ปัจจัยทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[1]

ธนัชชา มิตรเปรียญ พย.ม.[2]
ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ Ph.D. (Nursing)[3]
ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ Ph.D. (Nursing)[4]
ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ พ.บ.,อ.ว. (อายุรศาสตร์หัวใจ)[5]

บทคัดย่อขยาย

บทนำ ความต้องการการเรียนรู้ เป็นสิ่งสำคัญในการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยดังกล่าวยังมีอยู่จำกัด โดยเฉพาะด้านการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ของการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การออกแบบการวิจัย การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย โดยใช้แนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 157 ราย คัดเลือกด้วยวิธี สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการเจ็บป่วย แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ วิเคราะห์โดย Intraclass correlation coefficient ของการรับรู้ผลกระทบ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา การรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .72, .88, .95, .85, .87, และ .83 ตามลำดับ แบบประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ นำมาหาค่าความความสอดคล้องภายใน ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) เป็นผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี (SD = 12.3) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.3 มีค่าเฉลี่ยของความต้องการการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.75, SD = 0.49) และมีความต้องการการเรียนรู้มากที่สุดในด้านการทำกิจกรรมทางกาย (M = 4.02, SD = 0.61) การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ สามารถร่วมทำนายความผันแปรของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 53.1 ($F_{6,150}$ = 28.259, p < .001) ปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย (β = .586, 95%CI 5.62–8.64, p < .001) การรับรู้ผลกระทบ (β = .247, 95%CI 1.73–5.35, p < .001) และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา (β = .154, 95%CI 0.17–2.35, p = .024) ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และการตอบสนองทางอารมณ์

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแต่ละรายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา เพื่อนำไปวางแผนในการเตรียมให้ข้อมูลให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ

คำสำคัญ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความต้องการการเรียนรู้ การรับรู้ความเจ็บป่วย

วันที่ได้รับ 28 มี.ค. 67 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 ก.ค. 67 วันที่รับตีพิมพ์ 1 ก.ค. 67

[1]*วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
[2]*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
[3]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sarinrut.sri@mahidol.edu*
[4]*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*
[5]*นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี*

https://doi.org/10.60099/jtnmc.v39i03.268455

Factors Predicting Learning Needs in Patients with Acute Coronary Syndrome[1]

Thanatcha Mitparien, M.N.S.[2]
Sarinrut Sriprasong, Ph.D. (Nursing)[3]
Doungrut Wattanakitkrilert, D.S.N.[4]
Thamarath Chantadansuwan, (Cardiologist)[5]

Extended Abstract

Introduction Learning needs are necessary for tailoring self-care education for patients with acute coronary syndrome (ACS). Existing knowledge about factors influencing learning needs among these patients is limited, especially their perceived identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and emotional representation.

Objective To investigate predictive power of perceived identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and emotional representation on the learning needs of patients with ACS.

Design This study employed a predictive correlational design, using the common sense model of illness self-regulation, and literature review as a conceptual framework.

Methodology Through proportional stratified random sampling, the participants consisted of 157 patients diagnosed with ACS, aged 18 years and older, who were admitted to a tertiary hospital in the metropolitan area. Data were collected using a personal data questionnaire, the Brief Illness Perception Questionnaire and the Cardiac Patients Learning Needs Inventory. Reliability was tested using the test-retest reliability and analyzed by the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) for perceived consequences, perceived timeline, perceived personal control, perceived treatment control, and perceived emotional representation. The reliability coefficients were .72, .88, .95, .85, .87, and .83, respectively. The learning needs assessment for cardiac patients was analyzed for internal consistency using Cronbach's alpha coefficient, which was found to be .97. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Results Majority of the participants (75.8%) were older adults, with an average age of 68.1 years (SD = 0.40). Most of them (78.3%) had a high level of overall learning needs (M = 3.75, SD = 0.49), and the highest learning need was physical activity (M = 4.02, SD = 0.61). Multiple linear regression analysis revealed that perceived identity, timeline, consequences, personal control, treatment control, and emotional representation could predict the variability of learning needs in patients with ACS at 53.1%. ($F_{6,150} = 28.259$, $p < .001$). The significant factors predicting learning needs in patients with ACS were perceived timeline ($\beta = .586$, 95%CI 5.62-8.64, $p < .001$), consequences ($\beta = .247$, 95%CI 1.73-5.35, $p < .001$), and treatment control ($\beta = .154$, 95%CI 0.17-2.35, $p = .024$). However, factors that could not significantly predict learning needs in patients with ACS were perceived identity, personal control, and emotional representation.

