

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก
กับความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้



นางสาวจรรวมล แฝงโยธา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

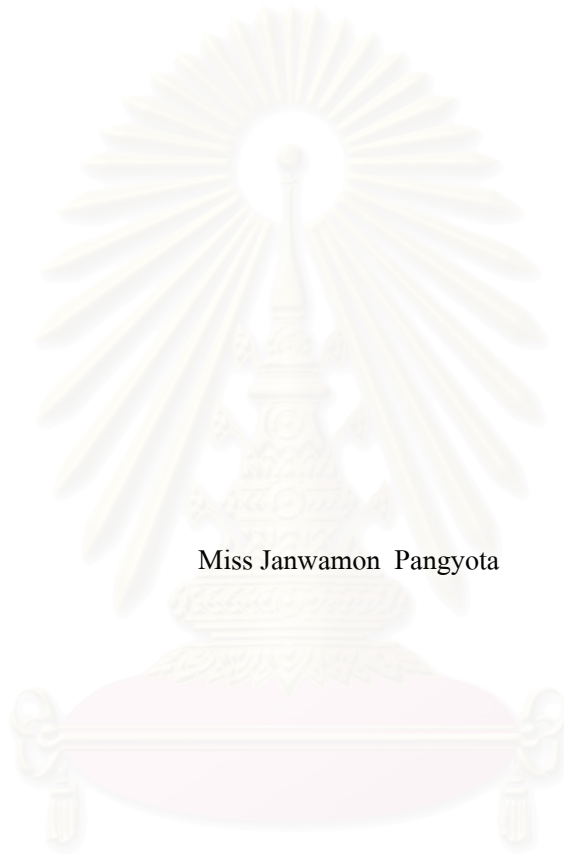
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-3330-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SYMPTOM EXPERIENCES, CHEST
PAIN MANAGEMENT STRATEGIES, AND SELF - CARE ABILITY OF ATIENTS
WITH ACUTE ISCHEMIC SYNDROMES, REGIONAL HOSPITALS
AND MEDICAL CENTERS, SOUTHERN REGION



Miss Janwamon Pangyota

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-3330-1

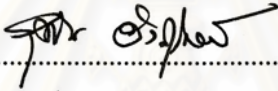
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาหาร
กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

โดย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา


สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา

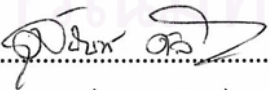
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสุม)

จรรวมค แพ่งโยธา: ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

(RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SYMPTOM EXPERIENCE, CHEST PAIN MANAGEMENT STRATEGIES, AND SELF - CARE ABILITY OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC SYNDROMES ,REGIONAL HOSPITAL AND MEDICAL CENTERS, SOUTHERN REGION). อ.ปริญญา : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา, 148 หน้า. ISBN : 974-14-3330-1

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง ทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป และยินยอมให้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกและแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยเครื่องมือที่ใช้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ,.81 และ .80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติคิอ์ตาและไคแอสควร์

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.01, SD = .23$) โดยความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน คือด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ด้านทั่วไปและด้านพัฒนาการ ($\bar{X} = 2.20, 2.12$ และ 1.81 ตามลำดับ)
2. ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.62, SD = .39$)
3. กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95, SD = 1.08$) และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.31, SD = 1.10$)
4. รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .190, .188$ และ $.657$ ตามลำดับ)
5. เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($p > .05$)

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....
ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่อนิสิต.....จรรวมค.....แพ่งโยธา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*2/000*.....*9*.....

4577638836: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: SYMPTOM EXPERIENCE, CHEST PAIN MANAGEMENT STRATEGIES, SELF - CARE ABILITY, ACUTE ISCHEMIC SYNDROMES

JANWAMON PANGYOTA: RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, SYMPTOM EXPERIENCE, SYMPTOM MANAGEMENT STRATEGIES, AND SELF - CARE ABILITY OF PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC SYNDROMES, REGIONAL HOSPITALS AND MEDICAL CENTERS, SOUTHERN REGION. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. CHANOKPORN JITPANYA, Ph.D., 148 pp. ISBN: 974-14-3330-1.

The purpose of this research was to study the relationships between personal factors, symptom experience, chest pain management strategies, and self care ability of patients with acute ischemic syndromes. The sample consisted of 150 patients admitted at the medical department at Maharaja Nakornsithammarat Hospital, Surajtane Hospital, and Trung Hospital. The patients were males and females, 20 years old and over, and voluntarily participated in the study. Data were collected by using the following instruments : personal data questionnaire, symptom experiences questionnaire, chest pain management strategies questionnaire, and self care ability questionnaire. All instruments were validated by a panel of experts. The reliability of the instrument was .82, .81, and .80, receptively. The data were analyzed using mean, standard deviation, Pearson Product Moment., Eta and Chi-Square test.

The research findings were as follows :

1. Self - care ability of the patients with acute coronary syndrome were at the medium level ($\bar{X} = 2.01$), health deviation requisites, universal self – care requisites, development self – care requisites mean score were at the medium level. ($\bar{X} = 2.20, 2.12$ and 1.81 respectively).
2. Symptom Experiences of the patients with acute coronary syndrome were at the medium level ($\bar{X} = 3.62, SD = .39$).
3. Chest pain management strategies (using medicines) were at the medium level ($\bar{X} = 2.95, SD = 1.08$), chest pain management strategies (using medicines) were at the medium level ($\bar{X} = 2.31, SD = 1.10$).
4. There were positively statistical correlation between incomes, time of illness, chest pain management strategies and self - care ability at the level of .05 ($r = .190, .188$ and $.657$, respectively).
5. There was no correlation between sex, age, education, symptom experiences and self – care ability.

Field of study.....Nursing Science.....

Student's signature.....*Jannamon Panyota*.....

Academic.....2005.....

Advisor's signature.....*Ch. J.*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์แก่ใจข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สดโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำในการใช้สถิติ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่มีคุณค่าและเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยวิจัย เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ที่ให้โอกาสให้ความร่วมมือและสนับสนุนผู้วิจัยอย่างดียิ่งในการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา สามี บุตรชาย ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ ที่ร่วมงานทุกท่านที่เป็นแรงผลักดันให้กำลังใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้านแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	17
แบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd, et al.,.....	38
ประสบการณ์การมีอาการ.....	39
กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก.....	43
ผลของอาการ.....	45
ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน..	46
ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	47
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	53
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	61
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	71

บทที่	หน้า
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	73
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
5 สรุปลผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปลผลการวิจัย.....	94
การอภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	111
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	111
รายการอ้างอิง.....	112
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	125
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลวิจัย.....	127
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	136
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	145
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาการนำ อาการร่วม จำนวนครั้ง จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการมีอาการที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้.....	75
2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล	78
3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถ ในการดูแลตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกรายด้านและรายข้อ.....	79
4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสพการณ์การมีอาการ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกรายข้อและ โดยรวม.....	83
5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลวิธีจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยวิธีใช้ยาของตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกรายข้อและ โดยรวม.....	85
6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลวิธีจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยวิธีไม่ใช้ยาของตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำแนกรายข้อและ โดยรวม.....	87
7. จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ ไม่ใช้กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก จำแนกตามกลวิธีการจัดการ.....	89
8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสพการณ์การมีอาการและกลวิธีจัดการอาการเจ็บหน้าอกและ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล.....	89
9 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	91
10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษา.....	91

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่เลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือไม่เพียงพอต่อความต้องการ มีผลให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลงมีสาเหตุจากผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่เลี้ยงหัวใจแข็งตัวและรูตีบแคบลง จากก้อนเลือดอุดตัน หลอดเลือดอักเสบ การหดเกร็งของหลอดเลือด (พรณิ เสดียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 80; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; จริยา ตันติธรรม, 2547: 267; Fleury & Murdaugh, 1993: 268; Lewis, et al., 1996: 884; Robert, 1996: 2) อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากเกิดขึ้นอาจเป็นซ้ำอีก อาจทำให้หลอดเลือดถูกอุดตันทันที เกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (สุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 74; อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์ และคณะ, 2543: 3; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 133)

อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก (Zerwic et al., 2003: 164) ผู้ป่วยมีความรู้สึกเจ็บปวดมากเหมือนใกล้จะเสียชีวิต หรือแน่นหน้าอกคล้ายจะหยุดหายใจ (ชวณพิศ ทำนอง, 2541: 77) และการศึกษาของจริยา ตันติธรรม (2536) พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่พบมากที่สุดคือ อาการเจ็บหน้าอก (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่และต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ร้อยละ 21.9) และการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540: 93) พบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด คือ เกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ ร้อยละ 37.03 และมีการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ร้อยละ 5.55 ด้วยภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เนื่องจากร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ใน 2 วันแรกและอัตราตายในโรงพยาบาลร้อยละ 5 (Mulcahy, 1985: 753-759)

เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยจะพยายามใช้วิธีการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาหรือควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ ซึ่งการจัดการกับอาการมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกันคือประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการและผลของอาการ (Dodd, et al., 2001) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์และกลวิธีการจัดการอาการ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ เป็นการกระทำที่มีเป้าหมายและตั้งใจ

(Orem, 2001) ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย ที่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่และสวัสดิภาพ จากการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 53-54) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการเจ็บหน้าอกจะมีปัญหาเรื่องการดูแลตนเองในด้านนี้ กล่าวคือผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไปได้ถึงร้อยละ 98 ได้รับอากาศไม่เพียงพอ มีลักษณะหายใจสั้นๆ หายใจลำบาก หายใจไม่เต็มที หายใจถี่ๆ ไม่ได้จะทำให้เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ได้รับน้ำไม่เพียงพอ ไม่สามารถดื่มน้ำได้เพราะมีอาการรุนแรงและเมื่อดื่มน้ำจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นจึงดื่มน้ำได้ครั้งละน้อยๆ รับประทานอาหารได้น้อย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและควบคุมการขับถ่ายและการระบายของเสียได้ ช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคลได้น้อยลง และไม่สามารถดูแลสุขวิทยาของตนเองได้นอนหลับได้ช่วงสั้นๆ และบางรายไม่สามารถนอนพักได้เลย เช่นเดียวกับการศึกษาของ DeVon & Zerwic (2003: 108) พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก จะทำให้ได้รับอากาศไม่เพียงพอร้อยละ 74 มีลักษณะหายใจสั้นๆ ร้อยละ 66 หายใจลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวดี เจริญทอง (2542) พบว่าการดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ต้องพึ่งพามุคคลอื่นในเรื่อง การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ

การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development self care requisites) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการของบุคคลกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของชีวิตและการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบต่อการพัฒนาการ ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจจะไม่สามารถปรับตัวกับภาวะของโรคได้ เกิดความกลัว กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ กลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวตาย (จรรยา ตันติธรรม, 2536: 50; วิชญา ปรียาภิ, 2542: 54) มีความยากลำบากในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จะแสดงออกด้วยการร้องไห้ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ มีความคับข้องใจในการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว (วิชญา ปรียาภิ, 2542: 555-58; Keeling & Dennison, 1995: 45-49; Hofgren, Karlson & Herlitz, 1995: 8; DeVon & Zerwic, 2003: 109) มีความรู้สึกไม่แน่นอน มีความวิตกกังวล และบางรายจะปฏิเสธภาวะของโรค (ณัฐวรรณ รักษ์วงศ์ประยูร, 2539: 65 -70; Daly, et al., 2000: 62 - 69)

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างและการทำงานของร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นการดูแลตนเองหลังการเจ็บป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิตที่ปลอดภัย (Orem, 2001) การศึกษาของ จริยา ตันติธรรม (2536) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีปัญหาในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การศึกษาของ อูมา จันทวิเศษ (2539: 73 - 80) พบว่าการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายปฏิบัติได้น้อยคือ การควบคุมอาหารที่มีโคเลสเตอรอล การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด นอกจากนี้ ถิตรวลัย ไจอารีย์ (2533) พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่มีระดับคะแนนน้อย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมัน รับประทานอาหารเค็ม อารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อมีปัญหาจะอยู่คนเดียว การศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535) พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่เคยปฏิบัติเลย ได้แก่ การไม่เคยสังเกตอาการข้างเคียงของยาจากการรับประทานยาเลย ไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนัก รับประทานอาหารเค็ม ไม่เคยออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียดไม่เหมาะสม และหยุดรับประทานยาเอง การศึกษาของ ศรีสุดา วงศ์วิวัฒน์ (2538) พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับคือ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากๆ การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการ การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และการศึกษาของ เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ (2540: 45) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจจะแสวงหาแหล่งบริการ ได้แก่ สถานที่ใช้ยาสมุนไพร ร้านขายยา คลินิก โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากมีบุคคลแนะนำว่ารักษาดีแต่หลังจากรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงจะเปลี่ยนแหล่งบริการใหม่

ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่การรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย งดเค็ม การออกกำลังกายตามความเหมาะสม ไม่สูบบุหรี่ ทำงานตามสภาพที่เหมาะสม พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงความเครียด หรือจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมและรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของของพยาธิสภาพหรือภาวะโรคหัวใจขาดเลือดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ลดความรุนแรง ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำของโรคหัวใจขาดเลือดได้ (Miller, et al., 1989: 339-345; Gorgas & Gibler, 1994; อูมา จันทวิเศษ, 2539: 51-81) เนื่องจากจะช่วยลดการเกิดการเกาะของก้อนไขมัน หรือก้อนเลือด ทำให้หลอดเลือดไม่ตีบแข็ง ไม่เกิดการอุดตันเลือดสามารถไหลเวียนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจทำให้ได้รับออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ได้เพียงพอกับความต้องการพลังงานของหัวใจและส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย (วิชญา ปริญญาทิ,

2542) ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุกและยืนยาว สามารถกลับไปอยู่ในสภาพเดิมที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (จันทร์ทิวา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539: 33)

ถ้าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือดูแลตนเองไม่ถูกต้องทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือลดอาการเจ็บหน้าอกได้ เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการพลังงานของหัวใจ (Metabolic requirement) มีการอุดตันของหลอดเลือดหรือคราบไขมันมีการแตกปริและเกิดลิ่มเลือด ทำให้น้ำความกว้างของหลอดเลือดลดลงหรือตีบตัน เกิดการบาดเจ็บและทำลายกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (พรรณี เสถียรและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 80; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85; จริยา ตันติธรรม, 2547: 267 Fleury & Murdaugh, 1993: 268; Lewis, et al., 1996: 884; Robert, 1996: 2) โดยเฉพาะหากส่วนของหลอดเลือดตีบแคบมากกว่าร้อยละ 50-70 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดจะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอความต้องการได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2539: 5; จริยา ตันติธรรม, 2547: 268) ถ้าการอุดตันเกิดขึ้นจนเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายในที่สุดเป็นภาวะที่รุนแรง อาจเสียชีวิตกะทันหันได้ง่ายจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาคือ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพรู่วและเต้นเร็วผิดปกติ (Ventricular fibrillation และ Ventricular tachycardia) ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวาง (Heart block) ภาวะหัวใจหยุดเต้น(Cardiac standstill) นอกจากนี้พบภาวะหัวใจล้มเหลว การแตกทะลุของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ อาการช็อคจากหัวใจและการเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) (ยศวีร์ สุขุมลจันทร์, 2524 อ้างถึงใน วิภา เอี่ยมสำอางค์, 2536: 26; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 133: 26; Riegeal, 1993: 302-305; Porth, 1998) การศึกษาของ นวลจันทร์ เกรื่อวานิชกิจ (2531: 3) พบว่าผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งต้องกลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ เนื่องจากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและสม่ำเสมอความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงเรื่อย ๆ จนต้องพึ่งพาผู้อื่น และการศึกษาของจริยา ตันติธรรม (2536) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 21.9 ที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายในเวลา 8 สัปดาห์ เนื่องจากการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การใช้จ่ายคุมกำเนิด และผลจากโรคประจำตัว คือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูงในเลือดสูง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น (พรรณี เสถียร โชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์ และคณะ, 2543; อุไร ศรีแก้ว, 2544; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; จริยา ตันติธรรม,

2547; Fleury & Murdaugh, 1993: 268; Lewis, et al., 1996: 884; Robert, 1996: 2) นอกจากนี้เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม วิถีชีวิต ลักษณะอาหารประจำท้องถิ่น วัฒนธรรมประเพณี ในแต่ละสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (ศิริอร สิ้นธุและสุคนันท์ แสงกาสนีย์, 2544) จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายในอันดับแรกๆ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภาคใต้มีอัตราสูงกว่าทุกภาค (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ทั้งนี้เนื่องมาจากประชาชนในภาคใต้จะมีสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมที่ต่างจากภาคอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างต่างกัน โดยเฉพาะลักษณะการบริโภคอาหาร ประชาชนส่วนใหญ่จะดูแลตนเองไม่ถูกต้อง กล่าวคือจะรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ และอาหารทะเลมีระดับไขมันสูง วิธีการปรุงอาหารและชนิดของไขมันที่ปรุงอาหารก็ทำให้คุณค่าทางโภชนาการแตกต่างกันไป จะชอบรับประทานอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด จึงทำให้มีระดับไขมันในเลือดสูง (กนกวรรณ จันทร์แดง, 2541) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกในระยะแรก ก็จะใช้วิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพร ยาหมอบ้าน หรือพิธีทางศาสนาตามความเชื่อของแต่ละท้องถิ่น จนกระทั่งอาการรุนแรงจึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการเจ็บหน้าอกส่วนใหญ่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชนในเขตความรับผิดชอบและจากโรงพยาบาลเครือข่ายที่ส่งต่อ

พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เพื่อลดการกำเริบหรือความรุนแรงของโรคและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันมีการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง พบว่าเกิดจากหลายปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล (Personal factors) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย (ฉัตรวลัย โจอารีย์, 2533; จิรประภา ภาวิไล, 2535; จันทร์ทิตรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539; สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540; สมพันธ์ หิณชิระนันท์ และจิรวรรณ อินคัม, 2541; Dracup et al., 1995; Gurwitz, et al., 1997)

ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความเกี่ยวข้องกับต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการ กล่าวคือ รับรู้อาการเจ็บหน้าอกว่ามาจากหัวใจ สามารถประเมินได้ว่ามีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตกระทันหันได้ จะใช้กลวิธีจัดการอาการเจ็บหน้าอก เพื่อควบคุมอาการไม่ให้กำเริบ บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องด้วย ถ้าหากผู้ป่วยไม่รับรู้อาการว่ามาจากหัวใจและประเมินว่าไม่รุนแรงก็จะทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ได้แก่ รอดูอาการ พยายามอดทน ปล่อยให้หายเอง ประเมินอาการว่าไม่รุนแรง ไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล จึงดูแลตนเองไม่ถูกต้องโดยทำกิจกรรมอื่นๆ ก่อน ทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นผลเสียต่อการรักษา ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพและรุนแรงมากขึ้นและอันตรายถึงชีวิตได้ (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540; สมพันธ์ หิณูชีระนันท์ และจิรวรรณ อินคัม, 2541; ปฏิพร บุญพัฒน์กุล, 2543; Dracup et al., 1995; Gurwitz, et al., 1997; McKinley et al., 2000) นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน สุขภาพจะทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายมากขึ้น ซึ่งการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทาง สุขภาพ (Health deviation self care requisites) ได้แก่การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากร ทีมสุขภาพหรือบุคคลที่เชื่อถือได้ รับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Orem, 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า ส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ การศึกษาของ จัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) การศึกษาของ จันท์ทริธา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ส่วนการศึกษาที่นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่การศึกษาของ ปฏิพร บุญพัฒน์กุล, 2544 ประสบการณ์การมีอาการผลของอาการและกลวิธีจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการศึกษาของ อรมณี ช่างชาวงศ์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนการศึกษาในประเด็นของการหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยตรง ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

จากข้อมูลข้างต้น พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อพยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรคและผลของการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ถ้าผู้ป่วยรับรู้อาการและประเมินอาการไม่ได้ว่ามาจากหัวใจและมีความรุนแรง และจัดการอาการไม่เหมาะสม จะส่งผล

ให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง จะทำให้มีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น กลั้มเป็นซ้ำและมีภาวะแทรกซ้อนตามมาเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของตนเอง ครอบครัว หน้าที่การงานและสังคม ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง จึงเป็นบทบาทที่สำคัญ ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในภาคใต้ที่มีปัจจัยเสี่ยง สภาพแวดล้อม และลักษณะพฤติกรรมการบริโภคที่แตกต่างจากภาคอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ จะได้เข้าใจถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ประสิทธิภาพการมีอาการ และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องมีประสิทธิภาพ และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ บทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบจำลองการจัดการกับอาการ (A Model for Symptom Management) ของ Dodd et al., (2001: 669-675) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยต่างๆ มาเป็นกรอบแนวคิด โดยความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care ability) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม เป็นการกระทำที่มีเป้าหมายและตั้งใจ เพื่อป้องกัน ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่และพัฒนาการของตนเองรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกในชีวิต การดูแลตนเองแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะพินิจพิจารณา ตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำการดูแลตนเอง และระยะของการกระทำและประเมินผลการกระทำกิจกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นประกอบด้วย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

Dodd et al. (2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์และการจัดการกับอาการ การที่บุคคลจะสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการ มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล จิตใจ สังคมและสรีรวิทยา 2) สุขภาพและความเจ็บป่วย ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ภาวะสุขภาพ ความพิการ และ 3) สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสภาพร่างกาย สังคม วัฒนธรรม ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้วิจัยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล และเป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและตอบสนองต่อประสบการณ์ การมีอาการรวมทั้งมีผลต่อระดับของพัฒนาการในแต่ละบุคคลและมีผลต่ออูติภาวะ ได้แก่ ด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย เหล่านี้น่าจะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

1. เพศ เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ (Dracup, et al., 1995: 379-392) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 2001) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม การศึกษาของ Bostner & Hultsch (1979) อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532: 2) พบว่าเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีความรับผิดชอบครอบครัว การทำงานและการติดต่อสังคม แต่การศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 98) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลื่นหัวใจ

2. อายุ เป็นเรื่องประจำตัวของบุคคลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคล เมื่ออายุเพิ่มขึ้น ทำให้ความเจริญทางด้านร่างกายและความคิดเห็นก็มีการพัฒนาตามมา (สุโท เจริญสุข, 2520 อ้างถึงใน อรรถนิ ช้างชาวยวงศ์, 2545: 5) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสรีรวิทยา (Orem, 2001) ซึ่งอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด และพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541: 14) บุคคลที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย (Pender, 1996) การศึกษาของ Tran, Chatter & Wright (1991: 100) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความปกติสุขของ ผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมต่างๆทางสังคม ก็ลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลง และการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรรมที่ผู้ป่วยกระทำการศึกษาทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ เรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336) เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรม (Pender, 1996) ส่วนบุคคลที่มีการศึกษาดำรงประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตัว (Ruth, 1973 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535: 38) มีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1996) การศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 69) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ่ม (2541: 72) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่การศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 98) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

4. รายได้ รายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยบุคคลที่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า จะมี

โอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือกแหล่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี ส่วนบุคคลที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) การศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ทิวา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 69) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เมื่อระยะเวลาผ่านไปบุคคลจะสามารถปรับตัวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ (Marino & Kooser, 1981: 56) เมื่อเจ็บป่วยในช่วงแรกๆบุคคลอาจไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ แต่เมื่อบุคคลได้รับการรักษาอาการของโรคดีขึ้นระยะเวลาผ่านไป บุคคลจะค่อยๆ เรียนรู้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะค่อยๆ เรียนรู้การจัดการกับปัญหาหรือความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและมากขึ้น (Bell, 1977 อ้างถึงใน รัชสุรีย์ จันทเพชร, 2536: 53) การศึกษาของ จีรวรรณ อินคัม (2541: 54) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.29 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ceabtree (1987 อ้างถึงในภavana กิรติวงศ์, 2537: 23) พบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลตนเองโดยทั่วไปร้อยละ 25-35

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อความเจ็บป่วย มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างการรับรู้อาการ (Perception of symptoms) การประเมินอาการ (Evaluate of symptoms) (Dodd, et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd, et al., 2001: 672) ถ้า ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์การมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่เข้าใจ มีการรับรู้และประเมินอาการไม่ถูกต้องจะทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก มักคิดว่าอาการนั้นมาจากระบบอื่น เช่นระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อกระดูก โรคปอด จากการออกกำลังกาย จากความอ่อนเพลียเข้าใจว่าเป็นธรรมดาของคนแก่ เป็นลม และจากความเครียด (เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540: 65; ชวนพิศ ทำนอง, 2540; ปฏิพร บุญพัฒน์กุล, 2543: 49; Dracup, et al., 2003: 320) ผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง สามารถทำให้เสียชีวิตได้ในทันที ไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด จึงพยายามอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นผลเสียต่อการรักษา ซึ่งการเข้ารับการรักษาช้าเนื่องจากผู้ป่วยประเมินไม่ได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเข้าใจว่า ไม่เป็นอันตราย จึงไม่มีความวิตกกังวล จะรอทำกิจกรรมอื่นๆ ก่อน (สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล,

2540: 70; สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2541: 48; Burnett, et al., 1995: 1019; Mckinley et al., 2000: 317) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพมากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายตามมา ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้เกิดเสียชีวิตได้รวดเร็ว (พรรณี เสดิธรและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 80; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85; จริยา คันติธรรม, 2547: 268; Fleury & Murdaugh, 1993: 268; Lewis, et al., 1996: 884; Robert, 1996: 2) นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน สุขภาพ จึงทำให้เกิดผลเสียหรืออันตรายมากขึ้น ซึ่งการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ (Health deviation self care requisites) ได้แก่การแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากร ทีมสุขภาพหรือบุคคลที่เชื่อถือได้รับรู้ สนใจ ดูแลผลของพยาธิสภาพ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Orem, 2001; จันทร์ทราไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539: 28-33) ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่กระทบต่อการดำเนินชีวิต ต้องเผชิญกับอาการเหนื่อยหอบ และอ่อนเพลียร่วมด้วยจะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (ชวนพิศ ทำนอง, 2540:127; Rieal & Cocka., 1995: 457-466; McKinley et al., 2000) จะเห็นได้ประสบการณ์การมีอาการตั้งแต่การรับรู้อาการ การประเมินอาการน่าจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือถ้า ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการและประเมินได้ว่ามีความรุนแรง และเคยมีประสบการณ์จะสามารถปรับอารมณ์เครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และสามารถควบคุมอาการหรือดูแลตนเองได้ดีขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยตัวผู้ป่วยเอง เป็นแนวคิดหนึ่งในการจัดการกับอาการของ Dodd et al. (2001) ซึ่งกล่าวว่ากลวิธีจัดการกับอาการมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและมุ่งควบคุมประสบการณ์ของอาการ มิใช่ผลลัพธ์ ชะลอผลทางลบทางชีววิทยาทางการแพทย์ให้เกิดขึ้นช้าที่สุด เป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการต่างๆ ตลอดเวลาจนเป็นที่พอใจซึ่งผู้ป่วยยอมรับ โดยมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาอาการ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดออกซิเจนและขาดเลือด ผู้ป่วยจะดูแลตนเองโดยการจัดการกับอาการเพื่อควบคุมหรือบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาและควบคุมประสบการณ์ของอาการ (Dodd, et al., 2001) กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วย ได้แก่ การจัดการโดยการใช่ยา และวิธีไม่ใช่ยา ถ้าผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกไม่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยการใช่ยา ได้แก่ ยาลม ยาหม่อง ยาโรคระเพาะอาหาร ยาสมุนไพร และบาล์ม (ชวนพิศ ทำนอง,

2540; เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540: 67; ปฏิพร บุญพัฒนกุล, 2543: 56-57) อาจจะทำให้โรคกำเริบมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ยกแก่การรักษา การใช้ยาที่ถูกต้องคือการใช้ยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) อมใต้ลิ้นจะช่วยขยายหลอดเลือด ยาจะออกฤทธิ์ในระยะเวลาเพียง 30 นาที อาการเจ็บหน้าอกจะหายได้ภายใน 1- 2 นาที (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542; ชุณหเกษม จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 31; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2546; Fleury&Murdaugh, 1993: 268; 884; Robert, 1996: 2) ส่วนวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การรอกอาการ ใช้วิธีนอนพัก เปลี่ยนท่านอน อาบน้ำและเปิดพัดลม พยายามอดทน กดหน้าอก ทูบหน้าอก การนวด การหยุดทำกิจกรรม การภวานาสวดมนต์ (เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540: 67; ปฏิพร บุญพัฒนกุล, 2543: 56-57) ซึ่งเป็นการจัดการอาการที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อาการทุเลาหรืออาการดีขึ้นไม่มีอาการเจ็บหน้าอกจะคิดว่าตนไม่เจ็บป่วยแล้ว ไม่ยอมรับโรคและเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติได้ จะทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง กล่าวคือ ละเลยการปฏิบัติตัว ปฏิเสธการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ ปรับแบบแผนชีวิต ไม่ได้ขาดการแสวงหาความรู้จะทำให้โรคกำเริบและรุนแรงมากขึ้น (Miller, et al.,1990; ชวนพิศ ทำนอง, 2541: 128) ซึ่งในทางที่ถูกต้องแล้ววิธีที่ดีที่สุดที่ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพได้แก่ต้องรีบไปรับการรักษาในโรงพยาบาล จะต้องได้รับการนอนพัก ได้รับออกซิเจน ต้องผ่อนคลายความเครียด ได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ได้รับขยายหลอดเลือด ได้รับการเตรียมพร้อมการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกหรือขยายหลอดเลือด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น และปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 439-452; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 79-84; Young, 1981: 503) และผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างถูกต้องต่อเนื่องเพื่อควบคุมโรคไม่ให้กำเริบ โดยการรับการรักษาต่อเนื่อง รับประทานยาประจำ มาพบแพทย์ตามนัด สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ทำจิตใจให้ว่าง สงบ พยายามทำงาน ปรับแผนชีวิต โดยเลิกสูบบุหรี่ ปรับการทำงาน ปรับลดความเครียด ปรับการบริโภคอาหาร ปรับการออกกำลังกาย ปรับการมีเพศสัมพันธ์ ปรับการเข้าร่วมสังคม รวมทั้งแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคจากสื่อต่างๆ (ชวนพิศ ทำนอง, 2541: 105) ถ้าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจัดการกับอาการไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดอาการกำเริบ มีความรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง นั่นคือการจัดการอาการเจ็บหน้าอกที่ดีและถูกต้องน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จากแนวเหตุผลและกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้นจึงกำหนดสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ประสิทธิภาพการมีอาการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. กลวิธีการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ ระหว่างวันที่ 1 เดือนมีนาคม - 30 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2548

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **ปัจจัยด้านบุคคล** หมายถึงลักษณะประจำตัวของบุคคล ประกอบด้วย

1.1 เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าหญิงหรือชาย (เพศของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น เพศหญิงและเพศชาย)

1.2 อายุ หมายถึง ช่วงเวลานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม โดยจำนวนอายุของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นจำนวนเต็มปีในวันตอบแบบสอบถาม (เศษของอายุมากกว่า 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)

1.3 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับโดยแบ่งออกเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. อนุปริญญา/ปวส.และปริญญาตรี

1.4 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเดือนหรือรายรับของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและครอบครัว คิดเป็นจำนวนเต็มบาทต่อเดือน

1.5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึงช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกครั้งแรก จนถึงมีอาการเจ็บหน้าอกในครั้งนี้ คิดเป็นชั่วโมง วัน เดือน และปี

2. **ประสบการณ์การมีอาการ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับรู้ว่าเป็นอาการที่เกิดจากโรคหัวใจและประหมื่นได้ว่ามีความรุนแรง วัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยคะแนนรวมมากหมายถึงการรับรู้อาการและการประหมื่นอาการของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ คะแนนน้อยหมายถึงไม่รับรู้ว่ามีอาการมาจากหัวใจและประหมื่นว่าไม่รุนแรง

3. **การจัดการอาการเจ็บหน้าอก** หมายถึง วิธีดำเนินของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเพื่อให้มีอาการเจ็บหน้าอกบรรเทาลง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม/บรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ประกอบด้วยการจัดการโดยการใช้ยาและการจัดการโดยไม่ใช้ยา ทั้งนี้การจัดการอาการเจ็บหน้าอกครอบคลุมถึงความร่วมมือของครอบครัวและทีมสุขภาพ

การจัดการการ โดยการใช้ยา คือ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ยาขยายหลอดเลือดคอมได้ลิ้น ได้แก่ ยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine)

การจัดการอาการโดยไม่ใช้ยาคือวิธีการอื่นๆที่นอกเหนือจากการใช้ยา เช่น หยุดทำกิจกรรม นอนพัก เปลี่ยนท่านอน/ท่านั่ง วัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยคะแนนรวมมากหมายถึงกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความเหมาะสม คะแนนน้อยหมายถึงกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เหมาะสม

4. **ความสามารถในการดูแลตนเอง** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการและคงไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ครอบคลุม 3 ด้าน ดังนี้

การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisites) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเกี่ยวกับการส่งเสริมและรักษาสุขภาพและสวัสดิภาพโดยทั่วไปในเรื่อง การได้รับอากาศบริสุทธิ์ การดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสมกับโรค การบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค การขับถ่ายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสม การอยู่ตามลำพังและการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น และการป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self care requisites) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของผู้ป่วย เป็นการดูแลที่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆ ได้แก่การดำเนินบทบาททางครอบครัว การทำงาน และบรรเทาความเครียดจากการเจ็บป่วย

การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation requisites) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นหลังการเจ็บป่วยและจากการดูแลรักษาของแพทย์ ในเรื่อง การใช้ยา การติดตามการรักษา

การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การแสวงหาข้อมูล และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

วัดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยคะแนนรวมเฉลี่ยมากหมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองถูกต้องและคะแนนที่น้อยหมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

4. ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นแบบเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทั้งชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Q - wave และไม่มี Q - wave และภาวะการตายอย่างเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อณรงค์ให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถรับรู้อาการ ประเมินอาการ และจัดการอาการได้ถูกต้อง มารับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราการความรุนแรงลดอัตราป่วยและอัตราการตาย

4. เป็นแนวทางในการทำวิจัยเพื่อขยายความรู้ในเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อลดอุบัติการณ์ของอัตราการตาย อัตราการเป็นซ้ำ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.1 ความหมายและพยาธิสภาพ
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.5 ผลกระทบของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อบทบาทด้านต่างๆ
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. แบบจำลองการจัดการกับอาการ ของ Dodd et al (2001)
 - 2.1 ประสบการณ์การมีอาการ
 - 2.2 กลวิธีการจัดการอาการ
 - 2.3 ผลของอาการ
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเป็นภาวะที่เลือดไหลเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลงหรือไม่เพียงพอต่อความต้องการ มีผลให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือเกิดเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) (สุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 74; อัจฉรา เชนฤทธิ์พิทักษ์ และคณะ, 2543: 3; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 133) เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดไป เป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุด在美国 และประเทศแถบตะวันตก สำหรับประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคนี้อัตราเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปีหนึ่งๆ มีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ตายอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (จรรยา ตันติธรรม, 2542)

1.1 ความหมายและพยาธิสภาพของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง เกิดขึ้นจากการตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากเลือดไปเลี้ยงไม่พอ (Ischemia) หรือเกิดบาดเจ็บ (Injuries) และอาจเกิดการตาย (Infraction) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่รวดเร็ว กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย 1) อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) 2) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infraction) ทั้งชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี Q - wave และไม่มี Q - wave และ 3) ภาวะการตายอย่างเฉียบพลันจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 265; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 25; ชุมทเกษม โชตินัยวัตรกุล, 2543: 27; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2546: 326; อัจฉรา เชนฤทธิ์พิทักษ์, 2543: 3; Antman&Braunwald, 1997; Riegeal, 1993: 302; Schaer, 1995: 477 - 480; Robert, 1996: 2)

พยาธิสภาพของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการที่เยื่อหุ้มผนังชั้นใน (Endothelial cell) เกิดจากการเกาะจับของไขมัน มีการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบแมโครฟาจ และลิโปไซท์ตลอดจนเกร็ดเลือด เกิดการแข็งตัวและหนาตัวขึ้น (Atherosclerosis) รูของหลอดเลือดตีบแคบลง เลือดไหลผ่านไม่สะดวกและมีปริมาณน้อยลง เกิดการฉีกขาดหรือแตกปริขึ้น (Plaque rupture) ทำให้เลือดไหลเข้าภายในก้อนไขมันนั้นมีลิ่มเลือดพอกติดบนคราบไขมัน เกิดเป็นคราบไขมันและก้อนลิ่มเลือดขึ้น เป็นผลให้มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ ทำให้เลือดมาเลี้ยงหัวใจลดลง มีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และขาดออกซิเจน (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 268; พรรณี เสถียรและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85; Fleury & Murdaugh, 1993: 268; Lewis et al., 1996: 884; Robert, 1996: 2) และเกิดการบาดเจ็บและทำลายกล้ามเนื้อหัวใจอย่าง

เฉียบพลัน และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 80; Berliner et al., 1995; Porth, 1998; Riegeal, 1993: 302 – 305; Robert, 1996)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพ แบ่งได้ เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเส้นไขมันหรือระยะไขมันจับตัว (Fatty streak) มีลักษณะเป็นจุดหรือเส้นสีเหลืองที่อยู่ตามกล้ามเนื้อเรียบผนังชั้นในของหลอดเลือด จะไม่ยื่นเข้าไปในขบวนการไหลเวียนเลือด จึงไม่มีผลต่อการไหลเวียนเลือด ส่วนใหญ่รอยโรคจะเกิดในช่องว่างใต้เซลล์เอ็นโดทีเลียลโดยมีสารไขมัน (Foam cell) สะสมอยู่ภายในเซลล์แมคโครฟาจ ได้ในคนที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งจะไม่ทำให้เกิดการตีบตันที่นำไปสู่การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ระยะที่ 2 ระยะตุ่มหรือการเกิดแผ่นพังผืด (Fibrous plaque) เป็นระยะของการก่อตัวของคราบไขมัน ที่เกิดเพิ่มมากขึ้น พบได้หลังอายุ 20 ปี จะมีลักษณะเป็นปื้นไขมันหรือแผ่นนูนแข็ง สีเทาอ่อนอยู่ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง อาจยื่นขยายเข้าสู่หลอดเลือดทำให้ขัดขวางการไหลเวียนเลือดหรืออุดตันการไหลเวียนเลือดได้ ตุ่มไขมันประกอบด้วยส่วนที่เป็นเปลือกหุ้ม (Fibrous cup) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและกล้ามเนื้อเรียบและส่วนที่เป็นแกน ซึ่งมีซากเซลล์ ผลิตโคเลสเตอรอล และ Foam cell

ระยะที่ 3 ระยะการเกิดแผ่นคราบหรือภาวะแทรกซ้อน (Advance lesion) พบในคนอายุมากกว่า 30 ปี เป็นระยะที่ fibrous plaque มีขนาดโตขึ้น มีหินปูนมาเกาะ (Calcification) ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็ง เปราะง่าย มีการฉีกขาด (Plaque rupture) เกิดบาดแผลเกิดลิ่มเลือดเกาะผนังชั้นในของหลอดเลือดทำให้เกิดอุดตันการไหลเวียนเลือดมีเลือดออกภายใน (Hemorrhage into plaque) เกิดก้อนเลือดทำให้ขนาดของรูหลอดเลือดตีบแคบลง มีเซลล์ฉีกขาด (Fragmentation) หลุดเข้าไปในกระแสเลือดเกิด Emboli และเกิดผนังหลอดเลือดโป่งพองจากหลอดเลือดแข็งตัว (Atherosclerotic aneurysm) ซึ่งทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดลดลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี (จรรยา ตันดิธรรม, 2547: 270-271; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542 : 75; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 130; ยงยุทธ สหัสกุล, 2546: 19-26; Bhattacharyya&Libby, 1988: 103-105; Riegeal, 1993; Robert, 1996)

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีลักษณะแข็ง มีการอุดตันของก้อนไขมัน และทำให้เกิดการอุดตันจนกระทั่งเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจนทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้มีอาการเจ็บหน้าอก

1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (No modifiable risk factors)

1) ประวัติครอบครัวหรือกรรมพันธุ์ (Family history) ผู้ที่มีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา พี่น้อง ที่มีประวัติเป็นภาวะโรคหัวใจขาดเลือดมีโอกาสเป็นโรครมากกว่าผู้ที่ไม่มีประวัติในครอบครัว (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 274; Fleury & Murdaugh, 1993: 260; Porth, 1998)

2) อายุ (Age) เมื่ออายุมากขึ้น โอกาสพบโรคนี้จะมีมากขึ้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 274; Fleury & Murdaugh, 1993: 259) การเกิดโรคจะดำเนินไปอย่างช้าๆ การศึกษาพบว่า ในช่วงอายุ 35 -90 ปี มีอุบัติการณ์เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Caldwell, et al., 1996: 425; Dracup, et al., 2003: 319; Lee, et al., 2001: 533; Riegel, 1995: 461; Schoen & Cotran, 1999; Warner, 1995: 439; Zerwic, et al., 2003: 62)

3) เพศ (Sex) เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดหรือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีมากกว่าเพศหญิง (Fleury & Murdaugh, 1993: 259) การศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (Hofgren, et al., 1995: 8; Riegel, 1995: 461; Lee et al., 2001: 533) เนื่องจากเพศหญิงจะมีการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจนและ โพรเจสเตอโรน ซึ่งสังเคราะห์มาจากโคเลสเตอรอลมากกว่า แต่เมื่ออายุมากขึ้นโอกาสเกิดโรคของผู้หญิงกับผู้ชายเท่า ๆ กัน การศึกษาในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในช่วงอายุต่ำกว่า 50 ปี พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5: 1 (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 274)

1.2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ (Modifiable risk factors)

1) ภาวะสารไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) ที่สำคัญ ได้แก่ Total cholesterol ควรต่ำกว่า 200 mg/dl ประกอบด้วย Low density lipoprotein (LDL) cholesterol ควรต่ำกว่า 130 mg/dl และ Triglyceride ควรน้อยกว่า 200 mg/dl ส่วน High density lipoprotein (HDL) cholesterol จะเป็นตัวกำจัดโคเลสเตอรอลออกจากเลือดด้วยการส่งผ่านไปที่ตับและขับออกทางน้ำดี ควรมากกว่า 60 mg/dl (Antman & Braunwald, 1997; Fleury & Murdaugh, 1993: 260) ซึ่งไขมันในเลือดที่สูงจะตกตะกอนจับตามผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดแคบลง ประสิทธิภาพในการยืดขยายตัวของหลอดเลือดน้อยลง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ และหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย (พรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 431; สุขชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 76)

2) การสูบบุหรี่ สารที่ทำให้เพิ่มการเกิดโรค คือ ทาร์ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ ทาร์มีส่วนผสมของไฮโดรคาร์บอน และสารก่อมะเร็ง สารนิโคติน (Nicotine) ในบุหรี่มีผลโดยตรงทำให้หลอดเลือดหดเกร็ง (Vasospastic) เกร็งเลือดมาจับกลุ่มกัน

ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์และ LDL cholesterol ในเลือดสูงขึ้น ระดับ HDL cholesterol ในเลือดลดลง และขณะสูบบุหรี่จะมีการหลั่งสาร catecholamine (Catecholamine) ซึ่งมีผลให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว เพิ่มการไหลออกซิเจน หัวใจออกแรงบีบตัวเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) และกลูโคสทำให้เอ็นโดทีเลียมได้รับความเสียหายและเสียหายที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแข็ง ส่วนคาร์บอนมอนนอกไซด์ลดความสามารถของเลือดในการขนส่งออกซิเจน (จรรยา ตันติธรรม, 2547; พรหมณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 432; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 131; Fleury & Murdaugh, 1993: 260; Robert, 1996) จากการศึกษาพบว่าผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีสูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบลึกร้อยละ 70 และผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ทั้งหมดมีโอกาสเกิด Heart attack สูงกว่าผู้ที่ ไม่สูบลึกร้อยละ 2 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการตายอย่างกะทันหันมากกว่าผู้ที่ ไม่สูบลึกร้อยละ 2-4 เท่า อัตราเสี่ยงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่สูบลึกร้อยละ (Cunningham, 1992 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 72)

3) ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยที่พบบ่อยที่สุดเนื่องจากทำให้เวดดิเคิลซ่ายโตและหนา ทำให้หลอดเลือดหัวใจบีบตัวจะเพิ่มแรงเสียดทานกับเซลล์เอ็นโดทีเลียม มีผลให้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือดถูกทำลายเกิดการฉีกขาด และจากภาวะหลอดเลือดโคโรนารีแข็ง หลอดเลือดคด งอ และตีบตัน ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ไต สมองและอวัยวะส่วนปลายของร่างกายลดน้อยลง โอกาสเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบจะสูงขึ้นตามระดับความดันเลือดที่สูงขึ้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 274; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 131; Fleury & Murdaugh, 1993: 260; Robert, 1996)

4) โรคเบาหวาน เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะมีความดันเลือดสูงจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไตเช่นการแข็งตัวและตีบแคบรวมทั้งมักมีความอ้วนร่วมด้วย ซึ่งจะมีความผิดปกติของการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวกและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จรรยา ตันติธรรม, 2547: 278; Emerson, 1995)

5) ภาวะเครียด (Stress) เมื่อเกิดภาวะเครียด ร่างกายจะหลั่งอะดรีนาลิน มีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัวแต่ทำให้กล้ามเนื้อคลายและกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว มีผลให้การไหลเวียนเลือดไม่เป็นไปตามปกติ หัวใจได้รับเลือดไม่เพียงพอ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; จรรยา ตันติธรรม, 2547; Fleury & Murdaugh, 1993: 260; Robert, 1996)

6) บุคลิกภาพ (Personality type) ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ที่มักทำอะไรด้วยความรีบร้อน มีความก้าวร้าว มีความคิดแข็งขัน มีความใฝ่ฝันสูง ไม่มีความอดกลั้น

จะพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการหลั่งสาร Catecholamine ในเลือดสูงซึ่งทำให้เกิดความดันสูงและการทำงานของเกร็ดเลือดผิดปกติ (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 276; Fleury & Murdaugh, 1993: 268) การศึกษาของ ณัฐสุภา ฉลาดสุนทรวาทิ (2539) อูมา จันทวิเศษ (2539) และสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ มีความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดที่พบมากที่สุดคือ ร้อยละ 74.72.2 และ 77.78 ตามลำดับ

7) ความอ้วน ลักษณะอ้วนในช่วงบนของลำตัว หน้าอก ท้อง เพิ่มอัตราการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งได้มาก รวมทั้งผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มักพบในผู้ที่นั่งโต๊ะทำงาน ซึ่งความอ้วนมีผลให้หัวใจทำงานหนัก ส่วนใหญ่คนที่อ้วนมักจะมีความดันโลหิตและภาวะไขมันในเลือดสูงด้วย (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 275; Fleury, & Murdaugh, 1993: 266; Emerson, 1995)

8) การขาดการออกกำลังกาย ผู้ที่ขาดการออกกำลังกายจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งได้ เนื่องจากการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะทำให้ HDL cholesterol ในเลือดสูง การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ผนังหลอดเลือดยืดขยายดี ระดับโคเลสเตอรอลระดับน้ำตาลและน้ำหนักตัวลดลง (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 275; Fleury & Murdaugh, 1993: 266; Emerson, 1995)

9) ยาคุมกำเนิดและวัยหมดประจำเดือน หญิงที่ใช้ยาคุมจะมีการเกิดก้อนเลือดอุดตันได้ง่าย (Fleury & Murdaugh, 1993: 267) เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจน และส่งผลให้เกิดความดันเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง และในหญิงที่หมดประจำเดือนจะมีระดับ HDL cholesterol ลดลง (จรรยา ตันติธรรม, 2547: 275; พรรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 432)

สรุปปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ มักเกิดในช่วงอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เพศชายมีโอกาสเกิดมากกว่าเพศหญิง มีภาวะไขมันสูง เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะเครียด มีบุคลิกภาพแบบเอ และในเพศหญิงที่รับประทานยาคุมกำเนิดและในวัยหมดประจำเดือน

1.3 อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของโรค ทำให้การทำหน้าที่สูบน้ำที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายเปลี่ยนไป เมื่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ก็ลดลงทำให้อวัยวะต่างๆถูกกระทบ มีอาการและความผิดปกติ ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1) อาการเจ็บหน้าอก (Chest pain) มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการพลังงานของหัวใจ (Metabolic requirement) เกิดจากกล้ามเนื้อได้รับเลือดน้อย (Angina) และจากถ้าหากของหลอดเลือดตีบแคบมากกว่า 50-75 เปอร์เซ็นต์ ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือด จะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอความต้องการได้ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) จึงเกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2541: 5; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 95; กอบกุล บุญปราศัย, 2546: 34; Ganz & Braunwald, 1997: 1164 -1168) ลักษณะการเจ็บหน้าอกจะมีอาการเจ็บคล้ายมีอะไรมาบีบรัดหรือโดนทับ หายใจไม่สะดวก ไม่สุขสบาย จุกแน่นคล้ายอาหารไม่ย่อย ปวดแสบปวดร้อน อาจมีอาการร้าวไปที่ไหล่ซ้าย คอ ขากรรไกร แขนในรายที่รุนแรงอาจเจ็บร้าวไปหน้าอกและแขนขวา (วิเชียร ทองแดง, 2537: 59 - 60; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 133; กอบกุล บุญปราศัย, 2546: 37; Everts, et al., 1996; Porth, 1998; Phipps, 2003) ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การออกกำลังกาย อารมณ์โกรธ ตื่นเต้น ความเย็น หลังอิ่มอาหารมากๆ ภาวะเครียดและการมีเพศสัมพันธ์ วิตกกังวล ซึ่งต้องใช้พลังงานสูงขึ้น จะทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีขยายตัวเพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เพิ่มขึ้น และสกัดเอาออกซิเจนในระดับสูงตลอดเวลา ซึ่งอาจทรมานเมื่อได้พัก (อัจฉรา เสงฤทธิ์พิทักษ์, 2540: 103; Porth, 1998)

อาการเจ็บหน้าอกในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีลักษณะการเจ็บชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) เป็นอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เริ่มเจ็บครั้งแรกภายใน 1 - 2 เดือนหรือเจ็บมากขึ้น มีความถี่มากขึ้น เจ็บรุนแรงขึ้น เกิดขึ้นในขณะที่พักหรือนอนหลับ (Angina at rest) หรืออัมยาโนโตรกลีเซอรินแล้วไม่ดีขึ้น (Crescendo angina) (จริยา ดันดิธรรม, 2547; สุทธิพันธ์ สิทธิสุข, 2541; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 74; Fleury & Murdaugh, 1993: 227) เกิดจาก Fibrous plaque หนีขาดหรือแตกปริ มีเกร็ดเลือดมาจับกลุ่ม มีการสร้างลิ้มเลือดอุดตันที่หนีขาดเกิดการอุดตันรูหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถ้าการอุดตันจนเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตาย เป็นภาวะที่รุนแรง อาจเสียชีวิตได้ง่ายจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคและอาจเกิดขึ้นอย่างกะทันหันได้ ย่อมมีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพรู่ว และเต้นเร็วผิดปกติ (Ventricular fibrillation และ Ventricular tachycardia) พบได้ร้อยละ 65 ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวาง (Heart block) และหัวใจหยุดเต้น (Cardiac standstill) นอกจากนี้พบภาวะหัวใจล้มเหลว การแตกทะลุของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ อาการช็อคจากหัวใจและการเกิดก้อน

เลือดอุดตัน (Thromboembolism) (ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2530: 792; ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524 อ้างถึงใน วิชา เอี่ยมสาอังก, 2536: 26; Porth, 1998)

2) อาการเหนื่อย เนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดและออกซิเจนที่ออกจากหัวใจเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 95) ส่งผลให้ความทนในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่ายและมีอาการอ่อนเพลีย

3) อาการคลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก แน่นอึดอัด หายใจไม่ออก หน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ เป็นลม ซึ่งเป็นผลจากการเกิดอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง เนื่องมาจากกล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้ประสาทเวกัสถูกกระตุ้น จึงมีอาการคลื่นไส้ และมีผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื้อเยื่อต่างๆที่ได้รับเลือดและออกซิเจนไม่เพียงพอ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 95; Underhill, et al., 1982: 119)

4) อาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดมี 2 วิธี คือการรักษาทางยา และการผ่าตัด ผลจากการรักษาอาจทำให้เกิด อาการปวดศีรษะ หน้าแดง เวียนศีรษะ ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติอาจจะเร็วหรือช้า อ่อนแรง ไข้จากการติดเชื้อ เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ชิมเส้ร่า หน้าบวมมือบวม ภาวะหัวใจล้มเหลว การมีเพศสัมพันธ์ลดลงหรือไม่มีเพศสัมพันธ์ (รวิวรรณ ยศวัฒน์, 2535: 17; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 95-96)

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิต – สังคม มีสาเหตุดังนี้

1) อาการเจ็บปวด ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เจ็บหน้าอก จะทำให้เกิดความกลัว เพราะอาการเจ็บปวดมีความรุนแรงมาก เกิดขึ้นรวดเร็ว ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน รบกวนจิตใจ ความสามารถในการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกล้มตาย เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างกะทันหันจะทำให้เสียชีวิตได้ (Pinneo, 1984: 463; Carnes, 1971: 1187 อ้างถึงใน วิชา ปรียาภา, 2542: 14)

2) การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง จะกระทบต่ออัตมโนทัศน์ หรือการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตของชีวิตเนื่องจากความไม่แน่นอนของโรคและความเจ็บป่วยที่ยาวนาน การเจ็บป่วยที่เรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิตของผู้ป่วยมีความสับสนเกิดขึ้นในครอบครัวและสังคม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2537: 134)

3) อาการเจ็บปวด อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ความกลัวเกิดขึ้น เพราะความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงมาก เกิดขึ้นรวดเร็ว ทำให้รบกวนจิตใจ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและความทุกข์ทรมาน ความสามารถในการดำเนินชีวิต อาการนี้ไม่สามารถคาดการณ์ได้ (Pinneo, 1984: 463) ก่อให้เกิดความรู้สึกล้มตาย เนื่องจากผู้ป่วย

รับรู้ว่าถ้าหัวใจยังทำหน้าที่ได้ตามปกติ แสดงถึงการมีชีวิต ผู้ป่วยเชื่อว่าเมื่อเกิดภาวะที่หัวใจไม่สามารถทำงานได้อย่างกะทันหัน จะทำให้เสียชีวิตได้ (Carnes, 1971 อ้างถึงใน วิชาญา ปริญญาตรี, 2542:14) กลัวการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะผู้ที่เคยเจ็บหน้าอกมาก่อน จะมีความวิตกกังวล กลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมก พบว่าผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะยังมีภาวะเครียดอยู่ แม้ว่าอาการเจ็บหน้าอกจะผ่านไป 2 ปี จะส่งผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำหรือเสียชีวิตภายใน 3 ปี หลังจากเจ็บป่วยอย่างชัดเจนอันเป็นผลมาจากความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าจากความเจ็บปวดทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง (Tennant, et al., 1994 อ้างถึงใน ทิพมาส ชินวงศ์และชอลดา พันธุเสนา, 2537: 19)

4) การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานด้วยภาวะจำกัดของร่างกาย ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ตั้งแต่การจำกัดกิจกรรม และการงดการยกของหนัก งดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การปรับเปลี่ยนลักษณะของอาหารที่รับประทาน งดรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ ไข่ปลา หอยนางรม และอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวและผู้ป่วยต้องมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอภายใต้คำแนะนำของแพทย์

5) การเปลี่ยนแปลงภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม จากความเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการทำงานลดลง ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องประสบปัญหาการทำงาน ต้องเปลี่ยนงานหรือออกจากงาน เมื่อพบปัญหาการทำงานเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูง และค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล บางรายอาจเลิกศึกษา และต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน (Pinneo, 1984: 462) ปัญหาด้านการเงินนี้เป็นสิ่งที่รบกวนสร้างความกังวลให้แก่ผู้ป่วยมาก เกิดความรู้สึกผิด (Guilt) จากการที่ไม่สบายจะกระทำบทบาทหลายอย่างได้เหมือนเดิมและคิดว่าปัญหาด้านการเงินที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยนี้ ส่งผลให้ชีวิตครอบครัวแตกแยก (Barry, 1989: 347)

จากสาเหตุดังกล่าวมีผลกระทบต่อจิตใจ จึงเป็นความเครียดที่คุกคามทุกคน เกิดการเสื่อมของสุขภาพทางกายและทางใจ จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองที่มีผลทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป พอสรุปได้ดังนี้คือ (Barker, 1986; Wishmie, et al., 1971 อ้างถึงใน วิชาวรรณ, 2535: 19)

1. การโกรธ เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น เพื่อตอบสนองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมเรียกร้อง หรือต่อต้านต่อบุคคลครอบครัว และทีมรักษาพยาบาล

2. การปฏิเสธ พบได้บ่อยใน 1-2 วันแรก ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะปฏิเสธการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและภาวะอันตรายที่เกิดขึ้น การปฏิเสธนี้อาจคงอยู่ตลอดการดำเนินโรค หรือตลอดชีวิตของผู้ป่วยก็ได้

3. การถดถอย เป็นปฏิกิริยาตอบสนองโดยมีพฤติกรรมแบบเด็กคือผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความต้องการต่าง ๆ

4. การก้าวร้าว จากการเกิดภาวะหัวใจทำให้ไม่สามารถทำงานได้อย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจ จะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวออกมา

5. การซึมเศร้า พบได้บ่อยในช่วง 1-2 สัปดาห์ หลังออกจากหน่วยอภิบาลโรคหัวใจและในช่วงเดือนแรกของการกลับไปบ้าน เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความหมัดหวัง โศกเศร้า และสูญเสีย แสดงออกมาในลักษณะพฤติกรรมแยกตัวไม่สนใจใคร ระวังนี้อาจคิดทำร้ายตนเองได้

การแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับระยะของความเจ็บป่วย หรือระยะของการปรับตัว และสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ผู้ป่วยอาจพยายามใช้กลไกทางจิต เพื่อปรับให้กายและใจทำงานผสมผสานกันให้ดีที่สุด และปรับตัวเผชิญต่อความเจ็บป่วยได้นี้ จะแสดงออกมาเป็นการป่ายความผิดให้บุคคลอื่น ใช้วิธีการลงโทษ แสดงอาการเจ็บป่วยรุนแรงมาก หรือน้อยกว่าอาการที่เป็นจริง การพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป หรือการยอมแพ้เพิกเฉยต่อการรักษา และอาจทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ทองแดง, 2531: 805)

อาการและอาการแสดงของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่สำคัญคือ อาการเจ็บหน้าอก และอาการร่วมอย่างอื่นได้แก่ หายใจเหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม รวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้จากอาการของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า จะกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและสังคม

1.4 การรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรักษาอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) ซึ่งจะมีลักษณะอาการสำคัญคือ 1) Crescendo angina เป็นการเจ็บหน้าอกมีลักษณะรุนแรงและระยะเวลานานขึ้น (มากกว่า 10 นาที) มีอาการบ่อยขึ้นหรือมีอาการเจ็บหน้าอกมากกว่าครึ่งชั่วโมง มีเหงื่อออก หน้ามืดจะเป็นลม 2) Angina at rest เป็นการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นแม้ขณะพักผ่อนหรือขณะที่หลับ และ 3) New onset of angina คือมีประวัติเริ่มมีอาการในระยะน้อยกว่า 2 เดือน และมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงขึ้นและเกิดอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อวัน เรียกว่ามีภาวะเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ได้ ต้องมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดหรือมากกว่าจาก 3 ลักษณะสำคัญดังกล่าว (พรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 441-442; Antman&Braunwald,1997; Selwyn &

Braunwald, 1997; Gersh, et al., 1997: 1331; Porth, 1998) จุดประสงค์ในการรักษาเพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก ลดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีการทำงานของหัวใจห้องล่างดีขึ้น ป้องกันการเกิดหัวใจขาดเลือดซ้ำและการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเสียชีวิตได้ (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2546: 377; Kar, et al., 1992: 837; Schaer, 1995: 498)

การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้มากที่สุดโดยให้มีการไหลเวียนของหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม เป็นลักษณะเพื่อป้องกันหรือลดขนาดกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย หลักการรักษภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสรุปได้ดังนี้ (ชุมชนเกษม โชนินัยวัตรกุล, 2543: 28; สรณ บุญไชยพุกฤษ และคณะ, 2537: 686; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 89; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2546: 343; Dracup, et al., 1995: 379; Porth, 1998; Synder & Deelstra, 1995: 506; Simmons, et al., 1995: 1732; Woo, 1992: 189)

1. ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดเพื่อไปเลี้ยงสมองและหัวใจให้เพียงพอ เพื่อให้ได้รับเลือดและออกซิเจนเพียงพอโดยการช่วยฟื้นคืนชีพถ้าอยู่ในภาวะช็อกให้แก้ภาวะช็อกก่อนแก้ไขและป้องกันความผิดปกติของการสื่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจคือ การรักษาภาวะการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ

2. จำกัดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย โดยการนำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจดังเดิม (Reperfusion therapy) และการลดการทำงานของหัวใจโดยไม่ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลว

วิธีการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มี 2 วิธี ดังนี้

2.1 การรักษาด้วยยา จุดประสงค์ของการรักษาด้วยยาคือ ลดการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิต และเพื่อฟื้นฟูสภาพหรือทำให้ Plaque ที่แตกแล้วคงตัวก่อนที่จะรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดให้มีการไหลเวียนของเลือดใหม่ ยาที่ใช้ในการรักษาและจุดประสงค์การใช้มีดังนี้

2.1.1 แอสไพริน และ ทิโคลิพิดิน (Aspirin and ticlopidine) ออกฤทธิ์ยับยั้งเกร็ดเลือดมาเกาะกลุ่ม ลดการอุดตันของลิ้มเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มที่เจ็บหน้าอกเรื้อรัง โดยจะต้องให้เร็วที่สุดวินิจฉัยได้ว่ามีอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ขนาดจะเป็นยาที่เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยให้ขนาด 250 มิลลิกรัมวันละ 2 ครั้ง การศึกษาพบว่า ยานี้ช่วยลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 47 (Balsano, 1990: 17-26)

2.1.2 เฮปาริน (Heparin) เพื่อลดการขยายของลิ้มเลือดภายในหลอดเลือด หัวใจและเพิ่มกลไกการละลายลิ้มเลือด การใช้ร่วมกับแอสไพรินพบว่าได้ประโยชน์มากขนาดที่ใช้คือ 80 ยูนิต / กิโลกรัม / ชั่วโมง โดยมีการเจาะดูค่าระยะเวลาของการแข็งตัวของเลือด (PTT) ปรับขนาดให้ค่า PTT อยู่ระหว่าง 45-70 วินาที (จริยา ตันดิธรรม, 2537: 51; Robert, 1996: 49)

2.1.3 ไนเตรท (Nitrates) สามารถให้ได้โดยการอมใต้ลิ้น รับประทาน และหยดเข้าหลอดเลือดดำ การใช้ไนโตรกลีเซอรินหยดทางหลอดเลือดดำเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารี ลดการหดตัวของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงและดำขยายตัว ลดแรงต้านภายในหลอดเลือด ส่งผลให้ลดการทำงานของหัวใจ และยังมีผลต่อการยับยั้งการจับกันของเกร็ดเลือดซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ จะออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาที สามารถใช้ติดต่อกันได้ 1-3 เม็ด ขนาดของยาที่ใช้จะเริ่มจาก 5-10 ไมโครกรัมต่อนาที หยดเข้าหลอดเลือดดำตลอดเวลา เพิ่มได้ถึง 10 ไมโครกรัม / นาที ทุก ๆ 5-10 นาที จนผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะออกฤทธิ์ภายใน 2-3 นาที สามารถใช้ติดต่อกันได้ 1-3 เม็ด อาจมีอาการแทรกซ้อนได้แก่ ปวดศีรษะ หน้าแดง เวียนศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำลง (พรรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 439; สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ, 2546: 344; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542: 79; Porth, 1998)

2.1.4 ยาด้านแคลเซียม (Calcium antagonists) ซึ่งยาจะปิดกั้นช่องทางแคลเซียมเข้าเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายตัวลดการเมตาบอลิซึมของกล้ามเนื้อหัวใจ หรือลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ลดการหดตัวของหลอดเลือด ลดอัตราการเต้นของหัวใจส่งผลให้ลดการทำงานของหัวใจ (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546: 44; ชุณหเกษม โชตินัยวัตรกุล, 2543: 28-31) นอกจากนี้เพื่อเพิ่มการฟื้นฟูสภาพของคราบไขมันที่แตก ได้แก่ Verapamil Diltiazem Dihydropyridines

2.1.5 ยาปิดกั้นเบต้า (β -Blockers) ทำหน้าที่ปิดกั้นตัวรับชนิดเบต้า โดยลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการหดตัวและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการทำงานของหัวใจ จึงทำให้อาการเจ็บหน้าอกลดลง (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546: 44; สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ, 2546: 343) ได้แก่ Atenolol , Betaxolon, Propranolol และ Etoprolool

