ โดยประเมินผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าทางเส้นเลือด จำนวน 189 ราย โดยจัดโปรแกรมให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล แล้วติดตามผลหลังจากนั้น 6 เดือน พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกันลดลงจากร้อยละ 35 เหลือร้อยละ 12 และมีการลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49 เป็นร้อยละ 56

Deber (1994) ได้ทำการศึกษาถึงการได้มีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ โดยมุ่งเน้นในเรื่องลักษณะสัมพันธภาพของแพทย์และผู้ป่วย พบว่าการที่แพทย์เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมโดยตระหนักถึงความรู้สึกและอารมณ์ผู้ป่วยในขณะนั้น จะทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสคิดพิจารณา เลือกตัดสินใจจะกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจในการตัดสินใจนั้นๆ

พรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องทั้งทางด้านศัลยกรรมและนรีเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 66 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้วิจัย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในบางส่วนดีกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

อรชร มาลาหอม (2534) ศึกษาผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไต และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในไตหรือท่อไต จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 ราย โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แต่กลุ่มทดลองจะได้ชมสไลด์ประกอบเสียงเรื่องการดูแลตนเอง ร่วมกับการติดตามเยี่ยมในระยะหลังผ่าตัด 1 – 3 วันแรก เพื่อประเมินความพร่องในการดูแลตนเองและให้การช่วยเหลือ โดยการชี้แนะสนับสนุน ให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่าในวันที่ 2 และ 3 หลังผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้สึกเจ็บปวดและความรู้สึกทุกข์ทรมานน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีจำนวนครั้งของการลุกเดินหลังผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกทุกข์ทรมาน การลุกเดินในวันแรกหลัง ผ่าตัด จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ (2535) ศึกษาผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ อาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์ และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 54 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 27 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน

และให้ความรู้จากผู้วิจัยโดยใช้ทฤษฎีของโอเรมเป็นแนวทาง ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายในวันที่ 2 หลังได้รับเคมีบำบัด และคะแนนเฉลี่ยความพร่องในการดูแลตนเองใน 3 วันแรกหลังได้รับเคมีบำบัดน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการไม่สุขสบายในวันแรกและวันที่ 3 หลังได้รับเคมีบำบัด และคะแนนเฉลี่ยภาวะอารมณ์ในวันที่ 1 , 2 และ 3 หลังได้รับเคมีบำบัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความพร่องในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคม ของผู้ป่วยจอประสาทตาลอก โดยเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมในการดูแลตนเองโดยฟังเทปบันทึกเสียง และผู้วิจัยติดตามเยี่ยมในระยะหลังผ่าตัดทุกวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีความพร่องในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการปรับตัวในสังคมของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

ศิริพร สิงหจินดาวงศ์ (2536) ได้ศึกษาผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต่อ ความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือมารดาที่มีอายุระหว่าง 18 – 30 ปี ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ จำนวน 40 คน ในกลุ่มทดลองมารดาจะได้รับการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และในกลุ่มควบคุมจะได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาล พบว่าหลังการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการดูแลบุตร สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดวงกมล วัตราดุลย์ (2537) ได้ศึกษาการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยใช้กลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว และวัดผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วย 45 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเป็นรายบุคคลโดยการสอนและชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจ สร้างเสริมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำทางจดหมาย โทรศัพท์ และมาพบผู้วิจัยด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความพร่องในการดูแลตนเองลดลง และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์พัฒนาวิธีการดูแลตนเองใน 3 ด้าน คือ พยายามส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงและชะลอ

การเกิดอาการ ป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายของโรคเอดส์ การดูแลตนเองเมื่อมีอาการต่าง ๆ เช่น มีไข้ ท้องเสีย เป็นต้น

จันทรเพ็ญ กิติโสภากุล (2539) ศึกษาความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดจำนวน 60 รายผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูง และรับรู้ว่ามีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองไม่ถึงระดับที่ต้องการ เรื่องที่ผู้ป่วยต้องการมีส่วนร่วมสูงสุด 5 อันดับแรกได้แก่ แพทย์และพยาบาลได้ซักถามความคิดเห็นหรือปัญหาต่าง ๆ ก่อนที่จะให้การดูแลรักษาท่าน การป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด การบรรเทาอาการและความไม่สุขสบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด , การซักถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแพทย์พยาบาลเปิดโอกาสให้เสนอแนะ และรับฟังความคิดเห็น

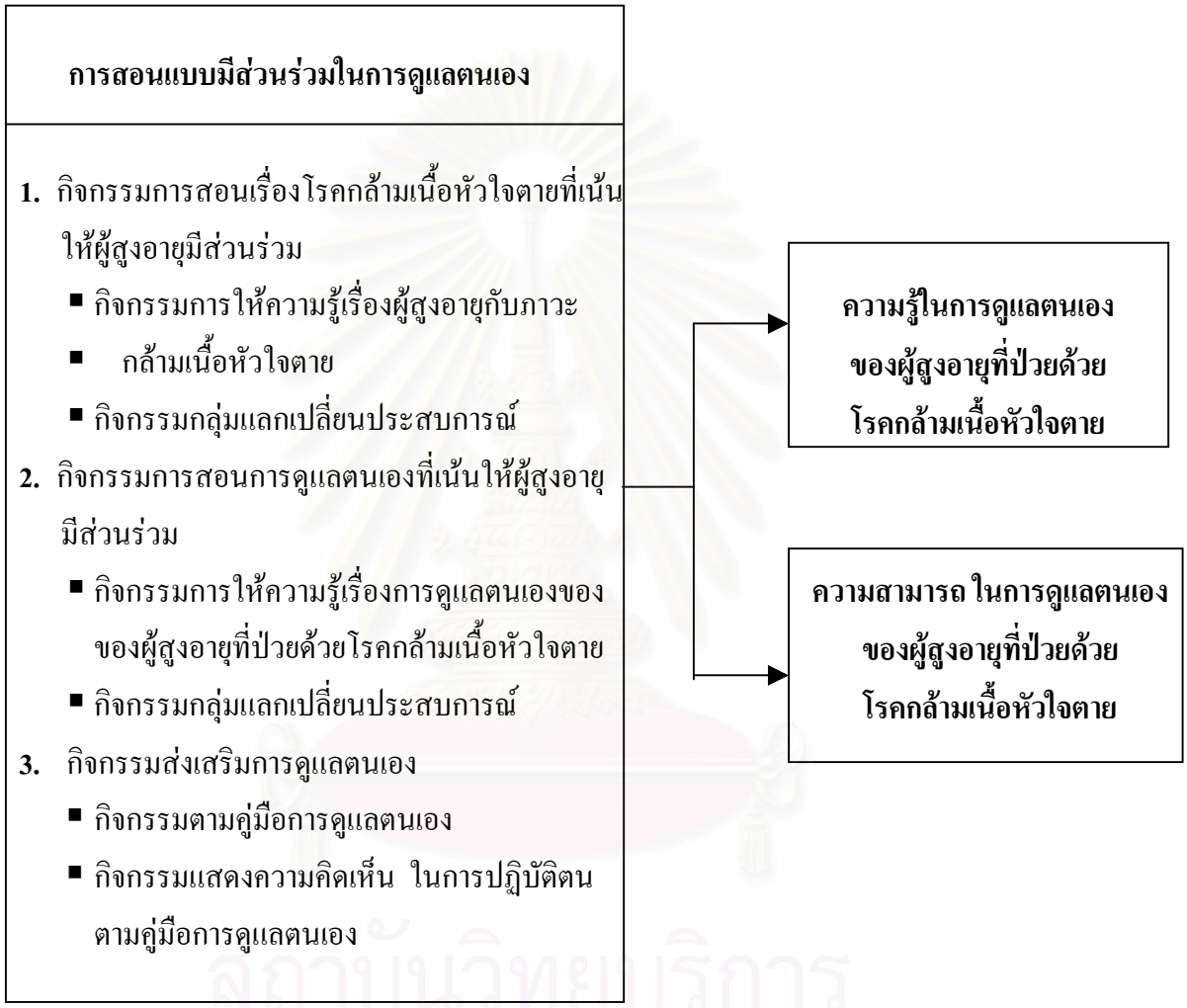
สมหมาย วนะวนานต์ (2540) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยทั้งสองกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำการ แต่กลุ่มทดลองจะได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจากผู้วิจัย โดยใช้คู่มือ ภาพพลิก และสร้างสัมพันธภาพที่มีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย ร่วมกับการติดตามเยี่ยมทุกวันหลังผ่าตัดจนถึงวันกลับบ้าน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการได้รับยาแก้ปวดหลังผ่าตัดวันที่ 1 และค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่ลุกเดินได้ครั้งแรกหลังผ่าตัด และค่าเฉลี่ยการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวิณี สุนทรธาราวงศ์ (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนจากวัดเนินหินแร่ อำเภอบางพลี จำนวน 32 คนเป็นกลุ่มทดลอง และนักเรียนโรงเรียนวัดพราหมณี อำเภอเมือง จำนวน 32 คนเป็นกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค และคะแนนเฉลี่ยเจตคติในการบริโภคอาหาร และคะแนนพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหาร สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

จากวรรณคดี และงานวิจัยดังกล่าว พบว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัว แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการวิจัยใดที่ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันจัดเป็นประชากรกลุ่มใหญ่กลุ่มหนึ่งของประชากรโลก และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกวัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังไม่มีการนำรูปแบบการสอนที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการสอนมาใช้ นอกจากนี้ความเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความแตกต่างจากผู้อยู่ในวัยอื่น การให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองย่อมมีความแตกต่างออกไป จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาถึงผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยมีแบบแผนการวิจัยดังนี้

O_1		O_2	**กลุ่มควบคุม**
O_3	**X**	O_4	**กลุ่มทดลอง**

O_1 หมายถึง การประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการสอนตามปกติ

O_3 หมายถึง การประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง ก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

X หมายถึง การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

O_2 หมายถึง การประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มควบคุม หลังได้รับการสอนตามปกติ

O_4 หมายถึง การประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสำรวจผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอของโรงพยาบาลรามาธิบดี คือ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายหญิง 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ ที่อยู่ในช่วงวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน เดือนมีนาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544

2. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ดังนี้

2.1 เพศหญิง หรือชาย

2.2 สามารถอ่านเขียนเข้าใจภาษาไทยได้

2.3 ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2.4 สัญญาณชีพปกติในขณะทำการทดลอง

2.5 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.6 เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย ยกเว้นโรคหรือภาวะที่เกิดร่วมกับกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่แล้ว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง

2.7 มีระดับความรุนแรงโรคระดับ 1 โดยประเมินจากแบบวัดความรุนแรงของโรค ซึ่งดัดแปลงมาจากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ New York Heart Association (อ้างในดุจใจ ชัยวานิชศิริ, 2539 : 883) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับความรุนแรงโรคระดับ 1 จะสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีอันตรายต่อชีวิต

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับสลากอย่างง่ายเพื่อแบ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในแต่ละเดือน ดังปรากฏในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงผลการสุ่มแบ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เดือน	หอผู้ป่วยกลุ่มควบคุม	หอผู้ป่วยกลุ่มทดลอง
มีนาคม	ชาย 1 , หญิง 1	ชายหญิง 2 , พิเศษ
เมษายน	หญิง 1 , ชายหญิง 2	ชาย 1 , พิเศษ
พฤษภาคม	พิเศษ , หญิง 1	ชาย 1 , ชายหญิง 2
มิถุนายน	ชาย 1 , พิเศษ	หญิง 1 , ชายหญิง 2
กรกฎาคม	ชาย 1 , ชายหญิง 2	หญิง 1 , พิเศษ
สิงหาคม	ชายหญิง 2 , พิเศษ	ชาย 1 , หญิง 1
กันยายน	พิเศษ , หญิง 1	ชาย 1 , ชายหญิง 2
ตุลาคม	หญิง 1 , ชายหญิง 2	ชาย 1 , พิเศษ
พฤศจิกายน	ชาย 1 , พิเศษ	หญิง 1 , ชายหญิง 2

4. กลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและการสอนปกติตามมาตราฐานของโรงพยาบาลจากพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่วนในกลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยผู้วิจัยด้วยวิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

5. เมื่อสอนจนครบตามลำดับขั้นตอนการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะทำการจับคู่ (Matching Paired) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน คือ มีระดับการศึกษาในระดับเดียวกัน และมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกันโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มอายุ คือ อายุ 60 – 64 ปี อายุ 65 – 69 ปี และ70ปีขึ้นไป จนครบ 15 คู่ เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด ที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย ดังปรากฏในตารางที่ 6 – 7 (ภาคผนวก ค)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง
   - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
   - 1.2 แบบวัดความรุนแรงโรค
2. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง
   - 2.1 การสอนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยแผนการสอนแบบมีส่วนร่วมเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอนที่ 1 และ 2
   - 2.2 สไลด์ประกอบการสอน เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสไลด์เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอนที่ 1 และสไลด์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอนที่ 2
   - 2.3 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
   - 3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
   - 3.2 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1. เครื่องมือในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ การศึกษา

1.2 แบบวัดความรุนแรงของโรค ซึ่งดัดแปลงมาจากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ New York Heart Association ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงโรคตามระดับความสามารถในการทำงาน (functional classification) ของผู้ป่วยโรคหัวใจไว้ดังนี้ (อ้างในดุจใจ ชัยวานิชศิริ, 2539 : 883)

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
ระดับที่ 2 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมปกติ
ระดับที่ 3 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่าปกติ
ระดับที่ 4 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมทุกชนิดและหรือมีอาการขณะพักด้วย

2. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง

2.1 การสอนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยแผนการสอนแบบมีส่วนร่วมเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอนที่ 1 และตอนที่ 2 จัดทำขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem,2001) ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของโคลบ์ (Klob, 1991) ทฤษฎีการเรียนรู้ของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ (Knowles M.S. , 1978) มาประยุกต์ใช้ให้ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสอนแบบมีส่วนร่วม และให้ความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีวัตถุประสงค์เนื้อหา กิจกรรม สื่อการสอน และการประเมินผล มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

2.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร สิ่งพิมพ์ วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้ของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทฤษฎีการดูแลตนเอง และสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้สูงอายุต้องการทราบ และมีข้อสงสัย ตลอดจนความรู้และการดูแลตนเองในขณะที่ป่วยด้วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการสอน และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2.1.2 รวบรวมและคัดเลือกเนื้อหาที่เหมาะสมกับความรู้เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ขอบเขตเนื้อหาคือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลักในการออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เหมาะสม การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยา การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

2.1.3 ออกแบบการสอน และเลือกใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทำการสอน 3 ครั้ง แต่ละครั้งประกอบด้วยแผนการสอน 1 ชุดและสไลด์ประกอบการสอน 1 ชุด รวมทั้งกำหนดกิจกรรมในการสอนแต่ละครั้ง

2.1.4 สร้างแผนการสอนโดยนำเนื้อหาจากข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 โดยเน้นการใช้วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีทั้งหมด 3 ชุด ดังนี้

- ชุดที่ 1 แผนการสอนแบบมีส่วนร่วมเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ การรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- ชุดที่ 2 แผนการสอนแบบมีส่วนร่วมเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอนที่ 1 ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- ชุดที่ 3 แผนการสอนแบบมีส่วนร่วมเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอนที่ 2 ครอบคลุมเนื้อหาในเรื่องหลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

2.1.5 ผู้วิจัยนำแผนการสอนดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลผู้ชำนาญการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จำนวน 8 ท่าน โดยใช้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.1.6 ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขแผนการสอนให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2.2 สไลด์ประกอบการสอน สร้างโดยนำเนื้อหาจากข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 มาเรียบเรียงให้สอดคล้องกับแผนการสอน และจัดทำบทสไลด์ประกอบการสอน รวมทั้งจัดหารูปภาพประกอบเนื้อหาให้เหมาะสม ผู้วิจัยนำบทสไลด์ประกอบการสอนดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้ชำนาญการ และอาจารย์ผู้ชำนาญการเกี่ยวกับการผลิตสื่อการสอน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จำนวน 10 ท่าน โดยใช้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 ขึ้นไป และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขสไลด์ประกอบการสอนให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง สไลด์ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสไลด์เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 31 แผ่น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอนที่ 1 จำนวน 21 แผ่น และตอนที่ 2 จำนวน 31 แผ่น

2.3 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยสร้างโดยนำเนื้อหาข้อ 2.1.1 และ 2.1.2 มาเรียบเรียง รวมทั้งสรุปใจความสำคัญของเนื้อหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แล้วนำมาสร้างคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษาทบทวน เป็นการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่าง และทบทวนความรู้ในการดูแลเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยนำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังกล่าวไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ อาจารย์พยาบาล พยาบาลผู้ชำนาญการ และอาจารย์ผู้ชำนาญการเกี่ยวกับการผลิตสื่อการสอน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา จำนวน10 ท่าน โดยใช้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่สอดคล้องกันร้อยละ 80 ขึ้นไป และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง แก้ไขคู่มือเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.1.1. ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร สิ่งพิมพ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และทำตารางวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อกำหนดจำนวนข้อทดสอบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผนการสอน (ดังปรากฏในภาคผนวก ง)

3.1.2. ผู้วิจัยสร้างแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองให้มีลักษณะเป็นข้อให้เลือกตอบ (Multiple choice) 3 ตัวเลือก มีคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ผู้วิจัยกำหนดให้มีค่าคะแนนเป็น 0 และ 1 คะแนน โดย

0 คะแนน หมายถึง เลือกข้อคำตอบผิด

1 คะแนน หมายถึง เลือกข้อคำตอบถูกต้อง

3.1.3. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบที่สร้างขึ้น จำนวน 50 ข้อ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข การตัดสินความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 80 % ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด (6 ใน 8 ท่าน) ผู้วิจัยเลือกแบบทดสอบที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันร้อยละ 80 จำนวน 40 ข้อซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา

3.1.4. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองมาหาค่าความยากง่าย (Difficulty) และค่าอำนาจจำแนก (Discriminator) โดยนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนก พบว่าแบบทดสอบมีค่าความยากง่ายอยู่ในช่วง .20 ถึง .80 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .20 ถึง 1.00 (ภัทรา นิคมานนท์,2537 : 75) มีจำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ (1ข้อ) ปัจจัยเสี่ยงของโรค (2ข้อ) อาการและอาการแสดงของโรค (1ข้อ) ภาวะแทรกซ้อน (1ข้อ) การรักษา (2ข้อ) และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องการให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ (1ข้อ) การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค (2ข้อ) การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค (2ข้อ) การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2ข้อ) หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (3ข้อ) การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (1ข้อ) การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น (1ข้อ) การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและ สวัสดิภาพ (1ข้อ) การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (3ข้อ) การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (1ข้อ)

3.1.5. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบความรู้ดังกล่าวมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson method) KR – 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และหลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

3.2 แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3.2.1. ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร สิ่งพิมพ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเรื่องการได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสม กับโรค การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ โดยสร้างแบบสอบถามให้เป็นข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 37 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ และจำแนกเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม เชิงบวก ดังนี้

0 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นเกือบไม่ได้ปฏิบัติเลย
1 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติบ้างไม่ได้ปฏิบัติบ้าง
2 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ

และให้คะแนนข้อความเชิงลบดังนี้

0 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ
1 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติบ้างไม่ได้ปฏิบัติบ้าง
2 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นเกือบไม่ได้ปฏิบัติเลย

3.2.2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถที่สร้างขึ้น จำนวน 40 ข้อ เสนออาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา การตีความหมายของข้อความ รวมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข การตัดสินความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือนี้โดยถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 80 % ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด (6 ใน 8 ท่าน) ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันร้อยละ 80 จำนวน 36 ข้อซึ่งถือว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ

3.2.3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองมาทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความสามารถไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลราชวิถี ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 และหลังจากนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนดังนี้

1. ขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. จัดส่งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองให้คณะกรรมการวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยของโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อพิจารณา ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าภาควิชาพยาบาล และพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงรายละเอียดขึ้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ – อาทิตย์ เวลา 17.00 – 19.00 น .

3. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติใช้สถานที่ห้องประชุมในหอผู้ป่วย ซึ่งมีความเป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวนจากภายนอก โดยขออนุมัติใช้ห้องทุกวันเวลา 17.00 – 19.00 น. ตลอดระยะเวลาในการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกลุ่มประชากรแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพบอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ป่วย

2. Pre – test โดยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้เวลา 30 นาที

3. ดำเนินการวิจัยดังขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 กลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและการสอนปกติตามมาตราฐานของโรงพยาบาลจากพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ครั้ง ในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การดูแลตนเองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 รวมทั้งได้รับคำแนะนำเมื่อมาติดตามการรักษาหลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้านในครั้งแรก จากพยาบาลประจำการที่แผนกตรวจอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี

3.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 กิจกรรมการสอนความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม โดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ใช้เวลา 5 นาที และมีกิจกรรมการสอนแบบมีส่วนร่วมเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้วิจัยใช้กลยุทธการสอนที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมตามกระบวนการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม และผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มมีส่วนร่วมในการช่วยแก้ปัญหาและสรุปคำตอบ ผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสมโดยใช้ สไลด์ประกอบคำบรรยายเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีรายละเอียดในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้เวลา 50 นาที พร้อมนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 วันที่ 2 กิจกรรมการสอนการดูแลตนเองที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรม และทบทวนความรู้เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้เวลา 5 นาที และมีกิจกรรมการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกิจกรรมที่ 1 โดยผู้วิจัยใช้กลยุทธการสอนที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมตามกระบวนการเรียนรู้ และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้ สไลด์ประกอบการสอนชุดที่ 1 เกี่ยวกับการดูแล ตนเองในเรื่องการดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรคการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้เวลา 50 นาที และมีกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซักถามปัญหาในการดูแลตนเองและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา หาข้อสรุปของปัญหา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทราบทันทีภายหลัง และนัดหมายวันทำกิจกรรมครั้งต่อไป ใช้เวลา 5 นาที

ครั้งที่ 3 วันที่ 3 กิจกรรมการสอนการดูแลตนเองที่เน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมที่2 ผู้วิจัยกล่าวนำเข้าสู่กิจกรรมและทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในคราวที่แล้ว ใช้เวลา 5 นาที และมีกิจกรรมการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกิจกรรมที่ 2 โดยใช้กลยุทธการสอนที่เน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ตามกระบวนการเรียนรู้ และส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้สไลด์ประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลตนเองชุดที่ 2 ในเรื่องหลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การติดตามการรักษา การแสวงหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ใช้เวลา 50 นาที และมีกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซักถามปัญหาในการดูแลตนเองและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา หาข้อสรุปของปัญหาโดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทราบทันทีภายหลัง และแนะนำการใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนัดหมายวันทำกิจกรรมครั้งต่อไป เมื่อผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาที่แผนกอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอกหลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ใช้เวลา 5 นาที

ครั้งที่ 4 วันมาตรวจตามนัดครั้งแรกด้วยกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยทบทวนความรู้เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อผู้สูงอายุมาติดตามการรักษาหลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้านในครั้งแรกที่แผนกตรวจอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยจัดให้กลุ่มผู้สูงอายุมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ซักถามปัญหาและให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา หาข้อสรุปของปัญหา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุทราบทันที พร้อมทั้งนัดหมายวันในการตอบแบบทดสอบความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่บ้าน ใช้เวลา 30 นาที

4. Post – test 1 สัปดาห์หลังจากวันมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมพยาบาลประจำการจะทำการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอบแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการทดสอบก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW version 10.0

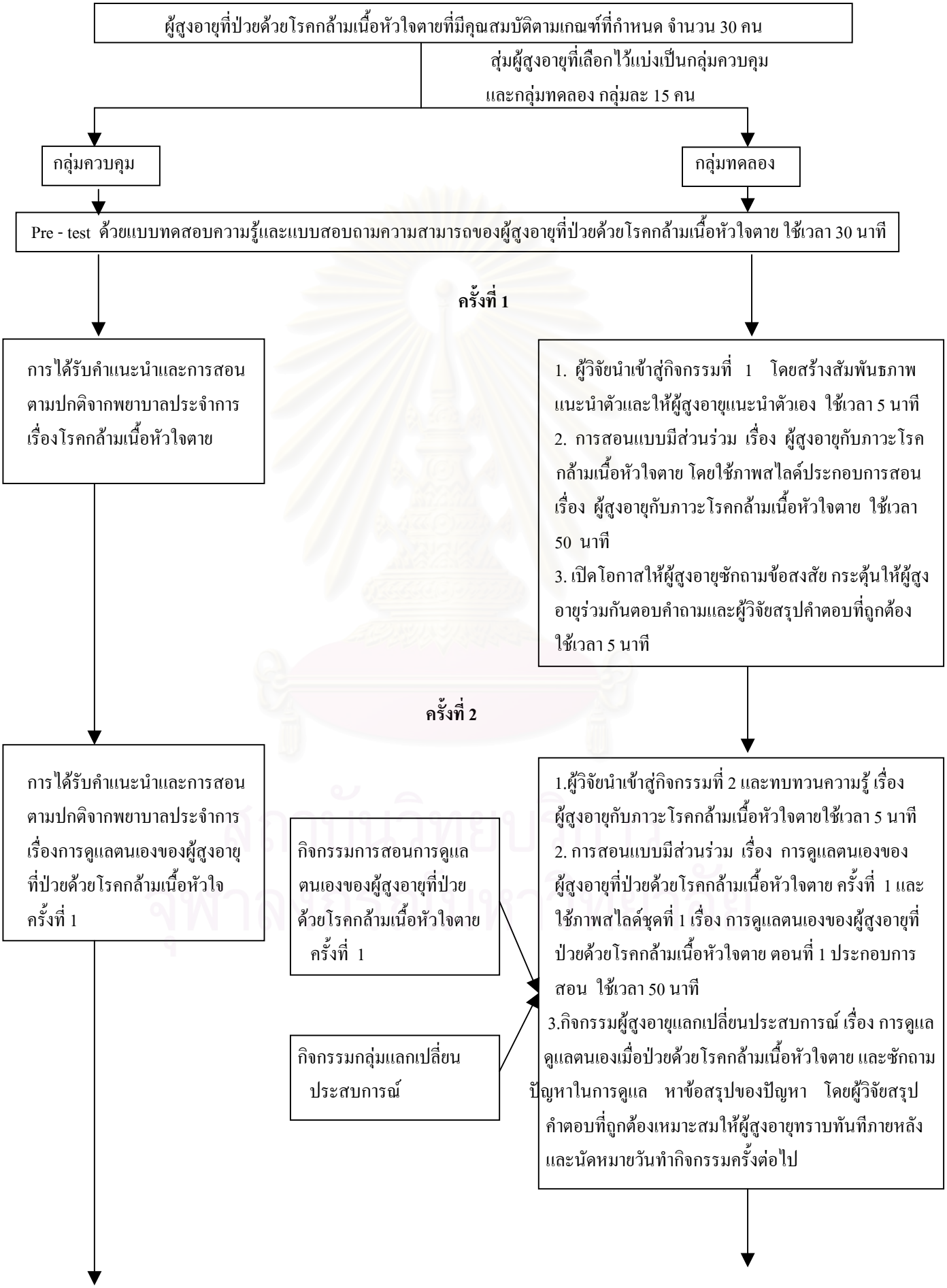
1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มที่ใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภูมิ 2 (ต่อ) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (ตารางที่ 4)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการสอนตามปกติ (ตารางที่ 5)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 สถานภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างประชากร

สถานภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	13	86.67	13	86.67
หญิง	2	13.33	2	13.33
อายุ				
60 – 64	6	40.00	6	40.00
65 – 69	6	40.00	6	40.00
70 ปีขึ้นไป	3	20.00	3	20.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	7	46.67	7	46.67
มัธยมศึกษา / ปวช	5	33.33	5	33.33
มัธยมศึกษา / ปวส	2	13.33	2	13.33
ปริญญาตรี	1	7.67	1	7.67
ระดับความรุนแรงของโรค				
ระดับที่ 1	15	100.00	15	100.00

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 86.67 และร้อยละ 13.33 มีอายุระหว่าง 60 - 64 และ 65 – 69 มากกว่าอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 และร้อยละ 20 ส่วนมากได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

	$\overline{X}$	S.D.	df	t	p - value
ความรู้ในการดูแลตนเอง					
ก่อนการสอน	12.67	3.71	14	7.45	0.00
หลังการสอน	20.33	2.41			
ความสามารถในการดูแลตนเอง					
ก่อนการสอน	45.93	9.20	14	5.84	0.00
หลังการสอน	65.80	4.28			

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงขึ้นภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงขึ้นภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการสอนตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการสอนตามปกติ

	$\bar{X}$	S.D.	df	t	p - value
ความรู้ในการดูแลตนเอง					
การสอนแบบปกติ	38.06	11.47	14	2.78	0.02
การสอนแบบมีส่วนร่วม	61.45	30.46			
ความสามารถในการดูแลตนเอง					
การสอนแบบปกติ	19.39	19.69	14	2.51	0.02
การสอนแบบมีส่วนร่วม	72.34	23.39			

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการสอนตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมกับการสอนตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Control Group Design)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแล ตนเอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
2. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง
3. ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ
4. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาล และอยู่ในช่วงวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี อยู่ในช่วงวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 จำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับสลากอย่างง่ายทุกเดือนเพื่อแบ่งหอผู้ป่วยอายุรกรรมออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้วิธีการจับคู่ (Matching Paired) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีคุณสมบัติเหมือนกัน คือ มีระดับการศึกษาในระดับเดียวกัน และมีอายุอยู่ในช่วงเดียวกัน แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนปกติตามมาตราฐานของโรงพยาบาลโดยพยาบาลประจำการ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนโดยผู้วิจัยด้วยวิธีการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ เครื่องมือในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบวัดความรุนแรงของโรค ซึ่งดัดแปลงมาจากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของ New York Heart Association (อ้างในดุจใจ ชัยวานิชศิริ, 2539 : 883)

2. เครื่องมือในการดำเนินการทดลอง คือการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยแผนการสอนที่เน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอนที่ 1 และตอนที่ 2 สไลด์ประกอบการสอน 3 ชุด คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เครื่องมือทั้ง 2 ชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน โดยแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เป็นแบบทดสอบชนิดปรนัย 3 ตัวเลือก จำนวน 40 ข้อ เลือกข้อสอบที่มีความยากง่ายในช่วง .20 - .80 และค่าอำนาจจำแนกในช่วง .20 – 1.00 เหลือจำนวน 24 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR – 20 เท่ากับ 0.81 ส่วนแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งรูปแบบของแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 36 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ถ้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในกลุ่มประชากรแล้ว ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัยโดยคำนึงถึงสิทธิ์ของผู้ป่วย

2. Pre – test โดยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้เวลา 30 นาที

3. ดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ในกลุ่มควบคุมกลุ่มควบคุมจะได้รับคำแนะนำและการสอนปกติตามมาตราฐานของโรงพยาบาลจากพยาบาลประจำการบนหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ครั้ง ในเรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การดูแลตนเองครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 รวมทั้งได้รับคำแนะนำเมื่อมาติดตามการรักษาหลังจากแพทย์จำหน่ายกลับบ้านในครั้งแรก จากพยาบาลประจำการที่แผนกตรวจอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี

3.2 ในกลุ่มทดลองผู้วิจัยใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งสอนโดยผู้วิจัย จะครอบคลุมเนื้อหาเรื่องผู้สูงอายุกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายตอนที่ 1 และตอนที่ 2 สอนทุกวันติดต่อกัน 3 วัน ในการสอนแต่ละครั้งจะมีสไลด์ประกอบการสอน 1 ชุด และการสอนครั้งสุดท้ายมีการแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดครั้งแรก ผู้วิจัยจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อทบทวนการดูแลตนเอง รวมทั้งเพื่อให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในปัญหาที่พบ ช่วยแก้ไขปัญหา โดยมีผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุพร้อมทั้งนัดหมายวันทำแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองและแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

4. Post – test โดยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตอบแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแล ตนเอง หลังจากวันมาตรวจตามนัด 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการทดสอบก่อนและหลังในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW version 10.0

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (Pair t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

3. เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มที่ใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test statistic) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 86.67 และร้อยละ13.33 มีอายุระหว่าง 60 - 64 และ 65 – 69 มากกว่าอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40 และร้อยละ 20 ส่วนมากได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.67 มีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 คือ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (ตารางที่ 3)

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สูงขึ้นภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (ตารางที่ 4)

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงขึ้นภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (ตารางที่ 4)

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับการสอนตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ (ตารางที่ 5)

5. ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมกับการสอนตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายหลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ (ตารางที่ 5)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมต่อ ความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1และ 2 อภิปรายได้ว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเท่ากับ 12.67 หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเท่ากับ 20.33 และค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเอง ก่อนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเท่ากับ 45.93 หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเท่ากับ 65.80 แสดงว่าการสอนแบบมีส่วนร่วมจัดเป็นวิธีการสอนแบบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดการเรียนรู้ที่ดี ทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นผลจากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนองมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างเหมาะสม (Hilgard E.R. and Bower G.H. 1975 , อรนันท์ หาญยุทธ 2532 : 117-118)

ในการวิจัยครั้งนี้สิ่งเร้าที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วยแผนการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ที่จัดทำขึ้นตามเนื้อหาสาระสำคัญที่ผู้ป่วยควรทราบ และมีความต้องการทราบ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจตาย เพื่อเก็บเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการสอนและจัดทำสไลด์ในการประกอบแผนการสอน ในด้านของผู้เรียนนั้น ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเป็นแรงขับทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งการนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และทำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเรมมาประยุกต์ใช้ ทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม เนื่องจากรูปแบบการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเน้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม ได้มีโอกาสนำประสบการณ์ที่พบ หรือปัญหาที่เจอมา

พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา และสรุปแนวทางปฏิบัติ ทำให้เกิดการตอบสนองในรูปความรู้ ความคิด ความจำ ความเข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้

นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพูดคุยร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลในวัยเดียวกัน ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม ที่เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะเป็น ผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต มองตนเองมี คุณค่า และ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของสังคม ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น (Donlon B.C. 1999: 12) ซึ่งสอดคล้องกับผลของการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าหลังการสอนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น และการใช้สไลด์เป็นสื่อการสอน จะช่วยเปลี่ยนบรรยากาศในการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้น และดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้มากขึ้น ทำให้ผู้เรียนเห็นทั้งภาพและเสียงที่สัมพันธ์กัน เป็นเรื่องราวต่อเนื่องก่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาได้ดียิ่งขึ้น เกิดความจำได้ดียิ่งขึ้นและยาวนานกว่าการใช้สื่อเพียงอย่างเดียว และก่อให้เกิดความรู้สึกว่าผู้เรียนได้มีประสบการณ์ร่วมกัน(วารินทร์ รัศมีพรหม 2531 : 86 - 91 , 108 - 110)

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่สั่งสมประสบการณ์ชีวิตมามาก การจัดการสอนสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะเหมือนกับการสอนทั่ว ๆ ไปไม่ได้ ดังที่โนลส์ได้เขียนไว้ (Knowles M.S. 1954 อ้างใน สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2538 : 143-145) ว่าการสอนผู้ใหญ่นั้น ควรจะให้ผู้ใหญ่ได้มีส่วนร่วมในการเรียน และมีความรับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ เพราะวิธีการที่ดีที่สุดในการเรียนรู้ คือ การกระทำ (learning by doing) ถ้าหากผู้ใหญ่ได้กระทำบางอย่างหรือพูดแสดงความคิดเห็นบางอย่างก็ย่อมจะดีกว่าการที่นั่งเฝ้ามองดูคนอื่น ๆ หรือนั่งฟังคนอื่นพูดเฉย ๆ เท่านั้น และผู้เรียนที่มีความกระตือรือร้น และมีชีวิตชีวาจะเรียนรู้ได้มากกว่า การจัดรูปแบบการสอนแบบมีส่วนร่วมมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น เพราะ ผู้สูงอายุได้แสดงออกโดยการพูดนำเสนอประสบการณ์ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และ ยกตัวอย่างบรรยายให้เห็นภาพพจน์ และผู้สูงอายุบางท่านทำการจดบันทึกไว้เตือนความทรงจำ นอกจากนี้คู่มือที่ผู้วิจัยแจกให้ผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้ ช่วยทบทวนความรู้ และส่งเสริมการดูแลตนเองที่บ้าน มีส่วนช่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่ลืมในสิ่งที่ได้รับจากการสอน

ในองค์ประกอบที่สำคัญนั้น จะพบว่าผู้เรียนยังมีบทบาทสำคัญ ต่อการเรียนรู้ เพราะถ้าผู้เรียนมีความพร้อมย่อมเกิดการเรียนรู้ได้มากกว่า (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2538 : 137 – 139) จากการ

วิจัยจะพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1 หมายความว่าผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะเรียนรู้ สามารถร่วมปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของหลาย ๆ ท่าน ดังเช่นงานวิจัยของ มุกดา คุณาวัฒน์ (2535) ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความพร่องในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคม ของผู้ป่วยจอประสาทตาลอก โดยเลือกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 ราย พบว่ากลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการส่งเสริมในการดูแลตนเองโดยฟังเทปบันทึกเสียง และติดตามเยี่ยมในระยะหลังผ่าตัดทุกวัน พบว่ากลุ่มทดลองมีความพร่องในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการปรับตัวในสังคมของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

2. ความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความรู้ในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ เนื่องจากการสอนตามปกติจะเป็นรูปแบบการสอนที่พยาบาลให้ความรู้ในการดูแลตนเองกับผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ผู้สูงอายุบางท่านอาจจะยังไม่พบข้อสงสัยที่จะถามข้อมูลจากพยาบาล และบางท่านก็อาจจะเกรงใจไม่กล้าซักถามข้อสงสัย นอกจากนี้การสอนตามปกติจะเป็นการสอนที่เหมือนกับครูที่พยายามสอนในสิ่งที่ผู้เรียนควรทราบ และสามารถนำไปปฏิบัติอาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการทราบหรือ ไม่ตรงกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับไปที่บ้านและต้องไปดูแลตนเองต่อ

ในการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกลุ่ม และมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ ทำให้เกิดความกล้าที่จะซักถาม หรือช่วยกันค้นพบข้อสงสัยที่จะซักถาม หรือบางท่านอาจจะเคยประสบกับเหตุการณ์เมื่อกลับไปที่บ้านแล้วไม่ทราบจะดูแลตนเองเช่นไร แล้วนำมาเป็นประเด็นข้อคำถาม ซึ่งกลุ่มจะพยายามช่วยหาคำตอบ ตลอดจนหาแนวทางแก้ไข และวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม สามารถนำไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีทางการดำเนินชีวิต โดยมีผู้วิจัยค่อยช่วยเสริม แนะนำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง นอกจากนี้บรรยากาศที่เป็นกันเองไม่เป็นทางการย่อมทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความเครียด ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น สอดคล้องกับที่ โนลส์

(Knowles M.S. 1978) ได้กล่าวไว้ว่าการสอนผู้ใหญ่ควรจะมีบรรยากาศไม่เป็นทางการ ควรใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนให้เป็นประโยชน์ในการเสนอแนวความคิดและความรู้นั้น ๆ โดยอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ใหม่กับประสบการณ์เดิมในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ และระหว่างสิ่งที่ยังไม่รู้ไปหาสิ่งที่รู้แล้ว นอกจากนี้สมาชิกที่มีประสบการณ์แตกต่างกัน ย่อมก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันมากขึ้นและมีความรู้หลากหลาย

จากงานวิจัยจะพบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีระดับความรู้แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองจะมีระดับคะแนนความเปลี่ยนแปลงสมบูรณ์ด้านความในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบปกติ และในแง่ของความสามารถในการดูแลตนเองจะพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีค่าคะแนนความเปลี่ยนแปลงสมบูรณ์สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อธิบายได้ว่า การสอนด้วยการสอนแบบมีส่วนในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้เรียนมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น เพราะในการสอนนอกจากผู้สูงอายุจะได้ความรู้จากกลุ่มแล้ว ผู้วิจัยยังใช้สไลด์ประกอบการสอน ซึ่งภาพในสไลด์ช่วยสะท้อนให้ผู้สูงอายุเห็นภาพจริง และทำให้จำง่ายขึ้น ประกอบกับคู่มือที่แจกให้ มีเนื้อหาที่เน้นการดูแลตนเองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยเฉพาะ เพราะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่แตกต่างจากในวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งช่วยทบทวนและช่วยเตือนความทรงจำในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการทราบ ทำให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น

นอกจากนี้การทำกลุ่มในครั้งที่ 4 ที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดมีส่วนช่วยให้ผู้วิจัยช่วยแก้ไขข้อข้องใจ แก้ไขความพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหลังจากที่ได้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านใน ขณะที่กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำการ อาจจะมีเวลาได้ซักถามข้อสงสัยน้อย บางท่านก็กังวลว่าจะเป็นการรบกวนการทำงานของพยาบาล บางท่านก็ลืมคำถามที่จะถาม จึงทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับหลาย ๆ งานวิจัย ดังเช่นงานวิจัยของ อรชร มาลาหอม (2534) ที่ศึกษาผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไต และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดได้ดีกว่า รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยพบว่าการสอนแบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลควรได้นำแนวทางการสอนแบบมีส่วนร่วมมาใช้โดย จัดทำแผนการสอนแบบมีส่วนร่วม และนำมาใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในโรคอื่น ๆ ให้มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุที่ต้องมาโรงพยาบาลมีกลุ่มเพื่อนใหม่ ได้พูดคุย ได้ปรึกษา รวมทั้งช่วยพัฒนาความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย และควรจัดให้มีคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุในบางโรคโดยเฉพาะ เพราะผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง หรือมีอาการแสดงของโรคแตกต่างจากผู้ป่วยในวัยอื่น ดังนั้นลักษณะคู่มือควรจะมีความแตกต่างออกไป

2. ด้านการบริหารการพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการจัดรูปการสอนแบบมีส่วนร่วมในหอผู้ป่วย โดยจัดให้มีทีมในการสอนแบบมีส่วนร่วมขึ้น และมีการหมุนเวียนเปลี่ยนเรื่องที่จะทำการสอนทุกวันหรือทุกสัปดาห์ โดยเลือกเรื่องที่จะจัดทำแผนการสอนและจัดกลุ่ม การสอนตามโรคที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย โดยเฉพาะแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกอาจนำรูปแบบการสอนแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการจัดกลุ่มการสอนแบบมีส่วนร่วมขึ้นในวันที่มีคลินิกโรคต่าง ๆ ตรวจ โดยจัดให้มีการสอนในเรื่องของโรคในคลินิคนั้น ๆ

3. ด้านการพยาบาลศึกษา ใช้รูปแบบการสอนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางในการพัฒนาการสอนแบบใหม่ สำหรับอาจารย์พยาบาลในการสอนนักศึกษาพยาบาล ซึ่งจะเร้าความสนใจในการเรียนสำหรับนักศึกษามากขึ้น หรือนำมาใช้ในการจัดรูปแบบการสอนที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่สูงอายุบนหอผู้ป่วย โดยการจัดให้นักศึกษาได้เขียนแผนการสอนแบบมีส่วนร่วมในเรื่องที่นักศึกษาสนใจ และนำแผนการสอนมาปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้นักศึกษาได้นำเอาแนวคิดของการสอนแบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลจริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลตนเอง จากข้อจำกัดของการเสื่อมในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ตามวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุอาจจะต้องพึ่งพาญาติหรือผู้อื่น ซึ่งการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะศึกษาการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรคอื่น ๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ ประวาลทิพย์. (2540). **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ ต่อ ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลกับการควบคุมการติดเชื้อ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .

กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **สถิติสาธารณสุข 2540**. กรุงเทพ : โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ทิตติมา ศรีวัฒนกุล . (2539). "การใช้ยาในเด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ". **เภสัชวิทยา**. ยุพิน สังวรินทะ และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพ :Text and Journal Publication.

ธนิตฐา หาญประสิทธิ์ดำ. (2535). **ผลการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อ อาการไม่สุขสบาย ความวิตกกังวล และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

คณะทำงานระดับจังหวัดสำนักงาน โครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. (2540). **การจัดทำแผนการสอนแบบมีส่วนร่วม และการวัดและประเมินผลโดยใช้ Portfolio**. สพบุรี : ประเสริฐการพิมพ์.

เครือวัลย์ สุวรรณรัตน์. (2528). **ความคิดเห็นของผู้ป่วยและพยาบาลเกี่ยวกับความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ขณะพักอยู่ในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ตันศิริ. (2536). **การพยาบาลผู้สูงอายุ** . พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ : คณะกรรมการพัฒนาตำรา สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จริยา ตันติธรรม. (2536). **รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทร์ทิพย์ วงศ์วิวัฒน์. (2536). **แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการปรับตัว ในผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทร์เพ็ญ กิติโสภากุล . (2539). **ความต้องการมีส่วนร่วม และการได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2537). "การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". **คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ** . กรุงเทพ : บพิธการพิมพ์จำกัด.

ชวนพิศ ทำนอง. (2528). **ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังและการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณัฐสุภา ฉลาดสุนทรวาที. (2539). **ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดวงกมล วัตราดุลย์. (2537). **การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดรุณี ชุณหะวัต และคณะ. (2539). **หลักการและกระบวนการเรียนการสอนสุขศึกษา**. กรุงเทพ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ดุจใจ ชัยวานิชศิริ . (2539). **ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม** 2. เสก อักษรานุเคราะห์ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพ : โรงพิมพ์เทคนิค.

เดือนฉาย ชยานนท์. (2538). " การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการเกิด Acute Myocardial Infarction " **โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง** . วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ. **พิมพ์**ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทรงพล ภูมิพัฒน์. (2538). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพ : ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษาฝ่ายเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยศรีปทุม.

นงค์คราญ เรืองจิตต์. (2542). **ผลการสอนทบทวนโดยคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่อง การบริหารการให้ยาฉีดที่มีต่อความพร้อมในการปฏิบัติการฉีดยาของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตยา ภาสุนันท์. (2533). **การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2534). **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิรามัย อุสาหะ. (2540). **ผลของการสอนเรื่อง การปฏิบัติตัวหลังคลอดโดยใช้วิธีบรรยาย ร่วมกับสถานการณ์จำลอง ต่อ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของมารดา.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เนาวรัตน์ สุนทรีย์และศิริพร พงษ์โภคา. (2538). "การป้องกันโรค**หัวใจ**ในผู้สูงอายุ". **วารสารสภากาชาดไทย** . 17 (กันยายน – ธันวาคม) : 207-212.

บุญชิต มณีโชติ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม กับพฤติกรรมการใฝ่รู้ของนักศึกษาพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2542). "การพยาบาลกับปีผู้สูงอายุ". **รามาธิบดีพยาบาลสาร.** 5 (2 พฤษภาคม – สิงหาคม) : 108 –112.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2537). "การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของประชาชน". **รามาธิบดีเวชสาร .** 17 (กุมภาพันธ์) Suppl : 175-180.

ประนอม โอทกานนท์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2537). **ความต้องการการพยาบาลของผู้สูงอายุในชมรมและสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.** ทุนวิจัยงบประมาณแผ่นดิน จุฬาลงกร์มหาวิทยาลัย.

ประไพ **น้อยจ้อย**. (2540). **ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้รักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลรัฐ กรุงเทพมหานคร ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและของพยาบาลประจำการ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภา รัตนเมธวนนท์. (2536). **การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเมิน นวลเทศ. (2537). **ผลการสอนต่อความรู้และการปฏิบัติตนเองผู้ป่วยโรคคอพอกประจำท้องถิ่น.** วิทยา**นิพนธ์**ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิต**วิทยาลัย** มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราณี รามสูต. (2528). **จิตวิทยาการศึกษา**. กรุงเทพ : โรงพิมพ์เจริญกิจ.

พยงค์ วณิเกียรติ . (2539). "ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ยายับยั้งการละลายลิ่มเลือด และยาต้านการทำงานของเกร็ดเลือด". **เภสัชวิทยา**. ยุพิน สังวรินทะ และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพ :Text and Journal Publication.

พรจันทร์ พงษ์พรหม . (2534). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรพิมล อุปถัมภ์. (2530). **เปรียบเทียบผลการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโคลอสโตมีย์โดยใช้สไลด์ประกอบเสียงกับภาพพลิก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรรณี ช. เจนจิต. (2538). **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. พิมพ์ครั้งที่ 4.กรุงเทพ : บริษัทดอนแพคท์พรินท์ จำกัด.

พรรณี โสภานนท์. (2537). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** ภูเก็ต : โรงพยาบาลวชิระ.

พิกุล บุญช่วง. (2536). "การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต" . **พยาบาลสาร**. 20 (มกราคม – มีนาคม) : 33-40.

พึงใจ งามอุโฆษ. (2540). "ACE – Inhibitor และโรคหัวใจ". **โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง**. วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พึงใจ งามอุโฆษ และ สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2538). "ยาที่ใช้สำหรับ Secondary Prevention ใน Myocardial Infarction". **โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง** . วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพบูลย์ เทวรักษ์. (2540). **จิตวิทยาการเรียนรู้**. กรุงเทพ : เอส ดี เพรส การพิมพ์.

เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา . (2526). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ** . พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพ : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2536). **ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรา นิคมานนท์. (2537). **การประเมินผลและการสร้างแบบทดสอบ.** กรุงเทพ : โรงพิมพ์ทิพยวิสุทธิ์.

ภาวิณี สุนทรธาราวงศ์. (2544). **ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภค ใน โรงเรียน ต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครนายก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มุกดา คุณาวัฒน์ . (2535). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความพร่องในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคม ของผู้ป่วยออประสาทตาลอก.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย . (2534). **หัวใจของเรา** . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพ : กรุงเทพเวชสาร.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ และ อิศรา สุขุมาลจันทร์ . (2524). "โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย" . **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**. สมชาติ โลจายะ บรรณาธิการ. กรุงเทพ : ยูไนเต็ดโปรดัคชั่น.

ยุพิน สังวรินทะ . (2539). "ยาปิดกั้น Adrenergic receptors (Adrenergic receptor antagonists)". **เภสัชวิทยา**. ยุพิน สังวรินทะ และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพ :Text and Journal Publication.

รายงาน**สถิติโรง**พยาบาลรามาธิบดี. (2542). **สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาธิบดี 2542** . กรุงเทพ : **โรงพย**าบาลรามาธิบดี .

รายงานสถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี. (2544). **สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาธิบดี 2544** . กรุงเทพ : โรงพยาบาลรามาธิบดี .

ลินจง โปธิบาล. (2538). "ความชุกของปัจจัยเสี่ยง ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย". **พยาบาลสาร**. 22 (มกราคม – มีนาคม) : 1-9.

วนิดา หาญคุณากุล. (2539). **ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วราภรณ์ นารินรักษ์. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วราภรณ์ สัตยวงศ์. (2542). "การพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4** . คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์ .

วัฒนาพร ระงับทุกข์. (2542). **แผนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง**. กรุงเทพ.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันเพ็ญ มีสมญา. (2542). "อาหารกับโรคอ้วน". **FOOD : อาหาร**. 25 (กรกฎาคม – กันยายน) : 202-205.

วารินทร์ บินโอเซ็น. (2536). **ผลของการใช้คู่มือการเรียนด้วยตนเองต่อ ความรู้และการปฏิบัติตนเองผู้ป่วยลมชัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารินทร์ บินโอเซ็น. (2540). " การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาของระบบหัวใจและหลอดเลือด". **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. อรวรรณ อุทัยเสน บรรณาธิการ. กรุงเทพ : ธีรพงษ์การพิมพ์.

วารินทร์ รัศมีพรหม. (2531). **สื่อการสอนเทคโนโลยีทางการศึกษาและการสอนร่วมสมัย**. กรุงเทพ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

วิชัย ตันไพรจิตร. (2537)."ไขมันกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน". **หัวใจของเรา**. กรุงเทพ : โรงพิมพ์รักษ์สัมพันธ์.

วิชัย ตันไพรจิตร และ สมชาย โลจายะ. (2534). " ปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด " . **โภชนศาสตร์สคลีนิค** . 1(มกราคม) : 1-16.

วิเชียร ทองแตง. (2536). " Ischemic Heart Disease (IHD)". **เวชศาสตร์ทันยุค 2537**. กรุงเทพ : ชัยเจริญการพิมพ์.

วิเชียร ทองแตง . (2538). "ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน". **ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์**. จินตนา ศิรินาวิน บรรณาธิการ. กรุงเทพ : หมอชาวบ้าน.

วีนัส ลีพหกุล. (2539). "โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ : ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน". **สารสภาการพยาบาล**. 11(กรกฎาคม – กันยายน): 39-45.

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). **การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริพร สิงหจินดาวงศ์. (2536). **ผลของการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต่อความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริมา ลีละวงศ์. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2528). "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย". **วารสารโรคหัวใจ** . 1 (มกราคม): 1-2.

ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2530). "โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย". **คลินิก**. 3 (พฤศจิกายน): 786-794.

ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา. **การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่ 7 . กรุงเทพ : รุ่งศิลป์การพิมพ์ ,2536.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2539). **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปทางการพยาบาล . พิมพ์ครั้งที่** 4. กรุงเทพ : วีเจพริ้นติ้ง .

สมจิต หนุเจริญกุล. (2536). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2.** พิมพ์ครั้งที่ 10 . กรุงเทพ : วีเจพริ้นติ้ง.

สมหมาย วนะวนานต์. (2540). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์** ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สายชล จันทร์วิจิตร. (2539). **ผลของโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลาย ต่อ การฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดไต.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2544). **ทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม.** กรุงเทพ : มทป.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2544). **"ร่วมปฏิรูปการเรียนรู้กับครูต้นแบบ " การปฏิรูปการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ การสอนแบบ "ทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วม".** นนทบุรี : บริษัท แดนดิด มีเดีย.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2544). **การปฏิรูปการเรียนตามแนวคิด 5 ทฤษฎี.** กรุงเทพ : ไอเดียสแควร์.

สิรินทร์ ศาสตรานุรักษ์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). "ประชากรผู้สูงอายุไทย ตอนที่ 1 : สถานการณ์และความสำคัญของผู้สูงอายุ" . **สถานการณ์**. 25 (ธันวาคม) : 1 – 4.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล . (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** . พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์. (2541). **ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุพัตรา ไตรอุดมศรีและคณะ. (2540). "ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพอย่างมีแบบแผน ต่อ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพลังอำนาจในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย" . **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**. 17 (มกราคม – ธันวาคม).

สุมณฑา พรหมบุญ และคณะ. (2541). **การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม : ต้นแบบการเรียนรู้ทางด้านหลักทฤษฎีและแนวปฏิบัติ**. กรุงเทพ : สำนักงานการศึกษาแห่งชาติ .

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2538). **จิตวิทยาการเรียนรู้วัยผู้ใหญ่. กรุงเทพ** :โอเดียนสโตร์ .