Recommendations Nurses and health personnel should assess the learning needs of patients with ACS and related factors, particularly their illness perceptions in terms of timeline, consequences, and treatment control, in order to prepare an educational plan to meet their learning needs.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(3) 328-341

Keywords acute coronary syndrome/ learning needs/ illness perception

Received 28 March 2024, Revised 1 July 2024, Accepted 1 July 2024

---

[1]*Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult & Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, Thailand*

[2]*Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand*
[3]*Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand E-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th*
[4]*Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, Thailand*
[5]*Director, Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi Province, Thailand*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ. 2563 รายงานว่ามีผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 1,005,000 รายต่อปี โดยในจำนวนนี้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ ถึง 210,000 ราย และเสียชีวิตจำนวน 109,199 คน[1] ในประเทศไทย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ACS จาก 13 เขตสุขภาพ พบว่า มีผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวน 26,726; 24,030; และ 21,273 ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม[1] ได้แก่ ST evaluated MI (STEMI), Non-ST evaluated MI (NSTEMI) และ Unstable angina (UA) โดยมีการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย (Killip classification) การประเมินการตรวจการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย Ejection fraction (EF) การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำได้โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) เป็นหนึ่งในการรักษาสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในกลุ่ม STEMI ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เวลาจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy) เพื่อลดการสูญเสียกล้ามเนื้อหัวใจ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะกรณีที่ไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้ทันที (primary PCI strategy) โดยจะมีการประเมิน TIMI score ที่จะประเมินการอุดตันของหลอดเลือด ฉะนั้นในภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ เมื่อให้ยาสลายลิ่มเลือดแล้วจะเกิด reperfusion

เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผ่านพ้นระยะวิกฤต การสนับสนุนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (secondary prevention) เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้สามารถดูแลตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี[2] การสนับสนุนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ต้องการการดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล ในการให้ความรู้ ส่งเสริมความสามารถ และติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[3] อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Niksadat และคณะ[4] พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้จะประสบผลสำเร็จ ต้องมีพื้นฐานมาจากความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย (learning needs) ซึ่งอาจแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย นอกจากนั้น การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าความต้องการเรียนรู้ที่ผู้ป่วยต้องการมีประเด็นความแตกต่างจากบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และแม้แต่ญาติของผู้ป่วย[5,6] ดังนั้น ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเตรียมข้อมูลความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติเมื่อออกจากโรงพยาบาล[7] จากการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา ความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความแตกต่างกันไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยขึ้นกับปัจจัยด้านผู้ป่วยหลายประการ[6,7] เช่น การรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่าง ๆ ทั้งการรับรู้ลักษณะอาการ (identity) การรับรู้ระยะเวลา (timeline) การรับรู้ผลกระทบ (consequences) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (personal control) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา (treatment control) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional representation) สำหรับการศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด

ในประเทศไทยยังมีอยู่จำกัด การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดและอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาแผนการพยาบาล ในการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดได้สอดคล้องกับตามความต้องการการเรียนรู้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ของการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถร่วมกันทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (The common sense model of illness self-regulation) ของ Leventhal และคณะ[8] และการทบทวนวรรณกรรม Hagger และคณะ[9] กล่าวว่า ความเจ็บป่วยที่เข้ามาคุกคาม (situational stimuli) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการให้ความหมายเป็นการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (Illness perceptions) 2 ด้าน คือ ด้านการรู้คิด (cognitive illness representations) ซึ่งประกอบด้วย identity, consequences, cause, timeline, control, coherence และด้านอารมณ์ (emotion illness representations) ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการปรับตัว (coping procedures) โดยแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ทั้งด้านพฤติกรรมการปรับตัว (coping behaviors) การหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ (cognitive reappraisal) การระบายออกทางอารมณ์ (emotion venting) และการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม (seeking social support) โดยผู้ป่วยจะมีการประเมินกระบวนการปรับตัวนั้น (coping appraisal) ว่าสามารถลดการคุกคามของการเจ็บป่วย และส่งผลต่อผลลัพธ์ของการเจ็บป่วย (illness outcomes) ผลลัพธ์ของอารมณ์ (emotional outcomes) ซึ่งจะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปสู่การกระตุ้น (situational stimuli) ให้เกิดการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยอีก โดยผู้วิจัยทำการศึกษาด้านการรับรู้และด้านอารมณ์ เพราะส่งผลต่อกระบวนการปรับตัว ซึ่งหมายถึง ความต้องการการเรียนรู้โดยไม่ได้ทำการศึกษาตัวแปร coherence และ cause เนื่องจากมีความหมายร่วมกันกับตัวแปรอื่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

การออกแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome, ACS) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) มีอาการคงที่ โดยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกและมีสัญญาณชีพคงที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีการประเมินภาวะบกพร่องทางปัญญา ประเมินโดยเครื่องมือ Mini-Cognitive assessment Instrument (Mini-Cog) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ มีโรคร่วมระยะรุนแรงหรือระยะท้ายของโรค เช่น โรคมะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย โรคจิตเภทที่ไม่สามารถควบคุมได้ เป็นต้น

ขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power รุ่น 3.1.9.7 เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากหลักการของ Cohen[10] สำหรับสถิติ Multiple linear regression โดยมีตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ร้อยละ 80 ระดับความเชื่อมั่น (level of significance) ที่ระดับ .05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียง[11] ได้ค่า R^2= .083, effect size f^2 = 0.091 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 157 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ proportion ตามสถิติของสัดส่วนในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[11] ได้แก่ STEMI: NSTEMI: UA = 82: 63: 12

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย เป็นแบบประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (The Mini-Cognitive assessment Instrument, Mini-Cog) ใช้ในการประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พัฒนาโดย Borson และคณะ[13] แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุล และคณะ[14] แบบประเมินมีข้อคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ การทบทวนหรือระลึกความจำโดยใช้คำ 3 คำ และการวาดรูปนาฬิกาที่เข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11 โมง 10 นาที โดยในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ไม่มีภาวะบกพร่องทางปัญญา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการรักษา** สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ อาชีพ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ประวัติการใช้สิ่งเสพติด การวินิจฉัยโรคโรคร่วม ประวัติการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และยาที่ผู้ป่วยได้รับ

2.2 **แบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ** (Cardiac patients learning needs inventory: CPLNI) ใช้เพื่อระบุความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ สร้างโดย Gerard และ Peterson[15] พัฒนาและดัดแปลงโดย Uysal และ Enç[16] แปลเป็นภาษาไทยแบบย้อนกลับโดยผู้วิจัยและคณะ มีจำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 8 เรื่อง ดังนี้ กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของหัวใจ (การทำงานของหัวใจ) ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิต ข้อมูลทางยา ข้อมูลด้านอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การจัดการอาการ และด้านอื่น ๆ แต่ละข้อเริ่มต้นด้วยข้อความว่า “ฉันต้องการรู้ว่า” ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบ Likert scale ตั้งแต่ไม่สำคัญเลย (1 คะแนน) ถึง สำคัญมาก (5 คะแนน) การแปลผลคะแนนตามเกณฑ์[17] ดังนี้ หมายถึง มีความต้องการการเรียนรู้น้อย (1.00-2.33 คะแนน) มีความต้องการการเรียนรู้ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และมีความต้องการการเรียนรู้มาก (3.67-5.00 คะแนน)

2.3 **แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ** (The brief illness perception questionnaire, Brief IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ[18] ใช้ประเมิน

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและการตอบสนองความเจ็บป่วยทางอารมณ์ แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ และคณะ[19] มีจำนวน 9 ข้อ สำหรับ 8 ข้อแรก ประกอบด้วย 1) การรับรู้ผลกระทบ (consequences) 2) การรับรู้ระยะเวลา (timeline) 3) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง (personal control) 4) การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา (treatment control) 5) การรับรู้ลักษณะอาการ (identity) 6) ความกังวล (concern) 7) ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย (understanding) และ 8) การรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional representation) แต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่าตั้งแต่ ไม่มีอาการใด ๆ เลย คือ 0 คะแนน ถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุดและหลายอาการ คือ 10 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบกับค่ากลาง (neutral point) เท่ากับ 5 และสำหรับข้อ 9 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือและได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจ นำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้ความความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .969 และแบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถามในครั้งที่ 1 และ 2 ห่างกัน 2 วัน วิเคราะห์โดย Intraclass correlation coefficient ของการรับรู้ผลกระทบ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา การรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น .719, .884, .946, .848, .866, และ .825 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA No. IRB-NS2022/738.106 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ เลขที่ COA No. 027/2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการมาตรฐานภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ที่กำหนด โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล เก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ 5 ปี และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยแนะนำตัวและคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และทำการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยสัญญาณชีพคงที่มากกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีปัญหาการมองเห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความของแบบสอบถามและทำการบันทึกจากคำตอบในแบบสอบถาม โดย