2.1.6 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ยาละลายลิ่มเลือดออกฤทธิ์ โดยการเปลี่ยนเอ็นไซม์พลาสมิโนเจนให้เป็นเอ็นไซม์พลาสมินซึ่งทำหน้าที่ในการละลายลิ่มเลือดในร่างกายให้เป็น Fibrin degradation product (จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546: 32; วศิน พุทธารี, 2546: 356; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 93; Granger, 1994: 52) ยิ่งให้ยาเร็วเท่าไร อัตราตายยิ่งลดลง (Daily, 1991: 552) การศึกษาพบว่า ถ้าให้ยาภายใน 3 - 6 ชั่วโมงจากเริ่มมีอาการ จะสามารถลดอัตราตายได้ร้อยละ 20 ถ้าให้ภายใน 3 ชั่วโมง ลดอัตราตายได้ร้อยละ 23 และถ้าให้ภายใน 1 ชั่วโมงสามารถลดอัตราตายได้ ร้อยละ 50 (Granger, 1994: 52; Dracup, et al.,1995: 379) ซึ่งยาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามกลไกการออกฤทธิ์ของการจับกับไฟบริน กลุ่มแรกคือ Fibrin-specific โดยการกระตุ้น fibrin bound plasminogen ทำให้มีการละลายที่เร็วได้แก่ t-PA และ suc

PA กลุ่มที่สองคือ Nonfibrin- specific จะละลายช้าและอยู่ยาวนานกว่า ได้แก่ Streptokinase APSAC Urokinase (Ambrose&Weinrauch,1996; Cole, 1991: 544; Young, 1994) ข้อบ่งชี้คือ จะใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกนานติดต่อกันนานกว่า 30 นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST ยกสูงขึ้นมากกว่า 1 มิลลิเมตร และเริ่มเจ็บหน้าอกไม่นานเกิน 24 ชั่วโมง ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติเลือดออกง่าย ประวัติได้รับอุบัติเหตุของหลอดเลือดสมอง ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ มีเนื้องอกในสมอง กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ การทำหน้าที่ของตับผิดปกติ มีการโป่งพองของหลอดเลือด ได้รับยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด (สตันด์ ไจยอคลิลป์, 2538: 87; Porth, 1988) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย มีเลือดออกง่ายในระบบต่างๆ ของร่างกาย เลือดออกในสมอง ความดันโลหิตต่ำ อาการแพ้ หัวใจเต้นผิดปกติ เกิดการอุดตันซ้ำ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 93; Cairn, 1994; Cole, 1991: 544; Daily, 1991: 561)

2.2 การรักษาโดยวิธีอื่น มีหลายวิธี ดังนี้

2.2.1 การใช้เครื่องช่วยการทำงานของหัวใจชนิดชั่วคราว โดยการสอดสายลูปโป่งเข้าหลอดเลือด (Intra- Aortic Balloon Pump : IABP) ซึ่งช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปที่ หัวใจ และการไหลเวียนของเลือดไปอวัยวะส่วนต่างๆ ในระยะหัวใจคลายตัว และลดแรงต้านต่อหัวใจห้องล่างซ้ายในระยะที่หัวใจบีบตัว (Joseph & Spadoni, 1996: 349) วิธีนี้มีประสิทธิภาพในการลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะใช้กับผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ ที่สภาวะการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่คงที่ การใช้ยาในการรักษาไม่ได้ผล เป็นวิธีการรักษาชั่วคราวก่อนหรือระหว่างทำการตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจ การใส่สายขยายหลอดเลือด หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

2.2.2 การขยายหลอดเลือดด้วยบอลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angiogram : PTCA) เป็นการเปิดทางให้เลือดไหลเวียนไปกล้ามเนื้อหัวใจ โดยใช้สายสวนหลอดเลือดแดงของหัวใจที่มีลูปโป่งเล็ก ๆ ตรงปลาย ผ่านเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบ แล้วขยายหลอดเลือดส่วนที่ตีบด้วยลูปโป่ง (Caldwell,Pelter & Drew., 1996; พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 441) วิธีนี้เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งสำหรับผู้ป่วยเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่พบว่าประสบความสำเร็จร้อยละ 84 ถึง 94 แต่มีภาวะแทรกซ้อนสูงมากกว่าการทำในรายที่นัด มาทำเมื่อไม่มีอาการของหัวใจขาดเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบได้ร้อยละ 3 ถึง 8 อัตราเสียชีวิตพบได้ร้อยละ 0.3 ถึง 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการตีบของหลอดเลือดและการเกิดลิ่มเลือด การที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST- segment ยกสูงขึ้นหรือมี T wave หัวกลับ วิธีการการทำแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ Primary PTCA เป็นการทำให้ในครั้งแรกภายใน 1 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ มีความสำเร็จ ร้อยละ 92-98 Immediate PTCA เป็นการทำให้

การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ผลดีทำภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับยา Rescue PTCA เป็นการทำให้หลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้ว ไม่ประสบผลสำเร็จ และ Delayed PTCA ทำหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 1- 7 วัน ในผู้ป่วยที่ยังมีการตีบซ้ำเกิดขึ้น (Sirois, 1995: 760; Robert, 1996: 49) ในประเทศไทยการทำ PTCA ในโรงพยาบาลศิริราช ประสบผลสำเร็จร้อยละ 86-93 (ชุมชนเกษม โชตินัยวัตรกุลและคณะ, 2539: 95-98)

2.2.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft : CABG) เป็นวิธีการที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม ผู้ป่วยเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ การรักษาด้วยการผ่าตัดจะได้ผลดีกว่าการใช้ยา เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยและตาย การผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มี การตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้าย มากกว่าร้อยละ 50 หรือผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง การติดตามผู้ป่วยในระยะ 7 – 10 ปี พบว่าร้อยละ 80 มีอาการเจ็บหน้าอกน้อยมากหรือไม่มีเลย อัตรารอดชีวิตในระยะ 5 ปี สูงถึงร้อยละ 90 ในระยะ 10 ปี อัตรารอดชีวิตยังสูงถึงร้อยละ 80 (Rutherford, et al., 1992: 1340-1341; Schear, 1995: 501-502) มักจะใช้ในกรณีที่ ใช้ยาละลายลิ่มเลือดและทำ PTCA ไม่ได้ผล การทำผ่าตัดควรทำภายใน 4- 6 ชั่วโมงหลังเกิดการอุดตันหลอดเลือด (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546: 68; Fleury & Murdaugh, 1993: 314-315; Robert, 1996: 49)

2.2.4 การขยายหลอดเลือดโดยการเอาคราบไขมันออก (Coronary atherectomy) เป็นการช่วยลดความรุนแรงของการอุดตัน ลดการเกิดอันตรายกับหลอดเลือด ซึ่งมีโอกาสตีบซ้ำได้ร้อยละ 30 การศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช หลังติดตามผลการรักษา 3 เดือน พบว่าได้ผลดีร้อยละ 94 (นิธิ มหานนท์, 2537: 1-7)

2.2.5 การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงตาข่าย (Coronary stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแล้วขยายโครงตาข่ายออกด้วยลูกโป่ง ทำให้ช่องที่ตีบแคบขยายออก จะฝังโครงตาข่ายไว้ในหลอดเลือดแดง ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น (จรรยา ตันดิธรรม, 2547; Synder & Deelstra, 1995: 515-518) ภายหลังใส่โครงตาข่าย ผู้ป่วยจะได้รับยาต้านการจับกันของเกร็ดเลือดคือเฮปารินซึ่งต้องรับประทานตลอดไป ส่วนการเกิดอุดตันซ้ำพบอยู่ระหว่างร้อยละ 14-26 เมื่อเปรียบเทียบกับทำ PTCA คือ ร้อยละ 16-34 (Gardner, et al., 1996: 68-72)

2.2.6 การขยายหลอดเลือดโดยการยิงเลเซอร์ (Coronary laser angioplasty) เป็นการทำลายสิ่งอุดตันในหลอดเลือดโดยที่มีการทำลายเนื้อเยื่อปกติน้อยที่สุด แต่พบว่าการอุดตันซ้ำภายใน 6 เดือนแรกได้ร้อยละ 25 – 50 (Gossage, 1994: 1862; Robert, 1996: 49)

สรุปหลักในการรักษากลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ ซึ่งการรักษาที่สำคัญคือการรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ยาลดการทำงานของหัวใจ และการรักษาโดยใช้เครื่องมือพิเศษ ได้แก่ การสอดสายลูปโป่ง (IABP) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน(PTCA) การใส่โคโรนารายบาย การผ่าตัดทำทางเบี่ยง (CABG) การเอาคราบมันออก และการยิงเลเซอร์เพื่อขยายหลอดเลือด ให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ

1.5 ผลกระทบของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อบทบาทต่าง ๆ

ในสังคมปัจจุบัน ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย ยังยกย่องให้ผู้ชายเป็นผู้นำและมีบทบาทในทางสังคมเกือบทุกด้าน ผู้ชายจึงต้องทำหน้าที่และบทบาทความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บทบาทความรับผิดชอบที่ตนเองนั้นให้ลดลงในความรู้สึก และเกิดความวิตกกังวลในกระบวนการคิดและการตัดสินใจ สูญเสียความเชื่อมั่นด้านความคิด ย่อมต้องการการแบ่งเบาและรับความช่วยเหลือ โรคหัวใจขาดเลือดจึงมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยมาก (Riegel & Gocka, 1995 :457) จากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ และผลจากปัญหาทางด้านจิตใจ ที่กระทบต่อการปฏิบัติบทบาทของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการทำงาน ด้านครอบครัว ด้านคู่ครอง ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านสังคม (Gurland, et al., 1972 อ้างถึงใน รวีวรรณ ยศวิวัฒน์, 2535: 259)

1.5.1 ด้านการทำงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยปรับตัวเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิต เนื่องจากมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีการกลับเข้าทำงานลดลง เปลี่ยนงาน หรือออกจากงาน (Rankin, 1992: 272; Shanfield, 1990:109) มีภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนไป เกิดความวิตกกังวล และมีอาการซึมเศร้า ที่มีผลขัดขวางต่อสัมพันธภาพและการปฏิบัติบทบาทด้านครอบครัวของผู้ป่วย ปัจจัยด้านกาย และปัจจัยด้านจิตสังคม มีความสำคัญต่อการปรับตัวบทบาทการทำงานของผู้ป่วย ซึ่งบทบาทการทำงานเป็นบทบาทที่มีกิจกรรมที่สำคัญของผู้ชายวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยชายที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดสามารถทำงานประกอบอาชีพได้ จะเป็นสิ่งช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) และเกิดความเชื่อมั่นใจตนเอง (Self confidence) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจกลับเข้าทำงาน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค การมีอาการเจ็บหน้าอก หรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ (Shanfield, 1990: 110) และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการทำงาน เช่น อายุ ลักษณะงาน บุคลิกภาพ อารมณ์ แหล่งสนับสนุนทางการเงิน (Pinneo, 1984: 462)

1.5.2 ด้านครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ซึ่งเป็นอวัยวะหนึ่งที่สำคัญของชีวิตที่ทุกคนตระหนัก สมาชิกในครอบครัวจะทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย คอยระมัดระวังและให้การปกป้องดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก สมาชิกในครอบครัวจะมองผู้ป่วยในบทบาทใหม่ เพราะความสำคัญของโรคที่เกิดกับหัวใจทำให้บทบาทต่าง ๆ และสัมพันธภาพภายในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Smith, 1972 อ้างถึงใน รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535: 24)

1.5.3 ด้านคูครอง ชีวิตของผู้ป่วยที่ถูกคุกคามด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยเฉพาะมีภาวะของกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะวิกฤตสำหรับทั้งครอบครัว และเป็นเหตุให้เกิดปัญหามากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อคู่สมรส (Thompson & Cordle, 1988 cited by Beach, et al., 1992: 30) ทั้งนี้คู่สมรสของผู้ป่วยต้องอยู่ในภาวะวิกฤตเช่นเดียวกับผู้ป่วยตั้งแต่ทราบว่าคู่สมรสของตนเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจ จะเริ่มมีความรู้สึกวิตกกังวลปฏิเสธ โกรธ กลัว ซึมเศร้า และรู้สึกสูญเสียเช่นเดียวกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลง โดยคูครองของผู้ป่วยจะคอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดในเรื่องอาหาร การรับประทานยา การทำงาน และการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในบทบาทด้านคูครอง (รวีวรรณ ยศวัฒน์, 2535: 24) ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและกลัวต่ออาการของโรคที่อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกผิดและเศร้าเสียใจที่ไม่สามารถดูแลหรือให้การช่วยเหลือคูครองได้ อาจเกิดปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง และอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Beach, et al., 1992: 36; Quadagno, et al., 1995: 143-146)

1.5.3 ด้านเพศสัมพันธ์ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ภายหลังจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดทำให้เกิดปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ลดลง เหตุผลหลักที่ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยลดลง คือ ความต้องการทางเพศลดลง มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล การตัดสินใจของภรรยา กลัวการทรุดหนักของโรค หรือการตายกะทันหัน อ่อนเพลีย อาการเจ็บหน้าอก และอาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทำให้เป็นอุปสรรค บทบาททางเพศที่มีต่อกันของภรรยา (Froelicher, et al., 1994: 424; Rankin, 1992: 271-272) ส่งผลกระทบต่อสภาวะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและความผาสุกของชีวิตสมรส

1.5.4 ด้านสังคม ความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านร่างกาย และโดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และรู้สึกหมดหวังในชีวิต ซึ่งภาวะความรู้สึกเหล่านี้ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องแยกตัวออกจากครอบครัว เพื่อน สังคมและเพื่อนร่วมงาน (Pinneo, 1984: 463) ทำให้การปฏิบัติบทบาททางสังคมลดลง

จะเห็นได้ว่าจากอาการ พยาธิสภาพของกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ประกอบด้วย อาจต้องจำกัดการทำงาน ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว กระทบต่อการดำเนินชีวิตและความผาสุกในชีวิตสมรส รวมทั้งการแยกตัวจากสังคม

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะทุกข์ทรมานจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการที่ทันทีทันใด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งออกเป็นระยะวิกฤตและระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องดังนี้ (กอบกุล บุญปราศภัย,2546; จริยา ตันดิธรรม,2547; สมจิต หนูเจริญกุล,2541; อุไร ศรีแก้ว, 2544; Antman & Braunwald, 1997; Fleury & Murdaugh, 1993; Lewis, 1996)

1.6.1 การพยาบาลในภาวะวิกฤต ในระยะวิกฤตอาจเกิดปัญหาต่างๆ ได้แก่

1) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจบกพร่องหรือเต้นไม่เป็นจังหวะ 2) มีการเปลี่ยนแปลงของการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อหัวใจ ปอด สมอง ไต และอวัยวะส่วนปลายอื่นๆ การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง ความทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกมาที่ลดลง และมีภาวะน้ำเกิน 3) ไม่สุขสบายเจ็บหน้าอกเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง 4) กลัว วิตกกังวล เนื่องจากเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต ไม่แน่ใจในอาการ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และสิ่งแวดล้อมไม่คุ้นเคย 5) มีการเปลี่ยนแปลงการขับถ่าย ท้องผูก 6) มีการรบกวนแผนการนอนหลับ เนื่องจากความเจ็บปวด และสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

จากปัญหาดังกล่าวพยาบาลมีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ติดตามอาการและอาการแสดงของการกำซาบเลือดของปอดและหัวใจที่ลดลง ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ความดันซีฟจรแคบ ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง

2. ติดตามจังหวะการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง ถ้าพบว่าผิดปกติ จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ ให้บันทึกบนกระดาษบันทึกทุก 4 ชั่วโมง หรือถี่กว่านั้น สังเกตการเต้นก่อนจังหวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง

3. คล่าซีฟจรส่วนปลาย เพื่อประเมินความแรง ซีฟจรที่เต้นก่อนจังหวะ สังเกตอาการและอาการแสดงของการมีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงขณะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งได้แก่ หน้ามืดวิงเวียน เป็นลม ซีด ความดันโลหิตต่ำ บันทึกการตอบสนองของผู้ป่วยด้วย

4. ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา ขยายหลอดเลือด ยาป้องกันการเต้นผิดจังหวะ และยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ตามแนวการรักษา ติดตามผลของยารายงานแพทย์หากยาไม่ได้ผล หรือมีอาการพิษของยาเกิดขึ้น

5. ติดตามอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าการกำซาบเลือดไปยังสมองลดลง ซึ่งได้แก่ อาการกระสับกระส่าย สับสน สลึมสลือ และอาการทางจิตประสาท การกำซาบเลือดของไตลดลง ได้แก่ ปัสสาวะ ออกน้อยลงน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลง ปัสสาวะไม่ออกแม้ได้รับยาขับปัสสาวะ ค่า BUN, Cr สูงขึ้น อวัยวะส่วนปลายบวม ฟังปอดได้ยินเสียงกรอบแกรบ การกำซาบเลือดของอวัยวะส่วนปลายลดลง ได้แก่ ผิวหนังเย็น เย็นซีด ซีดหรือช้ำมีภาวะเขียว คล้ำซีพอร์ ไม่ได้ หรือเบา มีภาวะบวม

6. ฟังเสียงการหายใจ และบันทึกอัตราการหายใจ ความลึก รูปแบบ ความสะดวก ทุกๆ 1-4 ชั่วโมง ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอด ได้แก่ หายใจลำบากขณะมีกิจกรรม หายใจหอบ เวลากลางคืนนอนราบไม่ได้ ไอ เสมหะ (ลักษณะ สี กลิ่น ปริมาณ) หายใจเร็วขึ้น เสียงหายใจเบาลง มีเสียงผิดปกติ เสียงกรอบแกรบ และ pulmonary artery wedge pressure เพิ่มขึ้น

7. ลดแรงกดบริเวณปุ่มต่างๆ โดยเปลี่ยนท่าทุกๆ ชั่วโมง ไม่ควรให้ขาไขว้กัน ใช้ฝารองบริเวณศอกและต้นเท้า กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อมือ และข้อเท้า ทุกๆ ชั่วโมง ใช้ถุงน่องเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดและคลายให้ทุก 8 ชั่วโมง นาน 15 นาที ไม่ใช้หมอนรองเข่า ยกหัวเตียงสูง จำกัดกิจกรรมระหว่างที่มีการหายใจลำบาก ช่วยเปลี่ยนท่าตามที่ผู้ป่วยต้องการ

8. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ค่าก๊าซในเลือดแดง เปลี่ยน (เช่น ความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง, PaO₂ ลดลง) หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ความดันเลือดซิสโตลิกสูงขึ้น มีอาการหุดหืด จุกเสียดง่าย ปวดศีรษะ สับสน เจ็บหน้าอก ลึนและเยื่อต่างๆ เยียว และให้จัดสิ่งแวดล้อมที่จะลดความต้องการใช้ออกซิเจน ดูแลได้รับออกซิเจนทาง nasal canular ซึ่งปกติจะให้ประมาณ 4-6 ลิตร/นาที แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง จะให้ 2 ลิตร/นาที หรือตามที่กำหนดไว้ และให้ออกซิเจนตลอดไม่ว่าจะทำกิจกรรมอะไร รายงานแพทย์เมื่อพบอาการขาดออกซิเจน

9. ดูแลได้รับยาขับปัสสาวะตามแนวการรักษา เพื่อจะลดปริมาณของเหลวในหลอดเลือด พร้อมสังเกตฤทธิ์ข้างเคียง ได้แก่ โซเดียมในเลือดต่ำ โปตัสเซียมในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ กล้ามเนื้อกระตุก metabolic alkalosis และ digitalis toxicity ซึ่งมักพบร่วมกับภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ และถ้าพบให้รีบรายงานแพทย์ วัดปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกทุกชนิด และชั่งน้ำหนักทุกวันจำกัดน้ำดื่มตามที่กำหนด ให้อาหารจำกัดเกลือตามที่กำหนด กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมสูงถ้าไม่มีข้อห้าม

10. วางแผนการพยาบาล และการทำกิจกรรมอย่างมีระบบ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและนอนหลับเพียงพอ ควรให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังการรักษา หรือมีอาหารและเลื่อนการทำกิจกรรมออกไป เมื่อผู้ป่วยมีภาวะเจ็บหน้าอก ช่วยเหลือในการเปลี่ยนท่าการลุกนั่ง

11. ประเมินผลของการทำกิจกรรม โดยสังเกตอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ คลื่น ST ของหัวใจสูงขึ้น อ่อนเพลีย หายใจลำบาก ซีด เจ็บว สับสน มึนงง หรือเจ็บหน้าอก เปรียบเทียบสัญญาณชีพขณะพัก กับชีพจรหลังทำกิจกรรมทันที และ 3 นาที หลังมีกิจกรรม

12. ประเมินบันทึก และรายงาน อธิบายอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเองระดับ 0-10 เพื่อประเมินความเจ็บปวดได้อย่างแม่นยำ บอกเวลา เริ่มเป็นตำแหน่ง การร้าวไปถึงตำแหน่งอื่น ระยะเวลา ลักษณะ อาการนำ สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น หรือเลวลง และอาการร่วมอื่นๆ

13. ให้ยาระงับประสาทและระงับปวดตามแนวการรักษา ประเมินผลของยา และอาการข้างเคียง ระบุและลดปัจจัยที่จะทำให้เกิดอาการเจ็บ หรือทำให้มีอาการเจ็บมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ความดันไดแอสโตลิกต่ำ (Diastolic hypotension) มีภาวะเครียดทางอารมณ์ ภาวะขาดออกซิเจนในเลือด การออกกำลัง ประเมิน บันทึก และรายงานแพทย์ เมื่อคลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงขณะมีการปวด เช่น มี ST segment depression มี P wave ได้ยินเสียง S₃, S₄ gallop ปอดมีเสียงกรอบแกรบ หัวใจเต้นผิดปกติ

14. อธิบายการรับไว้รักษา วิธีการรักษา และงานของหน่วยดูแลผู้ป่วยหัวใจอย่างย่อๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่มาประเมินเรื่อยๆ ซึ่งจะเป็นการดูแลของหน่วยอย่างหนึ่งและไม่ใช่เพราะผู้ป่วยอาการหนัก ย้ำถึงความสามารถของเจ้าหน้าที่ที่จะให้การช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

15. ชี้ชวนให้ผู้ป่วยควบคุมสิ่งแวดล้อมได้บางอย่าง เช่น การดูแลตนเอง การมีผู้มาเยี่ยมลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป ไม่ใช่เครื่องเตือนที่มีเสียง ยกเว้นขณะที่ต้องการช่วยเหลือ สังเกตอาการของผู้ป่วยเมื่อมีผู้มาเยือน อยู่กับผู้ป่วยและครอบครัวตลอดเวลาที่เขากลัวใช้การสัมผัส เพื่อให้เกิดการยอมรับและแสดงความเห็นใจ

16. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกและรับฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับการแสดงความรู้สึกอย่างมีเหตุผล ถามเหตุวิฤกที่เคยกเกิดขึ้น แนะนำการใช้แผนการเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และอนุญาตให้ใช้บริการทางสังคมได้ถ้าต้องการ เสริมและชี้แจงให้กระจ่างในคำอธิบายของแพทย์ ตอบคำถามผู้ป่วยให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ถ้าไม่รู้คำตอบให้หาผู้อื่นตอบแทน

17. ประเมิน อาการท้องอืด การเคลื่อนไหวของลำไส้ สังเกตการผายลม ฟังเสียงของลำไส้ทุกๆ 4-8 ชั่วโมง เพื่อดูอาการแน่นอืดอึด และรายงานการเปลี่ยนแปลงที่ตรวจพบแก่แพทย์

18. ดูแลให้ขับถ่ายตามเวลาประจำวันโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน ปิดประตูปิดม่าน ให้อาหารที่ให้อุจจาระอ่อนตัวตามจำเป็น การให้อาหารควรให้ในเวลาที่มีสัมพันธ์กับเวลาการขับถ่าย กระตุ้นผู้ป่วยได้พักก่อนและหลังการพยายามขับถ่ายอุจจาระเพื่อเป็นการสงวนพลังงานบอกผู้ป่วยให้หายใจออกขณะเบ่งอุจจาระ เพื่อป้องกันการเกิด valsalva maneuver พร้อมประเมินว่าเกิดการกระตุ้นประสาททวารหรือไม่ ได้แก่ หัวใจเต้นช้า เต้นผิดจังหวะ มึนงง ประเมินผลความต้องการใช้ออกซิเจนของหัวใจ ได้แก่ เจ็บหน้าอก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว บรรเทาอาการแสดงของผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

19. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก ได้แก่ ผลไม้ ผัก น้ำผลไม้ และดื่มน้ำให้เพียงพอตามที่จำกัดไว้ ยอมให้มีการเลือกรายการอาหารได้เอง

20. วิเคราะห์แบบแผนการนอนหลับ และแบบแผนกิจกรรมก่อนนอนที่เคยทำ และปรับให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลเท่าที่จะทำได้ ประเมินปัจจัยที่มีผลรบกวนแบบแผนการนอนหลับ ได้แก่ นอนราบไม่ได้ หายใจ ลำบากในเวลากลางคืน ปัสสาวะบ่อยจากยาขับปัสสาวะ เจ็บปวด กลัว วิตกกังวล อยู่คนเดียว เสียงรบกวน แสงสว่าง การจัดจังหวะการนอน การให้อาหาร

21. ริเริ่มวิถีจัดการกับปัจจัยที่เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุ เช่น การจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยนอนยกหัวสูง ให้อาหารขับปัสสาวะในเวลากลางวัน ให้อาหารลดเจ็บปวดที่จำเป็น ลดหรือจัดสิ่งแวดล้อมที่รบกวน เช่น ปิดผ้าม่าน ปิดไฟเวลากลางคืน ลดเสียงดังภายในห้อง

22. ให้การดูแลก่อนนอน เพื่อเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้แก่ การให้นั่งหมอนนอนนวดหลัง บ้วนปากทำความสะอาดปาก เช็ดตัว เปลี่ยนผ้าปูที่นอนใหม่ เตรียมหมอนและผ้าห่มให้เพียงพอ และปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม ให้การพยาบาลพร้อมๆ กันคราวเดียว เพื่อไม่ให้รบกวนการนอนหลับ ใช้ อุปกรณ์วัดบันทึกสัญญาณชีพเท่าที่จำเป็น

1.6.2 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต พยาบาลต้องวางแผนให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่

- 1) รู้สึกกลัวเมื่อรับรู้ว่ามีชีวิตจะถูกจำกัด การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยบกพร่องเนื่องจากความเศร้าโศกที่เกิดขึ้น และรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพทางกาย
- 2) การโศกเศร้าเนื่องจากการสูญเสียหรือรับรู้ว่าจะมีการสูญเสียเกิดขึ้นเพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ
- 3) ความทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนาทิลดลง
- 4) ไม่สุขสบาย : เจ็บปวดเนื่องจากกล้ามเนื้อ

หัวใจขาดเลือด 5) การดำรงภาวะสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้และปฏิเสธการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ มีดังนี้

1. ประเมินลักษณะที่แสดงออก ระดับความกังวลและแบบแผนการเผชิญปัญหา ให้ความมั่นใจว่าระยะอันตรายต่าง ๆ ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจได้ผ่านพ้นไปแล้ว

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วยสอบถาม และตอบคำถามที่สงสัยอย่างเหมาะสม ต้องไม่ให้ข้อมูลที่มากเกินไปในคราวเดียวกัน ให้โอกาสผู้ป่วย พุด ระบายสิ่งกังวล และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ผ่อนคลาย

3. ประเมินระยะของการสูญเสียหรือความเศร้าโศก และให้การพยาบาลที่เหมาะสม ประเมินปัจจัยที่อาจทำให้ความเศร้าโศกเพิ่มขึ้น เช่น วัฒนธรรม สังคม เศรษฐฐานะ การพยากรณ์โรค ผลการแก้ไขในระยะวิกฤติ ความช่วยเหลือของครอบครัว ความสามารถที่จะควบคุมและพึ่งพาตนเอง ความหวังและการช่วยเหลืออื่น ๆ

4. แนะนำให้คิดถึงความเข้มแข็งของตนเองและระบบช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ป่วยนึกถึงประสบการณ์ในอดีตที่คล้ายกัน ค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่ได้ผล ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้โดยมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินชีวิตประจำวัน ร่วมตัดสินใจและเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนที่เหมาะสม

5. เน้นผลของการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และให้ทางเลือกที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ วางโปรแกรมการฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยอภิปรายอุปสรรค วิธีการปฏิบัติผลที่ต้องการร่วมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ซึ่งให้เห็นผลดีของโปรแกรมฟื้นฟู และเริ่มโปรแกรมการสอนเมื่อประเมินพบว่าพร้อม ที่จะศึกษาและเรียนรู้

6. วางแผนและปฏิบัติตามแผนใน โปรแกรมการออกกำลังกายทุกวัน มีโปรแกรมการออกกำลังกายของตนเองในระยะยาวเมื่อกลับบ้าน ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนโปรแกรมการออกกำลังกายประเมินอาการตนเองได้ และรู้ว่าเมื่อใดและอาการอะไรที่ต้องงดกิจกรรมและ/หรือพบแพทย์ รู้วิธีการเพิ่มความทนต่อกิจกรรมเป็นลำดับแนะนำให้หลีกเลี่ยงทำกิจกรรมในขณะที่มีปัจจัยที่ทำให้กิจกรรมได้ลดลง เช่น อากาศหนาวเย็นภายหลังรับประทานอาหารเช้า บอปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะมีกิจกรรมได้ และมีวิธีการหลีกเลี่ยง ค้นหา ลด หรือขจัดปัจจัยที่ทำให้การทำกิจกรรมผู้ป่วยลดลง เช่น หอบเหนื่อย ภาวะขาดออกซิเจน เจ็บอก และหัวใจเต้นผิดจังหวะ แนะนำปัจจัยที่ช่วยให้ทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น เช่น เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ลดกิจกรรมขณะที่เครียด ใช้ไนโตรกลีเซอรินก่อนทำกิจกรรมเพื่อป้องกันอาการเจ็บอก ปฏิบัติตามแผนการรักษา ทั้งในเรื่องอาหาร ยา และการออกกำลังกาย

7. วัดความดันโลหิตชีพจร การหายใจ ขณะพัก ก่อนมีกิจกรรม หลังมีกิจกรรมทันที และ 3 นาทีหลังมีกิจกรรม สอนวิธีการประเมินผลการตอบสนองของร่างกายตนเองต่อการทำกิจกรรม เช่น สอนวิธีและตำแหน่งที่ใช้ในการจับชีพจร แนะนำให้รายงานเมื่อชีพจรลดลงขณะทำกิจกรรม หรือเพิ่มมากขึ้น 120 ครั้งต่อนาที หรือเมื่อมีอาการหายใจลำบาก เจ็บอก หรือใจสั่นขณะทำกิจกรรม

8. สังเกตอาการเจ็บอก หอบเหนื่อย ซีดเขียว หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเป็นลม ผิวขึ้น ขณะทำกิจกรรม ถ้าพบอาการให้หยุดทำกิจกรรมทันที สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการเจ็บอก วิธีการแก้ไข การใช้ยา และอาการที่ต้องรีบพบแพทย์

9. ประเมินอาการนอนไม่หลับ ตื่นเต้นมาก อ่อนเพลีย เมื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน หลังทำกิจกรรมถ้าพบอาการต้องวางแผนลดกิจกรรมในครั้งต่อไปร่วมกับผู้ป่วย

10. สอนวิธีการสงวนพลังงาน เช่น พักผ่อนก่อนและหลังการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักหลังมื้ออาหาร นั่งทำกิจกรรมหรือกิจกรรมประจำวันแทนการยืน งดสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และคาเฟอีน ก่อนหรือหลังการออกกำลังกาย แนะนำ Aerobic exercise หลีกเลี่ยง Isometric exercise และกิจกรรมที่ทำให้เกิด Valsava maneuver

11. ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม แรงจูงใจ การศึกษาความรู้ในเรื่องโรค พฤติกรรมการป้องกัน สร้างความสัมพันธ์เชิงการรักษาพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อส่งเสริมการสอนที่มีประสิทธิภาพ

12. แนะนำวิธีการจัดการเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะ Hyperlipidemia อ้วนมากเกินไป เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ช่วยลดความเครียด ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เครียด และวิธีการเผชิญปัญหาที่ใช้อธิบายผล ของความเครียดต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ อธิบายผลของการสูบบุหรี่ต่อระบบหลอดเลือด วิธีการลดและเลิก

13. ประเมินความต้องการการเรียนรู้ ความพร้อมที่จะเรียน สอนผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจโดยสังเขป สาเหตุและการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษาและการปฏิบัติตัว การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและผลที่ได้รับ การมีกิจกรรมทางเพศ ยาที่ใช้ ชื่อ ขนาด ความถี่ที่ใช้ วัตถุประสงค์ ฤทธิ์และอาการข้างเคียง สอนวิธีการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

14. อภิปรายกับผู้ป่วยเกี่ยวกับ แผนการจำหน่าย การมาตามนัด อาการและอาการแสดงที่ต้องมาพบแพทย์ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในภาวะฉุกเฉิน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างไรก็สำคัญ สามารถประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม อาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ร่วมทีมกับบุคลากรทางการแพทย์ ในการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่

ไม่ให้เกิดภาวะช็อก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจวาย (จริยา ตันติธรรม, 2547; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541; อุไร ศรีแก้ว, 2544) ด้วยการผ่อนคลายความวิตกกังวล ความกลัว และพักผ่อน ไม่ได้ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต 48 ชั่วโมงแรกที่เกิดมีอาการนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ได้ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ออกซิเจน สารละลายทางหลอดเลือดดำ ดิจอปรินเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อการสังเกตการทำงานของหัวใจอย่างใกล้ชิด ถ้ามีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นจะได้ค้นพบสัญญาณอันตรายก่อนและแก้ไขได้ทันที และการดูแลต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

2. แบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของ Dodd, et al.