สุรางค์ โค้วตระกูล . (2541). **จิตวิทยาการศึกษา** . พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรางค์ โค้วตระกูล . (2536). **ปัญหาผู้สูงอายุ . กรุงเทพฯ** : สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย.

สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2539). "โรคหัวใจขาดเลือด". **ตำราอายุรศาสตร์ 2 .วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพ : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุเกษม รัตนวานิช. (2539). **เอกสารประกอบการสอนเรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. กรุงเทพ : คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.

สุภีนันท์ อัญเชิญ. (2539). "ยารักษาภาวะปวดเค้นอก". **เภสัชวิทยา. ขุพิน** สังวรินทะ และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพ :Text and Journal Publication.

เสก อักษรานุเคราะห์ . (2539). **ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 1**. เสก อักษรานุเคราะห์ บรรณาธิการ. **พิมพ์ครั้งที่** 3 .กรุงเทพ : โรงพิมพ์เทคนิค .

แสงจันทร์ ทองมาก. (2539). "สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ".**การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1**. คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์ .

อรชร มาลาหอม. (2534). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อการฟื้นสภาพภายหลังผ่าตัดนิ่วในไตและท่อไตและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรรถจินดา ดีผดุง. (2536). **สัมมนาสิทธิผู้ป่วย**. สุชาติ ณ หนองคาย **บรรณาธิการ**. นครปฐม : โรงพิมพ์สถา**บันพัฒนา**การสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา.

อรนันท์ หาญยุทธ. (2532). "**จิตวิทยาการเรียนรู้เพื่อการสอนสุขภาพอนามัย**". **เอกสารชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพ**. กรุงเทพ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช .

อารี พันธ์มณี. (2534). **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. กรุงเทพ : ต้นอ้อ.

อารีย์ ฟองเพชร. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์** . วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมา จันทรวิเศษ. (2539). **การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัปสร รังสิปราการ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุน ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล.บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Antman E.M. and Braunward E. (1997). "Acute Myocardial Infarction". **Heart disease : a textbook of cardiovascular medicine** . Edited by Eugene Braunwald . 5th ed. Philadelphia : Saunders.

Arnold A. (1997). "Meeting Elimination Needs". **Care of The Older Person : A Handbook for Care Assistants**.Edited by McMahon C. and Isaacs R. London : Blackwell Science.

Bahr R.T. (1999). "Sleep Disturbances". **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed . Philadelphia : Davis.

Bernat J.J. (1997). "Smoothing the CABG Patient's Road to Recovery". **American Journal of Nursing**. 97 (Feburary) : 23 –27.

Coni N.,etal. (1993). **Lecture notes on Geriatrics**. 4th ed. Bladewell Scientific Publications : London.

Deber R.B. (1994). "Physicians in health care management : The patient - physican partnership : changing role and the desire for information." **Canadian Medical Association Journal**. 151 (July) : 171 - 176.

De Cecci. and John P. (1988).**The Psychology of Learning and Instruction : Educational Psychology**. New Jersey : Prentice-Hall.

Dellasega C.,etal. (1999). "The Aging Endrocrine System". **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed . Philadelphia: Davis.

Devereaux M.O. and etal. (1981).**Elderly care : A Practical Guide to Clinical Geriatics**. New York : Gruwe and stration.

Dewey J.(1963). **Experience and education**. New York : Macmillan.

Donlon B.C. (1999). "Theories of Aging" . **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed . Philadelphia : Davis.

Eliopoulos C. (1997). **Gerontological nursing** . 4th ed . Philadelphia : Lippincott.

Feldmen D.E. (1980). "Does nutrition play a role in cardiovascular disease?". **Geriatrics**. 35 (July) : 65-75.

Fleury J. (1992). "Long-Term management of the patient with stable angina". **The Nursing Clinic of North America**. 115 (March) : 205-230.

Garding B.S.,etal . (1997). Weffect of Program of Informaation and Support for Myocardial Infarction Patients Recovery at Home". **Heart-Lung**. 17 (September) : 355-362.

Gerard P. and Ringel K.A. (1997). **Medical – Surgical Nursing**. Edited by Joyce M. Black and Esther Matassarin-Jacobs. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders.

Goldman H. (1994). "Myocardial Infarction Diagnosis and Treatment ". **Nursing Times**.90 (March): 33 – 37.

Hentinen M. (1986). "Teaching and adaptation of patients with myocardial infarction". **Internal Journal of Nursing Student** . 23 (April-June) : 125-138.

Hilgard E.R. and Bower G.H. (1966). **Theories of Learning**. Meridith Publising.

Hill L. and Smith N. (1990). **Self-care nursing**. New Jersey : Prentice Hall.

Jewll S.E. (1994). "Pateint participation : What does it mean to nurses?" **Journal of Advanced Nursing**. 19 (1) : 433 - 438.

James S.A.,etal. (1997)." Socioeconomic status,John Henryism and Hypertention in Blacks and Whiter Adults". **American Journal of Epidemiology**. 126 (September) : 664 –673.

James S.A. and Nora K. (1992). "Socioeconomic status,John Henryism and Hypertention in BlackAdults" . **American Journal of Epidemiology**. 13 (January) : 59 – 63.

Kannel B.W., etal. (1986). "Over all and CHD mortality rates in relation to major risk factor in 325348 men screened for the MERFIT". **American Heart Journal**. 112 (October) : 820-825.

Kenneth L.M. ,etal. (1997)."Treatment of Diabetes". **Geriatric Medicine**. edited by Christine K. Cassel and etal. 3rd ed. New York : Springer .

Kimmel D.C. (1990). **Adulthood and Aging**. New York : John wiley and sons.

Knowles M.S. (1975). **Self Directed Learning : A Guide for Leamers and Teachers**. New York : Association Press.

Knowles M.S. (1975). **The adult learner : a neglected species**. 2nd ed . Texas : Gulf.

Kolb D.A.,etal. (1991). **Organization behavior : on experimental approach**. 5th ed. Engleweed : Prentice hall.

Kosnik L. (1999). "Treatment Protocols and Pathways : Improving the Process of Care". **Critical Care Nurse**. Supplement (October) : 3 - 7.

Lipid Research Clinic Programs . (1984). "The relationship reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowing". **JAMA** .251 (January) : 365-373.

Lueckenotte G.A. (1997). **Gerontological Nursing** . St. Louis : Mosby Year Book.

Matin G.S.,etal. (1991). "Behavioral change in injection drug users : Evaluation on HIV / AIDS education program." **AIDS -CARE**. 2 (March) : 275 - 279.

McMahon C. (1997). "Hygiene Comfort and Rest". **Care of The Older Person : A Handbook for Care Assistants**. edited by McMahon C. and Isaacs R. London : Blackwell Science,1997.

Morgan B. and Emerman CL.(1995)."**Effect of age on Myocardial Infarction and Thrombolysis**". American Journal of Emergency Medicine. 13 (March) : 196-198.

Moser D.K.,etal. (1999). "The Role of The Critical Care Nurse In Preventing Heart Failure After Acute Myocardial Infarction". **Critical Care Nurse**. Supplement (October) : 11-15.

Nancy C. and Wanda F. (1997). "Assessing Neurologic Function In Older Patient's ". **American Journal of Nursing** . 97 (March) : 37-40.

Orem D. (1991). **Nursing : concepts of practice** .4th ed . St. Louis : Mosby Year Book.

Orem D. (1995). **Nursing : concepts of practice** .5th ed . St. Louis : Mosby Year Book.

Orem D. (2001). **Nursing : concepts of practice** .6th ed . St. Louis : Mosby Year Book.

Paul L.M. (1997)."Early management of acute myocardial infarction". **The ICU Book**. 2nd ed . Maryland : Williams and Willkins.

Pender N.J. (1987). **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Conecticut : Appletion and Lange,1987.

Powell J. (1997). "Nutrition for the Older Person". **Care of The Older Person : A Handbook for Care Assistants**. Edited by McMahon C. and Isaacs R. London : Blackwell Science.

Rankin S. H. and Stalling K. D. (1990).**Implementation : Interventions for Patient Education**. St. Louis : J.B. Lippincott.

Rich M.W. (1999). "Treatment of Acute Myocardial Infarction in The Elderly". **Clinical Geriatric**. 7(January) : 80 – 90.

Riegel B. (1995). " Patients with Myocardial Infarction". **Critical care nursing**. edited by John M. Clochesy and et al. Philadelphia : W.B. Saunders.

Roberts C. (1999). "Have We Reached the Therapeutic Ceiling in Acute Myocardial Infarction". **Critical Care Nurse**. Supplement (October) : 7-11.

Supiano M.A. (1997). "Hypertension". **Geriatric Medicine**. edited by Christine K. Cassel and etal. 3rd ed. New York : Springer.

Stanley M . (1999). **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed. Philadelphia: Davis.

Talbot L. (1997). "Physiologic Changes". **Gerontological nursing** . edited by Eliopoulos C. 4th ed . Philadelphia : J.B. Lippincott.

Taylor C.B. (1992). "Smoking cessation after acute myocardial infarction : Effect of a nurse-managed intervention". **Annals of Internal Medicine**. 113 (July) : 118-123.

Wade L. and Waters K. (1999). **A Textbook of Gerontological Nursing**. London : Bailliere Tindall , .

Wei J.Y. (1994)."Disorders of The Heart". **Priciples of Geriatric Medicine and Gerontology**. Edited by William R. Hazzard and etal. 3rd ed. New York : Mc Graw – Hill.

Wenger N.K. (1999)."Cardiovacular Diease". **Geriatric Medicine**. edited by Christine K. Cassel and etal. 3rd ed. New York : Springer.

Wenger N.K. (1997). Coronary heart disease : An older woman's major health risk. **BMJ** . 25 (October) : 1085-1089.

WHO technical report. (1995). **Epidemyology and prevention of cardiovascular diseases in elderly people**. Switzerland : Geneva.

Williams S.R. (1994). **Essentials of Nutrition and Diet Therapy**. 6th ed. St.louis : Mosby Year Book.

Zimbardo F.P. and Gerring R.J. (1996). **Psychology and Life**. New York : Haper College Publisher.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพแผนการสอน แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

แพทย์หญิง สิรินธร ฉันศิริกาญน์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางอายุรศาสตร์ และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธภักดี	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ ดร. พ.ต.ต.หญิง พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิกุล ตันติธรรม	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
อาจารย์สมบูรณ์ เพาพัฒนา	อดีตผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
นางสาว วาธินี คัชมาตย์	หัวหน้าพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพสไลด์ และคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

แพทย์หญิง สิรินธร ฉันศิริกาญน์	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางอายุรศาสตร์ และผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธภักดี	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
รองศาสตราจารย์ ดร. พ.ต.ต.หญิง พวงเพ็ญ ชุณหปราณ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ สมเชาว์ เนตรประเสริฐ	อดีตหัวหน้าภาควิชาโสตทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์	ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิกุล ตันติธรรม	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
อาจารย์สมบูรณ์ เพาพัฒนา	อดีตผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
นางสาว วาธินี คัชมาตย์	หัวหน้าพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี
นางสาว อารีย์ ฟองเพชร	พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือ

1.1 คำนวณหาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Level of Difficulty and Discrimination Power)

$$P = \frac{H + L}{N}$$

$$R = \frac{H - L}{N}$$

P = ค่าความยากง่าย

R = ค่าอำนาจจำแนก

H = จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มคะแนนสูง

L = จำนวนคนที่ตอบถูกในกลุ่มคะแนนต่ำ

N = จำนวนคนในกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ

1.2 คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้สูตร Kuder – Richardson (KR-20)

$$r_{tt} = \frac{k}{k - 1} \left[\frac{s_t^2 - \sum pq}{s_t^2} \right]$$

r_{tt} = ค่าความเที่ยงของแบบสอบ

k = จำนวนข้อสอบ

p = อัตราส่วนของคนที่ทำถูกในแต่ละข้อ

q = 1 - p

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่สอบได้

1.3 คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach alpha coefficient)

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2}\right]$$

α = สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค

k = จำนวนข้อสบทั้งหมดในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนที่สอบได้

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ยโดยใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

$\bar{X}$ = ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 คำนวณหาส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน โดยใช้สูตร

$$S.D. = \sqrt{\frac{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{N(N-1)}}$$

S.D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน

ΣX = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

ΣX^2 = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง

N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.3 คำนวณหาคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ (relative gain score) ของแต่ละบุคคลโดยใช้สูตร

$$S = \frac{(Y - X)100}{F - X}$$

S = คะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์

Y = คะแนนหลังเรียน

X = คะแนนก่อนเรียน

F = คะแนนเต็ม

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้สูตร Pair t-test

$$t = \frac{\Sigma D}{\sqrt{\frac{n\Sigma D^2 - (\Sigma D)^2}{n-1}}}$$

$$df = (n - 1)$$

D = ผลต่างของคะแนนแต่ละคู่

n = จำนวนคู่

df = องศาแห่งความเป็นอิสระ

2.5 เปรียบเทียบคะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มที่ใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ โดยใช้สูตร Independent t-test

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{S_p^2 \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right]}}$$

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{(n_1 - 1) + (n_2 - 1)}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

$\bar{X}_1$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1

$\bar{X}_2$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ 2

S_p^2 = ความแปรปรวนร่วม

S_1^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 1

S_2^2 = ความแปรปรวนของกลุ่มที่ 2

n_1 = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มที่ 1

n_2 = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มที่ 2

df = องศาแห่งความเป็นอิสระ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผากผนวก ค

จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์เนื้อหาแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละเดือนของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ / กลุ่ม	มี.ค					เม.ย					พ.ค					มิ.ย					ก.ค					ส.ค					ก.ย					ต.ค					พ.ย					ธ.ค						จำนวนกลุ่มทดลอง
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	
กลุ่มที่ 1 (จำนวนคน)			* 3		# 0		+ 0																																													0
กลุ่มที่ 2 (จำนวนคน)							* 4		# 3		+ 2																																										2
กลุ่มที่ 3 (จำนวนคน)								* 3		# 3		+ 1																																									1
กลุ่มที่ 4 (จำนวนคน)											* 3		# 2		+ 2																																							2
กลุ่มที่ 5 (จำนวนคน)												* 3		# 3			+ 1																																				1
กลุ่มที่ 6 (จำนวนคน)																			* 3		# 3		+ 1																														1
กลุ่มที่ 7 (จำนวนคน)																										* 3		# 3		+ 3																								3
กลุ่มที่ 8 (จำนวนคน)																												* 3		# 2		+ 2																						2
กลุ่มที่ 9 (จำนวนคน)																																* 3		# 3		+ 1																1
กลุ่มที่ 10 (จำนวนคน)																																			* 3		# 3		+ 1													1
กลุ่มที่ 11 (จำนวนคน)																																				* 4			# 3		+ 2											2
กลุ่มที่ 12 (จำนวนคน)																																					* 3		# 2		+ 2											2
กลุ่มที่ 13 (จำนวนคน)																																							* 3		# 3		+ 2									2
กลุ่มที่ 14 (จำนวนคน)																																								* 3		# 3		+ 1							1
กลุ่มที่ 15 (จำนวนคน)																																										* 3		# 3		+ 1					1

*** แทนการสอนครั้งที่ 1 – 3** **# แทนการสอนครั้งที่ 4** **+ แทน post-test**

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในแต่ละเดือนของกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ / กลุ่ม	มี.ค					เม.ย					พ.ค					มิ.ย					ก.ค					ส.ค					ก.ย						ต.ค					พ.ย					ธ.ค						จำนวนกลุ่มควบคุม
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	
กลุ่มที่ 1 (จำนวนคน)		* 3		# 3		+ 1																																														1
กลุ่มที่ 2 (จำนวนคน)			* 4		# 3		+ 2																																													2
กลุ่มที่ 3 (จำนวนคน)								* 3		# 3		+ 1																																										1
กลุ่มที่ 4 (จำนวนคน)									* 3		# 2		+ 1																																									1
กลุ่มที่ 5 (จำนวนคน)																* 3		# 3		+ 3																																		3
กลุ่มที่ 6 (จำนวนคน)																				* 3	# 0		+ 0																															0
กลุ่มที่ 7 (จำนวนคน)																						* 3		# 3			+ 3																											3
กลุ่มที่ 8 (จำนวนคน)																							* 3		# 3		+ 2																											2
กลุ่มที่ 9 (จำนวนคน)																												* 3		# 3		+ 2																						2
กลุ่มที่ 10 (จำนวนคน)																																					* 3			# 2			+ 0										0
กลุ่มที่ 11 (จำนวนคน)																																						* 3		# 2			+ 2										2
กลุ่มที่ 12 (จำนวนคน)																																											* 3		# 2		+ 1						1
กลุ่มที่ 13 (จำนวนคน)																																												* 3		# 3		+ 2					2

*** แทนการสอนครั้งที่ 1 – 3** **# แทนการสอนครั้งที่ 4** **+ แทน post-test**

ตารางที่ 8 วิเคราะห์เนื้อหาแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง

ลำดับที่	แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย					หน่วยน้ำหนัก
	ความจำ	ความเข้าใจ	การนำไปใช้	การวิเคราะห์	การสังเคราะห์	
1.ความหมาย	-	1	-	-	-	1
2.ปัจจัยเสี่ยง	1	1	-	-	-	2
3.อาการ	-	1	-	-	-	1
4.ภาวะแทรกซ้อน	1	-	-	-	-	1
5.การรักษา	-	2	-	-	- -	2
6.การได้รับอากาศบริสุทธิ์	-	-	1	-	-	1
7.การดื่มน้ำ	-	1	1	-	-	2
8.การบริโภคอาหาร	-	1	1	-	-	2
9.การขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-	-	2	-	-	2
10.การออกกำลังกาย	1	1	1	-	-	3
11.การพักผ่อน	-	-	1	-	-	1
12.การอยู่ตามลำพังและการทำกิจกรรม	-	-	1	-	-	1
13.การป้องกันอันตราย	1	-	-	-	-	1
14.การใช้ยา	-	1	2	-	-	3
15.การติดตามการรักษา	-	1	-	-	-	1
รวม	4	10	10	-	-	24