ปราศจากการชักจูงให้ตอบคำถามไปในทิศทางใด ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจ หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามใด ๆ ก็ได้ ในขณะเดียวกันมีการประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อดำเนินการรักษาที่เหมาะสมต่อไป โดยทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตัดสินใจถอนตัวจากการวิจัยเอง และผู้ที่ผู้วิจัยพิจารณาให้ถอนตัวจากการวิจัย ยังได้รับการรักษาหรือบริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ และมีการทำลายข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ตอบในแบบสอบถามทุกฉบับภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS Statistics ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ และความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ กับความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยใช้สถิติ Spearman correlation เนื่องจากตัวแปรไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และ 3) วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้สถิติ Multiple linear regression ด้วยวิธีการนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์พร้อมกันในครั้งเดียว (enter method) ซึ่งตัวแปรได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ การแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ (normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรคงที่ (homoscedasticity) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (no multicollinearity) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.8 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.6 มีอายุเฉลี่ย 68.1 ปี (Mean= 68.1, SD = 12.3) สถานภาพสมรส ร้อยละ 90.4 มีระดับการศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 87.9 หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.0) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 43.9 และสิทธิ์การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างใช้มากที่สุด คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 56.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 61.1) มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 26.7) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 91.1) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 36.9) รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 39 ราย (ร้อยละ 24.8) และโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 21.6) (Table 1)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ST- Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) (ร้อยละ 52.2) Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) (ร้อยละ 40.1) และ Unstable angina (ร้อยละ 7.6) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมิน Killip class พบว่าอยู่ใน Class I มากที่สุด (ร้อยละ 43.9) การตรวจ Echocardiogram ส่วนใหญ่ EF >50 % (ร้อยละ 56.2) กลุ่มตัวอย่าง STEMI ได้รับการรักษาด้วย ยา DAPT (Dual Antiplatelet) ได้รับยา fibrinolytic

therapy (ร้อยละ 2.4) ส่วนใหญ่รักษาด้วย Primary PCI (ร้อยละ 97.6) กลุ่มตัวอย่างการรักษา NSTEMI และ UA ได้รับการรักษาด้วย ยา DAPT และ anticoagulation (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) ได้รับการรักษาด้วยยา โดยมีจำนวนของยากลับบ้านตั้งแต่ 5-13 ชนิด (Table 1)

Table 1 Description of participants' personal health data (n = 157)

Variables	n (%)	Variables	n (%)
Diagnosis		Dual Antiplatelet (n = 82)	
STEMI	82 (52.2)	Aspirin	82 (100)
NSTEMI	63 (40.10)	P2Y12 inhibitors	82 (100)
UA	12 (7.60)	Fibrinolytic Therapy (n = 82)	
Coronary Artery Angiography		No	80 (97.60)
Yes	155 (98.80)	Yes	2 (2.40)
No	2 (1.20)	Percutaneous Coronary Intervention (n = 82)	
Killip class		Primary PCI	80 (97.60)
Class I	69 (43.90)	Rescue PCI	2 (2.40)
Class II	38 (24.20)	Dual Antiplatelet (n = 75)	
Class III	9 (5.70)	Aspirin	75 (100)
Class IV	41 (26.10)	Clopidogrel	75 (100)
Left Ventricular Ejection Fraction		Home Medications (Type count)	
<40	51 (87.90)	5	13 (8.20)
40-50	18 (7.00)	6	31 (19.70)
>50	88 (3.80)	7	45 (28.70)
TIMI Score for STEMI (n = 82)		8	42 (26.30)
Low risk (0-4)	2 (2.40)	9-13	26 (16.10)
Intermediate (5-8)	69 (84.10)		
High risk (9-14)	11 (49.20)		

กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการเรียนรู้ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 78.3 (Table 3) โดยมีความต้องการการเรียนรู้มากที่สุดในด้านการทำกิจกรรมทางกาย (M = 4.02, SD = 0.61) รองลงมาคือด้านอาหาร (M = 3.96, SD = 0.64) และด้านการจัดการอาการ (M =3.94, SD = 0.59) ตามลำดับ (Table 2)