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการกับอาการ ของ Dodd, et al. (2001: 668-676) เป็นแนวคิดที่พัฒนาต่อจากแบบจำลองการจัดการกับอาการของ Larson, et al. (1994) Dodd et al. (2001) พบว่า อาการของความเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนกระทั่งรุนแรงเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้บุคคลไปปรับการรักษา นอกจากทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแล้วยังรบกวนการทำหน้าที่ทางสังคม การรักษาโรคที่มุ่งเฉพาะการค้นหาสาเหตุของอาการ ไม่สามารถนำไปสู่การควบคุมอาการได้ จึงต้องมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นพร้อมกับการค้นหาสาเหตุที่เป็นรากฐานของอาการนั้นๆ ไปพร้อมกันเพื่อช่วยให้อาการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อาการเป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ทางจิตสังคม (Biopsychosocial functioning) ความรู้สึก หรือการตระหนักรู้ต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นของตนเอง (Harver & Mahler, 1990 cited in Dodd, et al., 2001: 669) การประเมินสถานะของโรคและประสิทธิภาพของกลวิธีจัดการ อาการและอาการแสดงเป็นสิ่งสำคัญที่บอกแนวทางในการพยายามแก้ปัญหาของผู้ป่วยและการรักษา ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับรู้อาการ เข้าใจอาการจนสามารถให้ความหมายของอาการและความสัมพันธ์ของอาการกับสาเหตุของอาการ จนมีความเข้าใจ (Dodd, et al., 2001: 669) ตามแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการอยู่บนข้อตกลงพื้นฐาน 5 ข้อ คือ 1) การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการของแต่ละบุคคลเป็นการรายงานอาการด้วยตัวของเขาเอง 2) แต่ละบุคคลอาจเสี่ยงต่อการเกิดอาการจากผลกระทบ เช่น การทำงานที่เป็นอันตรายและกลวิธีจัดการกับอาการอาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลนั้นยังไม่มีอาการ 3) บุคคลที่ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดจะมีประสบการณ์และอธิบายการมีประสบการณ์โดยมีการแปลความหมายผ่านทางครอบครัว หรือผู้ดูแลที่คาดว่าจะตรงกันกับการรายงานด้วยตัวผู้ป่วยเองมากที่สุด 4) กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมุ่งเป้าหมายไปที่บุคคล กลุ่ม ครอบครัวหรือสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ

5) การจัดการกับอาการเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตรที่ดัดแปลงให้เข้ากับผลลัพท์ของแต่ละบุคคล และจะมีอิทธิพลต่อบุคคล สุขภาพและความเจ็บป่วยหรือสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้แบบจำลองการจัดการกับอาการตระหนักถึงมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์บาล มีองค์ประกอบ 3 ประการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อมโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ ดังนี้

1. บุคคล (Person domain) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic) จิตใจ (Psychological) สังคมและสรีรวิทยา (Sociological & physiological) ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลและเป็นการพิจารณาถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและตอบสนองภายหลังมีอาการเกิดขึ้น พัฒนาการของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาและวุฒิภาวะ

2. สุขภาพและความเจ็บป่วย (Health & illness domain) เป็นการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและระดับของความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บหรือความพิการ และภาวะสุขภาพ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการกับอาการและผลลัพท์ของอาการ

3. สิ่งแวดล้อม (Environment domain) สิ่งแวดล้อมเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่ทำให้เกิดอาการ ได้แก่ กายภาพ (Physical) สังคม (Social) และวัฒนธรรม (Culture) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพรวมถึง บ้าน สถานที่ทำงานและโรงพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางสังคมรวมถึงเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social support network) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal) สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความเชื่อ ค่านิยมและประเพณีปฏิบัติในเชื้อชาติหรือกลุ่มชนนั้นๆ ซึ่งสถานที่ที่เกิดอาการมีผลโดยตรงต่อกลวิธีการจัดการและผลลัพท์ที่เกิดขึ้น

มโนทัศน์ของแบบจำลองการจัดการกับอาการ มีองค์ประกอบ 3 มโนทัศน์หลักที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลของอาการ (Symptom Outcome) มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences)

ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่ออาการ โดยการประเมินความหมายของอาการและการตอบสนองต่ออาการ ซึ่งการเข้าใจองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ มีความสำคัญต่อความสามารถในการจัดการกับอาการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์กันทั้งสองทางระหว่างกัน (Facione & Dodd, 1995; Jayne, 1996 cited in Dodd, et al., 2001: 671) โดยบุคคลเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง เขาจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้น ประสบการณ์การมีอาการ ของผู้ป่วย

กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะรับรู้การแปลข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์และนำไปสู่ข้อสังเกตที่พบว่าตนเองรู้สึกหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ การตอบสนองต่ออาการ บุคคลจะสนองตอบต่ออาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม ซึ่งการตอบสนองของแต่ละคนอาจมีหลายรูปแบบต่ออาการของโรคเพียงอย่างเดียว การรับรู้เกี่ยวกับอาการ การประเมินอาการและการตอบสนองต่ออาการ มีความสัมพันธ์กันแบบสองทางระหว่างส่วนประกอบทั้งสามมิติ คือการรับรู้เกี่ยวกับอาการและการประเมินอาการ การประเมินอาการกับการตอบสนองต่ออาการและการตอบสนองต่ออาการกับการรับรู้อาการ เช่น ถ้าบุคคลเชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงกลางร้าย การรับรู้ความรุนแรงอาจทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น ซึ่งประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย

2.1.1 การรับรู้เกี่ยวกับอาการ (Perception of symptoms) การรับรู้ เป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่เคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ การรายงานอาการด้วยตนเอง และบันทึก รายงานอาการเกี่ยวกับระดับอาการ ความถี่ หรือลักษณะของอาการซึ่งสามารถวัดได้ด้วยการซักถาม การบันทึก

ปฏิพร บุญยพัฒนกุล (2543: 44) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้อาการเริ่มต้นคือเจ็บ แน่น ถูกบีบรัดหน้าอก (ร้อยละ 62) เริ่มจากปวดท้อง ปวดระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 20) เริ่มจากเจ็บร้าวจากแขน ไหล่ หลัง (ร้อยละ 13) และจากอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 13) รับรู้ตำแหน่งของอาการว่าร้าวไปบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปบริเวณแขนซ้าย แขนทั้งสองข้าง (ร้อยละ 33.9) ร้าวไปบริเวณคอ ไหล่ กราม (ร้อยละ 50.3) รับรู้ว่าอาการแสดงของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการบริเวณหน้าซ้าย กลางอกและทั่วๆหน้าอก (ร้อยละ 74) และมีความรู้สึกที่ไม่สุขสบายในช่องอก (ร้อยละ 13) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายลักษณะเป็นอาการว่าเจ็บ ปวด แน่นเหมือนถูกบีบรัด (ร้อยละ 59) จะเจ็บแปล็บๆ เจ็บตื้อๆ ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ของอาการว่ามีอาการตลอดเวลา (ร้อยละ 59) มีอาการทุก 5 – 30 นาที (ร้อยละ 26) มีอาการทุก 1 – 2 ชั่วโมง (ร้อยละ 7) และมีอาการ 1-2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 8) ระยะเวลาของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ มีอาการนาน 30 นาที (ร้อยละ 46) มีอาการนาน 1 – 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 37) มีอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป (ร้อยละ 17) ช่วงระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง มีร้อยละ 34 มากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 66 และนานตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป มีร้อยละ 8 ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการมาจากหัวใจ ร้อยละ 47 จากระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 16 จากกระดูก – กล้ามเนื้อ ร้อยละ 8 จากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14 จากระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 4 และไม่แน่ใจว่าสาเหตุใด ร้อยละ 11

ศุณีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า มีลักษณะอาการของโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 จะเจ็บหน้าอก ปวดร้าว เหงื่อออกใจสั่น บรรยายลักษณะอาการว่าส่วนใหญ่จะเจ็บแน่น เจ็บเหมือนมีอะไรมาบีบรัด เหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บแน่นเหมือนลมดันขึ้น เจ็บเหมือนถูกแทง เจ็บแสบ และเจ็บแปล็บๆ จี๊ดๆ ตำแหน่งที่เกิดอาการชัดเจนที่สุดคือบริเวณกลางอก และหน้าอกซ้าย บางรายเจ็บบริเวณทั่วๆ ไป บริเวณแขน กราม และคอ ระยะเวลาที่มีอาการส่วนใหญ่จะนาน 10 –30 นาที (ร้อยละ 47) และเจ็บนานมากกว่า 1 ชั่วโมง มีถึงร้อยละ 31 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ที่เกิดจากหัวใจ (ร้อยละ 65) เมื่อเริ่มมีอาการร้อยละ 56 คิดว่าเป็นจากหัวใจ นอกจากนี้คิดว่าเป็นจากลม/กระเพาะอาหาร จากกล้ามเนื้อ และระบบอื่นๆ

ชวนพิศ ทำนอง (2541: 128) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเกิดการเรียนรู้ต่อโรคเป็น 2 ลักษณะคือ 1) รับรู้ว่าเป็นโรครุนแรงรักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต และยอมรับการเป็นโรค และ 2) รับรู้ต่อโรคในลักษณะไม่แน่ใจ ไม่ยอมรับโรคและเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ

Dracup, et al. (1995: 448) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้อาการของโรคจะอธิบายลักษณะของอาการว่า เจ็บ แน่นหน้าอก รู้สึกไม่สบาย หายใจลำบาก เจ็บแน่นเหมือนถูกบีบรัด เจ็บตื้อๆ ตำแหน่งที่มีอาการส่วนใหญ่คือบริเวณหน้าอก แขน คอ และกราม

Dracup, et al. (2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่รับรู้อาการว่าเป็นอาการเริ่มต้นของโรคหัวใจ รองลงมาเป็นอาการของโรคกระเพาะอาหาร ปวดกล้ามเนื้อ เหนื่อยล้า และจากอาการระบบทางเดินหายใจ

DeVon & Zerwic (2002: 235) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะรับรู้อาการและรายงานอาการสำคัญของโรคด้วยตนเองได้ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอกมากกว่าเจ็บบริเวณกราม คอ หลัง นอกจากนี้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก

2.1.2 การประเมินอาการ (Evaluation of symptoms) การประเมินอาการหมายถึง การตัดสินใจของบุคคลรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง ความเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ความถี่ รูปแบบการเกิด ผลกระทบ ความพิการที่อาจเกิดขึ้นและภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์การมีอาการ (Lenz et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672) เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ

ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 48) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 44 ประเมินความรุนแรงตั้งแต่มีอาการว่ามีความรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 21 ประเมินว่ามีความรุนแรงมาก

ร้อยละ 10 ประเมินว่ารุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 12 ประเมินว่ารุนแรงน้อย และร้อยละ 4 ประเมินอาการว่าไม่รุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยประเมินความแตกต่างของอาการและความรุนแรงกับครั้งก่อน พบว่าส่วนใหญ่มีอาการและความรุนแรงเหมือนครั้งก่อน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ร้อยละ 30 ประเมินว่ามีอาการเหมือนครั้งก่อนแต่รุนแรงมากกว่า ผู้ป่วยร้อยละ 17.5 ประเมินว่ามีความรุนแรงน้อยกว่า และร้อยละ 15 ประเมินว่าไม่มีความแตกต่าง ผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าเป็นอาการที่มีอันตราย อาจทำให้เสียชีวิตได้ และร้อยละ 50 ประเมินว่าไม่เป็นอันตราย

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เจ็บพลันประเมินระดับความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่ว่ามีความรุนแรงมาก (ร้อยละ 86) และมีความทุกข์ทรมานมาก (ร้อยละ 85) ประเมินอาการว่าการมีอาการครั้งนี้จะแตกต่างจากครั้งก่อน (ร้อยละ 38) ผู้ป่วยรับรู้ลักษณะอาการของโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 จะเจ็บหน้าอก ปวดร้าว เหนือออก ใจสั่น บรรยายลักษณะอาการว่าส่วนใหญ่จะเจ็บแน่น เจ็บเหมือนมีอะไรมาบีบรัด เหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บแน่นเหมือนลมดันขึ้น เจ็บเหมือนถูกแทง เจ็บแสบ และเจ็บแปล็บๆ จี๊ดๆ ตำแหน่งที่เกิดอาการชัดเจนที่สุดคือบริเวณกลางอก และหน้าอกซ้าย บางรายเจ็บบริเวณทั่วๆไป บริเวณแขน กราม และคอ ระยะเวลาที่มีอาการส่วนใหญ่จะนาน 10 –30 นาที (ร้อยละ 47) และเจ็บนานมากกว่า 1 ชั่วโมง มีถึงร้อยละ 31 ผู้ป่วยร้อยละ 62 ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีอันตรายมากทำให้เสียชีวิตได้รวดเร็ว มีเพียงร้อยละ 8 ที่บอกว่าอันตรายน้อยและไม่มีอันตราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้การไปรับรักษาเมื่อเกิดอาการว่าต้องไปรับการรักษาเร็วที่สุด (ร้อยละ 52) รอคิวอาการไปก่อน/ไม่หายแล้วค่อยไปโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 11 ที่รับรู้ว่าจะเกิดอาการให้รอดูอาการไปก่อนไม่ต้องไปโรงพยาบาล

DeVon & Zerwic (2003: 113) พบว่าผู้ป่วยประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นอาการที่รุนแรง ร่วมกับมีอาการหายใจตื้นๆ หายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้ และสูญเสียความรู้สึกอยากอาหาร

2.1.3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่ออาการที่เกิดขึ้น เป็นความรู้สึก ความคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ ประกอบด้วย การตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ วัฒนธรรมและสังคมและพฤติกรรม การตอบสนองต่ออาการอาจมีหลายรูปแบบต่ออาการของโรคเพียงอย่างเดียว

ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 49) พบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่ออาการทางด้านร่างกาย คือ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หายใจไม่สะดวก ปลายมือ ปลายเท้า ชิด คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด มีไข้ ท้องอืด ปวดศีรษะ นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องสนองต่ออาการด้วยมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน (ร้อยละ 78) มีความรู้สึกไม่แน่ใจในอาการและการรักษาที่จะได้รับ (ร้อยละ 45)

มีความกลัว เครียด (ร้อยละ 54) ความตระหนักในตนเองลดลง ไม่ยอมรับความจริง ไม่ยอมรับตนเอง (ร้อยละ 14)

อรุณนิ ช้างชาวงศ์ (2545: 58) พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.7) มีผู้ป่วยร้อยละ 9.3 ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่ไม่ถูกต้อง

2.2. กลวิธีในการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

กลวิธีในการจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหาไม่พึงประสงค์ ที่มุ่งเน้นควบคุมประสบการณ์การมีอาการ เป้าหมายคือการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุดด้วยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง กลวิธีที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์และยาในการรักษา (Biomedical professional and self care strategies) ซึ่งการจัดการกับอาการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการแยกแยะวิธีการทางการแพทย์ กลวิธีในการจัดการกับอาการอาจจะมีเป้าหมายเพียงแค่ผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์

การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องการการปรับเปลี่ยนกลวิธี ตลอดเวลาหรือเปลี่ยนแปลงตามความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้ป่วยในกลวิธีนั้นๆ กลวิธีในการจัดการกับอาการรวมถึงความเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร (What) ใช้เมื่อไหร่ (When) ที่ไหน (Where) ทำไม (Why) มากน้อยเท่าไร (Mush/intervention dose) กับใคร/ผู้รับการปฏิบัติ (Whom) และใช้อย่างไร (How/delivered) (Miaskowski, et al., 1995-1999 cited in Dodd, et al., 2001: 673)

การปฏิบัติการจัดการกับอาการเป็นไปตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ การยึดติด (Adherence) และการจัดกระทำเป็นการผสมผสานที่แสดงออกอย่างหนึ่ง ซึ่งการจัดกระทำเป็นความต้องการที่ส่งผลต่อการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ยึดติด การปฏิบัติกิจกรรมโดยทั่วไปเป็นการจัดการศึกษาให้กับผู้ป่วยเรื่องทักษะการดูแลตนเองและการให้การสนับสนุน (Miadkowski et al., 1995 - 1999 cite in Dodd et al., 2001) ซึ่ง Robinson et al. (1998 cite in Dodd et al., 2001) ได้ศึกษาการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติ โดยบางกลุ่ม 3 กลุ่ม โดยกลุ่ม 1 ประกอบด้วย ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีที่เคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย อยู่ในช่วงที่ 3 มีความรู้และสามารถเป็นที่ปรึกษาในการที่จะจัดการกับปัญหาและสามารถฟังเข้าใจ และมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ อีก 2 กลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มที่ 2 ได้รับการฝึกการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การจัดการกับปัญหาและมีการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมกับผู้ที่ไม่มีคู่สมรสจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยอื่นๆ จะมีความสำเร็จในการจัดการกับอาการเมื่อมีอาการโรคหัวใจล้มเหลว

เกิดขึ้นและการแบ่งปันประสบการณ์หลังจากที่หายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาจะช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ซึ่งทำให้บรรเทาความกลัวเป็นการให้กำลังใจและสนับสนุนการมีส่วนร่วมกับการเรียนรู้ของตัวเอง และการที่ผู้ป่วยจะเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและยึดติดกับการรักษานี้เป็นผลมาจากการจัดกระทำและอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว (Turk & Rudy, 1991; Sidani & Braden, 1997 cited in Dodd et al., 2001: 674) อย่างไรก็ตาม ลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพและระบบบริการสุขภาพสามารถมีอิทธิพลต่อการยึดติดของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการควบคุมอาหารที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวป้องกันอาการที่จะเกิดขึ้นหรือจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น

กลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอก ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดออกซิเจนและขาดเลือด เมื่อผู้ป่วยรับรู้อาการที่แสดงออก ผู้ป่วยจะพยายามใช้วิธีแก้ปัญหาหรือผ่อนคลายความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอกสามารถแบ่งได้ 2 วิธีคือ วิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา

การจัดการอาการด้วยวิธีใช้ยา จากการศึกษาของ Dracup et al. (2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอังกฤษจะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการใช้อย่างมากที่สุด (ร้อยละ 30.7) การศึกษาของ ปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 69 จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา โดยใช้อย่างหายหลอดเลือด (ร้อยละ 53.6) ใช้ยาสมุนไพรแผนโบราณ (ร้อยละ 37.7) ใช้ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 24.6) และใช้บาล์ม (ร้อยละ 13.1)

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการทันทีจะรักษาเองโดยการใช้ยา ร้อยละ 33

การจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา การศึกษาของ ปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ด้วยวิธีรอดูอาการ (ร้อยละ 86) พยายามอดทน (ร้อยละ 62) กดหน้าอก/ทูปหน้าอก (ร้อยละ 14) นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 9) เปลี่ยนท่าที่สุขสบายขึ้น (ร้อยละ 21) หยุดทำกิจกรรมทันที (ร้อยละ 57) แล้วย่นพัก หรือนอนราบ หยุดลมหายใจ โดยพยายามหายใจช้าๆ (ร้อยละ 8) ภาวนาสั่งศักดิ์สิทธิ์ สวดมนต์ (ร้อยละ 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก (ร้อยละ 6) และพยายามทำให้เรอหรือเคาะหลัง (ร้อยละ 6) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง การศึกษาของ Dracup et al. (1995: 45; 2003: 320) พบว่าผู้ป่วยจะจัดการอาการด้วยตนเองโดยการเปลี่ยนท่า การนอนหลับ

คิมน้ำเย็น / น้ำผลไม้ หายใจลึก ๆ พยายามผ่อนคลาย พยายามปล่อยให้อาการหายเอง ทำในสิ่งที่ไม่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น และพบว่าในระยะแรกจะขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ หรือจากแพทย์ที่คลินิกและโรงพยาบาลติดต่อหน่วยฉุกเฉินและส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง นอกจากนี้บางรายจะติดต่อให้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลมารับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mckinley et al. (2003) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะจัดการอาการโดยการรออาการก่อนไปรับการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hofgren et al. (1995: 3) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่จะนอนพัก และไปโรงพยาบาลเมื่อมีอาการอื่นร่วมด้วย

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการเกิดขึ้น จะนอนพักทันที ไม่ทำอะไร ไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล เมื่ออาการไม่ดีขึ้น จะจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการมากขึ้น อาการดีขึ้นแล้วเป็นอีก นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ด้วยให้หายมารักษาก่อน (ร้อยละ33) และพาไปรับการรักษา (ร้อยละ61) และเมื่อเกิดอาการจะปรึกษาคูสมรส บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 9 ที่ไม่ปรึกษาใครเลย

2.3. ผลของอาการ (Symptom Outcome)

เป็นผลจากประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีจัดการอาการ โดยผลของอาการจะมุ่งไปที่ 8 ปัจจัยคือ 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care ability) 2) ภาวะของอาการ (Symptom status) 3) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) 4) ภาวะอารมณ์ (Emotional status) 5) ค่าใช้จ่าย (Cost) รวมถึงรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจและระบบบริการสุขภาพหรือเงินทดแทนจากการทำงาน 6) อัตราการเกิดโรคและการเกิดโรคร่วม (Morbidity and co-morbidity) 7) อัตราการตาย (Mortality) และ 8) คุณภาพชีวิต (Quality of life) จะถูกกระทบเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรืออาการนั้นเป็นเวลานาน โดยลักษณะของอาการ (Symptom status) เป็นศูนย์กลางในการส่งผ่านไปยังผลลัพธ์ตัวอื่น ๆ ผลลัพธ์ทั้งหมดอาจมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน

การศึกษานี้ศึกษาถึงผลของอาการในปัจจุบันที่เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งเกิดจากประสบการณ์การมีอาการของภาวะหัวใจขาดเลือด การประเมินอาการเป็นการสะท้อนคุณลักษณะของประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่ออาการของโรค ซึ่งจะประเมินอาการจากการตัดสินใจโดยดูจากความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งที่เกิดอาการ สาเหตุ ลักษณะของอาการที่เป็นชั่วคราวหรือถาวร ความบ่งของอาการ ความสามารถในการรักษาจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นผลลัพธ์ของการจัดการกับอาการ เป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการดูแลตนเองอย่างจริงจัง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001) จากภาวะโรคหัวใจขาดเลือดย่อมส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ

ปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543: 52-55) ศึกษาผลของอาการในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผลจากอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 98 ซึ่งมีผลกระทบแต่ละด้านดังนี้ ผลกระทบต่อการได้รับอากาศ (ร้อยละ 83) มีลักษณะหายใจสั้นๆ หายใจไม่เต็มที หายใจถี่ๆ ไม่ได้จะทำให้เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ด้านการได้รับน้ำไม่สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ (ร้อยละ 52) เนื่องจากอาการรุนแรงมาก และเมื่อดื่มน้ำจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 66) เนื่องจากมีอาการรุนแรง รับประทานอาหารได้ครั้งละน้อย และเมื่อรับประทานอาหารจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น การขยับถ่ายและการย่อยอาหารมีความผิดปกติ (ร้อยละ 41) ไม่สามารถขยับถ่ายได้ตรงเวลา เมื่อออกแรงในการขยับถ่ายจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถดูแลความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 46) เมื่อทำความสะอาดร่างกายตนเองได้จะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น และอาการรุนแรงมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย พักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 59) จะนอนหลับเป็นพักๆ เพราะมีอาการรุนแรงมากขึ้น และบางรายนอนไม่หลับเลยร้อยละ 31 มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถแสดงบทบาทในสังคมได้เหมือนเดิม และร้อยละ 10 ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม การป้องกันภาวะคุกคามชีวิตหน้าที่และสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยจะปรับตัวตามสถานการณ์และมีบุคคลอื่นพาไปรับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 45) จะทำกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายหรือทำให้เกิดอาการรุนแรง นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 61 สามารถควบคุมตนเองและยอมรับตนเองได้ว่าเป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 39 ที่รู้สึก ตนเองไร้คุณค่า

จิตวดี เจริญทอง (2542) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นในเรื่อง การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว การควบคุมการขยับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ

นัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีไขมัน รับประทานอาหารเค็ม อารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อมีปัญหาจะอยู่คนเดียว จะซื้อยามารับประทานเอง และการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535) พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่ถูกต้องส่วนใหญ่คือไม่เคยสังเกตอาการข้างเคียงของยาจากการรับประทานยาเลย ไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนัก รับประทานอาหารเค็ม น้ำปลา ไม่เคยออกกำลังกาย

4. ปัจจัยที่ผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมทางเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Pender, 1996) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสรีรวิทยา (Orem, 2001) เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นมีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น (Dracup, et al., 1995: 379-392) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัวเป็นผู้สืบสกุลจึงได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาในชั้นสูงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงมีความพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำมาปฏิบัติให้ชีวิตปลอดภัย และเมื่อเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทในครอบครัว ความสามารถในการทำกิจกรรม ถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอจะเป็นผู้ตามมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชายและไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนในการศึกษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงคาดว่าเป็นอะไรไม่มาก บางรายปล่อยให้การดำเนินโรครุนแรง นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองบางอย่างเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การศึกษาของ Bostner & Hultsch (1979 อ้างถึงใน ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู, 2532: 2) พบว่าเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายมีความรับผิดชอบครอบครัว การทำงานและการติดต่อสังคม ส่วนการศึกษาของ Gurwitz et al. (1997: 593) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเพศหญิงจะมีความสามารถในการตัดสินใจเข้ารับการ

รักษาช้ากว่าเพศชาย เนื่องจากความแตกต่างในเรื่องอาการที่ผู้ป่วยเป็นอาการแสดง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยม ศิริบุญกุล (2540: 85) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาช้า แต่การศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535 : 98) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ และการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ้ม (2541: 73) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

2. อายุ เป็นเรื่องประจำตัวของบุคคลและเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคลเมื่ออายุเพิ่มขึ้นทำให้ความเจริญทางด้านร่างกายและความคิดเห็นก็มีการพัฒนาตามมา (สุโท เจริญสุข, 2520 อ้างถึงใน อรรถนิ ช้างชายวงศ์, 2545: 5) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิด และพฤติกรรม (รุ่งฤดี ห่อนาค, 2541: 14) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 2001) เมื่ออายุมากขึ้นกลไกในการสร้างความต้านทานโรคเสื่อมลง ภาวะโภชนาการต่างๆ ของร่างกายก็ไม่ปกติ ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้มากขึ้น บุคคลที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย (Pender, 1996) เมื่ออายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้วยังต้องการการดูแลจากคนใกล้ชิด ซึ่งอายุจะมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผลและการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุ วุฒิภาวะสูงขึ้นย่อมสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001) เมื่ออายุมากขึ้นการช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมก็ลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลง การศึกษาของ จัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง แต่การศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 99) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ้ม (2540: 74) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

3. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรที่ผู้ป่วยกระทำการศึกษาทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่างๆ เรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001) โดยบุคคลที่มี

การศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336) เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี มีรายได้สูง มีฐานะดี มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Ruth (1973 อ้างถึงใน จิรประภา ภาวิไล, 2535: 38) กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาดำรงประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรคและวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตัวเนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นเชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีความรู้สูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดกับตนได้ถูกต้องดีกว่า ซึ่งผู้มีการศึกษาดำรงจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1996) การศึกษาของปริศนา อรรถาผล (2543) ศึกษาภาระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เนื่องจากแหล่งสนับสนุนการให้ความรู้มีน้อย การศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 69) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพันธ์ หิณูชิระนันท์ และจิรวรรณ อินคุ่ม (2541: 113) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพ แต่การศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 98) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

4. รายได้ รายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยบุคคลที่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่าจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือกแหล่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี ส่วนบุคคลที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) การศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 99) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 69) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เมื่อระยะเวลาผ่านไปบุคคลจะสามารถปรับตัวกับสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ (Marino & Kooser, 1981: 56) เมื่อเจ็บป่วยในช่วงแรกๆบุคคลอาจไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ แต่เมื่อบุคคลได้รับการรักษาอาการของโรคดีขึ้นระยะเวลาผ่านไป บุคคลจะค่อยๆ เรียนรู้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จะค่อยๆ เรียนรู้การจัดการกับปัญหาหรือความยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและมากขึ้น (Bell, 1977 อ้างถึงใน รัชสุรีย์ จันทเพชร, 2536: 53) ในผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาการเจ็บหน้าอกย่อมรบกวนจิตใจของผู้ป่วยทำให้ไม่มีความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง โดยเฉพาะในระยะแรก หลังมีอาการแต่เมื่อได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษา จากการศึกษาของ สมพันธ์ หิณชิระนันท์ และจิรวรรณ อินคุ่ม (2541: 113) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือการรับประทานยาตามแพทย์สั่งมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากกว่า 1 – 5 ปี และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่ถูกต้อง ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Ceabtrce (1987 อ้างถึงใน ภาวนา กิรติวงศ์, 2537: 23) พบว่าระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายและการดูแลตนเองโดยทั่วไปร้อยละ 25-35 แต่การศึกษาของ จิระประภาภาวิไล (2535: 100) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยหลังผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัด เปลี่ยนลิ้นหัวใจ และการศึกษาของ ฉัตรวลัย ไจอารีย์ (2533: 91) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

6. ประสบการณ์การมีอาการ ประสบการณ์การมีอาการในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากประสบการณ์การมีอาการนั้นเกิดจากกระบวนการของการรับรู้อาการ แปลความหมาย ประเมินอาการ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นและการตอบสนองต่ออาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและจะส่งผลต่ออัตราเจ็บป่วยและอัตราตาย ถ้าผู้ป่วยรับรู้อาการและประเมินอาการไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องด้วยซึ่งจะทำให้มีพยาธิสภาพมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในร่างกายและเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลต่อชีวิตหลายๆด้าน ทำให้ผู้ป่วยพยายามหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาชีวิตไว้และลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาค้นหาสาเหตุ พฤติกรรมของตนเอง ประสบการณ์ในอดีตรวมทั้งความรู้ที่ได้มาจากหลายๆแหล่งมาเป็นข้อมูลในการ

พิจารณาตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยที่ไม่รับรู้หรือไม่สามารถระบุสาเหตุของความเจ็บป่วยมักยากที่จะเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต (Johnson & Morse, 1991: 192) ผู้ป่วยที่มารู้โอกาสที่ตนเองจะเกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดอาการซ้ำ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าอันตรายถึงชีวิตเทียบพลันได้จะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (อูมา จันทวิเศษ, 2539: 76)

จากการศึกษาของ Burnett et al. (1995: 1019) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ลักษณะอาการว่ามาจากหัวใจ และประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง จะมีความสามารถในการตัดสินใจมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้สาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมองว่าอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจและความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่รีบมารับการรักษาและผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการจากระบบทางเดินอาหารจะทำกิจกรรมอื่นมากกว่าที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup (1997: 253) และ McKinley et al.(2003: 237) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากหัวใจและประเมินว่าเป็นอาการปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2541: 48) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ ที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นแตกต่างจากครั้งก่อน เมื่อเกิดอาการจะรับรู้ว่าจะรอดได้ ไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล จะทำกิจกรรมอื่นก่อนทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลช้า

ชวนพิศ ทานอง (2541) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคในลักษณะไม่แน่นอน ไม่ยอมรับว่าเป็นโรคหัวใจและเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วยการปฏิเสธการรักษา ไม่ปรับแผนการดำเนินชีวิต ขาดการแสวงหาความรู้ ไม่สนใจข่าวสารหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลทำให้โรคกำเริบอันตรายถึงชีวิต นั่นคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การมีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ถูกต้องจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ศุภนิษฐ์ เอี่ยมศิริกุล (2540: 80-83) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นนั้นไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล เป็นอาการปกติจะมารับการรักษาช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถนิษฐ์ ช้างชาวงค์ (2545: 58) พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา กล่าวคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่ไม่ถูกต้องจะมารับการรักษาช้า

Warner (1995: 436-443) ศึกษาถึงการตระหนักถึงระดับความปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ MSPQ (Modified Somatic Perception Questionnaire) พบว่าระดับความปวดเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีผลต่อการรับรู้อาการและประสบการณ์ของอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรม/รักษา

เพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาดูแล ผู้ป่วยสามารถแบ่งแยกอาการที่มีผลต่อการวินิจฉัยและรักษาได้

7. กลวิธีการจัดการอาการ กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากกลวิธีการจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหา การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งต้องปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลาที่มุ่งเน้นควบคุมประสบการณ์การมีอาการ เป้าหมายคือการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุด (Dodd et al., 2001: 673-674) ด้วยการใช้กลวิธีในการดูแลตนเอง กลวิธีที่อาศัยบุคลากรทางการแพทย์และยาในการรักษา (Biomedical professional and self care strategies) ซึ่งการจัดการกับอาการเริ่มด้วยการประเมินประสบการณ์เกี่ยวกับการมีอาการจากมุมมองของผู้ป่วย กลวิธีการจัดการกับอาการอาจจะมียุทธศาสตร์เพียงผลลัพธ์เดียวหรือมากกว่าหนึ่งผลลัพธ์ กลวิธีการจัดการกับอาการรวมถึงความเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม มากน้อยเท่าไร กับใคร/ผู้รับการปฏิบัติ และใช้อย่างไร (Miaskowski, et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001: 673)