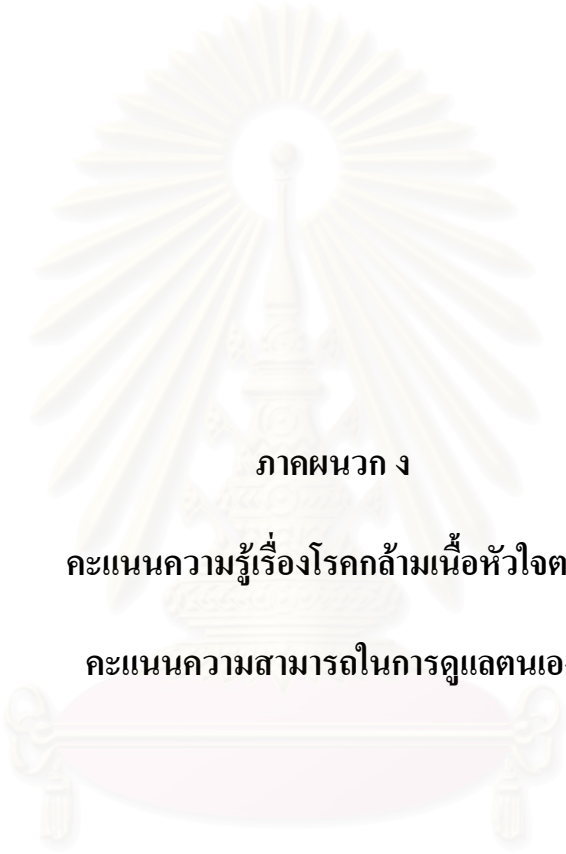
ตารางที่ 9 ค่าระดับความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้สูงอายุ คนที่	ระดับความยากง่าย (p)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.78	0.5
2	0.44	0.5
3	0.33	0.33
4	0.67	0.67
5	0.33	0.67
6	0.33	0.67
7	0.67	0.67
8	0.72	0.33
9	0.56	0.33
10	0.39	0.5
11	0.72	0.67
12	0.56	0.83
13	0.5	0.33
14	0.56	0.67
15	0.67	0.5
16	0.44	0.67
17	0.28	0.5
18	0.78	0.5
19	0.5	0.83
20	0.44	0.33
21	0.33	0.83
22	0.44	0.5
23	0.28	0.33
24	0.80	0.33

ข้อที่มีระดับความยากง่ายต่ำกว่าเกณฑ์ คือ น้อยกว่า .20 หรือมากกว่า .80

ข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่าเกณฑ์ คือ น้อยกว่า 20

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

คะแนนความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 คะแนนความรู้เรื่องโรคก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุ	การสอนตามปกติ		การสอนแบบมีส่วนร่วม	
คนที่	(X)	(Y)	(X)	(Y)
1	6	14	11	24
2	9	15	17	20
3	9	13	12	22
4	6	16	16	17
5	4	13	13	17
6	15	18	16	22
7	14	18	17	18
8	13	14	15	16
9	15	18	19	22
10	12	16	9	23
11	10	14	9	20
12	11	18	8	20
13	7	14	8	22
14	10	16	10	22
15	8	15	10	20
รวม	149	232	190	305
ค่าเฉลี่ย	9.93	15.47	12.67	20.33

(X) แทนคะแนนก่อนสอน

(Y) แทนคะแนนหลังสอน

ตารางที่ 11 คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุ	การสอนตามปกติ		การสอนแบบมีส่วนร่วม	
คนที่	(X)	(Y)	(X)	(Y)
1	41	50	53	70
2	52	60	52	69
3	64	64	57	60
4	37	45	44	55
5	40	50	56	62
6	70	70	60	66
7	57	60	56	70
8	46	52	34	63
9	48	54	50	68
10	46	40	35	65
11	38	48	40	68
12	40	55	36	70
13	40	50	38	65
14	44	52	38	68
15	42	38	40	68
รวม	705	788	689	987
ค่าเฉลี่ย	47	52.53	45.93	65.8

(X) แทนคะแนนก่อนสอน

(Y) แทนคะแนนหลังสอน

ตารางที่ 12 คะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความรู้เรื่องโรคของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุ	การสอนตามปกติ					การสอนแบบมีส่วนร่วม				
คนที่	(X)	(Y)	(Y – X)	(F – X)	(S)	(X)	(Y)	(Y – X)	(F – X)	(S)
1	6	14	8	18	44.44	11	24	13	13	100
2	9	15	6	15	40	17	20	3	7	42.86
3	9	13	4	15	26.67	12	22	10	12	83.33
4	6	16	10	18	55.56	16	17	1	8	12.5
5	4	13	9	20	45	13	17	4	11	36.36
6	15	18	3	9	33.33	16	22	6	8	75
7	14	18	4	10	40	17	18	1	7	14.29
8	13	14	1	11	9.09	15	16	1	9	11.11
9	15	18	3	9	33.33	19	22	3	5	60
10	12	16	4	12	33.33	9	23	14	15	93.33
11	10	14	4	14	28.57	9	20	11	15	73.33
12	11	18	7	13	53.85	8	20	12	16	75
13	7	14	7	17	41.18	8	22	14	16	87.5
14	10	16	6	14	42.86	10	22	12	14	85.71
15	8	15	7	16	43.75	10	20	10	14	71.43
รวม	149	232	83	211	570.96	190	305	115	170	921.75
ค่าเฉลี่ย	9.93	15.57	-	-	38.06	12.67	20.33	-	-	61.45

(X) แทนคะแนนก่อนสอน

(Y) แทนคะแนนหลังสอน

(Y – X) แทนคะแนนความเปลี่ยนแปลงสมบูรณ์

(F – X) แทนการเปลี่ยนแปลงที่น่าจะพัฒนา

(S) แทนความเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์

ตารางที่ 13 คะแนนการเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์ของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุ	การสอนตามปกติ					การสอนแบบมีส่วนร่วม				
คนที่	(X)	(Y)	(Y – X)	(F – X)	(S)	(X)	(Y)	(Y – X)	(F – X)	(S)
1	41	50	9	31	29.03	53	70	17	19	89.47
2	52	60	8	20	40	52	69	17	20	85
3	64	64	0	8	0	57	60	3	15	20
4	37	45	8	35	22.86	44	55	11	28	39.29
5	40	50	10	32	31.25	56	62	6	16	37.5
6	70	70	0	2	0	60	66	6	12	50
7	57	60	3	15	20	56	70	14	16	87.5
8	46	52	6	26	23.08	34	63	29	38	76.32
9	48	54	6	24	25	50	68	18	22	81.82
10	46	40	-6	26	-23.08	35	65	30	37	81.08
11	38	48	10	34	29.41	40	68	28	32	87.5
12	40	55	15	32	46.88	36	70	34	36	94.44
13	40	50	10	32	31.25	38	65	27	34	79.41
14	44	52	8	28	28.57	38	68	30	34	88.24
15	42	38	-4	30	-13.33	40	68	28	32	87.5
รวม	705	788	83	375	290.92	689	987	298	391	1085.07
ค่าฉลี่ย	47	52.53	-	-	19.39	45.93	65.8	-	-	72.34

(X) แทนคะแนนก่อนสอน

(Y) แทนคะแนนหลังสอน

(Y – X) แทนคะแนนความเปลี่ยนแปลงสมบูรณ์

(F – X) แทนการเปลี่ยนแปลงที่น่าจะพัฒนา

(S) แทนความเปลี่ยนแปลงสัมพัทธ์

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับท่าน โดยการกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( )

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

2. อายุ ..... ปี

3. ระดับการศึกษา ( ) ประถมศึกษา
( ) มัธยมศึกษา / ปวช
( ) มัธยมศึกษา / ปวส
( ) ปริญญาตรี

4. ระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

( ) สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
( ) มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมปกติ
( ) มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมน้อยกว่าปกติ
( ) มีอาการเจ็บหน้าอกขณะปฏิบัติกิจกรรมทุกชนิดและหรือมีอาการขณะพัก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

<u>คำชี้แจง</u> โปรดตอบคำถามโดยใส่เครื่องหมาย X ลงบนอักษร ก , ข หรือ ค ที่ท่านเห็นว่าถูกที่สุดเพียงข้อเดียว

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดได้อย่างไร
   - ก. ลิ้นหัวใจรั่ว
   - ข. มีน้ำและเลือดขังในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
   - ค. หลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตัน
2. ข้อใดคือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ
   - ก. โรคเครียด
   - ข. โรคปอดเรื้อรัง
   - ค. โรคไขข้ออักเสบ
3. ข้อใดคือปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ
   - ก. สูบบุหรี่เป็นประจำ
   - ข. ดื่มกาแฟวันละ 1 ถ้วยทุกวัน
   - ค. ดื่มสุราบางครั้งในงานสังสรรค์
4. ผู้สูงอายุท่านใดต่อไปนี้ที่มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
   - ก. คุณสมัคร รู้สึกหิว หน้ามืด เวียนศีรษะ ใจหวิว
   - ข. คุณชวน รู้สึกชาที่หัวไหล่และแขน เหงื่อออก หน้ามืดจะเป็นลม
   - ค. คุณสุดารัตน์ รู้สึกปวดแขน ปวดหลัง เมื่อยขาหลังไปซื้อของที่ตลาด
5. ข้อใด <u>ไม่ใช่</u> ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
   - ก. หัวใจล้มเหลว
   - ข. เยื่อหุ้มหัวใจฉีก
   - ค. กล้ามเนื้อหัวใจแตก
6. ท่านจะดูแลตนเองอย่างไรเพื่อให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์
   - ก. หลีกเลี่ยงสถานที่ที่แออัด และมีควันมาก ๆ
   - ข. ออกกำลังกายริมฟุตบาทในช่วงเวลาจราจร
   - ค. ถ้ายังสูบบุหรี่อยู่ควรสูบในปริมาณที่เท่าเดิม ไม่เพิ่มขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. ข้อใดคือวิธีการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
    ก. งดใช้ยาควบคุมระดับไขมันในเลือด
    ข. ผ่าตัดถ่างขยายหลอดเลือดแดงที่ตีบตัน
    ค. เลิกใช้ยารักษาโรคเลาหวาน ความดันโลหิตสูง
8. ท่านสามารถรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ด้วยตนเองโดยวิธีใด
    ก. งดออกกำลังกาย
    ข. งดชา กาแฟ และเลิกสูบบุหรี่
    ค. งดการเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น
9. เพราะเหตุใดผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องควบคุมปริมาณน้ำดื่ม
    ก. อาจจะเกิดไตวาย
    ข. อาจจะเกิดตับวาย
    ค. อาจจะเกิดหัวใจวาย
10. หลักในการดื่มน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือข้อใด
    ก. ดื่มได้มากตามแต่ผู้สูงอายุต้องการ
    ข. ดื่มน้ำสะอาดที่ไม่เย็นเพราะน้ำเย็นทำให้เจ็บหน้าอกได้
    ค. ดื่มน้ำสะอาดโดยดื่มให้มากกว่าปริมาณปัสสาวะที่ขับออกเมื่อวานนี้เล็กน้อย
11. ข้อใดที่ท่านใช้เป็นหลักในการบริโภคอาหาร
    ก. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
    ข. รับประทานของขบเคี้ยว และงดผลไม้
    ค. ปรุงรสชาดอาหารให้เข้มข้นก่อนรับประทาน
12. ผู้สูงอายุท่านใดต่อไปนี้บริโภคอาหารได้เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
    ก. คุณมาลี งดรับประทานไข่
    ข. คุณสาลี่ ใช้น้ำมันหมูทำอาหารทุกมื้อ
    ค. คุณชาลี ดื่มนมเปรี้ยวหรือนมไขมันต่ำ
13. ถ้าท่านมีอาการท้องผูกท่านจะปฏิบัติอย่างไร
    ก. นั่งเบ่งถ่ายให้นานมากขึ้น
    ข. ซื้อยาระบายมารับประทานเอง
    ค. รับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น

14. เมื่อป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ท่านควรเลือกใช้ส้วมแบบใด
    ก. ส้วมชนิดใดก้อได้
    ข. ส้วมแบบนั่งยอง ๆ
    ค. ส้วมที่นั่งห้อยเท้าได้
15. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ท่านใดที่ออกกำลังกายได้เหมาะสม
    ก. คุณสมศรี วิ่งรอบบ้านหลังอาหาร
    ข. คุณสมชาย ยกน้ำหนักเช้าและเย็นทุกวันที่สวนลุม
    ค. คุณสมควร เดินออกกำลังกายทุกเช้าประมาณ 30 นาที
16. หลักในการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับท่านคือข้อใด
    ก. หลังอาหารมื้อหนักควรออกกำลังกายทันที
    ข. สามารถออกกำลังกายได้ทุกชนิดตามต้องการ
    ค. ถ้าเป็นไข้หวัดหรือเจ็บป่วยเล็กน้อยไม่ควรออกกำลังกาย
17. ข้อควรระวังในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือข้อใด
    ก. ขณะออกกำลังกายถ้าเจ็บหน้าอกเล็กน้อยไม่ควรหยุดพัก
    ข. ชีพจรขณะพักก่อนออกกำลังกายไม่ควรเกิน 150 ครั้งต่อนาที
    ค. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อนหรือน้ำเย็น ก่อนและหลังการออกกำลังกาย
18. เมื่อท่านนอนไม่หลับ ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร
    ก. ซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง
    ข. ดื่มนมอุ่น ๆ หรือน้ำผลไม้ก่อนนอน
    ค. ออกกำลังกายมากๆ จนเหนื่อย เพื่อให้นอนหลับ
19. เมื่อท่านป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไร
    ก. เก็บตัวอยู่กับบ้าน
    ข. หลีกเลี่ยงการพบปะพูดคุยกับคนรอบข้าง
    ค. หาข้อมูลเกี่ยวกับโรค และสอบถามความรู้จากเจ้าหน้าที่พยาบาล
20. เมื่อมีอาการเช่นใดที่ผู้สูงอายุควรมาพบแพทย์ก่อนนัด
    ก. ชีพจรขณะนอนพักเต้นน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที
    ข. หายใจไม่สะดวก หายใจไม่ทันเมื่ออยู่ในที่แออัด
    ค. รู้สึกแน่นอึดอัดเมื่อรับประทานอาหารปริมาณมาก

21. ผู้สูงอายุท่านใดที่ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการใช้ยารักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
    ก. คุณบรรหาร สังเกตอาการผิดปกติเมื่อใช้ยา
    ข. คุณสมศักดิ์ ซื้อยาจากร้านขายยามาใช้เมื่อยาหมด
    ค. คุณทักษิณ รอให้มีอาการเจ็บหน้าอกก่อนจึงอมยาใต้ลิ้น
22. ท่านคิดว่าสิ่งสำคัญในการใช้ยาอมใต้ลิ้นคือข้อใด
    ก. เก็บยาไว้ในขวดสีทึบ และพกติดตัวตลอดเวลา
    ข. ถ้าอมยาอมใต้ลิ้นแล้วรู้สึกซ่าแสดงว่ายาหมดอายุไม่ควรใช้
    ค. ถ้าอมยาต่อกันครบ 5 เม็ดแล้วยังเจ็บหน้าอกอยู่ควรมาพบแพทย์
23. ภายหลังจากอมยาใต้ลิ้นครบ 3 เม็ดแล้ว ยังเจ็บหน้าอกอยู่ท่านคิดว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไร
    ก. นอนราบเพื่อพักร่างกาย
    ข. รีบไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยเร็ว
    ค. ลุกขึ้นทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อทำให้ลืมอาการเจ็บหน้าอก
24. เมื่อมาตรวจตามนัดผู้สูงอายุควรปฏิบัติตัวอย่างไร
    ก. รับยาที่แพทย์ให้แล้วกลับบ้านทันที
    ข. ติดตามข่าวสารและสอบถามข้อสงสัยในการดูแลตนเอง
    ค. เก็บข้อสงสัยต่าง ๆ ไว้ เพื่อสอบถามเจ้าหน้าที่พยาบาลคราวหน้า

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของแต่ละท่านเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของตัวท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยที่

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติทุกครั้ง หรือทำกิจกรรมดังกล่าว 90 ครั้งใน 100 กิจกรรมที่ทำ

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติบ้างไม่ได้ปฏิบัติบ้าง หรือทำกิจกรรมดังกล่าว 50 ครั้งใน 100 กิจกรรมที่ทำ

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองนั้นไม่ได้ปฏิบัติเลย

ข้อคำถาม	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด มีฝุ่นละออง อากาศถ่ายเทไม่สะดวก หรือมีควัน			
2. ท่านป้องกันตนเองจากการสูดดมฝุ่นละออง และควัน			
3. ท่านยังสูบบุหรี่อยู่			
4. ท่านดูแลที่อยู่อาศัยให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก และปลอดโปร่ง			
5. ท่านดื่มน้ำในปริมาณมากกว่าจำนวนปัสสาวะที่ขับออกเล็กน้อย			
6. ท่านบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ไขมัน			
7. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู แกงกะทิ ไอศกรีม เครื่องในสัตว์ มันปู มันกุ้ง หอยนางรม ปลาหมึก เป็นต้น			
8. ท่านใช้น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน แทนน้ำมันที่ได้จากไขมันสัตว์			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย
9. ท่านรับประทานผักและผลไม้เป็นประ จำทุกวัน			
10. ท่านเติมเกลือ น้ำปลา ซี่อิ้ว น้ำตาล ในอาหารที่รับประทาน			
11. ท่านบ้วนปาก แปรงฟัน หรือถอดล้างฟันปลอมอย่างน้อย เช้า – เย็น			
12. ท่านอาบน้ำวันละ 1 – 2 ครั้ง			
13. ท่านสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง			
14. ท่านขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ			
15. ท่านใช้ยาระบายอ่อน ๆ เมื่อมีภาวะท้องผูก			
16. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
17. ท่านมีการอบอุ่นเพื่อปรับสภาพร่างกาย ก่อนและหลัง การออกกำลังกายประมาณ 5 – 10 นาที			
18. ท่านเลือกการออกกำลังกายประเภทต่อไปนี้เช่น การวิ่ง การเดิน กายบริหาร ว่ายน้ำ			
19. ท่านจะหยุดออกกำลังกาย เมื่อรู้สึกเหนื่อย หรือแน่นหน้าอก			
20. ท่านจะงดออกกำลังกายขณะเจ็บป่วย			
21. ท่านงีบหลับ หรือพักสายตาเวลากลางวัน อย่างน้อย 1 – 2 ชั่วโมง			
22. ท่านพักผ่อนนอนหลับคืนละ 6 – 8 ชั่วโมง			
23. ท่านรู้จักใช้วิธีช่วยให้นอนหลับ เมื่อนอนไม่หลับ			
24. ท่านมักจะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือคนสนิทในยามเหงา			
25. ท่านมักจะทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ			
26. ท่านมีวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ฟังธรรมะ ฟังเพลง ทำสมาธิ เมื่อเกิดความเครียด			
27. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และชา กาแฟ			

ข้อคำถาม	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติเลย
28. ท่านหมั่นสังเกตอาการ และความผิดปกติอันเนื่องมาจากโรคของท่าน			
29. ท่านรับประทานยาตามขนาด และเวลาตามที่แพทย์สั่ง			
30. ท่านสังเกตสีและวันหมดอายุของยาที่ใช้			
31. ท่านพกยาอมใต้ลิ้นติดตัวอยู่ตลอดเวลา			
32. ท่านใช้ยาอมใต้ลิ้นก่อนทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก			
33. ท่านซื้อยามารับประทานตามคำแนะนำของคนรู้จักหรือของเพื่อนบ้าน			
34. ท่านมักหาความรู้เรื่องโรคและสุขภาพของท่าน			
35. ท่านดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด			
36. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัด			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนชุดที่ 1

เรื่อง ผู้สูงอายุกับภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้สอน นางสาว ชุติมา ผังชัยมงคล

สถานที่ ห้องประชุม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลรามาธิบดี

เวลา 17.00 – 18.00 น.