Table 2 Description of level of learning needs (n = 157)

Level of learning needs	Possible score	Actual score	n	%
Medium learning needs	2.34-3.66	2-3	34	21.7
High learning needs	3.67-5.00	4-5	123	78.3
(Min = 2.71, Max = 4.79, M = 3.75, SD = 0.49)				

Table 3 Description of learning needs (n = 157)

Learning needs	M (SD)	Level
Physical activity	4.02 (0.61)	high
Dietary information	3.96 (0.64)	high
Symptom management	3.94 (0.59)	high
Miscellaneous	3.92 (0.64)	high

Table 3 Description of learning needs (n = 157) (Cont.)

Learning needs	M (SD)	Level
Lifestyle factors	3.87 (0.89)	high
Medication information	3.82 (0.65)	high
Psychological factors	3.56 (0.70)	Medium
Anatomy and physiology of heart	2.86 (0.53)	Medium

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีการรับรู้ลักษณะอาการว่ารุนแรงมากและมีหลายอาการ (M = 8.75, SD = 0.81) และรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองได้น้อย (M = 3.13, SD = 0.83) (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยว่าเป็นเป็นแบบเฉียบพลัน (M = 4.92, SD = 0.81) (ร้อยละ 64.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการรับรู้ผลกระทบมาก (M = 8.69, SD = 1.09) (ร้อยละ 99.3) และรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาได้มาก (M = 8.62, SD = 1.07) (ร้อยละ 99.3) และรวมทั้งมีการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์มาก (M = 8.69, SD = 1.27) (ร้อยละ 98) (Table 4)

Table 4 The correlation matrix of variables (n = 157)

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Identity	1.000						
2. Timeline	.001	1.000					
3. Consequences	.149	.421**	1.000				
4. Personal control	.041	-.035	-.139	1.000			
5. Treatment control	.804**	-.098	.061	.086	1.000		
6. Emotional representation	.432**	.158*	.522**	-.150	.294**	1.000	
7. Learning needs	.115	.637**	.481**	-.031	.100	.220**	1.000

*p < .05 **p < .01

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 53.2 ($F_{6,150}$ = 28.259, p < .001) การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .586, 95%CI 5.62 to 8.64, p < .001; β = .247, 95%CI 1.73 to 5.35, p < .001; β = .154, 95%CI .169 to 2.35, p = .024 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง และการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ (Table 5)

Table 5 The predictive power of Identity, Timeline, Consequences, Personal control, Treatment control, and Emotional representation using multiple linear regression (n = 157)

Variables	b	SE_b	β	t	p-value
Constant	69.262	11.985		5.779	.000
Identity	-.268	1.462	-.013	-.183	.855
Timeline	7.135	.762	.586	9.358	.000
Consequences	3.246	.982	.226	3.306	.001
Personal control	.227	1.317	.010	.172	.864
Treatment control	1.260	.553	.154	2.281	.024
Emotional representation	.603	1.016	.040	.593	.554

$R = .728$, $R^2 = .531$, $F = 28.259$, $p < .001$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.4) มีคะแนนเฉลี่ยความต้องการการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก (M = 3.75, SD = 0.39) อาจเป็นเพราะมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 52.2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นครั้งแรกจึงยังไม่เคยได้รับคำแนะนำหรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.9) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 75.8) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความต้องการการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ Alsaqri และคณะ[19] ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประเทศซาอุดิอาระเบียอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sultana และคณะ[20] ในประเทศบังคลาเทศ พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการการเรียนรู้ก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 97.6

ผลการศึกษาอำนาจการทำนายความต้องการการเรียนรู้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง การรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา และการตอบสนองทางอารมณ์ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ร้อยละ 53.2 ($F(6,150) = 28.259$, $p < .001$) ทั้งนี้ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .586$, 95%CI 5.62- 8.64, $p < .001$; $\beta = .247$, 95%CI 1.73 - 5.35, $p < .001$; $\beta = .154$, 95%CI .169- 2.35, $p = .024$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (The common sense model of illness self-regulation) เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะคุกคามชีวิต ทำให้รับรู้ถึงผลกระทบที่ตามมาในระดับสูง (mean = 8.69, SD = 1.09) แต่ขณะเดียวกันรับรู้ว่าความเจ็บป่วยควบคุมได้ในระดับสูง (mean = 8.62, SD = 1.07) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด ทั้งกลุ่ม STEMI และ NSTEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ที่บรรเทาอาการอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการการรับรู้ระยะเวลา การเจ็บป่วยว่าเป็นไม่นาน (mean = 4.92, SD = 0.81) การรับรู้ความเจ็บป่วยเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยผ่านการปรับตัวโดยการแสวงหาข้อมูล เพื่อลดหรือควบคุมความรู้สึกถูกคุกคาม ทั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการเรียนรู้สูงสุด 3 อันดับแรก คือ ด้านกิจกรรมทางกาย (mean = 4.02, SD = 0.61), ด้านอาหาร (mean = 3.96, SD = 0.64) และการจัดการอาการ (mean = 3.94, SD = 0.59) ความต้องการการเรียนรู้ดังกล่าวสามารถลดความรู้สึกถูกคุกคาม และทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับการรับรู้ความเจ็บป่วยของตน มีผลกระทบร้ายแรง แต่เกิดขึ้นไม่นานและควบคุมด้วยการรักษาได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Ashour และคณะ[10] พบว่าระยะเวลาและผลกระทบไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจได้เป็นครั้งแรก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยในการศึกษาดังกล่าวมีการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษาในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากนี้ ยังพบว่าการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยเหล่านี้ได้ แต่ไปในทิศทางตรงกันข้าม[10] คือ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าการควบคุมการรักษาในระดับต่ำจะมีความต้องการการเรียนรู้ในระดับสูง

ผลการศึกษา ด้านการรับรู้ลักษณะอาการ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองพบว่าไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด (β = -.013, 95%CI -3.157 to 2.621, p =.855, β = -.013, 95%CI -3.157 to 2.621, p =.855, β =.037, 95%CI.169 to 2.352, p =.554, ตามลำดับ) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีการรับรู้ลักษณะอาการเป็นแบบรุนแรงมากและหลายอาการ (mean = 8.75, SD = 0.81) และมีการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองได้น้อย (mean = 3.13, SD = 0.83) แต่ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้ง STEMI และ NSTEMI ได้รับการรักษาด้วยการทำ Primary PCI และการได้รับยาขยายหลอดเลือด ร้อยละ 97.6 และ 2.4 ตามลำดับ ทำให้อาการต่าง ๆ ทุเลาลงได้อย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจึงไม่เกิดกระบวนการปรับตัวโดยเกิดความต้องการการเรียนรู้ เพื่อแสวงหาแนวทางในการลดอาการต่าง ๆ[9] นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.2 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นครั้งแรก จึงอาจทำให้ไม่มีข้อมูลเพียงพอในการควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง ทำให้การรับรู้ลักษณะอาการและการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเองไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Ashour และคณะ[10] ที่พบว่า การรับรู้ลักษณะอาการและการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยตนเอง สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรกได้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นภายหลังทำหัตถการ และรู้สึกคุมคาม ทำให้เกิดความต้องการการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำหัตถการ รวมถึงการดูแลตนเองภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย จากกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กล่าวว่า เมื่อเกิดความเจ็บป่วยมากระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ แสดงออกเป็นความกังวลต่อการเจ็บป่วย

ที่คุกคาม ส่งผลให้เกิดกระบวนการปรับตัว เป็นการระบายอารมณ์ การหลีกเลี่ยง หรือการหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์เพื่อลดความคุกคามนั้น[9] เมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98) มีการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์มาก (mean = 8.69, SD = 1.27) ซึ่งแสดงว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลด้านลบอย่างมากต่อจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง เช่น รู้สึกกลัวหรือซึมเศร้า หากการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบอยู่ในระดับมาก อาจทำให้ผู้ป่วยครุ่นคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในด้านลบและขาดแรงจูงใจในการเรียนรู้หรือมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงทำให้ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ashour และคณะ[10] พบว่า การตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายความต้องการการเรียนรู้ของในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นครั้งแรก ถึงแม้การตอบสนองทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (mean=5.82, SD = 3.66)

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) เก็บรวมรวบข้อมูลในคลินิก ผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว ไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยในภาพรวมได้ ดังนั้นอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะและบริบทแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพควรประเมินความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะการรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา เพื่อนำไปวางแผนในการเตรียมให้ข้อมูลให้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องการ และควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อติดตามความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาในครั้งนี้ การรับรู้ระยะเวลา การรับรู้ผลกระทบ และการรับรู้การควบคุมความเจ็บป่วยด้วยการรักษา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร้อยละ 53.1 ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อการเกิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามกรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย ข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ หรือ ปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว หรือบุคลากร เป็นต้น

2. เนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเฉพาะทางโรคหัวใจ ซึ่งทีมบุคลากรสุขภาพมีความเชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ พยาบาลที่เป็นผู้จัดการรายกรณี และ เภสัชกร รวมทั้งมีอุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูงในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่มีระดับการดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ระดับปฐมภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ที่อาจมีความแตกต่างกันในด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้บริการและความพร้อมของบุคลากรสุขภาพ

3. จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงทำให้ทีมบุคลากรสุขภาพ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยสามารถพัฒนารูปแบบโปรแกรมการให้สุขศึกษาได้ตรงกับความต้องการการเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเองภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report from the American Heart Association. Circulation. 2023;147(8): e93-e621. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001123
2. Chow CK, Brieger D, Ryan M, Kangaharan N, Hyun KK, Briffa T. Secondary prevention therapies in acute coronary syndrome and relation to outcomes: observational study. Heart Asia. 2019;11(1): e011122. https://doi.org/10.1136/heartasia-2018-011122
3. Posadas-Collado G, Membrive-Jiménez MJ, Romero-Béjar JL, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Suleiman-Martos N, et al. Continuity of nursing care in patients with coronary artery disease: a systematic review. IJERPH. 2022;19(5):3000. https://doi.org/10.3390/ijerph19053000
4. Niksadat N, Rakhshanderou S, Negarandeh R, Ramezankhani A, Farahani AV, Ghaffari M. Concordance of the cardiovascular patient education with the principles of Andragogy model. Arch Public Health. 2022;80(1):4. https://doi: 10.1186/s13690-021-00763-5.
5. Hassankhani H, Haririan H, Feizollahzadeh H, Jafari A, Porter JE, O'Brien F. Learning needs of iranian patients with coronary heart disease: a cross-sectional, comparative study. Clin Nurs Res. 2021;30(2):193-9. https://doi.org/10.1177/1054773819898808
6. Huriani E. Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. Int J Nurs Sci. 2019;6(3):294-9. Available from: https://ejournal.mahidol.ac.th/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S2352013218300954&site=eds-live
7. Haridas J, Mani AL. Perceived Learning needs and readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction in a selected hospital, Kottayam. IJISRT. 7(3)849-851. 2022. https://doi.org/10.5281/zenodo.6418378
8. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. Contributions to medical psychology. 1980:17-30. Available from: https://www.researchgate.net/publication/303283742_The_common_sense_representation_of_illness_danger
9. Hagger MS, Orbell S. The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. Health Psychology Review. 2021:1-31. https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050
10. Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. https://doi.org/10.4324/9780203771587
11. Ashour A, Al-Smadi A, Tawalbeh L, Alshraifeen A, Al-Rawashdeh S, Gharaibeh B. Do illness perception predict perceived learning needs among patients treated with percutaneous coronary intervention. Dimensions of Critical Care Nursing. 2020;39(5): 251-8. https://ejournal.mahidol.ac.th/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=144906563&site=ehost-live
12. Statistical agency THAI ACS REGISTRY I [InternetJ. 2021 [cited 2022 May 5]. Available from: https://www.ncvdt.org/Default.aspx

13. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003;51(10):1451-4. https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x
14. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. Geriatr Gerontol Int. 2015;15(5):594-600. https://doi.org/10.1111/ggi.12318
15. Gerard PS, Peterson LM. Learning needs of cardiac patients. Cardiovasc Nurs. 1984;20(2):7-11. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6570812/
16. Uysal H, Enç N. A Turkish version of the cardiac patients' learning needs inventory; patient questionnaire (TR-CPLNI): reliability-validity assessment. Int J Caring Sci. 2012;5(3):264-79. Available from: https://www.researchgate.net/publication/278283195_A_turkish_version_of_the_cardiac_patients_learning_needs_inventory_patient_questionnaire_reliability-validity_assessment
17. Smith J, Liles C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. JCN2007;16(4):662-71. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x
18. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006;60(6):631-7. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
19. Thepphawan P, Watthnakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. Nurs Sci J Thail Nursing Science Journal of Thailand. 2011; 29(2): 111-9. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/2824 (in Thai)