ดังนั้นกลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดส่วนใหญ่จะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ ถ้าผู้ป่วยจัดการอาการหรือควบคุมอาการไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย และส่งผลให้เกิดอาการกำเริบหรือกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเพิ่มขึ้นและอันตรายรุนแรงถึงชีวิตได้

การศึกษาของสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการทันทีที่รักษาเองโดยการใส่ยา ร้อยละ 33 และการศึกษาของปฏิพร บุญพัฒนากุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใส่ยา มีเพียงร้อยละ 53.6 ที่ใส่ยาขยายหลอดเลือด นอกจากนั้นจะใส่ยาสมุนไพรแผนโบราณ ใส่ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง และใช้บาล์มทา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ใส่ยาขยายหลอดเลือดไม่ถูกต้อง โดยใส่ยาขยายหลอดเลือด 4-15 เม็ดติดต่อกัน บางรายใช้ครั้งละ 2-4 เม็ด ผู้ป่วยขาดความรู้ในระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาและวิธีการควบคุมอาการป้องกันความทุกข์ทรมานจากอาการ การใส่ยาเกินขนาดมีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนของร่างกาย เกิดความดันโลหิตต่ำ ทำให้หัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Ryan et al., 1996: 1345)

การจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใส่ยา การศึกษาของ ปฏิพร บุญพัฒนากุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ด้วยวิธีรอคูอาการ (ร้อยละ 86) พยายามอดทน (ร้อยละ 62) กดหน้าอก/ทุบหน้าอก (ร้อยละ 14) นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 9) เปลี่ยนท่าที่สุขสบายขึ้น (ร้อยละ 21) หยุดทำกิจกรรมทันที (ร้อยละ 57) แล้วนั่งพัก หรือนอนราบ หยุดลมหายใจโดยพยายามหายใจช้าๆ (ร้อยละ 8) ภาวนาสังคคีตส์ สวดมนต์ (ร้อยละ 6) จัดสิ่งแวดล้อม

ให้อากาศถ่ายเทสะดวก (ร้อยละ 6) และพยายามทำให้เรอหรือเคาะหลัง (ร้อยละ 6) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง การศึกษาของ Dracup et al. (1995: 45, 2003: 320) พบว่าผู้ป่วยจะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการเปลี่ยนท่า การนอนหลับ ดื่มน้ำเย็น / น้ำผลไม้ หายใจลึก ๆ พยายามผ่อนคลาย พยายามปล่อยให้อาการหายเอง ทำในสิ่งที่ไม่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น และพบว่าในระยะแรกจะขอความ

การจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้อง ได้แก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที จะต้องได้รับการนอนพัก การได้รับออกซิเจน การผ่อนคลายความเครียด การได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาขยายหลอดเลือดได้รับการเตรียมพร้อมการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก การขยายหลอดเลือด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ (Young, 1981) นั่นคือกลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกที่ดีและถูกต้องน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นัตรวลัย ไจอารีย์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 43 ที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} = 58.98$ S.D. = 3.90) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้แก่ รับประทานอาหารจำพวกไขมันสัตว์ เติมน้ำปลา เกลือ ขณะรับประทานอาหารมีอาการหงุดหงิดง่าย เมื่อมีปัญหาจะหมกมุ่นคิดถึงปัญหาคนเดียว ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ซื่อยามรับประทานเอง ได้แก่ยานอนหลับ ยาระบาย ยาสมุนไพร ยาแก้ปวด นอกจากนี้การศึกษาพบว่า รายได้ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนเพศ อายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

จิรประภา ภาวิไล (2535 : 80 -93) ศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โดยเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจภายหลังเกิดและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะ (Mechanical prosthetic valve) จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย

66.5 คะแนน (คะแนนเต็ม 84 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.53) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง กล่าวคือ ไม่เคยสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเลย ร้อยละ 39 ไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนักอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 38 เมื่อรับประทานอาหารเช้าเสริมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว เป็นประจำ ร้อยละ 31 และไม่เคยออกกำลังกายเลย ร้อยละ 29 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สม่ำเสมอในด้าน การผ่อนคลายความวิตกกังวล ร้อยละ 56 การซื้อยามารับประทานเอง ร้อยละ 26 การหยุดรับประทานยา ร้อยละ 18 และจากการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

จริยา ดันติธรรม (2536) ศึกษาารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 14 ราย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ พบว่าการตอบสนองต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ กลัวตาย มีอารมณ์หงุดหงิด กลัวการสูญเสียสมรรถภาพ จึงมักปฏิเสธว่าตนเป็นโรคหัวใจ กลัวกลับเป็นซ้ำ ทำให้รู้สึกโกรธว่าทำไมจึงเป็นโรคนี้อ และรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของตน เมื่อกลับบ้านจะตอบสนองต่อการรับรู้โดยอารมณ์ซึมเศร้า ท้อแท้ที่ตนไม่สามารถจัดการควบคุมอาการของโรคได้ หลังจากออกจากโรงพยาบาลจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังมิให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ

จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 60-80) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 100 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 114.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.37 จากคะแนนเต็ม 135 คะแนน และจากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนเพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ณัฐสุภา ฉลาดสันทรวาทิ (2539) ศึกษาภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาระในการดูแลตนเองค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 67.29$, S.D. = 10.17) เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นประสบการณ์สำคัญและคุกคามต่อการดำรงชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในการดูแลตนเองต่ำได้แก่ การรักษา น้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด การควบคุมอารมณ์ของตนเอง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการพักผ่อนให้เพียงพอ นอกจากนี้การใช้ยาไม่ได้ลดขยายหลอดเลือดเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าภาระในระดับปานกลาง

อุมา จันทวิเศษ (2539) ศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การดูแลตนเองหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ปฏิบัติได้น้อยและบางรายไม่สามารถปฏิบัติได้ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ไม่สามารถการควบคุมการรับประทานไขมันสูงได้ ไม่สามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ แต่ลดจำนวนลง การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ไม่ได้ควบคุมความดันโลหิตสูง เบาหวาน จากรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ความเครียดทำให้อาการแย่ลง แน่นหน้าอก ใจสั่น หงุดหงิด ความสามารถในการทำงานลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง รายได้ลดลง นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในประกอบด้วย แรงจูงใจ ความเชื่อ ทศนคติ ความหวังที่จะหายจากโรค ความต้องการมีชีวิตยืนยาว และภาวะสุขภาพ คือ โครงสร้างการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การรักษาของแพทย์ ความเครียดและภาวะอารมณ์ที่เผชิญกับปัญหาต่างๆ ส่วนปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย ระบบครอบครัว การช่วยเหลือด้านรายได้ กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผลกระทบจากการมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ใจสั่น ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง รู้สึกกลัวว่าการทำงานหนักจะทำให้เกิดอันตราย การปฏิบัติบทบาทลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง กระทบต่อเศรษฐกิจ รายได้ของครอบครัวลดลง

ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 44) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการ และผลของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ด้านประสบการณ์การมีอาการ ด้านการรับรู้อาการผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอาการเริ่มต้นคือเจ็บ แน่น ถูกบีบรัดหน้าอก (ร้อยละ 62) เริ่มจากปวดท้อง ปวดระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 20) เริ่มจากเจ็บร้าวจากแขน ไหล่ หลัง (ร้อยละ 13) และจากอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 13) รับรู้ตำแหน่งของอาการว่าร้าวไปบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปบริเวณแขนซ้าย แขนทั้งสองข้าง (ร้อยละ 33.9) ร้าวไปบริเวณคอ ไหล่ กราม (ร้อยละ 50.3) รับรู้ว่ามีอาการแสดงของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการบริเวณหน้าซ้าย กลางอกและทั่วๆหน้าอก (ร้อยละ 74) และมีความรู้สึกที่ไม่สุขสบายในช่องอก (ร้อยละ 13) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายลักษณะเป็นอาการว่าเจ็บ ปวด แน่นเหมือนถูกบีบรัด (ร้อยละ 59) จะเจ็บแปล็บๆ เจ็บตื้อๆ ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ของอาการว่ามีอาการตลอดเวลา (ร้อยละ 59) มีอาการทุก 5 –30 นาที (ร้อยละ 26) มีอาการทุก 1 –2 ชั่วโมง (ร้อยละ 7) และมีอาการ 1-2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 8) ระยะเวลาของอาการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือ มีอาการนาน 30 นาที (ร้อยละ 46) มีอาการนาน 1 –3 ชั่วโมง (ร้อยละ 37) มีอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป (ร้อยละ 17) ช่วงระยะเวลาที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ชั่วโมง มีร้อยละ 34 มากกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 66 และนานตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป มีร้อยละ 8 ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการมาจากหัวใจ ร้อยละ 47 จากระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 16 จากกระดูก – กล้ามเนื้อ ร้อยละ 8 จากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14 จากระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 4 และไม่แน่ใจว่าสาเหตุใด ร้อยละ 11

กลวิธีการจัดการอาการ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 69 จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา โดยใช้ยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 53.6) ใช้ยาสมุนไพรแผนโบราณ (ร้อยละ 37.7) ใช้ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 24.6) และใช้บาล์ม (ร้อยละ 13.1) ส่วนการจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา พบว่าผู้ป่วยจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ด้วยวิธีสูดอากาศ (ร้อยละ 86) พยายามอดทน (ร้อยละ 62) กดหน้าอก/ทูปหน้าอก (ร้อยละ 14) นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 9) เปลี่ยนท่าที่สุขสบายขึ้น (ร้อยละ 21) หยุดทำกิจกรรมทันที (ร้อยละ 57) แล้วย่นพัก หรือนอนราบ หยุดลมหายใจโดยพยายามหายใจช้าๆ (ร้อยละ 8) ภาวนาสังคคีสิทธิ์ สวคมนต์ (ร้อยละ 6) จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก (ร้อยละ 6) และพยายามทำให้เรอหรือเคาะหลัง (ร้อยละ 6) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วย จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง ผลจากอาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้ถึงร้อยละ 98 ซึ่งมีผลกระทบแต่ละด้าน ดังนี้ ผลกระทบต่อการได้รับอากาศ (ร้อยละ 83) มีลักษณะหายใจสั้นๆ หายใจไม่เต็มที หายใจถี่ๆ ไม่ได้จะทำให้เจ็บบริเวณลิ้นปี่ ด้านการได้รับน้ำไม่สามารถดื่มน้ำได้ตามปกติ (ร้อยละ 52) เนื่องจากอาการรุนแรงมาก และเมื่อดื่มน้ำจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 66) เนื่องจากมีอาการรุนแรง รับประทานอาหารได้ครั้งละน้อย และเมื่อรับประทานอาหารจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น การขับถ่ายและการย่อยอาหารมีความผิดปกติ (ร้อยละ 41) ไม่สามารถขับถ่ายได้ตรงเวลา เมื่อออกแรงในการขับถ่ายจะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่สามารถดูแลความสะอาดร่างกายด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 46) เมื่อทำความสะอาดร่างกายตนเองได้จะทำให้มีอาการเพิ่มขึ้น และอาการรุนแรงมากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย พักผ่อนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 59) จะนอนหลับเป็นพักๆ เพราะมีอาการรุนแรงมากขึ้น และบางรายนอนไม่หลับเลย ร้อยละ 31 มีความพึงพอใจต่อการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถแสดงบทบาทในสังคมได้เหมือนเดิม และร้อยละ 10 ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม การป้องกันภาวะคุกคามชีวิตหน้าที่และสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยจะปรับตัวตามสถานการณ์และมีบุคคลอื่นพาไปรับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 45) จะทำกิจกรรมที่ไม่เป็นอันตรายหรือทำให้เกิดอาการรุนแรง นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 61 สามารถควบคุมตนเองและยอมรับตนเองได้ว่าเป็นโรคหัวใจ และร้อยละ 39 ที่รู้สึกตนเองไร้คุณค่า

สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ลักษณะอาการของโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 จะรับรู้ที่เจ็บหน้าอก ปวดร้าว เหงื่อออก ใจสั่น บรรยายลักษณะอาการว่าส่วนใหญ่จะเจ็บแน่น เจ็บเหมือนมีอะไรมาบีบรัด เหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บแน่นเหมือนลมดันขึ้น เจ็บเหมือนถูกแทง เจ็บเสบ และเจ็บแปล็บๆ จี๊ดๆ

ตำแหน่งที่เกิดอาการชัดเจนที่สุดคือบริเวณกลางอก และหน้าอกซ้าย บางรายเจ็บบริเวณทั่วไป บริเวณแขน กราม และคอ ระยะเวลาที่มีอาการส่วนใหญ่จะนาน 10 –30 นาที (ร้อยละ 47) และเจ็บนานมากกว่า 1 ชั่วโมง มีถึงร้อยละ 31 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ที่เกิดจากหัวใจ (ร้อยละ 65) เมื่อเริ่มมีอาการร้อยละ 56 คิดว่าเป็นจากหัวใจ นอกจากนี้คิดว่าเป็นจากลม/กระเพาะอาหาร จากกล้ามเนื้อ และระบบอื่นๆ

ชวนพิศ ทานอง (2541) ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา พบว่าผู้ป่วยรู้อาการเจ็บแน่นหน้าอก ในการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง สะท้อนถึงความรู้สึกต่อความรุนแรงและอันตรายต่อชีวิตว่าเป็นโรค ร้ายแรง น่ากลัว มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็ว ทำให้หายใจไม่ออก ไม่มีแรง อาจทำให้ตายได้ง่ายๆ เป็นโรคที่รักษายาก รับรู้ถึงประสบการณ์ 3 ประการคือ 1) เผลออาการเฉียบพลัน ได้แก่ เกิดขึ้นทันทีทันใด รุนแรงและทรมาณ กลัวตาย คนเดียวไม่มีคนรู้และไม่มีคนช่วย 2) รับผิดชอบให้ชีวิตรอดโดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค่วน รับผิดชอบทันทีและเฝ้าคอยดูแลอาการ และ 3) ควบคุมประคองให้ชีวิตอยู่ได้ ด้วยการเลือกรับและจัดการรักษาอย่างต่อเนื่อง สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง ปรับแผนชีวิตและแสวงหาความรู้ การรับรู้ต่ออาการของโรค การให้ความหมาย และการจัดการต่อความเจ็บป่วยมี 2 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย จากประสบการณ์การเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมในการจัดการต่อความเจ็บป่วยเพื่อควบคุมโรคไม่ให้กำเริบ โดยรับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน รับการรักษาแบบทางเลือก ได้แก่รักษาด้วยสมุนไพร คีมน้ำ รักษาด้วยไสยศาสตร์ วิถีทางพุทธศาสนา ทำสมาธิ ทำใจ สร้างบุญ สร้างพลังใจให้เข้มแข็ง และปรับแผนชีวิต เป็นการปรับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกำเริบ โดยเลิกสูบบุหรี่ ปรับการทำงาน ปรับลดความเครียด ปรับการบริโภคอาหาร ปรับการออกกำลังกาย ปรับการมีเพศสัมพันธ์ และปรับการเข้าร่วมสังคม ส่วนรูปแบบที่ 2 เป็นการรับรู้ในลักษณะอาการที่ไม่แน่นอน ไม่ยอมรับโรค เข้าใจว่าเป็นโรคที่รักษาให้หายปกติได้ ผู้ป่วยจึงปฏิเสธการรักษาตามที่แพทย์แนะนำ ไม่สามารถปรับแผนการดำเนินชีวิต มีความรู้จำกัด มีปัญหาทางการเงิน ได้รับคำแนะนำไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน จึงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เป็นเหตุให้โรคกำเริบ

จิตวดี เจริญทอง (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามมุ่งหมาย ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นการศึกษาเชิงทดลอง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย พบว่าส่วนใหญ่ต้องพึ่งพานุคคลอื่นบ้างในเรื่อง การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเดิน การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ

ปริศนา อรรถาผล (2543) ศึกษา การระในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 ราย พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อย ได้แก่ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เนื่องจากแหล่งสนับสนุนการให้ความรู้มีน้อย การระมัดระวังอุบัติเหตุ เพราะต้องรับประทานยาต่อเนื่อง แต่เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในวัยทำงาน อาชีพ รับจ้าง อาชีพเกษตรกรรม อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

อรมณี ช้างชาวยวงค์ (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วย อยู่ขณะเกิดอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับ อาการที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกรับรู้ว่ามีอาการระบบทางเดิน อาหาร ระบุว่าถ้าเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะต้องมีอาการมากกว่า 1 อย่าง เช่น ต้องเจ็บหน้าอกพร้อมกับหายใจไม่สะดวก ระบุว่าอาการที่เกิดขึ้นต้องมีผลกระทบต่อ การนอนหลับหรือกระทบต่อร่างกายและจิตใจเท่านั้นจึงจะตัดสินใจไปโรงพยาบาล และจะจัดการ ด้วยตนเอง โดยไม่ใช้ยาก่อนเพื่อบรรเทาอาการ และรอให้อาการรุนแรงก่อนจึงตัดสินใจมา โรงพยาบาล คูอาการ

Dempsey et al.(1995: 444-456) ศึกษาพบว่าเชิงคุณภาพถึงกระบวนการตัดสินใจไปรับ การรักษาในโรงพยาบาลของผู้หญิงที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 16 คน พบว่ากระบวนการ ตัดสินใจเพื่อแสวงหาการรักษาแสวงหาการรักษาเมื่อเกิดอาการขึ้น เป็นลักษณะที่เปลี่ยนแปลงอยู่ ตลอดเวลา ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวประกอบด้วย การตระหนักถึงอาการที่เกิดขึ้น การรับรู้อาการที่ เกิดขึ้นไม่สำคัญ การรักษาเอง การรับรู้ว่าคุณค่าและการปรึกษาผู้อื่น โดยสรุปคือถึงแม้ผู้ป่วย จะตระหนักถึงอาการที่เกิดขึ้นว่าผิดปกติ แต่ถ้าไม่ตระหนักถึงความรุนแรง มีพฤติกรรมเผชิญกับ ปัญหาด้วยวิธีต่างๆ เช่น การรักษาเองเพื่อลดความรู้สึกถูกคุกคามและควบคุมสถานการณ์ ก็จะทำ ให้มารับการรักษาช้า แนวทางที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาเร็วขึ้นต้องเน้นในเรื่องการทำให้ผู้ป่วย รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมได้และลดความรู้สึกถูกคุกคามโดยการอธิบายถึง ประโยชน์ของการมารับการรักษาที่เร็วที่สุด

Dracup et al. (1995: 448) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้อาการของโรคจะ อธิบายลักษณะของอาการว่า เจ็บ แน่นหน้าอก รู้สึกไม่สบาย หายใจลำบาก เจ็บแน่นเหมือนถูก บีบรัด เจ็บตื้อๆ ตำแหน่งที่มีอาการส่วนใหญ่คือบริเวณหน้าอก แขน คอ และกราม

Dracup et al. (2003: 317 -323) ศึกษาระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 913 คน จากผู้ป่วยในญี่ปุ่น อเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและ อเมริกาใต้ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการที่บ้าน โดยมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ใกล้ชิด เมื่อเกิดอาการครั้งแรกผู้ป่วยจะตอบสนองโดยการรอดูอาการ ปล่อยให้อาการหายเอง พยายาม ผ่อนคลาย ไม่ทำกิจกรรมที่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น ใช้ยาด้วยตนเอง

พยายามรักษา/แก้ไขด้วยตัวเอง ขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ปรึกษากับบุคคลที่รู้/บุคลากรทางการแพทย์ พยายาม ติดต่อเรียกรถพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งผลการตอบสนองของผู้ให้คำปรึกษา คือไม่ต้องทำอะไร ไม่ต้องวิตกกังวล เสนอแนะให้พักผ่อนตามสบาย เสนอแนะให้ใช้ยา เรียกรถฉุกเฉิน พาไปส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ว่าอาการที่เกิดขึ้นมาจากหัวใจ รองลงมาจาก กระเพาะอาหาร กล้ามเนื้อ ความเหนื่อยล้า และจากระบบทางเดินหายใจ

DeVon & Zerwic (2002: 113-235) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะรับรู้อาการและรายงานอาการสำคัญของโรคด้วยตนเองได้ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอก มากกว่าเจ็บบริเวณกราม คอ หลัง นอกจากนี้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ผู้ป่วยประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นอาการที่รุนแรง ร่วมกับมีอาการหายใจตื้นๆ หายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้ และสูญเสียความรู้สึกลอยอากาศอาหาร

DeVon & Johnson (2002: 235-245) ศึกษาอาการของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีเพศต่างกันโดยการทบทวนงานวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่เพศชายและเพศหญิงมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการไม่แตกต่างกัน ส่วนอาการที่แตกต่างกันคือเพศหญิงจะมีอาการปวดไหล่ ปวดหลัง เวียนศีรษะคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบากมากกว่าเพศชาย

DeVon & Zerwic (2003: 108-117) ศึกษาอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ ในผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงสามารถวิเคราะห์อาการเจ็บหน้าอกได้ดีกว่าเพศชาย ได้แก่ จะมีอาการ ลักษณะการหายใจตื้นๆ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก คลื่นไส้ และสูญเสียความอยากอาหาร หลังจากควบคุมกลุ่มอายุ โรคเบาหวาน ความวิตกกังวล และภาวะการทำหน้าที่ พบว่าเพศหญิงมีทักษะการรายงานอาการได้ดีกว่าเพศชาย

Hofgren et al. (1995: 3-10) ศึกษาอาการร่วมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 57 มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก และร้อยละ 61 จะมีอาการร่วม ผู้ป่วยเพศหญิงสามารถรายงานอาการด้วยตนเองได้ดีกว่าเพศชาย บางรายจะนอนพักและปรับอารมณ์ก่อนที่ไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีที่เคยมิประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนำมาก่อนที่จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยเพศหญิงจะเข้าใจว่าเป็นอาการปกติ แต่จะส่งผลให้ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจ ต่ำแหน่ง หรือชนิดของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 59 ที่มีอาการรุนแรงและไปพบแพทย์ก่อนที่จะมาโรงพยาบาล

Mckinley et al. (2000: 237-245) ศึกษาพฤติกรรม การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในอเมริกาเหนือและออสเตรเลีย พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จะมารับการรักษาช้า ($p < .05$) มีรายได้น้อย เป็นโรคเบาหวาน และเริ่มมีอาการขณะอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจะประเมินอาการว่าไม่รุนแรง จะรอดูอาการ และอาการเปลี่ยนแปลง จะกังวลเกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ มากกว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อมารับการรักษาช้าของผู้ป่วยในอเมริกา ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการระดับปานกลาง และเข้าใจว่าไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ ส่วนในออสเตรเลีย พบว่าปัจจัย

ที่มีผลต่อการมารับการรักษาซ้ำ ได้แก่ ระดับการศึกษา ประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง และวิธีการขอความช่วยเหลือ

Riegeal & Cocka (1995: 457) ศึกษาความแตกต่างระหว่างเพศต่อการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงที่เคยมีประสบการณ์จะมีการรับรู้อาการได้ดีขึ้น ทำให้การเป็นซ้ำลดลง สามารถผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าลดลง สามารถบอกความต้องการ ความรู้สึก ระดับความรุนแรงของโรคและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ปกติ

Warner (1995: 436-443) ศึกษาถึงการตระหนักถึงระดับความปวดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 50 คน โดยใช้ MSPQ (Modified Somatic Perception Questionnaire) พบว่าระดับความปวดเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีผลต่อการรับรู้อาการและประสบการณ์ของอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรม / รักษาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายและการตัดสินใจเข้ารับการรักษาดูแล ผู้ป่วยสามารถแบ่งแยกอาการที่มีผลต่อการวินิจฉัยและรักษาได้ และพบว่าระดับความปวดสามารถบอกระดับความแตกต่างของโรคว่ามาจากหัวใจหรือไม่ใช่จากหัวใจได้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (A model for symptom management) ของ Dodd et al. (2001) กล่าวถึง 3 มโนทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ การจัดการ และผลความสามารถในการดูแลตนเอง โดยบุคคลจะวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียและปฏิบัติการเพื่อบรรเทา/แก้ไขอาการโดยวิธีการต่างๆ ซึ่งวิธีการจัดการจะมีอิทธิพลต่อการประเมินประสบการณ์การมีอาการและผลจากอาการที่ต่อเนื่องกัน เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาเป็นพลวัตร จนกว่าจะได้ผลจากอาการที่บุคคลพึงพอใจ

ข้อมูลจากการศึกษาเหล่านี้พอสรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ที่เกิดอาการเจ็บหน้าอกขึ้น ผู้ป่วยจะประเมินอาการด้วยมุมมองของตนเองจากการรับรู้อาการและการประเมินอาการเพื่อแปลความหมายของอาการเจ็บหน้าอก จากนั้นบุคคลจะหาวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกที่เหมาะสมเพื่อควบคุม/บรรเทาผลของอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย การจัดการอาการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ครอบคลุมถึงการจัดการด้วยตนเองและร่วมมือกับครอบครัวและทีมสุขภาพ จนกว่าจะได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าสามารถรับรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจและประเมินได้ถึงความรุนแรง ก็จะจัดการอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ทั้งในด้านทั่วไป ด้านพัฒนาการและด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยนำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยในกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Q - wave และไม่มี Q - wave ภาวะการตายเฉียบพลันจากการขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ ในภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978 :184) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N = 10K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } K = \text{จำนวนของตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 \times 9) + 50$$

$$= 140 \quad (\text{การศึกษานี้ ใช้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน})$$

2. สุ่มโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ ประกอบด้วยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลตรัง โดยใช้สัดส่วน 3 ใน 5 สุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากแบบไม่แทนที่ โรงพยาบาลที่สุ่มได้คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง

3. ดำรวจจำนวนประชากรซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในแต่ละโรงพยาบาลใน ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีจำนวน

435 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีจำนวน 280 คน และโรงพยาบาลตรัง มีจำนวน 215 คน รวมประชากรที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งหมด 935 คน

4. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 70 คน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 45 คน และจากโรงพยาบาลตรัง จำนวน 35 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน

5. กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5.2 ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต คือผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะเก็บ

รวบรวมข้อมูล

5.3 มีระดับความรู้สึที่ดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทย

5.4 สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

5.5 ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

6. สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ตามขั้นตอนดังนี้

6.1 สํารวจรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในแต่ละวันและ คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

6.2 สุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ ในแต่ละวันโดยใช้สัดส่วน 1: 2 ของผู้ป่วยที่เลือกไว้ แล้วทำการเก็บข้อมูล หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 3 วัน

6.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลตามข้อ 6.1 – 6.2 ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม - 30 ธันวาคม พ.ศ. 2548 จนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชื่อคำถามที่ถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษาและรายได้ และประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่อาการนำที่มาโรงพยาบาล อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคนี้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการมีอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ให้

ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ลักษณะของแบบสอบถามด้านอายุ รายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการมีอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้เป็นแบบปลายเปิด ส่วนเพศ ระดับการศึกษา อาการนำที่มาโรงพยาบาล และอาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก เป็นแบบปลายปิดที่มีตัวเลือกให้เลือก และอาการร่วมสามารถตอบได้มากกว่า 1 อาการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วยการรับรู้และการประเมินอาการ มีจำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกมีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 8, 9 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบมี จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11 และ 12

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ข้อที่มีความหมายลบให้กลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำถาม	ข้อคำถามทางบวกทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน การแปลความหมายคะแนนประสบการณ์การมีอาการ มีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2538: 77)

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	ประสบการณ์การมีอาการ
4.50 – 5.00	มากที่สุด	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมากที่สุด
3.50 – 4.49	มาก	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมาก
2.50 – 3.49	ปานกลาง	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ	ประสบการณ์การมีอาการ
1.50 – 2.49	น้อย	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายน้อย
1.00 - 1.49	น้อยที่สุด	ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการมีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายน้อยที่สุด

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ

แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร บทความ วารสาร งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. สร้างข้อคำถามประสบการณ์การมีอาการ โดยใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อาการ และการประเมินอาการจำนวน 15 ข้อ

3. นำแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

3.1 หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

3.1.1 นำแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจ 1 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 3 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ จัดกลุ่มอาการเรียงลำดับความต่อเนื่องของข้อคำถาม และตัดข้อคำถามจาก 15 ข้อ เหลือ 12 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามบางข้อถามในประเด็นเดียวกัน และปรับคำถามลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือหายใจเหนื่อย

3.1.2 นำแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Davis,

1992: 198; Polit & Hungler, 1999: 419) จากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ คำนิยามและกำหนดระดับความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 419)

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย
- 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้อง
- 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้อง
- 4 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.00

3.2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .82 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .77

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 21 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดำเนินการหรือปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ดังนี้

1) กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1,2,3 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8

2) กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีไม่ใช้ยา จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11 และ 12 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2 และ 7

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ใช้ ใช้น้อยมาก ใบบางครั้ง ใบบส่วนใหญ่และใบบเป็นประจำ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 ข้อที่มีความหมายลบให้กลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ลักษณะคำถาม	ข้อคำถามทางบวกทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ใบบเป็นประจำ	4	0
ใบบส่วนใหญ่	3	1
ใบบบางครั้ง	2	2
ใบบน้อยมาก	1	3
ไม่ใบบ	0	4

เกณฑ์การแปลผล แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างใน รุ่งทิพย์ เป้าตุน, 2546) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก เป็น $\frac{4-1}{3} = 1.0$

แบ่งคะแนนกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก ได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

ความหมาย

1.00 - 2.00 กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย

2.01 - 3.00 กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง

3.01 - 4.00 กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการ

แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร บทความ วารสาร งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. สร้างข้อคำถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการอาการด้วยวิธีใช้ยา และวิธีไม่ใช้ยา รวม จำนวน 25 ข้อ

3. นำแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

3.1 หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

3.1.1 นำแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คนดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจ 1 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 3 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ จัดกลุ่มการจัดการเรียงลำดับความต่อเนื่องของข้อคำถาม ปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และ ลดจำนวนข้อคำถามด้วยวิธีใช้ยาจาก 10 ข้อ เหลือ 8 ข้อ และวิธีไม่ใช้ยา จาก 15 ข้อ เหลือ 13 ข้อ รวมเหลือ 21 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามจำนวนมากเกินไปและบางข้อถามในประเด็นเดียวกัน

3.1.2 นำแบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Davis, 1992: 198; Polit & Hungler, 1999: 419) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.00

3.2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และนำข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .74

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง มีจำนวน 39 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง 3 ด้าน ได้แก่

1) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านทั่วไปจำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 และ 17 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 7, 8, 15 และ 18

2) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านตามพัฒนาการจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 6 และ 7 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3

3) ความสามารถในการดูแลตนเองด้านตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11 และ 12 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6 และข้อที่ 7

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติสม่ำเสมอ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 3 ข้อที่มีความหมายลบ ให้กลับคะแนนก่อนการรวมคะแนน โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะคำถาม	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	3	1
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	2	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1	3

เกณฑ์การแปลผล แปลความหมายคะแนนจากคะแนนรวมเฉลี่ย โดยกำหนดเกณฑ์เพื่อแบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเองตามการแบ่งระดับของ Best (1977 อ้างในรุ่งทิพย์ เป้าคุ้ม, 2546) ซึ่งช่วงคะแนนในการแบ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเองเป็น $\frac{3-1}{3} = .66$

แบ่งคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 1.66	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย
1.67 - 2.33	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
2.34 - 3.00	ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง

แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ เอกสาร บทความ วารสาร งานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. สร้างข้อคำถามความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แนวคิดของ Orem (2001) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองด้านทั่วไป จำนวน 24 ข้อ ด้านพัฒนาการ จำนวน 10 ข้อ และด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

3. นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

3.1 หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

3.1.1 นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการนำไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคหัวใจ 1 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ 3 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 คน

ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ จัดกลุ่มการจัดการเรียงลำดับความต่อเนื่องของข้อคำถาม ปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และ ตัดข้อคำถามความสามารถในการดูแลตนเอง เหลือ 18 ข้อ ความสามารถในการดูแลตนเองเหลือ 7 ข้อ และ ความสามารถในการดูแลตนเองเหลือ 13 ข้อ รวมเหลือทั้งหมด 38 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามจำนวนมากเกินไปและบางข้อถามในประเด็น เดียวกัน

3.1.2 นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า 0.8 (Davis, 1992: 198; Polit & Hungler, 1999: 419) ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1.00

3.2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .81 และหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วน 150 คน ผู้วิจัยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้
นำหนังสือแนะนำตัวจาก คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการ การเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นวางแผน

ได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย 3 คน ซึ่งเป็นพยาบาลประจำการ ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีประสบการณ์ในการทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 – 7 ปี เคยมีประสบการณ์ในการเป็นผู้ช่วยวิจัย 2 คน และกำลังศึกษาระดับปริญญาโท 1 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงเรื่องที่ศึกษา วัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีดำเนินการโดยสรุป และเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้สรุปโครงการวิจัยและรายละเอียดในการเก็บข้อมูลไว้ศึกษา และติดตามช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล จนผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนถูกต้องตามวัตถุประสงค์

ขั้นดำเนินการ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างน้อย 3 วัน และเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์และการทำกิจกรรมการพยาบาลเรียบร้อยแล้วซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 14.00 -16.00 น. ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย สํารวจรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามสมบัติที่กำหนด
2. ผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัย แนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัยและการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัย / ผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเป็นการตอบแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แต่จะอ่านข้อคำถามไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 -30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ตลอดเวลา
4. เมื่อผู้ป่วยทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของคำถาม หากผู้ป่วยตอบไม่ครบถ้วน จะแจ้งให้ผู้ป่วยทราบและซักถามเพิ่มเติม
5. ดำเนินการดังเช่นข้อ 1-3 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งรวมทั้งหมด 150 คน
6. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม มาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์ และการให้การพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมวิจัยจะมีเอกสารให้เซ็นยินยอมโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งมีการใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินกาวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลอย่างไรต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่ อยางใด ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บรวบรวมข้อมูลทันทีเมื่อเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำมาสู่อันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง เช่น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือมีคลื่น ไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งสามารถส่งผลให้เกิดอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างขณะทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์

2. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไปคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window (Statistical for the Social Science for Windows) ตามลำดับ ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย และอาการนำที่มาโรงพยาบาล อาการร่วม จำนวนครั้งที่มมีอาการ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและ ระยะเวลาของการมีอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2.2 การศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเอง วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ กำหนดหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

3.2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติอีตา (Eta)

3.3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษากับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ χ^2 test

4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลตรัง จำนวน 150 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย จำแนกเป็น 3 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ดังแสดงผลในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการเจ็บหน้าอก กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 2 - 5

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการ และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6 - 8

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เสนอผลการวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาการนำที่มาโรงพยาบาล อาการร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะเวลาของการมีอาการที่มา โรงพยาบาลในครั้งนี้ (n = 150)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	94	62.7
หญิง	56	37.3
อายุ (ปี)		
30 - 40 ปี	5	3.3
41 - 50 ปี	31	20.7
ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป	114	76.0
(\bar{X} = 57 ปี, SD = .67)		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	8.0
ประถมศึกษา	99	66.0
มัธยมศึกษา, ปวช.	22	14.7
อนุปริญญา, ปวส.	5	3.3
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	8.0
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท	86	57.3
3,001 - 5,000 บาท	24	16.0
ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	40	26.7
(\bar{X} = 4,600 บาท, SD = .5519)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาการนำที่มาโรงพยาบาล		
เจ็บ/แน่นหน้าอก	136	90.7
หายใจเหนื่อย	7	4.7
หน้ามืด เป็นลม	7	4.7
อาการร่วม (อาจมีอาการมากกว่า 1 อาการ)		
ไม่มี	27	18.0
มี	123	82.0
หายใจเหนื่อย	75	(50.0)
อ่อนเพลีย	44	(29.3)
หน้ามืดเป็นลม	46	(30.7)
ใจสั่น	14	(9.3)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา		
ครั้งแรก	72	48.0
ครั้งที่สอง	46	30.7
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	32	21.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
มากกว่า 3 ปีขึ้นไป	9	6.0
1-3 ปี	21	14.0
มากกว่า 3 เดือนขึ้นไป	16	10.7
1-3 เดือน	28	18.7
มากกว่า 5 วันขึ้นไป	14	9.3
1-5 วัน	36	24.0
10 นาที ขึ้นไป	26	17.3

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการมีอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี		
1- 5 วัน	33	22.0
ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป	23	15.3
1 – 3 ชั่วโมง	65	43.4
ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป	3	2.0
10 – 30 นาที	26	17.3

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเพศชายร้อยละ 62.7 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.0 มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 57.3 มีอาการนำคือเจ็บ/แน่นหน้าอก คิดเป็นร้อยละ 90.7 มีอาการร่วม ร้อยละ 82.0 โดยจะมีอาการหายใจเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 50.0 เข้ารับการรักษาครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 48.0 ระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 1 – 5 วัน คิดเป็นร้อยละ 24.0 ระยะของการมีอาการที่มา โรงพยาบาลในครั้งนีอยู่ในช่วง 1 – 3 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 43.3

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ ความสามารถในการดูแลตนเอง ประสิทธิภาพการมีอากร กลวิธีการ จัดการ อาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านทั่วไป ความสามารถในการดูแลตนเองด้านพัฒนาการ และความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน แสดงในตารางที่ 2 - 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความสามารถในการดูแลตนเองของ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรค หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจำนวน 150 คน จำแนกรายด้าน (n = 150)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับ
ด้านทั่วไป	2.12	.26	ปานกลาง
ด้านพัฒนาการ	1.81	.32	ปานกลาง
ด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	2.20	.30	ปานกลาง
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม	2.10	.23	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .23 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 2.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน จำแนกตามรายด้านและรายข้อ (n = 150)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	การปฏิบัติ						\bar{X}	SD
	สม่ำเสมอ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติเลย			
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ		
ด้านทั่วไป							2.12	.26
1. ท่านดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว	63	42.0	82	54.7	5	3.3	2.39	.55
2. ท่านใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันที่ได้จากสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันดอกคำฝอย	65	43.3	77	51.3	8	5.3	2.38	.58
3. ท่านดูแลร่างกายให้สะอาดทุกวัน	104	69.3	43	28.7	3	2.0	2.67	.51
4. ท่านรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน	54	36.0	87	58.0	9	6.0	2.30	.57
5. ท่านรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ทุกวัน	45	30.0	99	66.0	6	4.0	2.26	.52
6. ท่านนอนหลับวันละประมาณ 6-8 ชั่วโมง	51	34.0	85	56.7	14	9.3	2.24	.62
7. เมื่อท้องผูก ท่านรับประทานผัก ผลไม้	53	35.3	75	50.0	22	14.7	2.21	.67
8. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ	51	34.0	66	44.0	33	22.0	2.12	.72
9. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด	49	32.7	69	46.0	32	21.3	2.11	.73
10. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมู แกงกะทิ ปลาหมึก เครื่องในสัตว์ หอยนางรม หนังไก่ทอด	42	28.0	79	52.7	29	19.3	2.09	.68

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	การปฏิบัติ						\bar{X}	SD
	สม่ำเสมอ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติเลย			
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ		
11. ท่านจะหลีกเลี่ยงหรือใช้ผ้าปิด จมูกเมื่อเข้าไปในสถานที่ที่มีฝุ่น ละออง และควัน	28	18.7	55	36.7	67	44.7	1.74	.75
12. เมื่อท้องผูก ท่านใช้ยาระบาย	23	15.3	65	43.3	62	41.3	1.67	.69
13. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย ครั้งละ 30- 45 นาทีสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง	20	13.3	61	40.7	69	46.0	1.74	.70
14. เมื่อนอนไม่หลับท่านจะดื่มนม อุ่นๆ หรือน้ำผลไม้ก่อนนอน	2	1.3	43	28.7	105	70.0	1.38	.74
15. เมื่อนอนไม่หลับท่านรับประทาน ยานอนหลับ	7	4.7	44	29.3	99	66.0	2.68	.57
16. ท่านสูบบุหรี่อยู่	20	13.3	33	22.0	97	64.7	2.51	.72
17. ท่านรับประทานอาหารเค็ม เป็นประจำ เช่น ปลาเค็ม เต้าเจี้ยว	25	16.7	78	52.0	47	31.3	2.15	.67
18. ท่านปรุงรสอาหารที่รับประทาน โดยเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว ทุกครั้ง	31	20.7	77	51.3	42	28.0	2.07	.79
ด้านพัฒนาการ							1.81	.32
1. ท่านดำเนินบทบาทในครอบครัว ได้ตามปกติ	61	40.7	66	44.0	23	15.3	2.25	.71
2. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หรือชุมชน	36	24.0	90	60.0	24	16.0	2.08	.63
3. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดย การทำสมาธิ	29	19.3	69	46.0	52	34.7	1.85	.72
4. ท่านทำงาน/ประกอบอาชีพ เหมือนเดิม เช่น ทำสวน ยกของ	27	18.0	52	34.7	71	47.3	1.71	.76

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	การปฏิบัติ						\bar{X}	SD
	สม่ำเสมอ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติเลย			
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ		
5. เมื่อมีความคับข้องใจ ไม่สบายใจ ท่านจะพูดคุยปรึกษากับ สมาชิกในครอบครัว	60	40.0	75	50.0	15	10.0	1.70	.64
6. ท่านชอบเก็บตัวอยู่คนเดียว	9	6.0	70	46.7	71	47.3	1.59	.60
7. ท่านมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ตามปกติ	10	6.7	63	42.0	77	51.3	1.55	.62
ด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ							2.20	.30
1. ท่านรับประทานยาตามขนาด และเวลาที่แพทย์สั่ง	108	72.0	21	14.0	21	14.0	2.58	.73
2. ท่านพบแพทย์เมื่อเจ็บป่วย หรือมีอาการผิดปกติ	94	62.7	43	28.7	13	8.7	2.54	.65
3. ท่านสังเกตอาการและความ ผิดปกติเนื่องจากโรคของท่าน	90	60.0	42	28.0	18	12.0	2.48	.70
4. ท่านมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง	92	61.3	26	17.3	32	21.3	2.40	.82
5. ท่านดูแลสุขภาพตามคำแนะนำ ของแพทย์และพยาบาล อย่างเคร่งครัด	73	48.7	63	42.0	14	9.3	2.39	.65
6. ท่านสังเกตสี วันหมดอายุและ อาการข้างเคียงจากการ รับประทานยา	78	52.0	38	25.3	34	22.7	2.29	.82
7. ยอมรับตนเองได้ว่าเป็นโรคหัวใจ	70	46.7	50	33.3	30	20.0	2.27	.77
8. ท่านหลีกเลี่ยงการทำงานหนัก หรือ ยกของหนักอย่างรวดเร็ว	46	30.7	74	49.3	30	20.0	2.11	.71
9. ท่านจะสอบถามอาการ ปัญหาจาก บุคลากรทางการแพทย์	39	26.0	84	56.0	27	18.0	2.08	.66

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	การปฏิบัติ						\bar{X}	SD
	สม่ำเสมอ		บางครั้ง		ไม่ปฏิบัติเลย			
	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ	จำ นวน	ร้อยละ		
10. ท่านจะหาความรู้เกี่ยวกับโรค จากหนังสือ เอกสารต่างๆ	14	9.3	59	39.3	77	51.3	1.58	.65
11. ท่านยอมยาได้ลื่นก่อนทำกิจกรรม ที่จะทำให้เกิดอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก	18	12.0	27	18.0	105	70.0	1.42	.69
12. ท่านหยุดรับประทานยาเอง	12	8.0	25	16.7	113	75.3	2.67	.61
13. ท่านซื้อยารับประทานเอง	6	4.0	53	35.3	91	60.7	1.43	.57
ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม							2.01	.23

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา โดยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม เท่ากับ 2.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .23 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองในด้านทั่วไป ข้อที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สม่ำเสมอ คือการดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว ใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันที่ได้จากสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด สามารถดูแลร่างกายให้สะอาดทุกวัน รับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน รับประทานอาหารครบห้าหมู่ นอนหลับ วันละ 6- 8 ชั่วโมง ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้น้อยในเรื่อง เมื่อนอนไม่หลับจะรับประทานยานอนหลับ ยังสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเค็มเป็นประจำ และปรุงรสอาหารโดยเติมน้ำปลา ซอิ้วทุกครั้ง

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านพัฒนาการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้มาก ในเรื่อง สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและชุมชน และผ่อนคลายความเครียดโดยทำสมาธิ ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองที่ปฏิบัติได้น้อยคือ เมื่อมีความเครียด จะอยู่คนเดียว

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้มากคือ รับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง พบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ สังเกตอาการและความผิดปกติเนื่องจากโรค มาตรฐานตามแพทย์นัดทุกครั้ง ดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์

2.2 ประสบการณ์การมีอาการ ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้อาการและการประเมินอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับประสบการณ์การมีอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คนจำแนกรายข้อ และโดยรวม ($n = 150$)

ประสบการณ์การมีอาการ	\bar{X}	SD.	ระดับ
1. ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่มีความรุนแรงมาก	3.93	.87	มาก
2. รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกระทันหัน สามารถทำให้เสียชีวิตได้	3.91	.94	มาก
3. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้นเกิดจากหัวใจ	3.75	.84	มาก
4. รับรู้ว่าอาการของโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความรุนแรงและต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะต้องมีอาการทางกายมากกว่า 1 อาการ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับหายใจลำบาก	3.25	.82	ปานกลาง
5. รับรู้ว่าอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นจะมีลักษณะเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดบริเวณหน้าอกด้านซ้ายเท่านั้น	3.10	.88	ปานกลาง
6. ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่มีความรุนแรงระดับปานกลาง	2.64	1.05	ปานกลาง
7. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้นเกิดจากกล้ามเนื้อ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก กล้ามเนื้อไหล่ กล้ามเนื้อหน้าท้อง เป็นต้น	2.59	1.01	ปานกลาง
8. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้นเกิดจากหลอดเลือดหรือจากปอด	2.38	.97	น้อย

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประสบการณ์การมีอาการ	\bar{X}	SD.	ระดับ
9. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้นเกิดจากโรค ภาวะอาหาร	2.31	.89	น้อย
10. ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่มีความรุนแรงเพียงเล็กน้อย	2.11	1.01	น้อย
11. ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่ไม่รุนแรง	2.06	.84	น้อย
12. รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่จำเป็นต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที	1.89	.97	น้อย
ประสบการณ์การมีอาการโดยรวม	3.62	.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา มีประสบการณ์การมีอาการ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่มีการรับรู้อาการเจ็บหน้าอกกว่ามีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและกระทบต่อผู้ป่วยมาก คือ ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่มีความรุนแรงมาก รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้น กระทั่งหัน สามารถทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้นเกิดจากหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93, 3.91 และ 3.75 ตามลำดับ

2.3 กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก ประกอบด้วยกลวิธีการจัดการอาการด้วยวิธีใช้ยา และวิธีไม่ใช้ยา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 5 - 7

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยวิธีใช้ยาของตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามรายข้อ และโดยรวม (n = 150)

ข้อความ	กลวิธีการจัดการอาการ								\bar{X}	SD
	ใช้ยา		ใช้ยา		ใช้ยา		ใช้ยา			
	ประจำ		ส่วนใหญ่		บางครั้ง		น้อยมาก			
	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ		
	จำนวน	ละ	จำนวน	ละ	จำนวน	ละ	จำนวน	ละ		
1. เมื่อท่านมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก ท่านอมยาได้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที	39	26.0	16	10.7	18	12.0	9	6.0	1.66	1.70
2. หลังจากอมยาครั้งแรกเมื่ออาการไม่ทุเลา ท่านจึงอมยาได้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งห่างกัน ทุก 5 นาที	27	18.0	20	13.3	16	10.7	9	6.0	1.39	1.62
3. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกจะรับประทานยาสมุนไพรเพื่อขับลม	-	-	-	-	54	36.0	26	17.3	3.11	.91
4. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกใช้ยานวดบาล์มทาบริเวณ หน้าอก	-	-	9	6.0	29	19.3	17	11.3	3.32	.98
5. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกจะอมยา 1 เม็ดเมื่อไม่ทุเลาอมอีกครั้งละ 2-3 เม็ดอย่างต่อเนื่อง	8	5.3	6	4.0	12	8.0	6	4.0	3.46	1.14

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ	กลวิธีการจัดการอาการ								\bar{X}	SD
	ใช้ยาประจำ		ใช้ยาส่วนใหญ่		ใช้ยาบางครั้ง		ใช้ยาน้อยมาก			
	จำ	รื้อย	จำ	รื้อย	จำ	รื้อย	จำ	รื้อย		
	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ		
6. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก จะรับประทานยาลดกรด หรือยาเคลือบกระเพาะอาหาร	-	-	2	1.3	25	16.7	11	7.3	3.55	.82
7. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกท่านรับประทานยาคลายก้ามเนื้อ	-	-	-	-	23	15.3	18	12.0	3.57	.75
8. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ท่านจะอมยาครั้งเดียว 2-3 เม็ดทันที	-	-	-	-	11	7.3	12	8.0	3.77	.57
กลวิธีการจัดการด้วยวิธีใช้ยาโดยรวม									2.95	1.08

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ยาประจำ คือเมื่อมีอาการเจ็บ / แน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที คิดเป็นร้อยละ 26.0 หลังจากอมยาครั้งแรก เมื่ออาการไม่ทุเลา จึงอมยาใต้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งห่างกันทุก 5 นาที คิดเป็นร้อยละ 18.0

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก โดยวิธีไม่ใช้ยาของตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำแนกตามรายข้อ และโดยรวม (n = 150)

ข้อความ	กลวิธีการจัดการอาการ								\bar{X}	SD
	ใช้		ใช้ส่วนใหญ่		ใช้บางครั้ง		ใช้น้อยมาก			
	ประจำ									
	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ	จำ	ร้อยละ		
	จำนวน	ละ	จำนวน	ละ	จำนวน	ละ	จำนวน	ละ		
1. เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที	70	46.7	42	28.0	27	18.0	3	2.0	3.08	1.09
2. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว	75	50.0	38	25.3	21	14.0	2	1.3	3.05	1.24
3. เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกท่านจะนอนพักทันที	62	41.3	35	23.3	42	28.0	10	6.7	2.98	1.01
4. เมื่อเกิดอาการท่านจะเปลี่ยนท่าที่ทำให้รู้สึกสบาย	44	29.3	31	20.7	45	30.0	22	14.7	2.54	1.20
5. เมื่อเกิดอาการท่านจะพยายามอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก	40	26.7	35	23.3	38	25.3	18	12.0	2.39	1.13
6. เมื่อเกิดอาการ ท่านจะใช้วิธีผ่อนคลายหายใจเข้า-ออกช้าๆ	34	22.7	25	16.7	47	31.3	41	27.3	2.30	1.15
7. เมื่อเกิดอาการท่านจะติดต่อและปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทันที	27	18.0	36	24.0	25	16.7	30	20.0	1.97	1.42
8. เมื่อเกิดอาการท่านจะรีบไปโรงพยาบาลทันทีด้วยตนเอง	16	10.7	25	16.7	40	26.7	18	12.0	1.58	1.38

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อความ	กลวิธีการจัดการอาการ								\bar{X}	SD
	ใช้ประจำ		ใช้ส่วนใหญ่		ใช้บางครั้ง		ใช้น้อยมาก			
	จำ	ร้อย	จำ	ร้อย	จำ	ร้อย	จำ	ร้อย		
	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ	นวน	ละ		
9. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอ ความช่วยเหลือ/ปรึกษาผู้ที่ เคยมีอาการ เหมือนหรือ คล้ายกัน	4	2.7	19	12.7	30	20.0	37	24.7	1.33	1.15
10. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอ ความช่วยเหลือจาก เพื่อนบ้าน	15	10.0	15	10.0	17	11.3	27	18.0	1.10	1.38
11. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอ ความช่วยเหลือจาก เพื่อนร่วมงาน	9	6.0	21	14.0	10	6.7	27	18.0	.97	1.32
12. เมื่อเกิดอาการท่านจะ สวดมนต์/ทำสมาธิ	1	.7	8	5.3	45	30.0	34	22.7	2.98	.99
13. เมื่อเกิดอาการท่านใช้วิธี นวด/กด/ทุบหน้าอก	1	.7	2	1.3	36	24.0	27	18.0	3.27	92
กลวิธีการจัดการด้วยวิธีไม่ใช้ยาโดยรวม									2.31	1.10

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .47 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ ได้แก่ เมื่อเกิดอาการท่านจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว หยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกท่านจะนอนพักทันที คิดเป็นร้อยละ 50.0, 46.7 และ 41.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่ใช่ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก จำแนก ตามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก (n = 150)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ
ด้วยวิธีใช้ยา		
1. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ท่านจะอมยา ครั้งเดียว 2-3 เม็ดทันที	127	84.7
2. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่น หน้าอกจะอมยา 1 เม็ดเมื่อไม่ทุเลา จะอมอีกครั้งละ 2-3 เม็ดอย่างต่อเนื่อง	118	78.7
3. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก ท่านจะรับประทานยาลดกรด หรือยาเคลือบกระเพาะอาหาร	112	74.7
4. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ	109	72.7
5. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกท่านใช้ยานวด/บาล์มทาบริเวณ หน้าอก	95	63.3
5. หลังจากอมยาคั้งแรก เมื่ออาการไม่ทุเลา ท่านจึงอมยาได้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งห่างกัน ทุก 5 นาที	78	52.0
7. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกท่านจะรับประทานยาสมุนไพรขับลม	70	46.7
8. เมื่อท่านมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก ท่านอมยาได้ลิ้นขยายหลอดเลือดทันที	68	45.3
ด้วยวิธีไม่ใช้ยา		
1. เมื่อเกิดอาการท่านใช้วิธีนวด/กด/ทุบหน้าอก	84	56.0
2. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน	83	55.3
3. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอ ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน	76	50.7
4. เมื่อเกิดอาการท่านจะสวดมนต์/ทำสมาธิ	62	41.3
5. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอความช่วยเหลือ/ปรึกษาผู้ที่เคยมีอาการ เหมือนหรือ คล้ายกัน	60	40.0
6. เมื่อเกิดอาการท่านจะรีบ ไปโรงพยาบาลทันทีด้วยตนเอง	51	34.0
7. เมื่อเกิดอาการท่านจะติดต่อและปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทันที	32	21.3
8. เมื่อเกิดอาการท่านจะพยายามอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก	19	12.7

ตารางที่ 7 (ต่อ)

กลวิธีการจัดการอาการ	จำนวน	ร้อยละ
9. เมื่อเกิดอาการท่านจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว	14	9.3
10. เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุด กิจกรรมที่กำลังทำทันที	8	5.3
11. เมื่อเกิดอาการท่านจะเปลี่ยน ท่าที่ทำให้รู้สึกสบาย	8	5.3
12. เมื่อเกิดอาการ ท่านจะใช้วิธีผ่อนคลายใจเข้า-ออก ซ้ำๆ	3	2.0
13. เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกท่านจะนอนพักทันที	1	.7

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาไม่ใช้วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก คือ ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง จะอมยาครั้งเดียว 2-3 เม็ดทันที เมื่ออมยา 1 เม็ดเมื่อไม่ทุเลา จะอมอีกครั้งละ 2-3 เม็ดอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการเจ็บ / แน่นหน้าอก รับประทานยาลดกรด หรือยาเคลือบกระเพาะอาหาร รับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 84.7, 78.7, 74.7 และ 72.7 ตามลำดับ

ส่วนกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช่ยาที่ไม่ได้ใช้เลย ได้แก่ วิธีนวด / กด / ทูบหน้าอก การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน การสวดมนต์/ ทำสมาธิ การขอความช่วยเหลือ/ปรึกษาผู้ที่เคยมีอาการเหมือนหรือ คล้ายกัน คิดเป็นร้อยละ 56.0, 55.3, 50.7, 41.3 และ 40.0 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 8-10

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการและกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 150 คน ($n = 150$)

ความสามารถในการดูแลตนเอง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P - value
อายุ	-.073	.357
รายได้	.190	.020
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.188	.021
ประสบการณ์การมีอาการกลวิธีการจัดการ	-.014	.863
อาการเจ็บหน้าอก	.657	.000

จากตารางที่ 8 พบว่า รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความสามารถในการดูแลตนเองด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .657

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเคราะห์ด้วยสถิติอีตา (η^2) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 150 คน (n = 150)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	ความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ย	ค่าความสัมพันธ์ Eta	P- value
ชาย	94	62.7	2.03		
หญิง	56	37.3	2.22		
รวม	150	100.0	2.13	.177	.355

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ร้อยละ 62.7 เป็นเพศชาย มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 2.03 และร้อยละ 37.3 เป็นเพศหญิง โดยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถในการดูแลตนเองด้วยค่าสถิติอีต้า (Eta) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวิเคราะห์ด้วยสถิติอีต้า (Eta) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา จำนวน 150 คน (n = 150)

ระดับการศึกษา	ความสามารถในการดูแลตนเอง						C	χ^2	P - value
	มาก		ปานกลาง		น้อย				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ไม่ได้รับการศึกษา	3	2.00	6	4.00	3	2.00			
ประถมศึกษา	33	22.00	49	32.67	17	11.33			
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	22	14.67	15	10.00	2	1.33			
รวม	58	38.67	70	46.67	22	14.66	.237	8.961	.062

จากตารางที่ 10 พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองไม่ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาการเจ็บป่วยกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มมาจากผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 150 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จากผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลตรัง ในช่วงระหว่างวันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 ถึง วันที่ 30 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต คือผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล
3. มีระดับความรู้สึกตัวดี มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เข้าใจภาษาไทย
4. สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือตอบคำถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ แบบสอบถามกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ .82 .81 และ .80 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS-FW (Statistical Package for the Social Science for Window) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย อาการนำ อาการร่วม จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และระยะของอาการที่มาโรงพยาบาลครั้งนี้ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และ หาค่าร้อยละ

2. การศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การศึกษาสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product - moment correlation)

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติอีตา (Eta)

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษาและความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ χ^2 test

ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.0) เป็นเพศชายมีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 76.0) ศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.0) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท (ร้อยละ 57.3) มา

โรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก (ร้อยละ 90.7) มีอาการร่วม (ร้อยละ 82.0) ได้รับการรักษาตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 52.0) มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ในช่วง 1–5 วัน (ร้อยละ 24.0) และระยะเวลาของอาการที่มาโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1–3 ชั่วโมง (ร้อยละ 43.3)

2. ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .23 และเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ทั้งด้านการเบี่ยงเบนทางสุขภาพด้านทั่วไปและด้านพัฒนาการ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.20, 2.12 และ 1.81 ตามลำดับ

3. ประสิทธิภาพการมีอาการโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39 กล่าวคือ ผู้ป่วยมีแนวโน้มรับรู้ว่าการเจ็บหน้าอกมีสาเหตุจากหัวใจและมีความรุนแรงถึงชีวิตได้

4. กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความเหมาะสมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08 และวิธีไม่ใช้ยามีความเหมาะสมระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.10

5. รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .190, .188$ และ $.657$ ตามลำดับ)

6. เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสิทธิภาพการมีอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีจัดการอาการเจ็บหน้าอกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เขารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษานี้ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .23 โดยความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติสม่ำเสมอ คือรับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง พบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ สังเกตอาการและความผิดปกติเนื่องจากโรค มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาลอย่างเคร่งครัด และยอมรับได้ว่าเป็นโรคหัวใจ คีมน้ำวันละ 6- 8 แก้ว ใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันที่ได้จากสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ดูแลร่างกายให้สะอาดทุกวัน รับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน รับประทานอาหารเช้าครบห้าหมู่ นอนหลับ วันละ 6- 8 ชั่วโมง จึงสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและชุมชน และผ่อนคลายความเครียดได้โดยทำสมาธิ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยจะพยายามปรับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของร่างกายให้มีความปลอดภัย (Orem, 2001) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 76.0) ซึ่งเป็นช่วงที่มีพัฒนาการการดูแลตนเองสูงและคงที่ ประกอบกับผู้ป่วย ร้อยละ 52 ที่เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วย เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จึงมีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรค ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ จึงสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่การรับประทานอาหาร ที่มีไขมันน้อย งดเค็ม การออกกำลังกายตามความเหมาะสม ไม่สูบบุหรี่ ทำงานตามสภาพที่เหมาะสม พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงความเครียดหรือจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมและรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การมาพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของของพยาธิสภาพหรือภาวะโรคหัวใจขาดเลือดจะทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ลดความรุนแรง ป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ ของโรคหัวใจขาดเลือดได้ (Miller, et al., 1989: 339-345; Gorgas & Gibler, 1994; อูมา จันทวิเศษ, 2539: 51-81) เนื่องจากจะช่วยลดการเกิดการเกาะของก้อนไขมัน หรือก้อนเลือด ทำให้หลอดเลือดไม่ตีบแข็ง ไม่เกิดการอุดตัน เลือดสามารถไหลเวียนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจทำให้ได้รับออกซิเจนและสารอาหารต่างๆได้เพียงพอกับความต้องการพลังงานของหัวใจและส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกาย (วิชญ์ ปรียวาทิ, 2542) ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างผาสุกและยืนยาว สามารถกลับไปอยู่ในสภาพเดิมที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539: 33)

ส่วนข้อที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่คือ การอมยาใต้ลิ้นก่อนทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องคือเมื่อนอนไม่หลับจะรับประทานยานอนหลับ ซ้อยา

รับประทานเอง ยังสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ และปรุงรสอาหารโดยเติมน้ำปลา ซีอิ้ว ทุกครั้ง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.7) จึงมักจะมีค่านิยมสูบบุหรี่ นอกจากนี้พฤติกรรมบริโภคส่วนใหญ่จะรับประทานเนื้อสัตว์ อาหารที่มีไขมันสูง และชอบอาหารรสเค็มและมัน (กนกวรรณ จันทร์แดง, 2540) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัว มีการอุดตันของก้อนไขมัน ทำให้หลอดเลือดอุดตันและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จากการศึกษาพบว่า ผู้ชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดแดงโรโรนารีสูงกว่าผู้ชายที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 70 และมีอัตราเสี่ยงต่อการตายกะทันหันมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 2 – 4 เท่า และสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนบุหรี่ที่สูบบุหรี่ (Cunningham, 1992 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2541 : 72) และพฤติกรรมสุขภาพของคนภาคใต้ คือมีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มักจะรักษาด้วยสมุนไพร หรือยาหมอบ้าน จะซื้อยารับประทานเอง เมื่ออาการทุเลาก็เข้าใจว่าอาการหายเป็นปกติ จึงหยุดรับประทานยา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิระประภา ภาวิไล (2535) ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ พบว่ามีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย 66.5 (คะแนนเต็ม 84 คะแนน) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.53 พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง คือ ไม่เคยสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาเลย (ร้อยละ 39) ไม่เคยหลีกเลี่ยงการทำงานหนักหรือยกของหนักอย่างรวดเร็ว (ร้อยละ 38) เมื่อรับประทานอาหารเช้าเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา ซีอิ้ว เป็นประจำ (ร้อยละ 31) และไม่เคยออกกำลังกายเลย (ร้อยละ 29) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่สม่ำเสมอในด้าน การผ่อนคลายความวิตกกังวล (ร้อยละ 56) การซื้อยามารับประทานเอง (ร้อยละ 26) และการหยุดรับประทานยา (ร้อยละ 18) การศึกษาของ ฉัฐสุภา ฉลาดสันทราทิ (2539) ศึกษาภาวะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในการดูแลตนเองต่ำ ในเรื่อง การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด การควบคุมอารมณ์ของตนเอง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการพักผ่อนให้เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัยใจอารีย์ (2533) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้แก่ รับประทานอาหารเช้าพวกไขมันสัตว์ เติมน้ำปลา เกลือ ขณะรับประทานอาหารเช้า มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อมีปัญหาจะหมกมุ่นคิดถึงปัญหาคนเดียว ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ซื้อยามารับประทานเอง ได้แก่ ยานอนหลับ ยาระบาย ยาสมุนไพร ยาแก้ปวด

เมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือดูแลตนเองไม่ถูกต้องทั้งในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเอง

ตามการเบี่ยงเบนสุขภาพ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมหรือลดอาการเจ็บหน้าอกได้เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการพลังงานของหัวใจ (Metabolic requirement) มีการอุดตันของหลอดเลือดหรือคราบไขมันมีการแตกปริและเกิดลิ่มเลือด ทำให้ขนาดความกว้างของหลอดเลือดลดลงหรือตีบตัน ทำให้เกิดการขาดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจ และเกิดการขาดเลือดและทำลายกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (พรณิ เสถียรและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536: 429; สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538: 80; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541: 85; จริยา ตันติธรรม, 2547: 267 Fleury&Murdaugh, 1993: 268; Lewis, et al., 1996: 884; Robert, 1996: 2) โดยเฉพาะหากรูของหลอดเลือดตีบแคบมากกว่าร้อยละ 50-70 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือดจะไม่สามารถเพิ่มปริมาณเลือดไหลเวียนให้เพียงพอความต้องการได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2539: 5; จริยา ตันติธรรม, 2547: 268) ถ้าการอุดตันเกิดขึ้นจนเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายในที่สุดเป็นภาวะที่รุนแรง อาจเสียชีวิตกะทันหันได้ง่ายจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาคือ ภาวะหัวใจห้องล่างเต้นพรูและเต้นเร็วผิดปกติ (Ventricular fibrillation และ Ventricular tachycardia) ภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจถูกขัดขวาง (Heart block) ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac standstill) นอกจากนี้พบภาวะหัวใจล้มเหลว การแตกทะลุของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ อาการช็อคจากหัวใจและการเกิดก้อนเลือดอุดตัน (Thromboembolism) (ยศวีร์ สุขุมาลจันทร์, 2524 อ้างถึงใน วิชา เอี่ยมสำอางค์, 2536: 26; อุไร ศรีแก้ว, 2544: 133; 26; Riegeal, 1993: 302 - 305; Porth, 1998)

2. ประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ประสพการณ์การมีอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยรับรู้อาการว่ามาจากหัวใจ และการประเมินอาการได้ถึงความรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .39 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรมณี ช้างชาวงค์ (2545: 58) พบว่าประสพการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50.7) มีผู้ป่วยร้อยละ 9.3 ที่มีประสพการณ์เกี่ยวกับอาการที่ไม่ถูกต้อง

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษารับรู้อาการเจ็บหน้าอกว่ามีสาเหตุมาจากหัวใจ มีความรุนแรงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและกระทบต่อผู้ป่วยมาก คือประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นอาการที่มีความรุนแรงมาก รับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกะทันหัน สามารถทำให้เสียชีวิตได้ เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือเหนื่อยรับรู้ว่าอาการนั้น เกิดจากหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.93, 3.91 และ 3.75 ตามลำดับ เนื่องจากการรับรู้เป็นการแปลความของข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยรู้สึก

(Dodd et al., 2001) และการประเมินอาการเป็นการตัดสินใจของบุคคลรวมถึงความรุนแรง ตำแหน่ง ความเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ความถี่ รูปแบบการเกิด ผลกระทบ ความพิการที่อาจเกิดขึ้นและภาวะคุกคามต่อชีวิต (Lenz, et al., 1997 cited in Dodd et al., 2001: 672) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงมาก และอาการที่เกิดขึ้นอาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.93 และ 3.91 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการเจ็บ / แน่นหน้าอก (ร้อยละ 90.7) จึงรับรู้ได้ว่าเป็นอาการจากหัวใจที่เป็นอวัยวะสำคัญเป็นศูนย์กลางของร่างกายและจิตใจ เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น และมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่นหายใจเหนื่อย หน้ามืด เป็นลม เป็นอาการที่บ่งบอกถึงความรุนแรงที่เป็นอันตรายที่ทำให้เสียชีวิตได้ (จริยา ตันดิธรรม, 2547; Fleury & Murdaugh, 1993) ประกอบกับผู้ป่วยร้อยละ 52.0 ที่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกจึงสามารถประเมินอาการได้ว่าเป็นอาการที่เกิดจากหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 44) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่รับรู้อาการเริ่มต้นคือ เจ็บ แน่น ถูกบีบรัดหน้าอก รับรู้ตำแหน่งของอาการว่าร้าวไปบริเวณหน้าอก (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปบริเวณแขนซ้าย แขนทั้งสองข้าง (ร้อยละ 33.9) ร้าวไปบริเวณคอ ไหล่ กราม (ร้อยละ 50.3) รับรู้ว่าอาการแสดงของอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการบริเวณหน้าซ้าย กลางอกและทั่ว ๆ หน้าอก (ร้อยละ 74) และมีความรู้สึกที่ไม่สุขสบายใน ช่องอก (ร้อยละ 13) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อธิบายลักษณะเป็นอาการว่าเจ็บ ปวด แน่นเหมือนถูกบีบรัด (ร้อยละ 59) จะเจ็บแปล็บๆ เจ็บตื้อๆ ผู้ป่วยรับรู้ความถี่ของอาการว่ามีอาการตลอดเวลา (ร้อยละ 59) ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการมาจากหัวใจ (ร้อยละ 47) ประเมินความรุนแรงตั้งแต่มีอาการว่ามีความรุนแรงมาก (ร้อยละ 10) อาการและรุนแรงเหมือนครั้งก่อน คิดเป็นร้อยละ 37.5 ร้อยละ 30 ประเมินว่ามีอาการเหมือนครั้งก่อนแต่รุนแรงมากกว่า ผู้ป่วยร้อยละ 17.5 ประเมินว่ามีความ รุนแรงน้อยกว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าเป็นอาการที่มีอันตรายอาจทำให้เสียชีวิตได้ และร้อยละ 50 ประเมินว่าไม่เป็นอันตราย การศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) ศึกษาผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ามีลักษณะอาการของโรคส่วนใหญ่ ร้อยละ 52 จะเจ็บหน้าอก ปวดร้าว เหงื่อออก ใจสั่น บรรยายลักษณะอาการว่า ส่วนใหญ่จะเจ็บแน่น เจ็บเหมือนมีอะไรมาบีบรัด เหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บแน่นเหมือน ลมดันขึ้น เจ็บเหมือนถูกแทง เจ็บแสบ ตำแหน่งที่เกิดอาการชัดเจนที่สุดคือบริเวณกลางอก และหน้าอกซ้าย บางรายเจ็บบริเวณทั่วๆไป บริเวณแขน กราม และคอ ระยะเวลาที่มีอาการส่วนใหญ่จะนาน 10 –30 นาที (ร้อยละ 47) และเจ็บนานมากกว่า 1 ชั่วโมง มีถึงร้อยละ 31 ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ที่เกิดจากหัวใจ (ร้อยละ 65) เมื่อเริ่มมีอาการร้อยละ 56 คิดว่าเป็นจากหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup et al., (1995: 4480, 2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับรู้อาการของโรคจะอธิบายลักษณะของอาการว่าเจ็บ แน่น หน้าอก รู้สึกไม่สุขสบาย หายใจลำบาก เจ็บแน่นเหมือนถูกบีบรัด เจ็บตื้อๆ ตำแหน่งที่มีอาการ

ส่วนใหญ่คือบริเวณหน้าอก ส่วนใหญ่รับรู้อาการว่าเป็นอาการเริ่มต้นของโรคหัวใจ ถ้าผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการและประเมินได้ว่ามีความรุนแรง และเคยมีประสบการณ์ จะสามารถปรับอารมณ์เครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และสามารถควบคุมอาการหรือดูแลตนเองได้ดีขึ้น และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นอาการจากระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ จากกล้ามเนื้อ และประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการที่มีความรุนแรงเพียงเล็กน้อย เป็นอาการที่ไม่รุนแรง และเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นว่าไม่จำเป็นต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที (มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.11, 2.06 และ 1.89 ตามลำดับ) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ คืออายุ ตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 76.0) เมื่ออายุมากขึ้นกลไกการสร้างความดันทานโรคเสื่อมลง และเป็นมีอาการครั้งแรก (ร้อยละ 48.0) ประกอบกับส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการศึกษาน้อยคือระดับประถมศึกษา จึงไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง และความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่อาจจะไม่มีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก คือมาด้วยอาการหายใจเหนื่อย หน้ามืด เป็นลม (ร้อยละ 9.4) จึงเข้าใจว่าเป็นอาการของโรคอื่น และประเมินว่าไม่รุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543: 48) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 8 ที่บอกว่าอันตรายน้อยและไม่มีอันตรายรออาการไปก่อน / ไม่หายแล้วค่อยไปโรงพยาบาลมีเพียงร้อยละ 11 ที่รับรู้ว่ามีอาการให้รออาการไปก่อนไม่ต้องไปโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่รับรู้ว่ามีอาการที่มีความรุนแรง สามารถทำให้เสียชีวิตได้ในทันที ไม่รับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นควรได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด จึงพยายามอดทนต่ออาการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นผลเสียต่อการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่รับรู้ว่ามีอาการที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน สุขภาพ

2. กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.08 และกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.10

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาจัดการกับอาการด้วยวิธีใช้ยาโดยใช้ยาประจำ คือเมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที คิดเป็นร้อยละ 26.0 หลังจากอมยาครั้งแรก เมื่ออาการไม่ทุเลาจึงอมยาใต้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งห่างกัน ทุก 5 นาที คิดเป็นร้อยละ 18.0 การจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่เหมาะสมและมี

คะแนนเฉลี่ยมาก ในเรื่อง เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันทีเมื่อเกิดอาการจะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวจะนอนพักทันที จะเปลี่ยนท่าที่ทำให้รู้สึกสบาย จะพยายามอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก จะผ่อนคลายหายใจเข้า-ออก ช้าๆ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.09, 4.05, 3.98, 3.54, 3.39 และ 3.31 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์หรือเคยมีอาการเจ็บหน้าอก เข้ารับการรักษาดังแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 52.0) สามารถรับรู้ได้ว่าเป็นอาการจากหัวใจและมีความรุนแรง และผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยใช้ยา คือยาอมใต้ลิ้นขยายหลอดเลือดเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก (สันต์ ใจยอดศิลป์, 2538; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; Robert,1996) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำในการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งการจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา คือการนอนพัก การหยุดทำกิจกรรมต่างๆ (จริยา ตันติธรรม, 257; อุไร ศรีแก้ว, 2544) ประกอบกับมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 30.7) จึงมีการเรียนรู้และได้รับคำแนะนำ สามารถซักถาม หรือปรึกษาบุคลากรทีมสุขภาพได้ จึงสามารถจัดการอาการเจ็บหน้าอกได้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฎิพร บุญยพัฒนกุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 69 จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา โดยใช้ยาขยายหลอดเลือด (ร้อยละ 53.6) เปลี่ยนท่าที่สบายขึ้น หยุดทำกิจกรรมทันที แล้วนั่งพัก หรือนอนราบ การศึกษาของ Dracup et al. (2003: 320) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในประเทศอังกฤษจะจัดการอาการด้วยตนเอง โดยการใช้น้ำมากที่สุด (ร้อยละ 30.7) การศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540: 80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการทันที จะรักษาเองโดยการใช้น้ำร้อยละ 33 นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วย จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานญาติพี่น้อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Dracup et al. (1995: 45, 2003: 320) พบว่าผู้ป่วยจะจัดการอาการด้วยตนเองโดยการเปลี่ยนท่า การนอนหลับ ดื่มน้ำเย็น / น้ำผลไม้ หายใจลึกๆ พยายามผ่อนคลาย ทำในสิ่งที่ไม่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น และพบว่าในระยะแรกจะขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ หรือจากแพทย์ที่คลินิกและโรงพยาบาล ติดต่อหน่วยฉุกเฉินและส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง นอกจากนี้บางรายจะติดต่อให้รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลมารับ (Dracup et al., 2003)

ส่วนการจัดการอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เหมาะสม คือ เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกจะรับประทาน ยาลดกรดหรือยาเคลือบกระเพาะอาหาร รับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง จะอมยารั้งเดียว 2-3 เม็ดทันที มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.45, 1.43 และ 1.23 และการจัดการอาการเจ็บหน้าอกด้วยวิธีไม่ใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่ไม่เหมาะสม คือเมื่อเกิดอาการจะสวดมนต์ / ทำสมาธิ และใช้วิธีนวด / กด / ทูบหน้าอก มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 และ 1.73 ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 48.0 ที่มีอาการเจ็บ

หน้าอกและเข้ารับการรักษาครั้งแรก และรับรู้ว่าเป็นอาการจากระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ จากกล้ามเนื้อ / กระดูก ไม่รับรู้ว่าเป็นอาการของหัวใจ จึงใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวด้วยตนเอง และประเพณีของประชาชนภาคใต้ เมื่อเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาด้วยหมอบ้าน ใช้ยาสมุนไพร หรือใช้ยาด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543 : 56) พบว่า ผู้ป่วยจะใช้ยาอย่างอื่นร่วมด้วยเช่น ยาสมุนไพรแผนโบราณ ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง จะรอดูอาการ พยายามอดทน กดหน้าอก/ทูปหน้าอก ภาวนาสั่งศักดิ์สิทธิ์ สวดมนต์ และพยายามทำให้เรอหรือเคาะหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mckinley et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะจัดการอาการโดยการรอดูอาการก่อนไปรับการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hofgren et al. (1995: 3) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่จะนอนพัก และไปโรงพยาบาล เมื่อมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริณกุล (2540: 80) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการเกิดขึ้น จะนอนพักทันที ไม่ทำอะไรไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล เมื่ออาการไม่ดีขึ้นจะจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการมากขึ้น อาการดีขึ้นแล้วเป็นอีก นอกจากนี้ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือบุคคลที่อยู่ด้วยให้หายมารักษาก่อน (ร้อยละ33) และพาไปรับการรักษา (ร้อยละ61) และเมื่อเกิดอาการจะปรึกษาผู้สมรส บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งมีผู้ป่วยร้อยละ 9 ที่ไม่ปรึกษาใครเลย

ซึ่งในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ถูกต้อง ได้แก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที จะต้องได้รับการนอนพัก การได้รับออกซิเจน การผ่อนคลายความเครียด การได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกด้วยยาขยายหลอดเลือด และได้รับการเตรียมพร้อมการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก การขยายหลอดเลือด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2546; Fleury & Murdaugh, 1993: 268; 884; Robert, 1996: 2) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาของอาการที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เพศ

ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อธิบายได้ว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงว่าไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายจะไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเขา

จากการศึกษาเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 76.12 และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 76.68 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสังคมเปลี่ยนแปลงไป ค่าครองชีพที่สูงขึ้นมากทำให้เพศหญิงและเพศชายต้องประกอบอาชีพเช่นเดียวกับเพศชาย จึงทำให้มีรายได้เป็นของตนเองและทำให้มีโอกาสทำงานร่วมกับบุคคลอื่น มีการพัฒนาลักษณะความเป็นผู้นำมากขึ้น มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความคิดริเริ่มและสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมการดูแลตนเอง จึงทำให้ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างเพศกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างชัดเจน ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้นกับหัวใจผู้ป่วยจะมีความรู้สึกไม่แตกต่างกันไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hatcher et al.(1985 อ้างใน ถัดรวลย์ ใจอารีย์, 2533: 90) พบว่าผู้ป่วยไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ความพิการหรือต้องสูญเสียหน้าที่ของร่างกายไปจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน และในผู้ป่วยโรคหัวใจการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้ถูกต้องตามแผนการรักษาไม่ว่าเรื่องการรับประทานอาหาร การติดตามการรักษา การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่มักคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิระประภา ภาวิไล (2535 : 98) จันทร์ทิตรา ไตรรงค์จิตเหมาะ(2539: 70) และการศึกษาของ จิรวรรณ อินคุ่ม (2541: 73) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Bostner & Hultsch (1979 อ้างถึงใน ถัดควัลย์ สิงห์คำฟู, 2532: 2) พบว่าเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำกว่าเพศหญิงเนื่องจากเพศชายมีความรับผิดชอบครอบครัว การทำงานและการติดต่อสังคม การศึกษาของ Gurwitz et al. (1997: 593) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเพศหญิงจะมีความสามารถในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาช้ากว่าเพศชาย เนื่องจากความแตกต่างในเรื่องอาการที่ผู้ป่วยเป็นอาการแสดง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริภูกุล (2540: 85) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาช้า

อายุ

ผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76 อยู่ในช่วงอายุ 51 ปีขึ้นไป และร้อยละ 20.7 อยู่ในช่วงอายุ 41 –50 ปี (อายุเฉลี่ย 57 ปี) ช่วงอายุนี้อาจถือว่าเป็นช่วงอายุมีวุฒิภาวะ มีพัฒนาการด้านการดูแลตนเองสูงสุดและคงที่ มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล จึงทำให้

กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงผู้วัยตอนกลาง (Middle adulthood) และผู้ใหญ่อ่อนปลาย (Late adulthood) ในช่วงนี้พบว่าเป็นช่วงวัยที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพระบบหัวใจและหลอดเลือดเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ (Samnntrock, 1997: 482-542) จากพยาธิสภาพของโรคนี้พบว่าหลอดเลือดโคโรนารีมีการตีบแข็ง (Atherosclerosis) เลือดไหลผ่านน้อย เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เนื่องจากมีปัญหายุ่งเกี่ยวกับประสาทรับความรู้สึก (จริยา คันดิธรรม, 2542: 123 – 130) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปรึกษาสมาชิกในครอบครัวก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นวัยที่มีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแล้วยังต้องการการดูแลจากคนใกล้ชิด (Hanton & Pickett, 1984: 434) แต่อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคคลโดยทั่วไปแล้วหัวใจเปรียบเสมือนจุดศูนย์กลางของร่างกายเป็นศูนย์รวมของชีวิตและเป็นส่วนหนึ่งของภาพลักษณ์ที่สำคัญของคน เมื่อเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติขึ้นกับหัวใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แตกต่างกันไม่ว่าอยู่ในกลุ่มอายุเท่าใด อายุจึงไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535 : 98) และจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539:70) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรวลัย โจอารีย์ (2533 :90) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง

ระดับการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าแม้ว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ช่วยให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้ และมีเหตุผล เมื่อไม่รู้ในเรื่องใดก็จะมีใครรู้ ดังนั้นแม้ว่าบุคคลจะมีการศึกษาระดับใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยจะฟังคำแนะนำจากบุคลากรที่มีสุขภาพ และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76 อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงที่มีวุฒิภาวะ มีพัฒนาการด้านการดูแลตนเองสูงสุดและคงที่ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 66 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา แต่ส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือดูแลและจะคอยสอบถามอาการ ปัญหาจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ เรื่องต่างๆเกี่ยวกับตนเองได้ดีขึ้น เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001) กลุ่มตัวอย่างมีเพียงร้อยละ 26.0 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้น ก็จะการซักถามปัญหา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ

และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจใน เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (Muhlenkamp & Sayles, 1986: 336) ดังนั้นระดับการศึกษาจึง ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงไม่มีข้อจำกัดในการแสวงหา ความรู้และสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ (Pender, 1996) ถึงแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคจะ เป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ผู้ป่วยก็จะได้รับคำอธิบายจากบุคลากรทีมสุขภาพ จากแพทย์ และ สมาชิกในครอบครัว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.0 ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20.0 ที่เจ็บป่วยตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และเคยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล น่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมี การปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น มีความเชื่อมั่นใน ตนเองและ สามารถใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง การค้นหาความรู้และปฏิบัติตามตาม คำแนะนำได้ง่าย เพราะ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจถึงประโยชน์และความจำเป็นในการปฏิบัติตน จึงสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เพื่อไม่ให้อาการของโรคกำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น และอันตรายถึง ชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 98) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลื่นหัวใจ

การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ที่พบว่าระดับ การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมี นัยสำคัญ และการศึกษาของ จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 69) พบว่าระดับการศึกษามี ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ สมพันธ์ หิณูชีระนันท์และจิรวรรณ อินคัม (2541: 113) พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือการรับประทานยาตาม แพทย์สั่งมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

รายได้

ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากรายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นตัว แสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 57.3 มีรายได้น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 3,000 บาท ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อเกิดเจ็บป่วย แนวโน้มที่ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำจะมารับการรักษาหรือปฏิบัติกิจกรรมการ ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมีโอกาสน้อยกว่าผู้มีรายได้สูงที่ทำให้มีโอกาสดีกว่า

ในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง สามารถเลือกแหล่งบริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี ส่วนบุคคลที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 99) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539: 69) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ แต่การศึกษาของ ศิริวัลห์ วัฒนศิริศิลป์ (2534: 68) และการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 99) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

ระยะเวลาเจ็บป่วย

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคที่มีความรุนแรงและต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเป็นโรคนี้อันในระยะแรกจะมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจและพฤติกรรมตอบสนองได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว โกรธ ซึมเศร้า ปฏิเสธไม่ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 48.0 ที่เจ็บป่วยครั้งแรก และร้อยละ 24.0 มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-5 วัน เมื่อเจ็บป่วยในช่วงแรกๆบุคคลอาจไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอาการเจ็บหน้าอกย่อมรบกวนจิตใจของผู้ป่วยทำให้ไม่มีความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง โดยเฉพาะในระยะแรก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 51.6 ที่มีอาการเจ็บหน้าอกนาน ตั้งแต่ 10 นาที จนถึง 3 ชั่วโมง เมื่อระยะเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาที่ถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติ การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง งดสูบบุหรี่ รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียด ทำให้สามารถควบคุมภาวะของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตนให้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวัลห์ วัฒนศิริศิลป์ (2534: 68) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการศึกษาของ สมพันธ์ หิญชีระนันท์และจิรวรรณ อินคุ่ม (2541: 113) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยที่เจ็บป่วยมากกว่า 1 – 5 ปี และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลน่าจะได้รับการแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลในเรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจึงมีการปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่ถูกต้อง ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นานขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ดีขึ้น มีความเชื่อมั่นในตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น แต่ผลการศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นัตรวลัย ใจอารีย์ (2533: 91) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง และการศึกษาของ จิรประภา ภาวิไล (2535: 100) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาค้างครั้งแรกและตั้งแต่ 2 ค้างขึ้นไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 48.0 และ 52.0 ตามลำดับ และร้อยละ 24.0 มีระยะเวลาเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1- 5 วัน และส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการนำคือเจ็บ/แน่นหน้าอก มีความรู้สึกทุข์ทรมาน (ชวนพิศ ทำนอง, 2540) จึงประเมินว่ามีความรุนแรง สามารถทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้ เนื่องจากประสิทธิภาพการมีอาการนั้นเกิดขึ้นจากกระบวนการรับรู้อาการและการประเมินอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้น (Dodd et al., 2001) โดยผู้ป่วยเชื่อว่าอาการเป็นสิ่งที่คุกคามต่อตนเอง เขาจะรับรู้ความรุนแรงของอาการสูงขึ้นจะรับรู้อาการแปลข้อมูลผ่านกระบวนการคิดรู้ของบุคคล โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์และนำไปสู่ข้อสังเกตที่พบว่าตนเองรู้สึกหรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งจะประเมินอาการจากการตัดสินใจโดยดูจากความรุนแรงของอาการ ตำแหน่งที่เกิดอาการ สาเหตุ ลักษณะของอาการที่เป็นชั่วคราวหรือถาวร ความบ่อยของอาการ ความสามารถในการรักษา ความสัมพันธ์กับการไร้สมรรถนะ และผลของอาการคุกคามต่อชีวิตอย่างไร จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและจะส่งผลต่ออัตราเจ็บป่วยและอัตราตาย เมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกผู้ป่วยกลุ่มหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะรับรู้ว่าเป็นอาการจากหัวใจซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในร่างกาย และแม้ว่าเกิดจากระบบอื่นๆ แต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจที่จะส่งผลต่อชีวิตหลายๆ ด้าน ทำให้ผู้ป่วยพยายามหาวิธีการดูแลตนเองเพื่อที่จะรักษาชีวิตไว้และลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาค้นหาสาเหตุพฤติกรรมของตนเอง ประสิทธิภาพในอดีตรวมทั้งความรู้ที่ได้มาจากหลายๆแหล่งมาเป็นข้อมูลในการพิจารณาตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Johnson & Morse, 19910: 192)

ทำให้ผู้ป่วยความสามารถในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง ขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ดำเนินชีวิตในครอบครัวได้ตามปกติ เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและชุมชน และผ่อนคลายความเครียดโดยทำสมาธิ รับประทานยาตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง พบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ สังเกตอาการและความผิดปกติเนื่องจากโรค มาตรฐานตามแพทย์นัดทุกครั้ง ดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด และยอมรับได้ว่าเป็นโรคหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยที่รับรู้โอกาสที่ตนเองจะเกิดความเจ็บป่วยหรือเกิดอาการซ้ำ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าอันตรายถึงชีวิตเฉียบพลันได้จะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (อูมา จันทวิเศษ, 2539: 76; Burnet et al., 1995: 1019; Dracup, 1997: 253; McKinley et al., 2003: 237) หลังจากออกจากโรงพยาบาลจึงต้องเพิ่มความระมัดระวังมิให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (ชวนพิศ ทำนอง, 2540)

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จากการศึกษาของ Burnet et al. (1995: 1019) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่รับรู้ลักษณะอาการว่ามาจากหัวใจ และประเมินอาการที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรง จะมีความสามารถในการตัดสินใจมารับการรักษาเร็วกว่าผู้ป่วยที่รับรู้สาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยมองว่าอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจและความรุนแรงสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากไม่รีบมารับการรักษา แต่จากการศึกษาของ Dracup (1997: 253) และ McKinley et al. (2003: 237) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นไม่ได้มาจากหัวใจและประเมินว่าเป็นอาการปกติ จะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ (2541: 48) พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ ที่รับรู้ว่าการที่เกิดขึ้นแตกต่างจากครั้งก่อนเมื่อเกิดอาการจะรับรู้ว่าจะรอได้ไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล จะทำกิจกรรมอื่นก่อนทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาจะตัดสินใจไปโรงพยาบาลช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล (2540) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเมื่อรับรู้ว่าการไม่ดีขึ้น มีอาการมากขึ้น อาการดีขึ้นแล้วเป็นอีก และรับรู้ว่าเป็นจากหัวใจ รับรู้ว่าเป็นอันตราย และรับรู้ว่าจะต้องรีบไปโรงพยาบาลจะเกิดพฤติกรรมโดยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ส่วนผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการนั้นไม่เกิดจากหัวใจและประเมินอาการขึ้นนั้นไม่ต้องรีบไปโรงพยาบาล เป็นอาการปกติจะมารับการรักษาช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ อรมณี ช้างชาวงค์ (2545: 58) พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา กล่าวคือผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่ไม่ถูกต้องจะมารับการรักษาช้า นอกจากนี้จากการศึกษาของ ชวนพิศ ทำนอง (2541) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ต่อโรคในลักษณะไม่แน่นอน ไม่ยอมรับว่าเป็นโรคหัวใจและเชื่อว่ารักษาหายเป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้วยการปฏิเสธการรักษา ไม่ปรับแผนการดำเนินชีวิตขาดการแสวงหาความรู้ ไม่สนใจข่าวสารหรือได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน ส่งผลทำให้โรคกำเริบ

ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของผู้วิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการกำหนดระยะเวลาการเก็บข้อมูลหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อย่างน้อย 3 วัน และการกำหนดการเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกและเข้ารับการรักษาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และได้รับคำแนะนำ จึงเกิดการเรียนรู้สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ถูกต้อง จึงทำให้เกิดความไม่สอดคล้องกันของผลการศึกษา

6. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผลการศึกษาพบว่า กลวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่ากลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าเนื่องจากกลวิธีการจัดการกับอาการเป็นการควบคุมอาการที่ก่อให้เกิดปัญหา การควบคุมอาการเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ต้องปรับเปลี่ยนกลวิธีตลอดเวลา ที่มุ่งเน้นควบคุมประสบการณ์การมีอาการ เป้าหมายคือการป้องกันไม่ให้เกิดผลลัพธ์ทางลบ หรือเป็นการชะลอผลลัพธ์ทางลบให้เกิดขึ้นช้าที่สุด (Dodd et al., 2001: 673-674) กลวิธีการจัดการกับอาการรวมถึงความเฉพาะเจาะจงว่าจะใช้กลวิธีอะไร ใช้เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม มากน้อยเท่าไร และใช้อย่างไร (Miaskowski et al., 1995-1999 cited in Dodd et al., 2001: 673) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยการใช้ยาอมใต้ลิ้นขยายหลอดเลือดทันที หลังจากอมยาครั้งแรกอาการไม่ทุเลาจึงอมยาใต้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ห่างกันทุก 5 นาทีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ กล่าวคือ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง สังเกตสี อาการข้างเคียงของยามาพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ และอมยาใต้ลิ้นก่อนที่จะทำกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แต่ผู้ป่วยที่จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยใช้ยาไม่ถูกต้อง กล่าวคือผู้ป่วยใช้ยาครั้งเดียว 2 -3 เม็ดติดต่อกัน นอกจากนี้จะรับประทานยาสมุนไพร ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาคลายกล้ามเนื้อและใช้ บาล์มทาจะส่งผลให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยา ซึ่ยอมรับประทานเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543 : 56) และการศึกษาของ สุณีย์ เอี่ยมศิริบุญกุล (2540: 80) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยวิธีใช้ยา แต่ผู้ป่วย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยากว่าคือ จะใช้ยาสมุนไพรแผนโบราณ ใช้ยาที่เคยใช้ในโรคเรื้อรัง และใช้บาล์มทา นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ใช้ยาขยายหลอดเลือด ไม่ถูกต้องโดยใช้ยาขยายหลอดเลือด 4-15 เม็ดติดต่อกัน บางรายใช้ครั้งละ 2-4 เม็ด ผู้ป่วยขาดความรู้ในระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาและวิธีการควบคุมอาการป้องกันความทุกข์

ทรมานจากอาการ การใช้ยาเกินขนาดมีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนของร่างกาย เกิดความดันโลหิตต่ำ ทำให้หัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น (Ryan et al., 1996: 1345)

การจัดการอาการด้วยวิธีไม่ใช้ยา ที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการอาการที่ไม่ใช้ยาที่ถูกต้องคือ หยุดทำกิจกรรมทันที นอนพัก หายใจเข้า-ออกช้า จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทสะดวก จะรีบขอความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้องเพื่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาล (ปฏิพร บุญพัฒน์กุล, 2543: 56; สุนีย์ เอี่ยมศิรินกุล, 2540: 80) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่ถูกต้องเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกจะใช้วิธี สวดมนต์/ทำสมาธิ สอดคล้องกับการศึกษา ของปฏิพร บุญพัฒน์กุล (2543: 56) พบว่าผู้ป่วยจะรอดูอาการ พยายามอดทน กดหน้าอก/ทูปหน้าอก นวดหน้าอกและจับบริเวณหน้าอก ภาวนาสัจศีลศีลศีล สวดมนต์ ทำให้เรอหรือเคาะหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dracup et al. (1995: 45, 2003: 320) พบว่าผู้ป่วยจะจัดการอาการเจ็บหน้าอกโดยการนอนหลับ ดื่มน้ำเย็น/น้ำผลไม้ หายใจลึกๆ พยายามผ่อนคลาย พยายามปล่อยให้อาการหายเอง ทำในสิ่งที่ไม่เพิ่มความรุนแรง พยายามไม่คิดถึงอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเก็บตัวอยู่คนเดียว รับประทานอาหารเค็มเป็นประจำ เมื่อนอนไม่หลับจะรับประทานยานอนหลับ และยังสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.7)

การจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้อง ได้แก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที จะต้องได้รับการนอนพัก การได้รับออกซิเจน การผ่อนคลายความเครียด การได้รับยาบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก ยาขยายหลอดเลือดได้รับการเตรียมพร้อมการผ่าตัดเอาก้อนเลือดออก การขยายหลอดเลือด เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี, 2536; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542) ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดหัวใจ (Young, 1981) นั่นคือกลวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกที่ดีและถูกต้องจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กล่าวคือถ้าผู้ป่วยจัดการอาการหรือควบคุมอาการไม่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย และส่งผลให้เกิดอาการกำเริบหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายเพิ่มขึ้นและอันตรายรุนแรงถึงชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษา พบว่า เพศ ระดับการศึกษา รายได้ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจึงควรตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว ในการวางแผน การรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดอัตราการกำเริบ ความรุนแรงของโรคและลดอัตราการตายจากโรค โดย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดง วิธีการรักษา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการด้วยตนเองโดยใช่ยา และไม่ใช่ยา เน้นให้ตระหนักถึงความสำคัญในพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้เน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดโรคให้เห็นความสำคัญของการจัดการอาการและการทราบถึงพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคนี

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการใช้กลวิธีการจัดการอาการในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึ่งกันและกัน เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นควรจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค กลวิธีการจัดการอาการและการดูแลตนเองร่วมกัน

3. สนับสนุนให้มีบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงครอบคลุม รวมถึงบริการสุขภาพในท้องถิ่น (PCU) เพื่อเป็นศูนย์กลางในการให้บริการเข้าถึงประชาชน ในการให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยและครอบครัว ให้ตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการและสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

2. ควรศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องในปัจจัยอื่นๆ เช่น ในด้านการสนับสนุนทางสังคม การประเมินระดับความเจ็บปวด หรือความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาทดลองเกี่ยวกับการให้โปรแกรมความรู้เพื่อส่งเสริมกลวิธีการจัดการอาการที่ถูกต้องและวัดระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมความรู้และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ จันทร์แดง. (2541). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2547). สถิติสาธารณสุข ปี 2539-2543. [online]. Available from : <http://www.moph.go.th>
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). การใช้ SPSS for Window ในการวิเคราะห์ข้อมูล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2546). พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่งจำกัด.
- จริยา ตันติธรรม. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา ตันติธรรม. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณ.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณ.
- จิตวดี เจริญทอง. (2542). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามมุ่งหมายต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิรประภา ภาวิไล. (2535). การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรวรรณ อินคุ่ม. (2541). การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์. (2003). Acute Coronary Syndrome. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และคูสิต สดาวร. (บรรณาธิการ), หนังสือคู่มืออบรมระยะสั้นและการประชุมวิชาการประจำปี 2003 : Practical Points in Critical Care. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย.