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาการและอาการแสดงภาวะแทรกซ้อน การรักษาได้
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกับผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	คำนำ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทุกคนปรารถนาจะมีชีวิตอย่างมีความสุข แต่ผู้สูงอายุบางท่านอาจไม่เป็นเช่นนั้น เพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป มลภาวะพิษ ความเครียด ความวิตกกังวล โน้มน้าวให้เกิดโรคต่าง ๆได้ง่าย โดยเฉพาะโรคหัวใจ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ พบว่าสาเหตุการตายหลักเกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจจัดเป็นอวัยวะที่สำคัญในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะรู้สึกว่าสมรรถภาพในการดำเนินชีวิต ลดลง ไม่กล้าทำอะไร กลัวจะกระทบกระเทือน หัวใจ กลัวอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และสามารถดูแลตนเองได้ จะทำให้ชีวิตดำเนินต่อไปอย่างมีความสุข	ขั้นนำเข้าสู่บทเรียน ผู้สอนกล่าวทักทายผู้สูงอายุและแนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ผู้สอนให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง และติดป้ายชื่อ ผู้สอนกล่าวนำเข้าสู่บทเรียนพร้อมฉายสไลด์ (ใช้เวลาทั้งหมด 5 นาที)	ป้ายชื่อผู้สูงอายุ สไลด์ภาพผู้สูงอายุอยู่กับหลานสีหน้ามีความสุข สไลด์ภาพผู้สูงอายุกำลังฝึกเดิน มีพยาบาลคอยดูแล มีข้อความว่า กลัว เครียด ไม่กล้าทำอะไร สไลด์ภาพพยาบาลกำลังสอนสุขศึกษากับผู้ป่วย มีข้อความเขียนว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม	
ผู้สูงอายุสามารถอธิบายกลไกการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้	**สาเหตุการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ** **โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย** เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างมาก ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เซลกล้ามเนื้อหัวใจหยุดทำงานจนตายไป และการตีบตันของหลอดเลือดแดงนั้น เกิดจากการมีโคเลสเตอรอลมาจับพอก	ขั้นสอน ผู้สอนซักถามผู้สูงอายุว่า “ท่านคิดว่าโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายที่ท่านเป็นอยู่เกิดขึ้นได้อย่างไร” -ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ	สไลด์ ภาพการ์ตูนรูปหัวใจ มีข้อความว่า “โรคกล้ามเนื้อ หัวใจตาย” สไลด์ภาพโครงสร้างร่างกายตั้งแต่เอวถึงศีรษะ มีหัวใจอยู่ตรงกลาง	การมีส่วนร่วมในการนำเสนอประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน การซักถาม การสังเกตความสนใจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	อยู่ที่ผนังหลอดเลือด หรือมีก้อนเลือดอุดอยู่ที่หลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตัน นอกจากนี้ยังเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดแดงอีกด้วย	ได้เสนอประสบการณ์ ผู้สอนบรรยายการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายประกอบสไลด์ ผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย (ใช้เวลาทั้งหมด 5 นาที)		การตั้งใจฟังของผู้สูงอายุที่มีต่อการบรรยายประกอบสไลด์และการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ผู้สูงอายุสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุได้	**ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ** สามารถแบ่งได้ 2 กลุ่มดังต่อไปนี้ **1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้** ได้แก่ **1.1 เพศ** ผู้ชายเป็นโรคนี้มากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า โดยในช่วงอายุ 30 – 40 ปี เพศหญิงจะมีฮอร์โมนเพศชื่อว่า เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน มากกว่าเพศชาย ทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้ ไม่ไปอุดตันที่หลอดเลือด เมื่ออายุ 40 ปีไปแล้ว ระดับฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้จะลดลง ทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้น้อยลง เพศหญิงจึงมีโอกาสเป็นโรคนี้ใกล้เคียงกับเพศชาย **1.2 อายุ** อายุที่มากขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและยืดหยุ่นน้อยลง มีไขมันมาสะสมที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เมื่อเกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จนตายได้	ผู้สอนซักถามผู้สูงอายุว่า “จากการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ท่านป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” ผู้สอนให้ผู้สูงอายุทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้อภิปรายร่วมกัน ผู้สอนให้ผู้สูงอายุหนึ่งท่านสรุปปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ ผู้สอนให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้ สไลด์ประกอบคำบรรยาย	สไลด์เขียนอักษรว่า “ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ แบ่งได้ 2 กลุ่ม 1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ 2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้” สไลด์เขียนข้อความว่า กลุ่มที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ 1.เพศ มีภาพผู้ชายและผู้หญิงอายุประมาณ 30 – 40 ปี สไลด์ภาพผู้สูงอายุชายและหญิง	การมีส่วนร่วมในการนำเสนอประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน การซักถาม การสังเกตความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้สูงอายุที่มีต่อการบรรยายประกอบสไลด์และการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	1.3 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ จะมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มี นอกจากนี้โรคทางกรรมพันธุ์ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าบุคคลในครอบครัวเป็นก็จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่มี **2. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้** ได้แก่ **2.1 ความดันโลหิตสูง** ทำให้หลอดเลือดแดงคดงอและตีบตัน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท **2.2 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด** ในผู้สูงอายุระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรสูงเกิน 200 mg/dl) ปริมาณไขมันที่สูงในเลือดจะเกิดการตกตะกอน จับตัวตามผนังหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวน้อยลง ยิ่งในผู้สูงอายุที่หลอดเลือดมีความแข็งและยืดหยุ่นน้อยจากวัยด้วยแล้ว ย่อมส่งผลให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงขาดเลือดมีผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย	(ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที)	สไลด์ภาพวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยสูงอายุ มีข้อความเขียนว่า 1.2 อายุ สไลด์ภาพครอบครัวผู้สูงอายุ มีข้อความเขียนว่า 1.3 กรรมพันธุ์ สไลด์มีข้อความ “กลุ่มที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ รูปการวัดความดัน มีข้อความว่า 2.1ความดันโลหิตสูง สไลด์มีข้อความว่าผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตมากกว่า140/90 มิลลิเมตรปรอท สไลด์ภาพไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เห็นรูหลอดเลือดแคบ มีข้อความเขียนว่า 2.2 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด สไลด์ภาพผู้สูงอายุ มีข้อความเขียนว่า “ผู้สูงอายุระดับ	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2.3 เบาหวาน โรคเบาหวานทำให้เส้นเลือดแดงอุดตัน และผนังหลอดเลือดโป่งพอง เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ไม่แข็งแรง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจึงมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนปกติ 2 เท่าโรคเบาหวานจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 115 ถึง 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร **2.4 ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย** ผู้ที่อ้วนมากเกินไปและไม่ออกกำลังกาย ทำให้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีร่างกายสมส่วนและออกกำลังกายสม่ำเสมอ การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ **2.5 การสูบบุหรี่** สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว เส้นเลือดตีบแคบ มีลิ่มเลือดมาเกาะที่ผนังเส้นเลือด ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้เม็ดเลือดแข็งครูดเส้นเลือดเป็นแผล เมื่อร่างกายซ่อมแซม รูของเส้นเลือดจะตีบแคบ ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง		โคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สไลด์ภาพผู้สูงอายุอ้วน ๆ มีข้อความเขียนว่า “2.3 เบาหวาน” และ ดิฉันป่วยเป็นเบาหวาน สไลด์ภาพการ์ตูนมีข้อความเขียนว่า “ผู้สูงอายุควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 115 – 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร” สไลด์รูปการ์ตูนอ้วน ๆ กำลังยืนอยู่บนเครื่องชั่งน้ำหนัก มีข้อความเขียนว่า “2.4 ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย” สไลด์ภาพการสูบบุหรี่ มีข้อความเขียนว่า “2.5 การสูบบุหรี่” สไลด์ภาพบุหรี่ มีข้อความเขียนว่า บุหรี่ตัวน้อยนิด พ่นควันพิษให้พวกเรา ยิ่งสูบนานวันเข้าหัวใจเราคงแย่แน่	

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 12 ดีกรี เป็นประจำในปริมาณมากกว่า 60 ซีซีต่อวัน มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า และผู้ที่ดื่มกาแฟ 2 – 5 แก้วต่อวันมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ถ้าดื่มในปริมาณมากกว่านี้จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ **2.7ความเครียด** ความเครียดทำให้ระดับไขมันและสารช่วยการแข็งตัวในเลือดสูงขึ้น ไขมันมาเกาะตามเส้นเลือด เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนตายในที่สุด		สไลด์ภาพเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เขียนข้อความว่า 2.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สไลด์ภาพเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เขียนข้อความว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนภาพการ์ตูนสีหน้าเคร่งเครียด มีข้อความเขียนว่า 2.7 ความเครียด	
ผู้สูงอายุสามารถบอกอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ครบถ้วน	**อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย** ในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความแตกต่างจากในวัยผู้ใหญ่ดังต่อไป **1.อาการเจ็บหน้าอก** ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะพบอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน มักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่น ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นจะมีอาการเหมือนหัวใจถูกบีบรัด ถูกกด แน่นหรือแสบร้อนได้ มักเป็นบริเวณใต้กระดูกลิ้นปี่ ร้าวไปที่หัวไหล่คอ	ผู้สอนสอบถามผู้สูงอายุว่า “เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ท่านมีอาการอย่างไรบ้าง” ผู้สอนให้ผู้สูงอายุทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้อภิปรายร่วมกัน ผู้สอนให้ผู้สูงอายุหนึ่งท่านสรุปปัญหาและบอกอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	สไลด์มีข้อความเขียนว่า “อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” สไลด์ภาพแรเงาส่วนที่ผู้สูงอายุจะเกิดอาการเจ็บเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีข้อความเขียนว่า ภาพแสดงส่วนที่รู้สึกเจ็บหรือชา เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก	การมีส่วนร่วมในการนำเสนอประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน การซักถาม การสังเกตความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้สูงอายุที่มี

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	แขน กรามล่าง โดยเฉพาะด้านซ้าย อาการจะเป็นนานเกินกว่า 30 นาที ไม่สามารถบรรเทาด้วยการพัก หรือ การอมยาใต้ลิ้น **2. อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกที่พบในผู้สูงอายุ** ได้แก่ ■ อาการหายใจลำบาก ■ คลื่นไส้อาเจียน ■ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ■ เหงื่อออกมาก สับสน หมดสติ ■ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นแรงเร็ว ■ ปอดบวมน้ำ ■ หัวใจล้มเหลว	ผู้สอนให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้ สไลด์ประกอบคำบรรยาย (ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที	สไลด์ มีข้อความว่า “อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกในผู้สูงอายุ “ได้แก่ ■ อาการหายใจลำบาก ■ คลื่นไส้อาเจียน ■ เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ ■ เหงื่อออกมาก สับสน หมดสติ ■ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นแรงเร็ว ■ ปอดบวมน้ำ ■ หัวใจล้มเหลว ”	ต่อการบรรยายประกอบสไลด์และการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ผู้สูงอายุสามารถบอกภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างถูกต้อง	**ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย** ได้แก่ 1.ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจอาจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติ ทำให้การไหลเวียนเลือดล้มเหลวได้ 2. ช็อคจากหัวใจ 3. หัวใจห้องล่างแตก 4.หัวใจล้มเหลวและปอดบวมน้ำ เกิดในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่	ผู้สอนสอบถามผู้สูงอายุว่า “ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ถ้าไม่รักษาปล่อยทิ้งไว้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง” ผู้สอนให้ผู้สูงอายุทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็น และให้	สไลด์ มีภาพการ์ตูนเล็ก ๆ รูปผู้สูงอายุ ข้อความว่า “ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” มีภาพการ์ตูนเล็ก ๆ รูปผู้สูงอายุได้แก่ 1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ 2. ช็อคจากหัวใจ	การมีส่วนร่วมในการนำเสนอประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน การซักถาม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	5.ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง ทำให้เสียชีวิตอย่างทันทีทันใดได้ 6. ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว 7. กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหรือภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ซึ่งเกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย	อภิปรายร่วมกัน ผู้สอนให้ผู้สูงอายุหนึ่งท่านสรุปปัญหา และบอกภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้สอนให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้ สไลด์ประกอบคำบรรยาย (ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที	3. หัวใจห้องล่างแตก 4.หัวใจล้มเหลว และปอดบวมน้ำ 5.ผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง 6. ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว 7.กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหรือภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ”	การสังเกตความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้สูงอายุที่มีต่อการบรรยายประกอบสไลด์ และการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ผู้สูงอายุสามารถบอกหลักการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุได้	**การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ** มีอยู่ 2 วิธี คือ การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา **1. การรักษาด้วยการใช้ยา** ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาอมใต้ลิ้น ยาต้านการตกตะกอนของเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาละลายไขมัน เป็นต้น **2. การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา** ได้แก่ **2.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด** ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง และการทำผ่าตัดทำทาง	ผู้สอนสอบถามผู้สูงอายุว่า “ท่านคิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีวิธีการรักษาอย่างไร” ผู้สอนให้ผู้สูงอายุทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นและให้อภิปรายร่วมกัน ผู้สอนให้ผู้สูงอายุหนึ่งท่านสรุปวิธีการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	สไลด์เขียนข้อความว่า “การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ” สไลด์รูปยาที่ใช้ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีข้อความเขียนว่า “วิธีที่ 1 การรักษาด้วยการใช้ยา” สไลด์ภาพเส้นเลือดหัวใจถูกถ่างขยายด้วยลูกโป่ง มีข้อความว่า “วิธีที่ 2 การรักษาด้วยวิธีการ	การมีส่วนร่วมในการนำเสนอประสบการณ์ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน การซักถาม การสังเกตความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้สูงอายุที่มีต่อการบรรยาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนการสอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	เบี่ยงเบี่ยงเส้นเลือดแดง ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการที่เป็นและตามดุลยพินิจของแพทย์ **2.2การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ลดภาวะเครียดควบคุมโรคที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น เรียนรู้การใช้ยา หมั่นสังเกตอาการผิดปกติ นอกจากนี้ควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง	ผู้สอนให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้สไลด์ ประกอบคำบรรยาย (ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที)	ไม่ใช้ยา 2.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด” สไลด์ภาพผู้สูงอายุกำลังรดน้ำต้นไม้สีหน้ามีความสุข มีข้อความเขียนว่า 2.2การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ประกอบสไลด์และการทำกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ผู้สูงอายุสามารถสรุปกลไกการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และบอกอาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนแนวทางการป้องกันการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากการอุดตันหรือตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายในที่สุด ซึ่งถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรค หมั่นสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อน จะช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มและลดภาวะแทรกซ้อน	ขั้นสรุป ผู้สอนและผู้เรียนร่วมกันสรุปโดยผู้สอนใช้คำถามถามแล้วให้ผู้เรียนสรุป เปิดโอกาสให้ผู้เรียนซักถามข้อสงสัย และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป (ใช้เวลาทั้งหมด 5 นาที)	ข้อความเขียนว่า “ บั้นปลายชีวิตจะมีสุข ถ้าท่านลดพฤติกรรมเสี่ยง และที่สำคัญ อย่าลืม ! มาตรวจตามนัดทุกครั้งนะค่ะ”	การสรุปของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสนใจและช่วยสรุปบทเรียนที่สำคัญได้ครบถ้วน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. “การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน”. **คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ** . กรุงเทพ : บพิธการพิมพ์จำกัด , 2537.

เนาวรัตน์ สุนทรีย์ และศิริพร พงษ์โภคา. “การป้องกันโรคหัวใจในผู้สูงอายุ”. **วารสารสภากาชาดไทย** . 17 (กันยายน – ธันวาคม 2538) : 207-212.

ประคอง อินทรสมบัติ. “การพยาบาลกับปีผู้สูงอายุ”. **รามาธิบดีพยาบาลสาร**. 5(2 พฤษภาคม – สิงหาคม) ,2542 : 108 –112

พยงค์ วณิเกียรติ . **เภสัชวิทยา**. ยุพิน สังวรินทะ และคณะ บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพ :Text and Journal Publication, 2539.

พรรณี โสภานนท์. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. ภูเก็ต : โรงพยาบาลวชิระ, 2537.

พึงใจ งามอุโฆษ. **โรคอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง**. วิทยา ศรีดามา บรรณาธิการ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ : โครงการตำราจุฬาอายุรศาสตร์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540

วัฒนาพร ระงับทุกข์. **แผนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง**. กรุงเทพ, 2540.

ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์ และ อิศรา สุขุมาลจันทร์ . “โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย” . **ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด**. สมชาติ โลจายะ บรรณาธิการ. กรุงเทพ : ยูไนเต็ดโปรดัคชั่น,2524.

Bahr R.T. “Sleep Disturbances”. **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed . Philadelphia : Davis, 1999.

Donlon B.C. “Theories of Aging” . **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed . Philadelphia : Davis, 1999.

Gerard P. and Ringel K.A. **Medical – Surgical Nursing**. Edited by Joyce M. Black and Esther Matassarin-Jacobs. 4th ed. Philadelphia : W.B. Saunders Co,1997.

Moser D.K. and etal. “The Role of The Critical Care Nurse In Preventing Heart Failure After Acute Myocardial Infarction”. **Critical Care Nurse**. Supplement (October 1999) : 11-15

Stanley M . **Gerontological nursing** . edited by Mickey Stanley, Patricia Gauntlett Beare. 2nd ed . Philadelphia: Davis, 1999

ตัวอย่างบทสไลด์ชุดที่ 1 เรื่อง " ผู้สูงอายุกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย "

สไลด์	ภาพ	เสียง
1	ภาพผู้สูงอายุอยู่กับหลานสีหน้ามีความสุข	เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทุกคนปรารถนาจะมีชีวิตอย่างมีความสุข แต่ผู้สูงอายุบางท่านอาจไม่เป็นเช่นนั้น เพราะสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป มลภาวะพิษ ความเครียด ความวิตกกังวล โน้มน้าวให้เกิดโรคต่าง ๆได้ง่าย
2	รูปภาพโครงสร้างร่างกายตั้งแต่เอวถึงศีรษะ มีหัวใจอยู่ตรงกลาง	โดยเฉพาะโรคหัวใจ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ พบว่าสาเหตุการตายหลักเกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และหัวใจจัดเป็นอวัยวะที่สำคัญในการดำรงชีวิต
3	ภาพผู้สูงอายุกำลังฝึกเดิน มีพยาบาลคอยดูแล มีข้อความว่า กลัว เครียด ไม่กล้าทำอะไร	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหัวใจจะรู้สึกว่าสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตลดลง กลัวและไม่กล้าทำอะไร ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
4	ภาพพยาบาลกำลังสอนสุขศึกษากับผู้ป่วย มีข้อความเขียนว่า ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จะทำให้ท่านสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม	จึงต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และสามารถดูแลตนเองได้แม้จะป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
	หยุดพัก 5 นาที	
5	ภาพการ์ตูนรูปหัวใจ มีข้อความว่า "โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย"	**โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย** เกิดจากไขมันหรือก้อนเลือด มาอุดทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบแคบจนอุดตัน เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จนหยุดทำงาน และตายไป
6	เขียนอักษรว่า "ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ แบ่งได้ 2 กลุ่ม 1.ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ 2.ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ "	**ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ** แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ 1. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ 2. ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ความอ้วน เป็นต้น
7	เขียนข้อความว่า "กลุ่มที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ 1.1 เพศ มีภาพผู้ชายและผู้หญิง อายุประมาณ 30 – 40 ปี	**ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้** ได้แก่ **1.1 เพศ** ผู้ชายเป็นโรคนี้มากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า โดยในช่วงอายุ 30 – 40 ปี เพศหญิงจะมีฮอร์โมนเพศชื่อว่า เอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน มากกว่าเพศชาย ทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้ ไม่ไปอุดตันที่หลอดเลือด

สไลด์	ภาพ	เสียง
8	ภาพผู้สูงอายุชายและหญิง	เมื่ออายุ 40 ปีไปแล้ว ระดับฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้จะลดลง ทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้น้อยลง เพศหญิงจึงมีโอกาสเป็นโรคนี้ใกล้เคียงกับเพศชาย
9	ภาพวัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยสูงอายุ มีข้อความเขียนว่า 1.2 อายุ	**1.2 อายุ** อายุที่มากขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและยืดหยุ่นน้อยลง มีไขมันมาสะสมที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เมื่อเกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จนตายได้
10	ภาพครอบครัวผู้สูงอายุ มีข้อความเขียนว่า 1.3 กรรมพันธุ์	**1.3 กรรมพันธุ์** ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ จะมีโอกาสเป็นโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มี นอกจากนี้โรคทางกรรมพันธุ์ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ถ้าบุคคลในครอบครัวเป็นก็จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่มี
11	ข้อความ “กลุ่มที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้”	ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มที่ 2 คือ ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่
12	รูปการวัดความดัน มีข้อความว่า 2.1ความดันโลหิตสูง และมีข้อความว่าผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงหมายถึงผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตมากกว่า140/90 มิลลิเมตรปรอท	**2.1 ความดันโลหิตสูง** ทำให้หลอดเลือดแดงคดงอและตีบตัน เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
13	ภาพไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด ทำให้เห็นรูหลอดเลือดแคบ มีข้อความเขียนว่า 2.2 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด	**2.2 ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง** โคเลสเตอรอลเป็นไขมันรูปแบบหนึ่งถ้ามีในเลือดมาก จะเกิดการตกตะกอน จับตัวตามผนังหลอดเลือด ทำให้เส้นเลือดตีบตัน เลือดไหลเวียนไม่สะดวก
14	ภาพผู้สูงอายุ มีข้อความเขียนว่า “ผู้สูงอายุระดับ โคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรสูงเกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร”	ในผู้สูงอายุ หลอดเลือดจะแข็งยืดหยุ่นน้อย การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวกยิ่งทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้สูงอายุควรมีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่เกิน 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
15	ภาพผู้สูงอายุอ้วน ๆ มีข้อความเขียนว่า “2.3 เบาหวาน” และดิฉันป่วยเป็นเบาหวาน	**2.3 เบาหวาน** โรคเบาหวานทำให้เส้นเลือดแดงอุดตัน และผนังหลอดเลือดโป่งพอง เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ไม่แข็งแรง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานจึงมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนปกติ 2 เท่า
16	ภาพการ์ตูนมีข้อความเขียนว่า “ผู้สูงอายุควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 115 – 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร”	โรคเบาหวานจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 115 ถึง 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

สไลด์	ภาพ	เสียง
17	รูปการ์ตูนอ้วน ๆ กำลังยืนอยู่บนเครื่องชั่งน้ำหนัก มีข้อความเขียนว่า “2.4 ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย”	**2.4 ความอ้วนและการไม่ออกกำลังกาย** ผู้ที่อ้วนมากเกินไป และไม่ออกกำลังกาย ทำให้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีร่างกายสมส่วนและออกกำลังกายสม่ำเสมอ การไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ
18	ภาพการสูบบุหรี่ มีข้อความเขียนว่า “2.5 การสูบบุหรี่”	**2.5 การสูบบุหรี่** สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว เส้นเลือดตีบแคบ มีลิ่มเลือดมาเกาะที่ผนังเส้นเลือด ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ ทำให้เม็ดเลือดแข็งครูดเส้นเลือดเป็นแผล เมื่อร่างกายซ่อมแซม รูของเส้นเลือดจะตีบแคบ
19	ภาพบุหรี่ มีข้อความเขียนว่า บุหรี่ตัวน้อยนิด พ่นควันพิษให้พวกเรา ยิ่งสูบนานวันเข้าหัวใจเราคงแย่แน่	ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง
20	ภาพเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เขียนข้อความว่า 2.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	**2.6 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน** ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 12 ดีกรี เป็นประจำในปริมาณมากกว่า 60 ซีซีต่อวัน มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มหรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า
21	ภาพเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เขียนข้อความว่าการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	และผู้ที่ดื่มกาแฟ 2 – 5 แก้วต่อวันมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ถ้าดื่มในปริมาณมากกว่านี้จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้
22	ภาพการ์ตูนสีหน้าเคร่งเครียด มีข้อความเขียนว่า 2.7 ความเครียด	**2.7 ความเครียด** ความเครียดทำให้ระดับไขมันและสารช่วยการแข็งตัวในเลือดสูงขึ้น ไขมันมาเกาะตามเส้นเลือด เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนตายในที่สุด
	พัก 5 นาที	
23	ข้อความเขียนว่า “อาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย”	เมื่อป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ท่านจะมีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้
24	ภาพแรเงาส่วนที่ผู้สูงอายุจะเกิดอาการเจ็บเมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีข้อความเขียนว่า ภาพแสดงส่วนที่รู้สึกเจ็บหรือชา เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก	รู้สึกเจ็บหน้าอก เหมือนหัวใจถูกบีบรัด ถูกกด ผู้สูงอายุบางคนอาจไม่เจ็บหน้าอก แต่จะมีชาร้าวบริเวณต่าง ๆ เช่น ชาร้าวบริเวณกลางอกกับรอบคอ รู้สึกแน่นกลางอกและชาร้าวที่หัวไหล่ เป็นต้น จะเป็นนานเกินกว่า 30 นาที พักแล้วไม่หาย อมยาไม่ดีขึ้น
25	ข้อความว่า “อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกในผู้สูงอายุ	อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ เหนื่อยหอบ เหงื่อออกมาก สับสน หัวใจเต้นแรงเร็ว ปอดบวมน้ำ หัวใจล้มเหลว หมดสติ ซึ่งถ้ามีอาการข้างต้น แสดงว่าท่านมีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สไลด์	ภาพ	เสียง
26	ข้อความว่า “ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย” มีภาพการ์ตูนเล็ก ๆ รูปผู้สูงอายุ	เมื่อป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และท่านดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ผนังหัวใจโป่งพอง ลิ้นหัวใจรั่ว หัวใจห้องล่างแตก หัวใจล้มเหลว ช็อคจากหัวใจ ปอดบวมน้ำ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบได้
	พัก 5 นาที	
27	เขียนข้อความว่า “การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ”	**การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ** มีอยู่ 2 วิธี คือ การรักษาด้วยการใช้ยา และการรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา
28	ภาพยาที่ใช้ในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีข้อความเขียนว่า “วิธีที่ 1 การรักษาด้วยการใช้ยา”	**1. การรักษาด้วยการใช้ยา** ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ยาอมใต้ลิ้น ยาต้านการตกตะกอนของเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาละลายไขมัน เป็นต้น
29	ภาพเส้นเลือดหัวใจถูกถ่างขยายด้วยลูกโป่ง มีข้อความเขียนว่า “วิธีที่ 2 การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา 2.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด”	**2. การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา** ได้แก่ **2.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด** ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง และการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดแดง ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการที่เป็นอยู่และตามดุลยพินิจของแพทย์
30	ภาพผู้สูงอายุกำลังรดน้ำต้นไม้สีหน้ามีความสุข มีข้อความเขียนว่า 2.2การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	**2.2การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ ลดภาวะเครียด
31	ข้อความเขียนว่า “ บั้นปลายชีวิตจะมีสุข ถ้าท่านลดพฤติกรรมเสี่ยง และที่สำคัญ อย่าลืม ! มาตรวจตามนัดทุกครั้งนะค่ะ”	ควบคุมโรคที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น เรียนรู้การใช้ยา หมั่นสังเกตอาการผิดปกติ นอกจากนี้ควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง
32	ข้อความเกี่ยวกับผู้จัดทำสไลด์	

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการดูแลตนเอง
สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จัดทำโดย

ชุติมา ผังชัยมงคล

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และพบว่าผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีความกังวลในการดูแลตนเอง กลัวและไม่กล้าที่จะทำอะไร และอาจจะดูแลตนเองได้ไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งการดูแลตนเองไม่ถูกต้องจะส่งผลให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โรคนี้จะมีอาการ และวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยในวัยอื่น ดังนั้นคู่มือเล่มนี้จึงจัดทำขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีแนวทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมาได้ และช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ชุติมา ผังชัยมงคล

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์

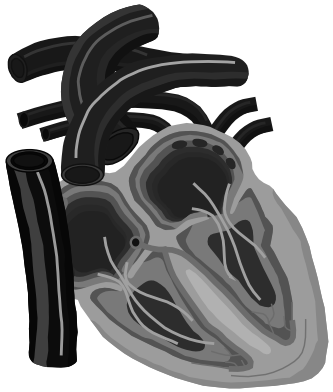
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดได้อย่างไร	1
อะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	2 - 8
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการอย่างไร	9
ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอะไรบ้าง	10
การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ มีวิธีใดบ้าง	11
เมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะทำอย่างไรดี	12
การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	13
▪ การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ และงดสูบบุหรี่	14
▪ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค	15
▪ หลักในการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค	16 - 17
▪ การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	18 - 19
▪ หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ	20 - 22
▪ การพักผ่อนที่เหมาะสม	23
▪ การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น	24
▪ การป้องกันภาวะเสี่ยง	25 - 26
▪ การใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	27 - 28
▪ การติดตามการรักษา การหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง	29

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดได้อย่างไร ?



โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างมาก ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ การตีบตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหยุดทำงานลง จนตายในที่สุด การตีบตันของหลอดเลือดแดงเกิดจากการมีโคเลสเตอรอลมาจับพอกอยู่ที่ผนังหลอดเลือด หรือมีก้อนเลือดอุดอยู่ที่หลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดตีบแคบลงจนอุดตัน นอกจากนี้ยังเกิดจากการหดเกร็งของหลอดเลือดแดงอีกด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อะไรคือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ แบ่งได้ 2 กลุ่มดังต่อไปนี้

<u>กลุ่มที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้</u> ได้แก่

1. เพศ ในเพศชายเป็นโรคนี้มากกว่าเพศหญิงถึง 3 เท่า ความแตกต่างนี้เชื่อว่าเกิดจากฮอร์โมนเพศ เช่น เอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรน ซึ่งในช่วงอายุ 30 – 40 ปี เพศหญิงจะมีฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้มากกว่าเพศชาย จึงทำให้โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้มากกว่า แต่เมื่ออายุ 40 ปีไปแล้ว ระดับฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้จะลดลง ทำให้ โคเลสเตอรอลถูกนำไปใช้น้อยลง เพศหญิงจึงมีโอกาสเป็นโรคนี้ใกล้เคียงกับเพศชาย

2. อายุ ผู้สูงอายุหลอดเลือดแดงแข็งตัวมากขึ้นกว่าคนที่มีอายุน้อย และผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลงมีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือด มากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงและตายในที่สุด

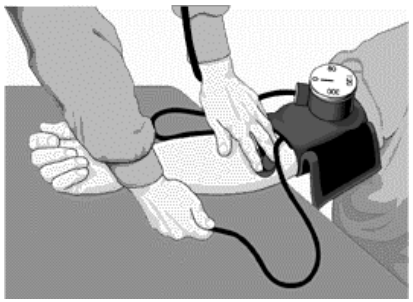
3. ประวัติการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคนี้ จะมีโอกาสเกิดโรคนี้มากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคนี้ในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบโรคกรรมพันธุ์เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูงในครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<u>กลุ่มที่ 2 ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้</u> ได้แก่

1. ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงจะมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดเกิดการคดงอและตีบตัน ทำให้เลือดไม่สามารถผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจหรืออวัยวะต่างๆได้ มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย

****ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท**



2. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ปริมาณไขมันที่สูงในเลือดจะเกิดการตกตะกอน จับตัวตามผนังหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวน้อยลง ยิ่งในผู้สูงอายุหลอดเลือดมีความแข็งและยืดหยุ่นน้อยด้วยแล้ว ย่อมส่งผลให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงขาดเลือดมีผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย

**** ผู้สูงอายุระดับโคเลสเตอรอลในเลือดไม่ควรสูงเกิน 200 mg/dl ****

3. เบาหวาน พบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าคนปกติ 2 เท่า เพราะโรคเบาหวานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดง ทำให้เกิดการอุดตัน โป่งพองของผนังหลอดเลือด และเกิดการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ ในผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาผนังหลอดเลือดแข็ง ทำให้เกิดการอุดตันโป่งพองมากขึ้น ยิ่งเกิดกับหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และตายได้ นอกจากนี้พบว่า เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอยู่ในช่วง 115 – 140 mg/dl

4. ความอ้วนและการขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่อ้วนมากเกินไปและขาดการออกกำลังกาย มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากกว่าผู้ที่มีร่างกายสมส่วนและมีการออกกำลังกาย นอกจากนี้การขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุไทย

5. การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่ที่ซึมผ่านเข้าไปในกระแสเลือดจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ผนังหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลง หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ต้องการออกซิเจนสูงขึ้น และทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มกันที่ผนังเส้นเลือด

นอกจากนี้ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่ ถ้าเกาะที่เม็ดเลือดแดงจะทำให้แข็งกระด้างไม่ยืดหยุ่น และครูดกับผนังหลอดเลือดจนเป็นแผล เมื่อร่างกายซ่อมแซมโดยสร้างเยื่อมาเคลือบ รูของหลอดเลือดแดงจึงแคบลง ทำให้หลอดเลือดตีบตัน และเมื่อก๊าซนี้เข้าสู่กระแสโลหิตจะขัดขวางการนำออกซิเจน ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนน้อยลง ซึ่งถ้าเกิดกับหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตาย ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็น 1.6 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากกว่า 12 ดีกรี เป็นประจำในปริมาณมากกว่า 60 ซีซี/วัน มีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า 60 ซีซี/วัน ถึง 4 เท่า และผู้ที่ดื่มกาแฟ 2 – 5 แก้วต่อวันมีผลต่อการทำงานของหัวใจ และถ้าดื่มในปริมาณมากกว่านี้จะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. ความเครียด ความเครียดจะกระตุ้นให้หลั่ง “สารทุกข์” คือ อะดรีนาลินและสเตียรอยด์ ทำให้หลอดเลือดหดตัว น้ำตาลในเลือดสูง ความต้านทานต่ำ มีผลทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่เป็นไปตามปกติ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนัก จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและอาจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลใดที่มีอารมณ์ดี แจ่มใส มีสมาธิ ต่อมใต้สมองจะหลั่ง “สารสุข” คือเอ็นดรอ๊ฟฟิน ทำให้มีความสุข รู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา และมีสุขภาพแข็งแรง

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอาการอย่างไร

ผู้สูงอายุจะมีอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแตกต่างจากผู้ป่วยในวัยอื่นดังนี้

1.อาการเจ็บหน้าอก ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน มักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่น ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นจะมีอาการเหมือนหัวใจถูกบีบรัด ถูกกด แน่นหรือแสบร้อนได้ มักเป็นบริเวณใต้กระดูกลิ้นปี่ ร้าวไปที่หัวไหล่ คอ แขน กรามล่าง โดยเฉพาะด้านซ้าย อาการจะเป็นนานเกินกว่า 30 นาที ไม่สามารถบรรเทาด้วยการพัก หรือการอมยาใต้ลิ้น

2. อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่

- อาการหายใจลำบาก
- คลื่นไส้อาเจียน
- เวียนศีรษะ ความดันโลหิตต่ำ
- เหงื่อออกมาก สับสน หมดสติ
- อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หัวใจเต้นแรงเร็ว
- ปอดบวมน้ำ
- หัวใจล้มเหลว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอะไรบ้าง

ถ้าผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่

1.ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจอาจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติ ทำให้การไหลเวียนเลือดล้มเหลวได้

2. ช็อคจากหัวใจ

3. หัวใจห้องล่างแตก

4.หัวใจล้มเหลวและปอดบวมน้ำ เกิดในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขนาดใหญ่

5.ผนังของหัวใจห้องล่างโป่ง ทำให้เสียชีวิตอย่างทันทีทันใดได้

6. ลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว

7.กลุ่มอาการหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ หรือภาวะเยื่อหุ้มปอดอักเสบ ซึ่งเกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ มีวิธีใดบ้าง

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 วิธี

1. การรักษาด้วยการใช้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่ปกติได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ยาที่ใช้ในการรักษาได้แก่ ยาอมใต้ลิ้น ยาต้านการตกตะกอนของเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น

2. การรักษาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา ได้แก่

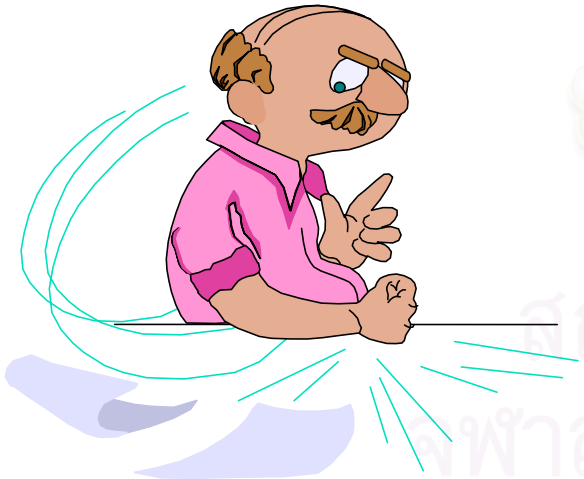
2.1 การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยลูกโป่ง และการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดแดง ซึ่งขึ้นอยู่กับอาการที่เป็นอยู่และตามดุลยพินิจของแพทย์

2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ฯลฯ และควบคุมโรคที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งเรียนรู้การใช้ยา หมั่นสังเกตอาการแทรกซ้อน นอกจากนี้ควรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

เมื่อผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะทำอย่างไรดี

จะเห็นได้ว่าหนึ่งในวิธีการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ก็จะช่วยทำให้อาการของโรคดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

** โปรดระลึกไว้เสมอว่า **ท่าน** คือ บุคคลที่สำคัญที่สุดในฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของท่านเอง นอกเหนือจากแพทย์และพยาบาล **



การดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่

- การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์ และงดสูบบุหรี่
- การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค
- หลักในการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค
- การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- หลักในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
- การพักผ่อนที่เหมาะสม
- การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น
- การป้องกันภาวะเสี่ยง
- การใช้ยาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- การติดตามการรักษา การหาข้อมูล และคำแนะนำในการดูแลตนเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์

การดูแลตนเองให้ได้รับอากาศบริสุทธิ์มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ถ้าดูแลตนเองในเรื่องนี้ได้อย่างเหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้ โดยผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่อยู่ควรพยายามค่อย ๆ ลดจำนวนมวนที่สูบ จนกระทั่งเลิกการสูบบุหรี่

เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงนำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น และหลีกเลี่ยงสถานที่ที่แออัดและมีควันบุหรี่มาก ๆ ด้วยเช่น สถานเริงรมย์ โรงภาพยนตร์ ตลาด รวมทั้งหลีกเลี่ยงการเดินทางในชั่วโมงการจราจรเร่งด่วน เพราะช่วงนี้จะมีรถบนท้องถนนมาก ควันและฝุ่นละอองมีมากด้วยเช่นกัน

การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เมื่ออายุมากขึ้นเนื้อไตจะมีขนาดเล็กลง มีการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไต ทำให้ไตทำงานได้น้อยลง ถ้าดื่มน้ำมากเกินไปจะทำให้มีการสะสมของน้ำในร่างกายทำให้เลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อบีบให้เลือดออกจากหัวใจ ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น

ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายควรดื่มน้ำอย่างเพียงพอ และไม่เกินความต้องการของร่างกาย โดยดูจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นและจากจำนวนปัสสาวะที่ขับออกให้มีระดับใกล้เคียงกัน การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำเย็นไม่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและการหดรัดตัวของหลอดเลือด ควรงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักในการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้สูงอายุต้องเข้าใจความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย และควรคำนึงถึงหลักสำคัญในการบริโภคอาหาร ซึ่งการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

หลักสำคัญในการบริโภคอาหารมีดังนี้

1. ควรบริโภคอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เป็นอาหารที่ย่อยง่าย ถ้าเบื่ออาหาร อาจจะรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น เช่น อาจจะเป็นวันละ 3 – 4 มื้อ

2. ควรใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันที่ได้จากไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน ควรหลีกเลี่ยงน้ำมันจากพืชบางชนิดเนื่องจากมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม

3. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ มันสมอง มันปู มันกุ้ง หอยนางรม ปลาหมึก หนังไก่ ขาหมู อาหารประเภททอด ผัด หรือมีส่วนผสมของกระทิ ไม่ควรงดบริโภคไข่ เนื่องจากไข่เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง หาซื้อง่าย ราคาไม่แพง ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้สามารถรับประทานไข่ได้ครั้งละ 1 ฟอง วันเว้นวัน หรือจะรับประทานเฉพาะไข่ขาวก็ได้

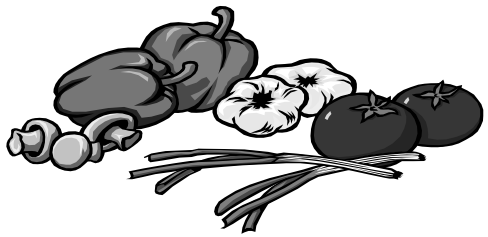
4. หลีกเลี่ยงอาหารหวานที่มีน้ำตาลมาก ๆ เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน

5. งดอาหารที่มีลดเค็มจัด เช่น กะปิ ปลาเค็ม ของดอง เต้าเจี้ยว แต่อาจปรุงรสอาหารให้มีรสเค็มอ่อน ๆ ได้ ขณะรับประทานอาหารไม่ควรปรุงรสชาดอาหารเพิ่มเติม เช่น เติมน้ำปลา เกลือ น้ำตาล ซีอิ๊ว

6. การรับประทานเนื้อสัตว์ ควรเลือกที่ไม่ติดมัน เช่น เนื้อปลา

7. การดื่มนมควรเลือกนมที่มีไขมันต่ำ หรือนมเปรี้ยวแทน

8. รับประทานผัก ผลไม้ เพิ่มมากขึ้น เพื่อช่วยป้องกันภาวะท้องผูก เนื่องจากเส้นใยอาหารจะช่วยลดการดูดซึมไขมันเข้าผนังลำไส้ และช่วยกระตุ้นการเจริญเติบโตของแบคทีเรียในลำไส้ และทำให้อุจจาระอ่อนนิ่ม แต่ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสจัด เช่น ขนุน ทุเรียน องุ่น เพราะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงและอ้วนได้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรดูแลการขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป ดังนี้

ดูแลสุขภาพปากและฟัน

- ควรบ้วนปากแปรงฟัน และถ้าใส่ฟันปลอม ควรถอดล้างอย่างน้อย เช้า – เย็น หรือทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร และควรแปรงฟันให้ถูกวิธี
- ควรเลือกใช้แปรงสีฟันที่ขนแปรงนุ่ม เพราะถ้าขนแปรงแข็งอาจทำให้บาดเหงือกเกิดเลือดออกได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด และยาต้านการตกตะกอนของเลือด

การรักษาความสะอาดร่างกาย

- อาบน้ำวันละ 1 – 2 ครั้ง ด้วยสบู่ชนิดอ่อน
- ดูแลผิวไม่ให้แห้ง โดยทาครีมบำรุงผิว เพื่อลดการระคายเคือง
- น้ำที่ใช้อาบควรจะอุ่นเล็กน้อย เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดขยายตัวตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในขณะอาบน้ำ ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น
- ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ไม่ควรสระผมบ่อย เพราะจะทำให้หนังศรีษะแห้ง

- รักษาความสะอาดของเล็บมือ เท้า ตัดเล็บให้สั้น ควรแช่เล็บก่อนตัดเพื่อให้เล็บอ่อนตัวตัดง่าย ลดการเกิดบาดแผลเนื้อเยื่อรอบเล็บ

ดูแลการขับถ่ายอุจจาระให้ตามปกตินิสัย

- ระมัดระวังอาการท้องผูก ควรขับถ่ายให้เป็นเวลา และรับประทานผัก ผลไม้มากขึ้น
- ถ้าท้องผูกไม่ควรซื้อยาระบายมาทานเอง ควรมาพบแพทย์ เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาให้ยาระบายที่เหมาะสมกับโรคให้ท่าน
- ควรใช้ส้วมแบบโถนั่งที่สามารถห้อยเท้าได้ และมีราวยึดเกาะเพื่อพยุงตอนลุกนั่ง
- ควรดูแลให้ห้องน้ำมีแสงสว่างเพียงพอ พื้นห้องน้ำควรจะเป็นพื้นที่ไม่ลื่น เพื่อป้องกันการลื่นล้ม และช่วยส่งเสริมการขับถ่ายให้ดีขึ้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

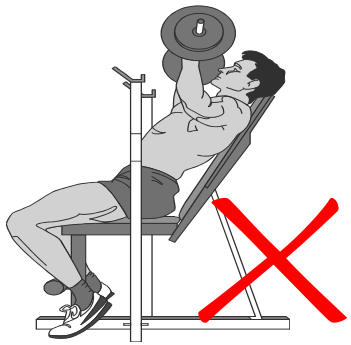
หลักในการออกกำลังกายสำหรับ
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ควรเริ่มออกกำลังกายจากน้อย ๆ เบา ๆ ตามกำลังที่สามารถทำได้ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การนั่งห้อยเท้าข้างเตียง ลุกนั่งบนเก้าอี้ แล้วค่อย ๆ เพิ่มกิจกรรมขึ้นเป็นเดินเข้าห้องน้ำได้ เดินรอบเตียงผู้ป่วย ออกกำลังกายเบาในหอผู้ป่วย แล้วค่อย ๆ เพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อแพทย์อนุญาติให้กลับบ้าน

ข้อควรปฏิบัติขณะออกกำลังกาย

- ในการออกกำลังกายควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่ควรหักโหมหรือออกกำลังกายหนักเกินไป
- ควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที จนกระทั่งสามารถใช้เวลาได้ 45 – 60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- ก่อนออกกำลังกายควรเริ่มด้วยการปรับสภาพร่างกาย โดยการอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 – 10 นาที
- ก่อนหยุดออกกำลังกาย ควรผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อและปรับการทำงานของหัวใจ โดยค่อย ๆ ลดความหนักและความแรงในการออกกำลังกายลง ประมาณ 5 นาที

- ควรเลือกการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค เช่น การเดิน วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ กายบริหาร เพราะการออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยให้มีการใช้ออกซิเจน และมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น
- ไม่ควรออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก เช่น การเล่นเทนนิส การยกน้ำหนัก ลาก ดึงสิ่งของที่หนัก การเกร็งกล้ามเนื้อ เพราะการออกกำลังกายประเภทนี้จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มความดันโลหิตได้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย มีดังต่อไปนี้

1. ควรตรวจชีพจรตัวเองก่อนออกกำลังกาย ชีพจรขณะพักไม่ควรเกิน 100 ครั้ง/นาที และขณะออกกำลังการควรจับชีพจรไปด้วย ชีพจรขณะออกกำลังกายไม่ควรเพิ่มขึ้นเกิน 20 ครั้ง/นาที และไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที

2. ขณะออกกำลังกายถ้ารู้สึกเหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้หรือเจ็บหน้าอก หายใจเร็วสั้น ควรค่อย ๆ ลดความเร็วลง ถ้าไม่ดีขึ้นต้องหยุดพักทันที

3. ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ หรือภายใน 1 ชั่วโมงหลังรับประทานอาหาร ถ้าจะออกกำลังกาย ควรห่างจากมื้ออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง

4. ถ้ารู้สึกไม่สบาย อ่อนเพลีย เช่น เป็นหวัด หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย ไม่ควรออกกำลังกาย ควรรอให้หายก่อน

5. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำร้อน หรือน้ำเย็นทันที ก่อนและหลังการออกกำลังกาย เพราะการอาบน้ำเย็นจะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ และการอาบน้ำร้อนจะทำให้หลอดเลือดขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลง

6. ระหว่างการออกกำลังกาย ควรผ่อนคลายไม่ควรคิดเรื่องงานหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึกเครียด

การพักผ่อนที่เหมาะสมสำหรับ
ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้สูงอายุจะตื่นง่าย หลับยาก ระยะเวลาในการนอนสั้นลง ชอบนอนช่วงกลางวัน ดังนั้นผู้สูงอายุควรปฏิบัติตนดังนี้

- จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เลือกห้องนอนที่อากาศถ่ายเทสะดวก
- ที่นอน หมอน ต้องสะอาดเหมาะกับสรีระของผู้สูงอายุ ไม่นิ่มหรือแข็งเกินไป
- ถ้านอนไม่หลับอาจเปิดเพลงเบา ๆ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สวดมนต์หรือทำสมาธิ และอาจดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ เช่น โอวัลติน น้ำเต้าหู้ น้ำผลไม้
- ควรนอนหลับคืนละ 6 – 8 ชั่วโมง และในช่วงกลางวัน 1 – 2 ชั่วโมง
- ไม่ควรซื้อยานอนหลับมารับประทานเอง เพราะฤทธิ์ของยานอนหลับอาจไปขัดระยะของการนอนหลับ ทำให้หลับได้ไม่เต็มที่ ควรใช้เมื่อมีความจำเป็นและอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์

การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น

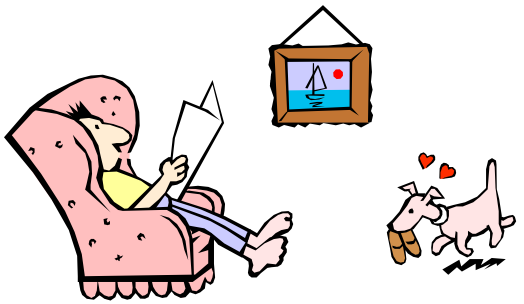
เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้สูงอายุจะรู้สึกวิตกกังวล ท้อแท้ กลัวและคิดว่าตนเองทำอะไรไม่ได้ ต้องพึ่งพาและเป็นภาระกับผู้อื่น ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่พบปะกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดตามมา และอาการของโรคก็จะเพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นผู้สูงอายุต้องเรียนรู้เข้าใจกับโรคที่เป็นอยู่ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ควรเก็บตัวอยู่กับบ้าน ควรออกไปพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน วัยเดียวกัน และมีกิจกรรมร่วมกัน จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ได้แนวคิดและวิธีการใหม่ ๆ ในการดูแลตนเอง และผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อบุคคล นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วยการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ให้กับบุตรหลาน ชุมชนและสังคมที่อาศัยอยู่ เพื่อช่วยทำนุบำรุงศิลปยุคก่อนมิให้สูญหาย

การป้องกันอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

ผู้สูงอายุควรป้องกันและหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงที่จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้นดังนี้

- โรคเบาหวาน โดยการควบคุมอาหาร
- โรคความดันโลหิตสูง โดยการไม่รับประทานอาหารเค็ม
- โรคไขมันสูง โดยการไม่รับประทานอาหารที่ไขมันสูง
- โรคอ้วน โดยการหมั่นออกกำลังกาย
- ความเครียด โดยการทำสมาธิ ฝึกผ่อนลมหายใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้สูงอายุควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อพบอาการผิดปกติดังนี้ ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เพื่อเป็นข้อมูลให้แพทย์และพยาบาลสามารถปรับแบบแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม

1. อาการเหนื่อยง่าย เหนื่อยเพิ่มมากขึ้น ต้องนอนหนุนหมอนสูงขึ้น
2. อาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือไม่สบายในอก
3. หายใจไม่สะดวก หายใจไม่ทัน
4. ใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ
5. รู้สึกไม่สบาย แน่นอึดอัด หรือมีไข้
6. ชีพจรขณะนอนพักเต้นเร็วมากกว่า 100 ครั้ง/นาที
7. ช่วงดึกเมื่อหลับไปแล้วต้องลุกตื่นเนื่องจากแน่นหรือไม่สุขสบาย

การใช้ยาในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้สูงอายุควรเรียนรู้วิธีการใช้ยาอย่างถูกวิธี รับประทานยาสม่ำเสมอแม้ไม่มีอาการ ไม่ซื้อยามารับประทานเอง และควรทราบผลข้างเคียงของยาที่รับประทาน โดยเฉพาะยาไนโตรกลีเซอรีนชนิดอมใต้ลิ้น

หลักในการใช้ยายาไนโตรกลีเซอรีนชนิดอมใต้ลิ้น มีดังต่อไปนี้

1. ควรนำยาไนโตรกลีเซอรีนชนิดอมใต้ลิ้นติดตัวตลอดเวลา พร้อมที่จะใช้ได้ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก

2. สังเกตสีและวันหมดอายุของยา ปกติฤทธิ์ของยาจะมีประสิทธิภาพอยู่ประมาณ 6 เดือน จึงไม่ควรซื้อยามาเก็บไว้นานเกินไป ควรเก็บในขวดสีทึบ ปิดฝาให้แน่น เก็บไว้ในที่แห้งไม่ร้อนเกินไป ยาที่ยังมีประสิทธิภาพอยู่เมื่ออมจะรู้สึกร้อนซ่าใต้ลิ้น และถ้าฤทธิ์ยังมีเต็มที่อาจรู้สึกซ่าไปถึงศีรษะ

3. เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก ให้อมยาไว้ใต้ลิ้น 1 เม็ด รอจนยาละลายหมดสักครู่จึงกลืนน้ำลาย และถ้าเป็นไปได้ควรจะนอนลงขณะได้รับยา

4. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกให้อมยาทันที ถ้ายังไม่หายภายใน 5 นาทีให้อมซ้ำจนกระทั่งหาย ถ้าอมจนครบ 3 เม็ดแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ไปโรงพยาบาลใกล้ที่สุด ในขณะเดียวกันอย่าออกแรงมาก และพยายามควบคุมอารมณ์ไม่ให้ตื่นตกใจเกินไป

5. ควรอมยาใต้ลิ้นก่อนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ เช่น การออกแรง การรับประทานอาหารมื้อหนัก การต้องเผชิญกับความเครียด หรือก่อนมีเพศสัมพันธ์

6. พยายามอดทนต่ออาการข้างเคียงของยา เช่น ปวดศีรษะ หรือหน้าแดง ซึ่งอาจรับประทานยาพาราเซทแก้ปวดศีรษะ แต่อาการเหล่านี้จะดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยทนต่อยาได้มากขึ้น

การติดตามการรักษา การหาข้อมูลและคำแนะนำในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ซึ่งการมาตรวจตามนัดจะช่วยให้แพทย์และพยาบาลทราบปัญหาของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมทันท่วงที และเมื่อมีข้อสงสัยในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุควรแสวงหาความรู้จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รวมทั้งคอยติดตามข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ และให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองให้เหมาะสม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ชุติมา ผังชัยมงคล เกิดวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดกรุงเทพ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตร์ เกียรตินิยมอันดับสอง จากมหาวิทยาลัยมหิดลในปี พ.ศ. 2538 และเข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2541 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 5 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย