

ผลของการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความวิตกกังวล และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จันทร์แรม จิตตประมวลบุญ¹ ทิพวรรณ เทียมแสน^{2*}

บทคัดย่อ

การตรวจสอบหัวใจเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีความแม่นยำสูงและปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักประสบกับความวิตกกังวลและขาดความพร้อมก่อนเข้ารับการตรวจ การวิจัยถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเอง ระดับความวิตกกังวล และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร์ ที่ได้รับการวางแผนส่งตรวจหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง จำนวน 32 ราย ชุดกิจกรรมเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ สมุดคู่มือ การติดตามทางโทรศัพท์ และการจัดเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบประเมินระดับความวิตกกังวล และแบบประเมินความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนรับการตรวจสอบหัวใจ โดยเฉพาะในบริบทของระบบส่งต่อที่ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับการตรวจ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย จึงควรนำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนส่งตรวจหัวใจไปยังโรงพยาบาลอื่นทุกราย

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน, การดูแลตนเอง, ความวิตกกังวล, การตรวจสอบหัวใจ

¹ศูนย์โรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลแพร์

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ e-mail: Tipawaner@gmail.com

Received: 6 April 2026

Revised: 17 May 2026

Accepted: 26 May 2026

Effects of Structured Preparation on Self-Care Behavior, Anxiety, and Readiness for Cardiac Catheterization in Patients with Coronary Artery Disease

Chanraem Jittapramoonboon¹ Tipawan Tiemsan^{2*}

Abstract

Cardiac catheterization is a highly accurate and safe procedure for diagnosing coronary artery disease. However, most patients experience anxiety and inadequate procedural preparedness prior to undergoing the procedure. This one-group pretest–posttest quasi-experimental study aimed to compare self-care behavior, anxiety, and procedural readiness before and after implementation of a structured preparation program. The sample consisted of 32 patients with coronary artery disease at the Cardiac Center, Phrae Hospital who were scheduled for cardiac catheterization at Lampang Regional Hospital. The structured preparation program comprised therapeutic relationship building, information delivery via video media and a patient handbook, telephone follow-up, and arrangement of required laboratory results. Data were collected using a self-care behavior assessment, an anxiety questionnaire and a cardiac catheterization readiness scale, and were analyzed using the paired t-test and Wilcoxon signed-rank test by p-value 0.05.

The results demonstrated that following the structured preparation program, participants showed statistically significant improvements in mean self-care behavior scores and mean cardiac catheterization readiness scores ($p < .001$), while mean anxiety scores decreased significantly ($p < .001$). These findings indicate that structured preparation programs was effective in promoting self-care behavior, reducing anxiety, and enhancing procedural readiness among patients with coronary artery disease scheduled for cardiac catheterization—particularly within a referral system context in which patients must travel to a tertiary care hospital for the procedure. Therefore, this program should be implemented as a practice guideline for preparing all patients scheduled for referral to another hospital for cardiac catheterization.

Keywords: structured preparation, self-care behavior, anxiety, cardiac catheterization

¹Cardiac Center, Department of Special Diagnostic and Therapeutic Nursing, Phrae Hospital

²Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

*Corresponding author e-mail: Tipawaner@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease: CAD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ข้อมูลจากสำนักงานโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข¹ พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับร้อยละ 17–20 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต แรงงาน และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างมหาศาล ด้วยเหตุนี้ การวินิจฉัยโรคอย่างแม่นยำและทันทั่วถึงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการรักษาและการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในปัจจุบัน การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิธีการที่ได้มาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เนื่องจากสามารถระบุตำแหน่ง ระดับ และความรุนแรงของการตีบตันของหลอดเลือดได้อย่างละเอียดและแม่นยำ² อย่างไรก็ตาม แม้หัตถการดังกล่าวจะมีความปลอดภัยสูง แต่ผู้ป่วยบางคนยังคงประสบกับความกลัวและความวิตกกังวลในระดับสูงก่อนเข้ารับการตรวจ โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการขาดข้อมูลและความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการตรวจ ตลอดจนความกังวลว่าจะได้รับความเจ็บปวดระหว่างรับการตรวจวินิจฉัย³ ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมักส่งผลทางสรีรวิทยาที่สำคัญ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น และระดับฮอร์โมนความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งนอกจากจะทำให้ใช้ระยะเวลาในการตรวจยาวนานขึ้น ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และอาจยังส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายปฏิเสธรับการตรวจวินิจฉัย⁴

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียง มีศูนย์โรคหัวใจที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 และมีผู้ป่วยเข้ารับบริการเฉลี่ยปีละ 450-500 ราย เนื่องจากโรงพยาบาลแพร่ยังไม่มีห้องและอุปกรณ์การสวนตรวจหัวใจรวมทั้งแพทย์เฉพาะทางตรวจสวนหัวใจ ดังนั้นจึงทำการส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปางซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปางจำนวน 303, 281 และ 299 รายตามลำดับ อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลการดำเนินงานของศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร่ ในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 พบว่า มีผู้ป่วยปฏิเสธการตรวจสวนหัวใจจำนวน 6, 10 และ 13 ราย และมีผู้ป่วยที่ต้องเลื่อนการตรวจ จำนวน 11, 12 และ 12 ราย ตามลำดับ แม้ตัวเลขดังกล่าวจะคิดเป็นสัดส่วนที่ไม่สูงนักเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตรวจสวนหัวใจในแต่ละปี แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีความสำคัญอย่างมากต่อทั้งตัวผู้ป่วย กระบวนการรักษา และระบบส่งต่อ (Referral System) กล่าวคือ ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการได้รับการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ นำไปสู่ความล่าช้าในการวางแผนการรักษา โรคมีความรุนแรงมากขึ้น และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต ด้านกระบวนการรักษา ทำให้ต้องทำการนัดหมายใหม่ เกิดความซ้ำซ้อนของขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วยและภาระของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น และในมิติของระบบส่งต่อ ทำให้ต้องมีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลหลายครั้ง และยังส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการคิวการตรวจของโรงพยาบาลศูนย์ลำปางและการสูญเสียโอกาสของผู้ป่วยรายอื่น ทั้งนี้จากการทบทวนสาเหตุของการปฏิเสธและการเลื่อนนัดตรวจพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดด้านการรับรู้ข้อมูล การมองเห็น และการอ่าน

การให้ข้อมูลด้วยวาจา การฉายสื่อวีดิทัศน์การวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสอบหัวใจเพียงรอบเดียว และการแจกคู่มือการเตรียมพร้อมรับการตรวจสอบหัวใจ ยังไม่เพียงพอต่อการสร้างความเข้าใจที่แท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยหลายรายไม่เข้าใจแผนการรักษา ปฏิบัติตามคำแนะนำไม่ครบถ้วน มีความวิตกกังวลและกลัวอันตรายจากการตรวจสอบหัวใจ จนนำไปสู่การปฏิเสธหรือเลื่อนนัดการตรวจสอบหัวใจในที่สุด

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การขาดการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์จากบุคลากรสาธารณสุขอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาไม่เพียงพอ ส่งผลให้แรงจูงใจและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จนนำไปสู่การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยและความสำเร็จของการตรวจสอบหัวใจ เนื่องจากช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าและมีความร่วมมือในการตรวจสอบหัวใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵⁻⁷ ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการควบคุมตนเองด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยของ ของลาเวนธาลและจอห์นสัน (Leventhal & Johnson)⁸ ที่อธิบายว่าบุคคลปรับตัวต่อการเจ็บป่วยหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดผ่านกระบวนการประมวลผลคู่ขนาน 2 ระดับ ได้แก่ การประมวลผลเชิงปัญญา (Cognitive Processing) ที่บุคคลสร้างแบบแผนความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย การรับรู้อัตลักษณ์ของโรค สาเหตุ ระยะเวลา ผลที่ตามมา และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ (Perception of Control) และการประมวลผลเชิงอารมณ์ (Emotional Processing) ที่เกี่ยวกับการจัดการกับความกลัวและความวิตกกังวล โดยทฤษฎีนี้เน้นว่า การให้ข้อมูลเชิงกระบวนการ (Procedural Information) ร่วมกับข้อมูลเชิงประสาทสัมผัส (Sensory Information) อย่างครบถ้วน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ประสบการณ์ที่จะเผชิญได้อย่างถูกต้อง เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง และบรรเทาการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบก่อนรับหัตถการ ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์หลายฉบับยืนยันว่าการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบที่ผสมผสานสื่อวีดิทัศน์ การสนับสนุนทางอารมณ์ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนรับการตรวจสอบหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{7,9-10}

แม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลของการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน แต่งานวิจัยส่วนใหญ่ดำเนินการในบริบทของโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจสอบหัวใจอยู่ในสถานที่เดียวกัน ส่วนการศึกษาในบริบทของระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายยังคงค้างงำกัซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางไปรับการตรวจในสถานพยาบาลที่ไม่คุ้นเคย สถานการณ์ดังกล่าวอาจยิ่งเพิ่มระดับความวิตกกังวลและส่งผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับหัตถการ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความวิตกกังวล และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการวางแผนส่งตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการเตรียม

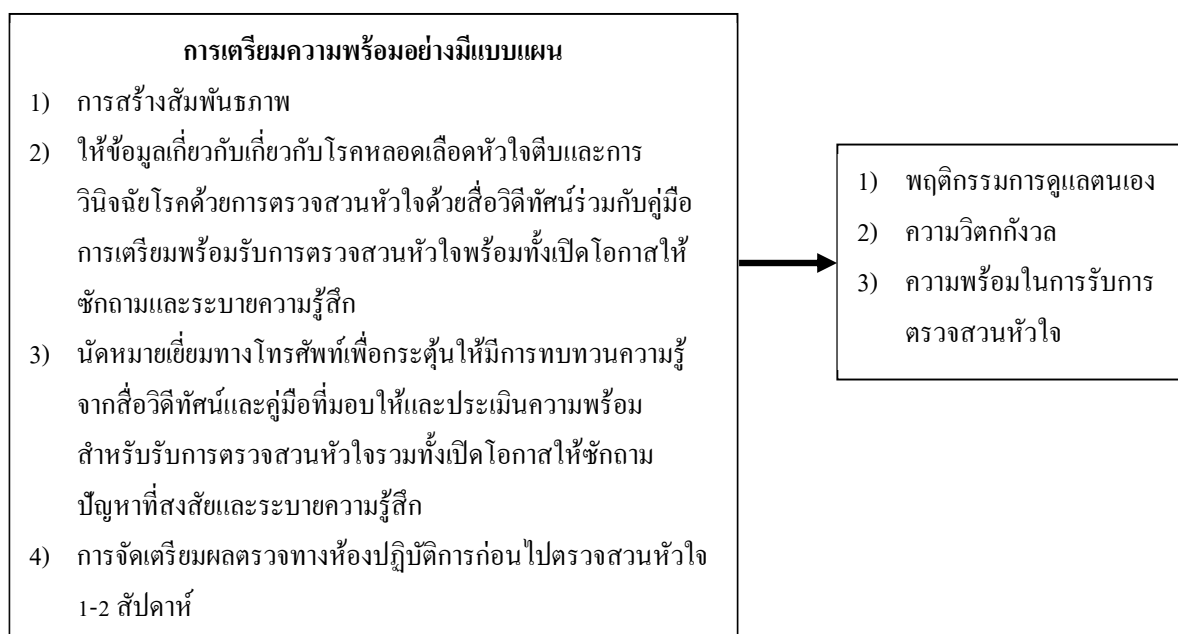
ความพร้อมที่มีประสิทธิผล อันจะส่งเสริมความปลอดภัย ความแม่นยำในการวินิจฉัย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนก่อนส่งตรวจสวนหัวใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนก่อนส่งตรวจสวนหัวใจ
3. เพื่อเปรียบเทียบความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนก่อนส่งตรวจสวนหัวใจ

กรอบแนวคิดและวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการควบคุมตนเองด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยของลาเวนฮาลและจอห์นสัน^๙ มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาชุดกิจกรรมสำหรับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการวางแผนส่งตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โดยมีกิจกรรมและสื่อการสอนประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสวนหัวใจ ด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับคู่มือการเตรียมพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก 3) นัดหมายเยี่ยมทางโทรศัพท์กระตุ้นให้มีการทบทวนความรู้จากสื่อวีดิทัศน์และคู่มือที่มอบให้ และประเมินความพร้อมสำหรับการรับการตรวจสวนหัวใจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาที่สงสัย 4) การจัดเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการที่ศูนย์โรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ และได้รับการวางแผนส่งตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้ทบทวนค่าอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน พบว่ามีค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ ซึ่งเมื่อนำมาคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เล็กเกินไป อันอาจส่งผลกระทบต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis ด้วยสถิติ t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวแบบวัดก่อนและหลัง (Mean: Difference between two dependent means, matched pairs) โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size = 0.5) ระดับสำคัญทางสถิติ (Alpha = .05) และอำนาจการทดสอบ (Power = .80)¹¹ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 32 ราย

สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับสลากหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN) แบบไม่ใส่คืน (Without replacement) จากรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนส่งตรวจสวนหัวใจจำนวน 123 ราย ร่วมกับการกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) แพทย์เลื่อนหรืองดหัตถการ 2) มีอาการผิดปกติเฉียบพลันที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 3) มีประวัติโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล 4) อยู่ระหว่างการรักษาหรือมีประวัติการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ และ 5) ขาดอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^{6,12-13} และทฤษฎีการควบคุมตนเองด้านการรับรู้ความเจ็บป่วยของ ลาวนชาลและจอห์นสัน⁸ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย: ประกอบด้วย 1) สื่อวิดีโอที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจของโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง 2) คู่มือการเตรียมพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจและการวินิจฉัยโรคด้วยการตรวจสวนหัวใจ 3) ตารางนัดหมายเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือLINE application 4) การจัดเตรียมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคร่วม

2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยา ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ดังนี้ ปฏิบัติสม่ำเสมอ (6-7 วัน) ปฏิบัติบ่อย (3-5 วัน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1-2 วัน) และไม่ปฏิบัติ สำหรับคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และคำถามเชิงลบให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม คือ 1, 2, 3 และ 4 ตามลำดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (20-39 คะแนน) ระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และระดับดี (60-80 คะแนน)¹⁴

3) ความวิตกกังวล จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง วิตกกังวลน้อยที่สุด 2 หมายถึง วิตกกังวลค่อนข้างน้อย 3 หมายถึง วิตกกังวลปานกลาง 4 หมายถึง วิตกกังวลมาก และ 5 หมายถึง วิตกกังวลมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (18-41 คะแนน) ระดับปานกลาง (42-65 คะแนน) และระดับสูง (66-90 คะแนน)¹⁴

4) ความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (rating scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 หมายถึง การเตรียมพร้อมน้อยที่สุด 2 หมายถึง การเตรียมพร้อมปานกลาง และ 3 หมายถึง การเตรียมพร้อมมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-51 คะแนน แบ่งระดับความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (17-28 คะแนน) ระดับปานกลาง (29-40 คะแนน) และระดับมาก (41-51 คะแนน)¹⁴

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 3) อาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ เท่ากับ .85, .94 และ .88 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ เท่ากับ .82, .78 และ .82 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในวันที่มีการตรวจและได้รับการวางแผนส่งตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาล ศูนย์ลำปาง ผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยยืนยันว่าการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ แล้วจึงให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา กระบวนการตรวจสวนหัวใจ และการดูแลตนเองเพื่อเตรียมพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจ ด้วยการให้ชมสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการอธิบายเพิ่มเติม มอบสมุดคู่มือ และแผ่น QR Code สำหรับเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าว ก่อนนัดหมายการเยี่ยมชมติดตามทางโทรศัพท์หรือ LINE application

ระยะที่ 2 ดำเนินการขณะที่ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือ LINE application สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คือ วันจันทร์และวันศุกร์ ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อครั้ง เพื่อย้ำเตือนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองตามคำแนะนำในสื่อวีดิทัศน์และคู่มือการเตรียมความพร้อมสำหรับตรวจสวนหัวใจ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการเตรียมความพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจ รวมถึงระบายความรู้สึกวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมร่วมกับให้กำลังใจ

ระยะที่ 3 ดำเนินการในวันนัดรับเอกสารสำหรับส่งตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยทักทาย ซักถามอาการ และรับฟังปัญหาหรือข้อสงสัย พร้อมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ความวิตกกังวล และความพร้อมก่อนรับการตรวจอีกครั้ง ผู้วิจัยทบทวนและเน้นย้ำความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และความสำคัญของการตรวจสวนหัวใจ พร้อมกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจ ก่อนจัดเตรียมเอกสารสำหรับการส่งผู้ป่วยเดินทางไปรับการตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง คะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วย Paired t-test ในชุดข้อมูลที่มีการแจกแจงปกติ คือ คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคะแนนความวิตกกังวล ส่วนคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจเป็นชุดข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ หมายเลขใบรับรอง 032/2568 ลงวันที่ 27 มกราคม 2568 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายใต้การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการ

รวบรวมข้อมูล และอธิบายให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัว
ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกระบวนการรักษาโรค ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษา
เป็นความลับ ปกปิดแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างเคร่งครัด และนำเสนอในภาพรวมของงานวิจัยและใช้
ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามในใบยินยอมการ
เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68.75) อายุระหว่าง 60–69 ปี
(ร้อยละ 34.38) อายุเฉลี่ย 63.09 ปี (SD = 9.434) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 81.25) การศึกษาระดับประถม
ศึกษา (ร้อยละ 62.50) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 40.63) และมีโรคร่วม (ร้อยละ 78.12) โดยโรคร่วมที่พบ
มากที่สุด ได้แก่ โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 25.00) รองลงมา คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง
ร่วมกับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 18.75) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	31.25
ชาย	22	68.75
อายุ (ปี)	เฉลี่ย 63.09 ปี (SD = 9.434)	
40–49	2	6.25
50–59	9	28.12
60–69	11	34.38
70–79	10	31.25
สถานภาพ		
โสด/หม้าย	6	18.75
สมรส	26	81.25
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	62.50
มัธยมศึกษา	10	31.25
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.25
อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	1	3.12
ธุรกิจส่วนตัว	4	12.50
รับจ้างทั่วไป	4	12.50

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10	31.25
เกษตรกร	13	40.63
โรคร่วม		
ไม่มี	7	21.88
ความดันโลหิตสูง	3	9.37
ไขมันในเลือดสูง	4	12.50
ไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง	6	18.75
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	8	25.00
ไขมันไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน	4	12.50

ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.38) ความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.10) และความพร้อมรับการตรวจสอบหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.75) ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 100.00) ความวิตกกังวลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.25) และความพร้อมรับการตรวจสอบหัวใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 87.50) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความวิตกกังวล และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง		
ดี (60–80 คะแนน)	0 (0.00)	32 (100.00)
ปานกลาง (40–59 คะแนน)	19 (59.38)	0 (0.00)
ไม่ดี (20–39 คะแนน)	13 (40.62)	0 (0.00)
ระดับความวิตกกังวล		
สูง (66–90 คะแนน)	25 (78.10)	1 (3.12)
ปานกลาง (42–65 คะแนน)	7 (21.90)	13 (40.63)
ต่ำ (18–41 คะแนน)	0 (0.00)	18 (56.25)
ความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ		
มาก (40–51 คะแนน)	6 (18.75)	28 (87.50)
ปานกลาง (28–39 คะแนน)	22 (68.75)	4 (12.50)
น้อย (17–27 คะแนน)	4 (12.50)	0 (0.00)

หลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยระดับความวิตกกังวล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความวิตกกังวล และ ความพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจก่อนและหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t/z	p-value 1-tailed
	(n=32)		(n=32)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	40.09	4.49	64.19	2.66	-22.770	<.001 ^a
ความวิตกกังวล	71.47	9.02	42.41	10.19	8.958	<.001 ^a
ความพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจ	33.22	5.63	46.00	4.65	-4.831	<.001 ^b

a= Paired t-test, b= Wilcoxon sign-ranks test

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับความวิตกกังวล และความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบครั้งนี้ ผู้วิจัยวิจารณ์ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59.38) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.62) ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 100.00) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจาก 40.09 (S.D. = 4.49) เป็น 64.19 (S.D. = 2.66) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนโดยชุดกิจกรรมที่ผสมผสานการให้คำแนะนำร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ซึ่งนำเสนอทั้งภาพและเสียงเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสวนหัวใจโดยเฉพาะของโรงพยาบาลศูนย์ลำปางร่วมกับคู่มือที่ผู้ป่วยสามารถทบทวนซ้ำได้ที่บ้าน และการติดตามทางโทรศัพท์ที่เปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และเข้าใจข้อมูลได้ดีกว่าการรับข้อมูลจากแผ่นพับและการสอนด้วยวาจาเพียงครั้งเดียวตามรูปแบบเดิม เนื่องจากการนำเสนอข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลายและต่อเนื่องดังกล่าว ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ได้อย่างครอบคลุมทุกช่วงวัย กล่าวคือ ในกลุ่มผู้สูงอายุ (60–79 ปี) ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 65.63) ที่มักมีข้อจำกัดด้านการรับรู้ข้อมูล การมองเห็น และการอ่าน การนำเสนอเนื้อหาผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีทั้งภาพและเสียง ร่วมกับการทบทวนซ้ำผ่านคู่มือและการติดตามทางโทรศัพท์ จึงช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความจำเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40–59 ปี) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 34.37 ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่ม

ที่มีความคุ้นเคยกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ใช้งานวัยทำงานในปัจจุบัน จึงช่วยให้สามารถทบทวนข้อมูลได้อย่างสะดวกมากขึ้น นอกจากนี้ การนำ LINE application มาใช้เป็นช่องทางในการติดตามเยี่ยมยังช่วยเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถสื่อสารสองทาง ทั้งการส่งข้อความ ภาพ หรือข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ตลอดจนเสริมสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ ลาเวนธาลและจอห์นสัน⁸ ที่อธิบายว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลเชิงกระบวนการ (Procedural Information) ที่อธิบายขั้นตอนและสิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างหัตถการ ร่วมกับข้อมูลเชิงประสาทสัมผัส (Sensory Information) ที่อธิบายความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับอย่างครบถ้วนและเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างแบบแผนความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและหัตถการได้อย่างถูกต้อง (Illness Representation) เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ (Perceived Control) และลดความไม่แน่นอน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังการศึกษาของ นัชชา นาไชย และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ ซูกิฮาร์โตและคณะ (Sugiharto et al.)¹⁶ ที่ยืนยันว่า การให้สุขศึกษาด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสื่อสารทางโทรศัพท์ มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจ ทำนองเดียวกับการศึกษาของซาอัดและคณะ (Saad et al.)² ที่ยืนยันถึงความสำคัญของการให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยก่อนรับการตรวจสวนหัวใจต่อผลลัพธ์ทางคลินิก และการศึกษาของ แซนด์เบิร์กและคณะ (Sandberg et al.)¹⁷ ที่รายงานว่าการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในรูปแบบดิจิทัลสามารถส่งเสริมพฤติกรรมปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านระดับความวิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 78.10) และรองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 21.90) ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.25) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 40.63) โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงจาก 71.47 (S.D. = 9.02) เป็น 42.41 (S.D. = 10.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่าชุดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน มีบทบาทในการสนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยลดความรู้สึกลบและความกังวลเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจของกลุ่มตัวอย่างด้วยข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ส่งผลให้สามารถคาดการณ์ประสบการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ดีขึ้น และรู้สึกกังวลหรือกลัวลดลง ดังแนวคิดของลาเวนธาลและจอห์นสัน⁸ ที่ได้อธิบายกลไกการลดความวิตกกังวลผ่าน 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) การลดความไม่แน่นอน (Uncertainty Reduction) โดยการให้ข้อมูลเชิงกระบวนการและเชิงประสาทสัมผัสผ่านสื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์ประสบการณ์ที่จะได้รับระหว่างการตรวจได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ 2) การเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์

(Perceived Control) เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความรู้และความพร้อมเพียงพอ จะรู้สึกสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้มากขึ้น และ 3) การจัดการการตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Processing) เมื่อผู้ป่วยได้รับโอกาสระบายความกังวลและซักถามผ่านการเยี่ยมชมตามทางโทรศัพท์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประมวลผลและจัดการกับอารมณ์เชิงลบได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ คมคาย สุวรรณพงศ์ และคณะ⁶ ที่รายงานว่า การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาของ ดีปา (Deepa)¹⁸ ที่รายงานว่า โปรแกรมการให้ความรู้แบบมีแบบแผน ช่วยลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอรับการตรวจสวนหัวใจ ได้เฉลี่ยร้อยละ 18.4 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต (Scoping Review) ของเมนเดส และคณะ (Mendes et al.)³ ที่วิเคราะห์การศึกษา 22 ฉบับ และสรุปว่า การให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ การเตรียมด้านจิตสังคม และการสื่อสารทางโทรศัพท์ มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดและความวิตกกังวลก่อนรับการตรวจสวนหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญ

ด้านความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.75) รองลงมาคือระดับมาก (ร้อยละ 18.75) ภายหลังได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 87.50) รองลงมาคือระดับปานกลาง (ร้อยละ 12.50) โดยคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 33.22 (S.D. = 5.63) เป็น 46.00 (S.D. = 4.65) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และข้อมูลอย่างครบถ้วน โดยเฉพาะการใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ช่วยให้เห็นภาพของสถานการณ์จริงของการตรวจสวนหัวใจของโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและพร้อมรับการตรวจสวนหัวใจมากขึ้น ลดความกลัวที่เกิดจากการไม่คุ้นเคยกับสถานที่และสภาพแวดล้อม ดังที่ ลาเวนธาลและจอห์นสัน⁸ ได้อธิบายไว้ว่า การให้ข้อมูลเชิงกระบวนการร่วมกับข้อมูลเชิงประสาทสัมผัส อย่างครบถ้วน จะกระตุ้นให้เกิดการประมวลผลคู่ขนาน 2 ระดับ ได้แก่ การประมวลผลเชิงปัญญา ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความเข้าใจเกี่ยวกับหัตถการได้อย่างถูกต้อง เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ ลดความไม่แน่นอน และการประมวลผลเชิงอารมณ์ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความกลัวและความกังวลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกพร้อมรับการตรวจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของบล็อก และคณะ (Block et al.)¹⁹ ที่รายงานว่า การให้ข้อมูลและการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหัวใจสามารถลดระดับความเครียด เพิ่มความร่วมมือ และลดการใช้ยาระงับประสาทระหว่างหัตถการได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัมศยา โพธิพันธ์ และคณะ⁷ ที่พบว่าโปรแกรมการดูแลซึ่งประกอบด้วยการให้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ช่วยเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจสวนหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต ของเมนเดสและคณะ³

ที่ยืนยันว่าการเตรียมความพร้อมด้านจิตสังคมหลายรูปแบบร่วมกัน มีประสิทธิผลในการพัฒนาความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับหัตถการทางหลอดเลือดหัวใจ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ชุดกิจกรรมของการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจเพิ่มขึ้น และระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติการพยาบาล

ควรนำชุดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนไปใช้เป็นแนวปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนส่งตรวจสวนหัวใจทุกราย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยด้วยความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design) ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และไม่ได้ควบคุมตัวแปรกวน (Confounding Variables) บางประการที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ยากลุ่ม Beta-blockers หรือยาคลายกังวล จึงอาจไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของโปรแกรมได้อย่างสมบูรณ์

2. เป็นศึกษาเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงหรือประยุกต์ใช้กับประชากรที่มีบริบทแตกต่างออกไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Two-group quasi-experimental design) ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้สามารถประสิทธิผลของชุดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมอย่างมีแบบแผนได้อย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์ภายหลังการตรวจสวนหัวใจ ทั้งในด้านการความสำเร็จของการตรวจสวนหัวใจ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะ 1 - 3 เดือนหลังการตรวจ เพื่อประเมินผลกระทบของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร ที่ให้ความอนุเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่กรุณาให้คำแนะนำในการพัฒนา

เครื่องมือวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ป่วยและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการวิจัยครั้งนี้

การเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน

ผู้วิจัยขอรับรองว่าการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนหรือความสัมพันธ์ส่วนตัวใด ๆ ที่อาจส่งผลต่อความเป็นกลางของการวิจัย และไม่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากหน่วยงานใด ๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ประจำปี 2565. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์; 2565.
2. Saad S, Taha N, Mohammed E, El Sheshtawy M. Nurses' role regarding care of patients undergoing cardiac catheterization. *Zagazig Nurs J.* 2024;20(1):287–294. <https://doi.org/10.21608/znj.2024.350857>
3. Mendes FCO, Santos KVG, Dantas JKS, Araújo SCM, Teixeira FC, Leal KCS, et al. Non-pharmacological strategies to reduce stress and anxiety in endovascular procedures: a scoping review. *Nurs Open.* 2024;11(3):e2105. <https://doi.org/10.1002/nop2.2105>
4. Ahmad M, Ayasrah SM. Periprocedural anxiety associated with cardiac catheterization and the monitored physiological measures. *J Perioper Pract.* 2019;30(9):261–265. <https://doi.org/10.1177/1750458919857658>
5. Kalantarzadeh M, Yousefi H, Alavi M, Maghsoudi J. Adherence barriers to treatment of patients with cardiovascular diseases: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2022;27(4):317–324. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_93_21
6. คมคาย สุวรรณพงศ์, เพ็ญลดา ตันกุลกนกกริชต์, สุปกต สุขจิตต์. ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนก่อนการสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมา. *วารสารพยาบาลสหภาพไทย.* 2565;15(1):77–96.
7. อ้นศยา โพธิพันธ์, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, ศากุล ช่างไม้. ผลของโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทรต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือของผู้ป่วยในการตรวจสวนหัวใจ. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.* 2564;17(2):89–102.
8. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experimentation: development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. *Behavioral science and nursing theory.* St. Louis (MO): Mosby; 1983. p. 189–262.
9. จามจุรี ภูดวงจิตร, มะลิวรรณ ศิลารัตน์, วาสนา รวยสูงเนิน. การพัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลผ่านสื่อเสมือนจริง 360 องศาเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนการสวนหัวใจ: รายงานกรณีศึกษา. *ศรีนครินทร์เวชสาร.* 2568;40(6):757–763.

10. Delewi R, Vlastra W, Rohling WJ, Wagenaar TC, Zwemstra M, Meesterma MG, et al. Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *Int J Cardiol.* 2017;228:926–930. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.11.043>
11. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
12. จินตนา มีวรรณสุขกุล, คุณญา แก้วทันคำ. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังทำบอลลูนหัวใจ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่.* 2565;30(1):52–68.
13. สุกกิจ เครือกลัด. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
14. Best JW. *Research in education.* 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1977.
15. นัชชา นาไชย, ศิริพร ศิริพงษ์, ศิริบุญ เสนหา, ทรงพล จันทรคำสุวรรณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2565;37(3):93–108.
16. Sugiharto F, Nuraeni A, Trisyani Y, Armansyah NA, Aghnia N. Health educational methods for improving self-efficacy among patients with coronary heart disease: a scoping review. *Patient Prefer Adherence.* 2024;18:521–535. <https://doi.org/10.2147/PPA.S447572>
17. Sandberg A, Ravn-Fischer A, Johnsson A, Cider Å, Lundgren JG, Henriksson P, et al. Evaluation of a digital patient education programme in patients with coronary artery disease, a survey-based study. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:1012. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11374-5>
18. Deepa C. A study to assess the effectiveness of a planned teaching programme in reduction of anxiety among patients posted for cardiac catheterization. *Int J Sci Res Arch.* 2025;16(1):1268–1277. <https://doi.org/10.30574/ijrsra.2025.16.1.2140>
19. Block A, Bonaventura K, Grahn P, Bestgen F, Wippert PM. Stress management in pre- and postoperative care amongst practitioners and patients in cardiac catheterization laboratory: a study protocol. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:830256. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.830256>