- จันทร์ทิวา ไตรรงค์เหมาะสมจิต. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุนทเกษม โชตินัยวัตรกุล และคณะ. (2539). **PTCA Learning Experience in Siriraj hospital .วารสารโรคหัวใจ 9, 95 – 98.**
- ชุนทเกษม โชตินัยวัตรกุล. (2543). **Management of Acute Coronary Syndrome . ในวิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์และสุนิรัตน์ คงเสรีพงศ์. (บรรณาธิการ), Current Concept and Progress in Cuideline 2000 Cardiopulmonary Cerebral Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ชุตินมา พังชัยมงคล. (2544). **ผลการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). **ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐวรรณ รักรวงศ์ประยูร. (2538). **ความหมายของความรู้สึกไม่แน่นอนที่มีต่อสถานะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐสุภา ฉลาดสันทรวาทิ. (2539). **ภาระในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คุณใจ ชัยวานิชศิริ. (2539). **“ การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ” ใน เสก อักษรานุเคราะห์. (บรรณาธิการ), ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทคนิค.**

- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก**. วิทยานิพนธ์ปริญญา - มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนฉาย ชยานนท์. (2538). “การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังการเกิด Acute Myocardial Infraction” ในวิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ), **โรคทางอายุรศาสตร์ที่ต้องรักษาต่อเนื่อง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพมาส ชินวงศ์และชอลดา พันธุเสนา. (2537). การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล เรื่อง การรับรู้การเจ็บหน้าอกและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์** 14 (ตุลาคม-ธันวาคม): 14-21.
- นิธิ มหานนท์และคณะ. (2537). Coronary Rotation Ablation : Immediate and short term out comes of the first fourteen patients in Thailand. **วารสารโรคหัวใจ** 7, 1-7.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย หัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2546). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2540). **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS FOR DOS & WINDOWS**. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2540). **การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์**. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล. (2543). **การศึกษาประการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธีการจัดการ กับอาการของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง กรรรสสูตร. (2538). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2537). **แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา วิชาการเรื่อง พยาบาลผู้ชำนาญการทางคลินิก : มิติใหม่ทางการแพทย์**. (ม.ป.ท.)

- ปรีศนา อัทธผล. (2543). **ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- พรรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). **โรคหัวใจขาดเลือด ในสมชาย โลจายะ. (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด.** กรุงเทพมหานคร: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย.
- เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ. (2540). **การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภavana กิริติยดวงศ์. (2537). **การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขงยุทธ หัสสกุล. (2546). **ECG ทางคลินิก.** กรุงเทพมหานคร: บริษัท แอล.ที.เพรส. จำกัด.
- รวีวรรณ ษวต์น. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งฤดี ห่อนาค. (2541). **รูปแบบการดำเนินชีวิต การเปิดรับเพลงกับความพึงพอใจที่มีต่อเพลงไทยสากลของเยาวชนในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
- รุ่งทิพย์ เป้าคุ่น. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชสุรีย์ จันทเพชร. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิเชียร ทองแดง. (2537). **อาการเจ็บหน้าอก. ในอุดม คชินทร (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์อาการวิทยา.** กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็มเอสเค.

- วิภา เอี่ยมสำอางค์. (2536). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- วินัส ลีพกุลและคณะ. (2546). การศึกษาพฤติกรรมและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตบางกอกน้อย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 21 (1): 56-66.
- วิเชียร ทองแดง. (2537). อาการเจ็บหน้าอกในอุดม คชินทร. (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์
อาการวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เซ็ทสแควร์.
- วิชญา ปรีวาที. (2542). การศึกษาบทบาทด้านครอบครัวของผู้ป่วยชายโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์ และคณะ. (2537). “ ทางเลือกในการรักษาภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน
เฉียบพลัน ตอนที่ 1 ” คลินิก 10, 685-690.
- สุนีย์ เอี่ยมศิริกุล. (2540). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจ
ขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพจน์ ศรีมหาโชค. (2546). “ Acute ST – Elevation Myocardial InfractionW ” ใน วีรพันธุ์
โชวิฑูรกิจ และธานินท์ อินทรกำธรชัย. (บรรณาธิการ), เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2539). โรคหัวใจขาดเลือด: พยาธิสภาพ การวินิจฉัย. วารสารพยาบาล
โรคหัวใจ และทรวงอก 9 (1): 3-10.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2541). โรคหัวใจขาดเลือด ในวิชา ศิริมาดา. (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 2
กรุงเทพมหานคร: ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- เสก อภัยรานูเคราะห์. (2534). บทบาทของการออกกำลังกายต่อโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ-ตัน
ใน กมล สินะวานนท์ และคณะ. (บรรณาธิการ), หัวใจของเรา. กรุงเทพมหานคร:
อักษรสัมพันธ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพมหานคร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง

- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย
กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด. วารสารวิจัยทางการแพทย์ 2 (2): 32-49.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และจิรวรรณ อินคัม. (2543). รายงานการวิจัยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วารสารพยาบาล 47 (2):107-116.
- สันต์ ใจยอดศิลป์. (2538). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ใน สันต์ ใจยอดศิลป์.
(บรรณาธิการ), คู่มือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคหัวใจ.
สันต์ ใจยอดศิลป์. (2542). การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์สวย.
ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2542). โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.
ในสันต์ ใจยอดศิลป์. (บรรณาธิการ), การดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร:
บริษัทพิมพ์สวย จำกัด.
- ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์. (2543). ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 7 (3): 58-64.
- ศิริอร สีนุ และสุคนันท์ แสงกาสนีย์.(2544). ผลการถือศีลอดต่อความรุนแรงของโรคหลอดเลือด
หัวใจในผู้ป่วยสูงอายุชาวไทยมุสลิม. วารสารพัฒนวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2 (3): 25-33.
- อุมา จันทวิเศษ. (2539). การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทลิมบริดาเคอร์
การพิมพ์จำกัด.
- อัจฉรา เตชฤทธิ์พิทักษ์ และคณะ. (2543). มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท ลีพวิ้ง ทรานส์มีเดีย.
- อรนุช ประดับทอง. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ การจัดการอาการ
คลื่นไส้อาเจียน กับภาวะการทำหน้าที่มรผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรมณี ช้างชาวงศ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิด
อาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาล

ของผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อรพรรณ ทองแดง. (2531). ปัญหาทางใจของผู้ป่วยประเภทเรื้อรัง. *คลินิก* 4 (11): 804-808.

ภาษาอังกฤษ

Ambrose, J. A., & Weinrauch, M. (1996). Thrombolytic in ischemic heart disease.

Ach Intern Med 156, 1382-1394.

Antman, E. M., & Braunwald, E. (1997). Acute myocardial infarction In Braunwald, E. (Ed.).

Heart disease : A Text book of cardiovascular medicine. 5th ed. Philadelphia:

W. B. Saunders company.

Balsano, F. et al. (1990). Antilipid treatment with ticlopidine in Unstable Angina. **Circulation**.

82: 17-26.

Barry, P. D. (1989). **Psychosocial nursing assessment and intervention**. U. S. A.:

J.B. Lippincott.

Beach, E. K. et al. (1992). The spouse : A factor in recovery after acute myocardial

infarction. **Heart & Lung** 21 (1):30-38.

Berliner, J. A. et al. (1995). Atherosclerosis : Basic mechanisms : Oxidation, Inflammation and

genetics. **Circulation** 91 (9): 2488-2496.

Bhattacharyya, G., & Libby, P. (1998). Atherosclerosis. In Liyy, L., S. (Ed.). **Path physiology**

of heart disease. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

Burnett, R. E. et al. (1995). Distinguishing between early and late response to symptom of

acute myocardial infarction. **The American Journal of cardiology** 75 (15): 1019-1022.

Caldwell, M. A., Pelter, M. M., & Drew, B. J. (1996). Chest pain is an unreal measure of

ischemia in men and women during PTCA. **Heart & Lung** 25 (6): 423-429.

Cole, P. L. (1991). "Thrombolytic Therapy : Then and now. **Heart & Lung** 20 (4): 542-551.

Daily, E. K. (1991). "Clinical management of patient receiving Thrombolytic Therapy.

Heart & Lung 20 (4): 542-551. Daly, J. et al. (2000). Health Status, Perception of

Coping and Social Support Immediately After Discharge of Survivors of Acute Myocardial

Infarction. **American Journal of Clinical Care** 9 (1): 62-69.

- Davis, L. (1999). Instrument review :Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research** 5, 104-107.
- Dempsey, S. J., Dracup, K. & Moser, D. K. (1995). Women, decision to seek care for symptoms of acute myocardial infraction. **Heart & Lung** 24 (6): 444-456.
- DeVon, H. A., & Zerwic, J. J. (2002). Symptoms of acute coronary syndromes : Are there gender differences? A review of the literature. **Heart & Lung** 31 (4): 235-245.
- DeVon, H. A., & Zerwic, J. J. (2003). The Symptoms of Unstable Angina. **Nursing Research** 52(2): 108-117.
- Dracup, K., & Moser, D. K. (1991). Treatment –Seeking behavior among those with and symptoms of acute myocardial infraction. **Heart & Lung** 20 (5): 570-575.
- Dracup, K. et al. (1995). Cause of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. **Social Science Medicine** 40, 379-392.
- Dracup, K. et al. (2003). An International Perspective on the time to Treatment for Acute Myocardial Infraction. **Journal of Nursing Scholarship** 9 (1): 317-323.
- Dodd, M. et al. (2001). Advancing the science of symptom management. **Journal of Advanced Nursing** 33 (5): 668-676.
- Emerson, R. (1995). Alteration in blood flow. In Copstead, L. C. (Ed). **Perspective on path physiology**. Philadelphia : W. B. Saunders company.
- Everts et al. (1996). Localization of pain in suspected acute myocardial infraction in relation to final diagnosis, age and sex, and site and type of infraction. **Heart & Lung** 25 (6): 430-437.
- Fleury, J., & Murdaugh, C. Patients with coronary artery disease. In Clochesy, J. M. (Ed). **Critical Care Nursing**. Philadelphia: W. B. Saunders company.
- Froelicher, E. S. et al. (1994). Return to work ,sexual activity and other activities after acute myocardial infraction. **Heart & Lung** 23 (5): 423-435.
- Ganz, P., & Braunwald, E. (1997). Coronary blood flow and myocardial ischemia. In Braunwald, E. (Ed.). **Heart disease**. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gardner, E. et al. (1996). “Intracoronary Stent Update :Focus on patient education” **Critical Care Nurse** 16 (4):65-75.

- Geraed, P., & Ringel, K. A. (1997). Nursing care of Clients with disorder of cardiac function. In Black, J. M., & Mattassarini - Jacobs, E. (Eds.). **Medical- Surgical nursing : Clinical management for continuity of care.** 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Goldberg, R. J. et al. (1998). Sex differences in symptom presentation with acute myocardial infarction : A population – based perspective. **American Heart Journal** 136 (2): 189-195.
- Gorgas, D. L., & Gibler, W. B. (1994). Prehospital diagnosis and treatment of acute myocardial infarction In Gibler, W. B., & Aufderheide, T. P. (Ed.) **Emergency Cardiac Care.** USA: Mosby – Year Book, Inc.
- Gossage, C. B. (1994). Acute myocardial infarction reperfusion strategies. **Chest** 106, 1851-1866.
- Gurwitz, J. H. et al. (1997). Delayed hospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. **Annals of Internal Medicine** 126 (8): 593-599.
- Hofgren, C., Karson, B. W. & Herlitz, J. (1995). Pretrial symptoms in subsets of patients hospitalized for suspected acute myocardial infarction. **Heart & Lung** 24 (1): 3-10.
- Johnson & Morse. (1990). “Regaining control :The process of adjustment after myocardial infarction”. **Heart & Lung**.19 (3): 126-135.
- Johansson, I., Stromberg, A. & Swahn, E. (2004). “Factors related to delay times in patients with suspected acute myocardial infarction”. **Heart & Lung**.33 (5): 291-300.
- Joseph, D., L., & Spadoni, S. M. (1996). Timing Wave from Analysis. **Critical care nursing Clinical of North America** 8, 349-356.
- Kar, S. et al. (1992). The high risk- unstable angina patient. An approach to treatment. **Drug** 43, 837-848.
- Keeling, A. W., & Dennison. (1995). Nurse – indicated telephone follow up after acute myocardial infarction : A pilot study. **Heart & Lung** 24 (1): 45-49.
- Keller, N. M., & Feit, F. (1996). Coronary artery disease in the geriatric population. Progress In **Cardiovascular. Disease** 38 (2): 407-414.
- Lee, H. et al. (2001). Typical and Atypical Symptoms of Myocardial Infarction. Among African – Americans, Whites, and Koreans. **Critical Care Nursing.**
- Lewis, S. M., et al. (1996). **Medical – surgical :assessment and management of clinical Problem.** 4th ed. U.S.A.: Mosby- Year Book.

- Marino, L. B., & Kooser, J. A. (1981). "The psychosocial care of cancer clients and their families :periods of high risk." In Marino, L. B. (Edited). **Cancer Nursing**. St. Louis: The C.V. Mosby company.
- McKinley, S., Moser, D. K., & Dracup, K. (2000). Treatment-seeking behavior for acute myocardial infraction symptoms in North America and Australia. **Heart & Lung** 29 (4): 237-247.
- Miller, P. et al, (1989). Personal adjustment and regimen compliance 1 year after myocardial infraction. **Heart & Lung** 29 (4): 237-247.
- Muhlenkamp, A. J., & Sayles, J. A. (1986). "Self Esteem, Social Support ,And Positive Health Practice " **Nursing Research** 35 (November –December): 334-338.
- Mulcahy, R. (1985). "Nature history and prognosis of Unstable Angina". **American heart journal** 109,753-759.
- Newens, A. J. et al. (1996). Patients, and nurses, knowledge of cardiac – related symptoms and cardiac misconception. **Heart & Lung** 25 (3): 190-199.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing: Concept of practice**. 6th ed. St. Louis: Mosby.
- Pelter, M. M., Adams, M. G., & Drew, B. J. (2003). Transient myocardial ischemia is an independent predictor of adverse in hospital outcomes in patient with acute coronary syndromes treated in the telemetry unit. **Heart & Lung** 32 (2):71-78.
- Pender, N. J. (1996). **Health promotion in nursing practice**. Stamford, C. T. : Appeton & Lange.Phipps, W. et al. (2003). **Medical –Surgical Nursing**. U.S.A.: Mosby, Inc.
- Pilit, D. F., & Hungler, B. P. (1987). **Nursing Research :Principles and methods**. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Pinneo, R. (1984). Living with coronary artery disease : The nurse role. **Nursing Clinical of North America** 19 (3):459-467.
- Porth, C. M. (1998). **Path physiology : Concept of altered health status**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Quadagno, D. et al. (1995). Cardiovascular disease and sexual functioning. **Applied Nursing Research** 8 (3):459-467.
- Rankin, S. H. (1992). Psychosocial adjustments of coronary artery disease patients and their spouses : nursing implementations. **Nursing Clinical of North America** 27 (1):271-285.

- Riegeal, B. (1993). Patients with myocardial infraction. In Colchesy, J. M. (Ed.), **Critical Care Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders company.
- Riegeal, B., & Gocka, I. (1995). Gender differences in adjustment to acute myocardial infraction. **Heart & Lung** 24 (6): 457-466.
- Robert, S. L. (1996). **Critical care nursing :Assessment and intervention**. U.S.A.: Appleton & Lange.
- Rudy, E. B. (1980). Patients ' and spouses ' causal explanation of a myocardial infraction. **Nursing Research** 29 (November-December): 352-356.
- Rutherford, J. D. et al. (1992). " Unstable angina " In Braunwald. E (Edited). **Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine**. Philadelphia: W.B Saunders company.
- Schaer, G. L. (1995). Acute myocardial infraction and acute ischemic syndromes In Parrillo, J. E., & Bone, R. C. (Eds.) **Critical care medicine : principles of diagnosis and management**. St. Louis: Mosby Company .
- Schorn, F. J., & Cotran, R. S. (1999). Blood vessels. In Cotran, R .S., Kumar,V., & Collins, T. (Eds.) **Robbins : Pathologic basis of disease**. 6th ed. Philadelphia: W. B Saunders.
- Selwyn, A. P., & Braunwald, E. (1997). Ischemic heart disease In **Harrison s Principle of Internal Medicine**. New – York: McGraw- Hill inc.
- Sjogren, A. et al. (1979). Circumstance around the onset of a myocardial infraction. **Acta Med Scand** 205, 285-292.
- Simmons, J. et al. (1995). Acute myocardial infraction: then and now. **Chest** 107, 1732-1743.
- Sirois, J. G. (1995). Acute myocardial infraction. **Emergency Medicine Clinical of North America**. 13 (11):759-769.
- Shanfield, S. B. (1990). Return to work after an acute myocardial infraction : a review. **Heart & Lung** 19 (2): 109-117.
- Summary of the Second Report of the national Cholesterol Education Program. (1993). Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of high blood cholesterol In adult. **JAMA** 269 (23): 3015-3023.
- Synder, M. L., & Deelstra, M. H. (1995). "Intervention cardiology techniques" In Woods. (Ed). **Cardiac Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott company.

- Thorndike, R. M. (1978). **Correlation procedures for research**. New York: Gardner Press.
- Thomson, D. R. et al., (1995). The experience of patients and their partners 1 month after a heart attack. **Journal of advanced nursing** 22 (9): 707-714.
- Underhill, S. L. (1982). **Cardiac Nursing**. U.S.A.: J.B. Lippincott.
- Warner, C. D. (1995). Somatic awareness and coronary artery disease in women with chest pain. **Heart & Lung** 24 (6): 436-443.
- Woo, M. A. (1992). Clinical management of patient with acute myocardial infraction. **Nursing Clinical of North America** 27 (3): 189-203.
- Young, J., C. (1981). Non-Use of physicians : Methodology approach, policy implication and hostility of decision model. **Social Sciences of Medicine** 15, 499 – 507.
- Young, G. P. (1994). Thrombolytic Therapy in acute myocardial infraction In Clochesy, J. M. (Ed). **Critical Care Nursing**. Philadelphia: W. B Saunders company.
- Zerwic, J. J. et al. (2003). Treatment Seeking for Acute Myocardial Infraction Symptoms Difference in Delay Across Sex and Race. **Nursing Research** 52(3)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

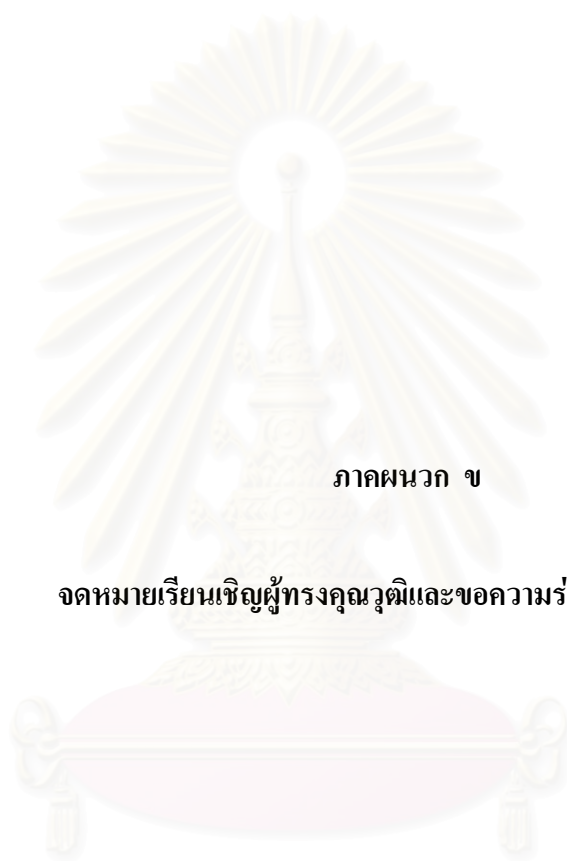
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์พรชัย ลีลานิพนธ์ | อายุรแพทย์โรคหัวใจ
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช |
| 2. พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุมหปราง | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. นางสาวจริยา ตันติธรรม | ผู้อำนวยการพยาบาล
แผนกการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. นางสาวสุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล | หัวหน้าหอผู้ป่วยซีซียู
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ |
| 5. นางสาวปฎิพร บุญยพัฒน์กุล | พยาบาลประจำการแผนกอุบัติเหตุ – จุกเงิน
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ ๒54๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/6 ธันวาคม 2547


เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวจรรยา ตันติธรรม พยาบาลชำนาญการ หอซีซียูอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิตลิป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางสาวจรรยา ตันติธรรม
งานบริหารการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ชื่อนิสิต	นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา โทร. 0-66895258

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๔๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/๖ ธันวาคม 2547

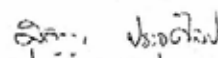
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหารajahนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์พรชัย ลีลานีพันธ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุกรรมโรคหัวใจ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นายแพทย์พรชัย ลีลานีพันธ์
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ผู้นิสิิต	นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา โทร. 0-66895258

ที่ ศธ 0512.11/ 2540

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2547

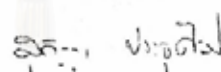
เรื่อง ขอร้องเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราวณ

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แห่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาหาร การจัดการอาหารเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอร้องเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอร้องเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

ที่อนิสิต นางสาวจรรวมล แห่งโยธา โทร. 06-8895258

ที่ ศธ 0512.11/๒๕๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

16 ธันวาคม 2547

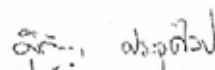
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุนีย์ เขียมศิริบุญกุล พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยไอซียู และผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลด้านวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการ วิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจตุศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ลำเนาเขียน	นางสาวสุนีย์ เขียมศิริบุญกุล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ผู้นิสิิต	นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา โทร. 0-66895258

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๔๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

/๖ ธันวาคม 2547

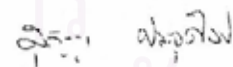
เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แห่งโยธา นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวปฏิพร บุญพัฒน์กุล พยาบาล วิชาชีพ 6 แผนกอุบัติเหตุ - อุกเจิน วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทาง วิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการ วิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)
รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้แนะนำเรียน	นางสาวปฏิพร บุญพัฒน์กุล
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-9817
ที่อนิสิต	นางสาวจรรวมล แห่งโยธา โทร. 0-66895258

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๐ ธันวาคม ๒๕๔๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ กับผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยอายุกรรมหญิง อายุกรรมชาย และหอผู้ป่วยหนักอายุกรรม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ๒๕๔๘ ถึง 30 เมษายน ๒๕๔๘ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

งานบริหารการศึกษาศึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนภพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา โทร. 06-6895258

ที่ ศธ 0512.11/ 2559

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๑๐ ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอากาศ การจัดการอากาศเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย กับผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม โดยให้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการมีอากาศ การจัดการ อากาศเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 30 เมษายน 2548 ทั้งนี้นิสิตรจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา ดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนภพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

ชื่อนิสิต

นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา โทร. 06-6895258

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๕๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ ธันวาคม 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

เนื่องด้วย นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยกับผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2548 ถึง 30 เมษายน 2548 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายจัดการศึกษา

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 02-218-9817

รือนิสิต

นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา โทร. 06-6895258



ภาคผนวก ค

เครื่องมือในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ป่วยรายที่

หอผู้ป่วย.....

วันที่.....

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย “ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ” ผู้วิจัยจึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือและกรุณาตอบแบบสอบถามฉบับนี้ โดยเริ่มจาก

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการอาการเจ็บหน้าอก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

โดยข้อมูลที่ได้ไม่มีผลต่อการให้บริการและการรักษาของท่าน และคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปพัฒนาและวางแผนเพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง ณ โอกาสนี้ด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา)

ผู้วิจัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อ โครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ การจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก
และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่ม โรคหัวใจขาดเลือด

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึง
ผลดีและผลข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้นซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม นำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้
เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมศึกษานี้
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใด ๆ ซึ่งข้าพเจ้าได้รับอยู่และ
ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาโดยผู้วิจัยรับรองว่าจะ
เก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับ
ข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้ป่วยหรือผู้แทน โดยชอบธรรม

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

ผู้วิจัยหลัก

.....
สถานที่/วันที่ (.....)

พยาน

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดเติมคำในช่องว่างหรือแสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับ
ความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

- () 1. ไม่ได้รับการศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา, ปวช () 4. อนุปริญญา, ปวส.
() 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยที่มาโรงพยาบาล

1. อาการนำที่มาโรงพยาบาล

- () 1. เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก () 2. หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก
() 3. อ่อนเพลีย () 4. หน้ามืด/เป็นลม
() 5. อื่นๆ ระบุ.....

2. อาการร่วมกับอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก

- () 1. ไม่มี
() 2. มี () หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก
() อ่อนเพลีย
() หน้ามืด/เป็นลม
() อื่นๆ ระบุ.....

3. ท่านเคยมีอาการครั้งนี้ เป็นครั้งที่

4. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้

.....ปีเดือน.....วัน

.....ชม.....นาที

5. ระยะเวลาของการมีอาการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้

..... วันชั่วโมง..... นาที

แบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการ

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้นี้เป็นข้อความเกี่ยวกับประสบการณ์การมีอาการเจ็บหน้าอก
ในกลุ่มอาการหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับความคิด
ของท่าน เพียง 1 คำตอบ

แสดงเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความคิดของท่าน
โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด
ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความมาก
ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความ
เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความมาก
เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด

ประสบการณ์การมีอาการ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือ เหนื่อย ท่านคิดว่าอาการนั้นเกิดจาก หัวใจ					
2. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือ เหนื่อยท่านคิดว่าอาการนั้นเกิดจากโรค กระเพาะอาหาร					
3. เมื่อเกิดอาการเจ็บ/แน่นหน้าอกหรือ เหนื่อยท่านคิดว่าอาการนั้นเกิดจาก กล้ามเนื้อ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก กล้ามเนื้อไหล่ กล้ามเนื้อหน้าท้อง เป็นต้น					
5.					
6.					
12. ท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้อง มารับการรักษาในโรงพยาบาลทันที					

แบบสอบถามเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก

- คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เป็นแบบสอบถามการจัดการอาการเจ็บหน้าอกตามการรับรู้ด้วยมุมมองของตนเอง
- โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียง 1 คำตอบ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้
- ไม่ใช้ หมายถึง วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกนั้นท่านไม่เคยใช้เลย
- ใช้น้อยมาก หมายถึง วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกนั้นท่านใช้น้อยมาก หรือใช้วิธีดังกล่าว 25 ครั้ง ใน 100 ครั้งที่ทำ
- ใช้บางครั้ง หมายถึง วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกนั้นท่านใช้เป็นบางครั้งหรือใช้วิธีดังกล่าว 50 ครั้งใน 100 ครั้งที่ทำ
- ใช้เป็นส่วนใหญ่ หมายถึง วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกนั้นท่านใช้เป็นส่วนใหญ่หรือใช้วิธีดังกล่าว 75 ครั้ง ใน 100 ครั้งที่ทำ
- ใช้เป็นประจำสม่ำเสมอ หมายถึง วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอกนั้นท่านใช้เป็นประจำทุกครั้งที่มีการ

วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก	ไม่ใช้	ใช้น้อยมาก	ใช้บางครั้ง	ใช้ส่วนใหญ่	ใช้เป็นประจำ
<u>วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก</u> <u>โดยการใช้น้ำยา</u>					
1. เมื่อท่านมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก ท่านอมยาใต้ลิ้นเพื่อขยายหลอดเลือดทันที					
2. หลังจากอมยาครั้งแรก เมื่ออาการไม่ทุเลา ท่านจึงอมยาใต้ลิ้นครั้งที่ 2 และ 3 ซึ่งห่างกัน ทุก 5 นาที					
4.....					
5.....					
8. เมื่อมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก ท่านรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อ					

วิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก	ไม่ใช้	ใช้น้อยมาก	ใช้บางครั้ง	ใช้ส่วนใหญ่	ใช้เป็นประจำ
<u>โดยวิธีไม่ใช้ยา</u>					
1. เมื่อเกิดอาการท่านจะหยุดกิจกรรมที่กำลังทำทันที					
2. เมื่อเกิดอาการท่านจะสวดมนต์/ทำสมาธิ					
3. เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกท่านจะนอนพักทันที					
4.					
5.					
13. เมื่อเกิดอาการท่านจะติดต่อและปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทันที					

แบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้นี้เป็นแบบสอบถามที่บรรยายถึงลักษณะของท่านเกี่ยวกับ

การดูแลตนเอง

โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับลักษณะของตัวท่านท่านเพียง 1 คำตอบ

แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

ไม่ได้ปฏิบัติเลย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นไม่ได้ปฏิบัติเลย

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติบ้าง

ไม่ได้ปฏิบัติบ้าง หรือทำกิจกรรมดังกล่าว 50 ครั้ง

ใน 100 กิจกรรมที่ทำ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นปฏิบัติทุกครั้ง

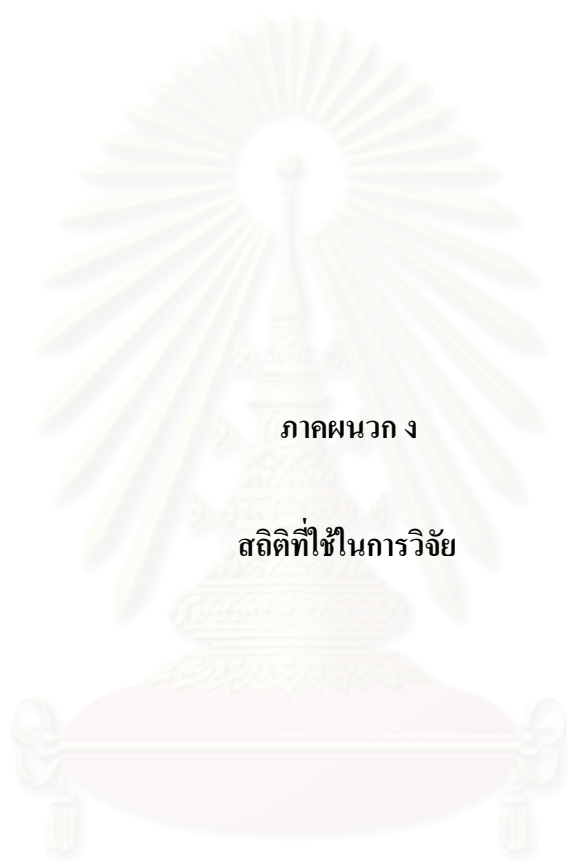
หรือทำกิจกรรมดังกล่าว 90 ครั้งใน 100 กิจกรรมที่ทำ

ข้อความ	ไม่ได้ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติสม่ำเสมอ
การดูแลตนเองโดยทั่วไป			
1. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ร้อนจัดหรือเย็นจัด			
2. ท่านจะหลีกเลี่ยงหรือใช้ผ้าปิดจมูก เมื่อเข้าไปในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง และควัน			
3.			
4.			
18. ท่านสูบบุหรี่อยู่			
การดูแลตนเองตามพัฒนาการ			
1. ท่านผ่อนคลายความเครียดโดยการทำสมาธิ			
2. เมื่อมีความคับข้องใจ ไม่สบายใจท่านจะพูดคุยปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว			
3.			
4.			
7. ท่านดำเนินบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ			

ข้อความ	ไม่ได้ ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ป ฏิ บั ติ สม่ำเสมอ
<u>การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ</u>			
1. ท่านรับประทานยาตามขนาดและเวลา ที่แพทย์สั่ง			
2. ท่านสังเกตสี วันหมดอายุ และอาการ ช่างเคียงจาก การ รับประทานยา			
3.			
4.			
5.			
6. ท่านดูแลสุขภาพตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาล อย่างเคร่งครัด			

ขอขอบคุณ ในความร่วมมือ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สูตรที่ใช้ในการหาความเที่ยงของเครื่องมือ

ใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right)$$

α = สัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง

n = จำนวนข้อความ

Si^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

St^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมในแบบประเมิน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าเฉลี่ย (Mean)

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

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน (ของตัวอย่างประชากร)

n = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ใช้สูตร

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

เมื่อ S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมทั้งหมดของคะแนนแต่ละตัว

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดแต่ละตัวยกกำลังสอง

N = จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

3. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ใช้สูตร

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปร X และ Y

x = คะแนนของตัวแปรที่ 1

y = คะแนนของตัวแปรที่ 2

N = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

4. ค่าสัมประสิทธิ์ Eta

$$\eta^2 = 1 - \frac{\sum (Y - \bar{Y}_k)^2}{\sum (Y - \bar{Y}_T)^2}$$

η^2 = ค่าสัมประสิทธิ์ Eta

$Y - \bar{Y}_k$ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากค่าเฉลี่ย

$Y - \bar{Y}_T$ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากค่าเฉลี่ยรวม

5. ไคสแควร์

$$\chi^2 = \frac{\sum (O - E)^2}{E}$$

เมื่อ O = ความถี่ที่เก็บรวบรวมได้

E = ความถี่ตามทฤษฎีหรือตามที่คาดหวัง

$Df = k - 1$ เมื่อ k เป็นจำนวนชนิด

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา เกิดวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2508 ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา เมื่อปี พ.ศ. 2535 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2547 ปัจจุบันปฏิบัติใน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย