

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก

The Effects of Information Providing Integrated with Social
Support Program on Uncertainty to Illness Among Older
Persons with Non-ST Elevation Myocardial Infarction

กฤษฎม วิทย์ธนกุล^{1*} พัชรี คมจักรพันธ์² ปิยนุช จิตตุนนท์³
Kritchamon Witthayathanakul^{1*} Patcharee Komjakraphan² Piyanuch Jittanoon³

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

¹Registered Nurse, Hatyai Hospital, Songkhla, Thailand.

²รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Associated Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: joyya2712@gmail.com

*Corresponding author: joyya2712@gmail.com

Received 8 February 2023 • Revised 16 May 2023 • Accepted 19 June 2023

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก **วิธีการ:** คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพศชาย/หญิง ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก จำนวน 27 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย (1) โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้ แหล่งสนับสนุนที่ดี รู้จักโรค การเพิ่มความกระจำในแผนการรักษา ข้อมูลเพียงพอ และการติดตามทางโทรศัพท์ ดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ (2) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 20 ราย ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบทีคู่ **ผลการศึกษา:** เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ โดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ และด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป:** โปรแกรมฯ สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้าน พยาบาลควรให้ความรู้ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแก่ผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นให้เข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจน

คำสำคัญ: การให้ข้อมูล; การสนับสนุนทางสังคม; ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย; ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก

Abstract

Objectives: This research was quasi-experimental research for one group pretest-posttest design, aimed to compare scores on uncertainty to illness among older persons with Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI), before and after participating in a program of information integrated with social support. **Methods:** Twenty-seven participants were purposively recruited into this study with the inclusion criteria, including men and women aged 60 years old or older who firstly received an NSTEMI diagnosis. The Instrument was divided into 2 parts: (1) information providing integrated with social support program on uncertainty to illness among older persons with NSTEMI, composed of 5 activities: 1) good resources, 2) disease awareness, 3) clarification of treatment plan, 4) adequate information and 5) follow up, the duration of activities was 2 weeks, and (2) uncertainty in illness questionnaire. This reliability testing was checked among 20 subjects, yielding Cronbach's alpha coefficient of .72. The Data were analyzed using descriptive statistic, paired t-test. **Results:** Compared with before participation in the program, the overall scores and each aspect of uncertainty to illness, namely ambiguity, complexity, inconsistency of information, and unpredictability, were significantly lower after participation ($p < .05$). **Conclusion:** Participation in the program could reduce overall and each aspect of uncertainty to illness. Thus, nurses should educate older persons with NSTEMI and their caregivers using the disease/treatment practice guidelines, with focusing on making older persons and their caregivers clearly understand the meaning of illness.

Keywords: providing information; social support; uncertainty to illness; older persons with Non-ST elevation myocardial infarction

ความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction: AMI) เป็นหนึ่งในสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของประเทศที่พัฒนาแล้ว¹ จากรายงานพบว่าความชุกของผู้สูงอายุโรค AMI ในญี่ปุ่น แปรผันตรงกับอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ 90 ปีขึ้นไป² สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 พบว่ากลุ่มอายุที่ป่วยด้วยโรค AMI สูงสุด คือ กลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.31 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.46 ซึ่งถือว่าโรคดังกล่าวมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทั้งอัตราการป่วย/อัตราการตาย และมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจและสังคม³

โรค AMI มีสาเหตุมาจากการแตกของไขมัน ซึ่งเกาะตัวบริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจ (plaque) นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ⁴ ทำให้การไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ

ลดลง ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการไม่สมดุลกับปริมาณออกซิเจนที่ได้รับและกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด⁴ ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงสำคัญ คือ เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกกดทับอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะบริเวณกลางอกเป็นเวลานานเกินกว่าหนึ่งนาทีขึ้นไป เจ็บร้าวไปบริเวณ คอ กราม ไหล่ และแขนทั้งสองข้าง ร่วมกับมีเหงื่อออกตามร่างกาย เหนื่อยง่าย หายใจถี่ เวียนศีรษะ ชีพจรเต้นเร็ว⁵ โรค AMI แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ได้แก่ (1) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ST elevation myocardial infarction: STEMI) และ (2) กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI)⁶ ในประเทศไทยโรค AMI ชนิด NSTEMI พบมากสุดในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จาก 6,694 ราย ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 9,408 ราย ในปี พ.ศ. 2563 สอดคล้องกับสถิติของอเมริกาพบว่าโรค AMI ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุและได้รับการวินิจฉัย

เป็น NSTEMI ถึงร้อยละ 70⁶

โรค NSTEMI เป็นอาการหัวใจวายซึ่งหลอดเลือดแดงเล็กของหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์ หรือหลอดเลือดแดงใหญ่ของหัวใจถูกปิดกั้นบางส่วน มีอาการแสดงคล้ายกับ STEMI แต่มีความรุนแรงต่อหัวใจน้อยกว่า⁴ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่เฉพาะเจาะจง (atypical chest pain) มีอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน ซึ่งแพทย์อาจไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นโรค NSTEMI⁵ จึงต้องประเมินปัจจัยเสี่ยงและอาการเบื้องต้นอย่างใกล้ชิด เพื่อรักษาอาการของผู้ป่วยให้คงที่⁴ แนวทางการรักษามุ่งเน้นไปที่การฟื้นฟูการไหลเวียนโลหิตและป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือด โดยใช้ยาลดความดันโลหิต (beta-blockers) ยากลุ่ม statin และยาต้านการแข็งตัวของเลือด ซึ่งจำเป็นต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก/คลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 3-5 วัน⁶ หลังจากอาการของผู้ป่วยทรงตัวแล้ว แพทย์อายุรกรรมหัวใจจึงพิจารณาว่าต้องรับการรักษาเพิ่มเติมหรือไม่ หากมีอาการซ้ำหรืออาการแน่นหน้าอกไม่ทุเลา แพทย์อาจพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง⁷ จากข้อมูลข้างต้นสังเกตได้ว่า การดำเนินโรคในภavnะนี้ค่อนข้างคลุมเครือ เนื่องจากอาการแสดงของโรคที่ไม่สามารถประเมินความรุนแรง ร่วมกับใช้ระยะเวลาในการรักษาและรอคอยค่อนข้างนาน ผู้ป่วยจึงอาจรู้สึกถึงความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย ความคลุมเครือเกี่ยวกับโรค การวินิจฉัย การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่ เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย (uncertainty to illness) เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างธรรมชาติเมื่อบุคคลนั้นได้รับสิ่งไว้ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) (2) ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา (complexity) (3) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ (inconsistency of information) และ (4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ (unpredictability)⁸ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย เนื่องจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ การให้ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการต่าง ๆ รวมถึงการข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยได้ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

(1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูล (3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ และ (4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งเชื่อมโยงระหว่าง 2 แหล่ง คือ (1) แหล่งสนับสนุนที่เป็นทางการ ได้แก่ สถาบัน องค์กร และบุคลากรทีมสุขภาพ (2) แหล่งสนับสนุนไม่เป็นทางการ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง⁹ อย่างไรก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญเกี่ยวเนื่องกับการสนับสนุนทางอารมณ์ในลักษณะการให้กำลังใจและดูแลเกื้อหนุนการดำเนินชีวิตประจำวัน¹⁰

จากการศึกษาของ Kantichaitorn¹¹ พบว่าผู้ป่วย AMI ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ โดยใช้คอมพิวเตอร์และคู่มือการปฏิบัติตัวเป็นสื่อการสอน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยโดยรวมลดลง และการศึกษาของ Semapetch and Senarak¹² พบว่าผู้ป่วย AMI หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยมีญาติผู้ดูแลเข้าร่วม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมดังกล่าว การศึกษาใช้การแนะนำเข้าสู่แหล่งและการสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ และสอนทักษะการดูแลตนเอง ร่วมกับการให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินของผุ้วิจัย ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่างประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยโรค NSTEMI เบื้องต้นแพทย์วินิจฉัยให้นอนโรงพยาบาลและรักษาด้วยยา รวมถึงติดตามการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ ซึ่งมีการรอคอยค่อนข้างนาน จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ประกอบกับรูปแบบการให้ข้อมูลแบบปากเปล่าแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ ไม่มีการใช้สื่อรูปภาพประกอบ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค NSTEMI อย่างชัดเจน นอกจากนี้โรงพยาบาลยังไม่มีระบบติดตามผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกเป็นรายบุคคล มีเพียงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังพยาบาลเยี่ยมบ้านเท่านั้น และโรค NSTEMI ในผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาหายขาดได้ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับการรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น¹³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI โดยมีครอบครัว

เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีระยะการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนหลัก คือ (1) ระยะรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ (2) ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ (3) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล รวมถึงทำการติดตามอาการและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรค NSTEMI ได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองอย่างเพียงพอ ลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยลง และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษาจริง นำไปสู่การตัดสินใจและเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยต่าง ๆ ได้

คำถามการวิจัย

ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมและด้านต่าง ๆ แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI

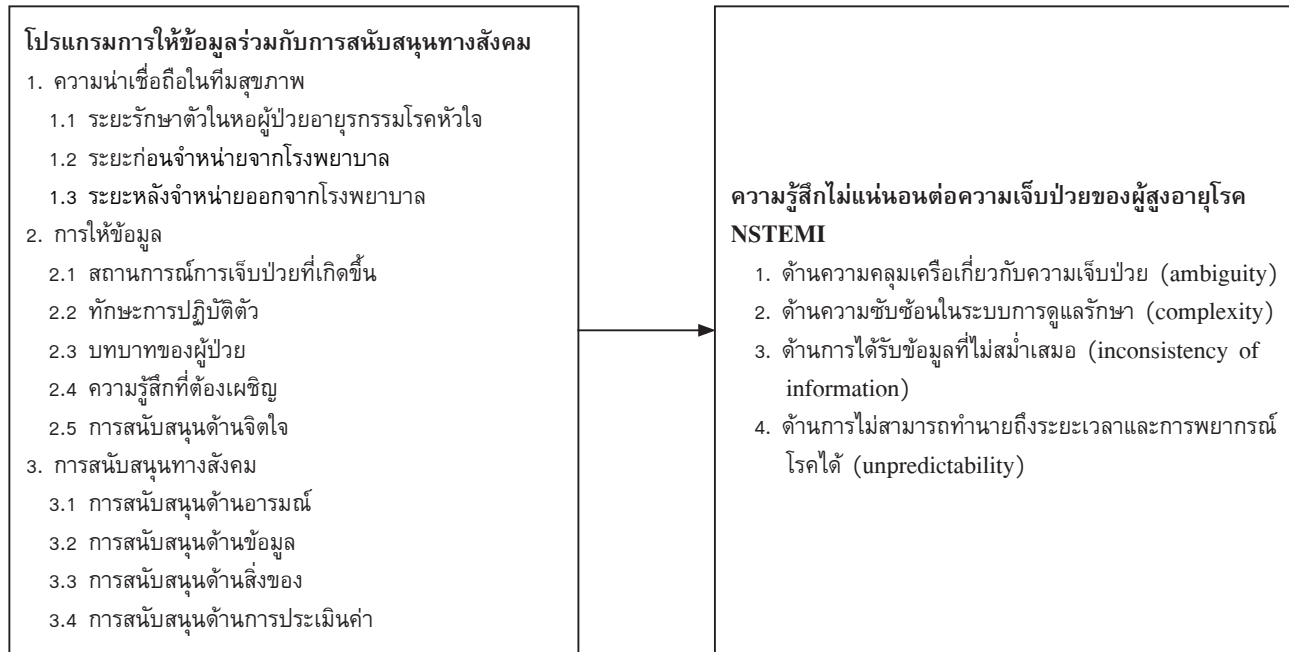
รูปแบบการศึกษา

สมมติฐาน

คะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของ Mishel⁸ ซึ่งได้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยไว้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) 2) ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา (complexity) 3) ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ (inconsistency of information) และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ (unpredictability) โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย คือ (1) ความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพการให้ข้อมูลโดยพยาบาลเป็นรายบุคคลและการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (2) การให้ข้อมูล โดยข้อมูลที่ให้ประกอบด้วย 1) สถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) ทักษะการปฏิบัติตัว 3) บทบาทของผู้ป่วย 4) ความรู้สึกที่ต้องเผชิญ และ 5) การสนับสนุนด้านจิตใจ¹⁴ และ (3) การสนับสนุนทางสังคมจากแนวคิดของ House¹⁵ ซึ่งมีการสนับสนุนผู้ป่วย 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ซึ่งปัจจัยข้างต้นสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยได้ มีระยะการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนหลัก (1) ระยะรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ (2) ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ (3) ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล และทำการติดตามอาการและข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรค NSTEMI เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าป่วยเป็นโรค NSTEMI เป็นผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และผู้ป่วยนอกของคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมหัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งมีผู้ดูแลหลักเป็นญาติในครอบครัว

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1) ผู้ป่วยสูงอายุมีความรุนแรงของโรคหัวใจตามสมาคมโรคหัวใจและหลอดเลือดนิวยอร์กไม่เกินระดับ 2 (New York Heart Association

(NYHA): FC 1-2)¹⁶ 2) ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการของโรคหัวใจที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติใด ๆ ได้แก่ สัญญาณชีพปกติไม่มีใจสั่น ไม่มีแน่นหน้าอก และไม่มีเหนื่อยหอบ เป็นต้น 3) ผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารเข้าใจ 4) ผู้ป่วยสูงอายุอาศัยอยู่ด้วยครอบครัว มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้ดูแลผู้อื่น และ 5) ญาติผู้ดูแลสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power version 3.1.9.4 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) คือ .60 อ้างอิงจากงานวิจัยของ Kongkal¹⁷ ซึ่งได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 24 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการวิจัย¹⁸ จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ในระหว่างทำการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาก่อนการวิจัยสิ้นสุดจำนวน 2 ราย เนื่องจากไม่มาพบแพทย์ตามนัดในสัปดาห์ประเมินผล เหลือกลุ่มตัวอย่างที่ยู่จนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย 27 ราย

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ รหัสโครงการ REC-HY IRB: protocol NO.4/2563 (full board review) เมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2562 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้แก่ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงขั้นตอนต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยมีอิสระในการเข้าร่วมและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ผู้ป่วยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ อย่างไรก็ตามการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจัดเป็นความลับด้วยการลงรหัส และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถูกเก็บไว้ในสถานที่ปลอดภัยเป็นระยะเวลา 2 ปี หลังจากนั้นจึงทำลายทิ้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

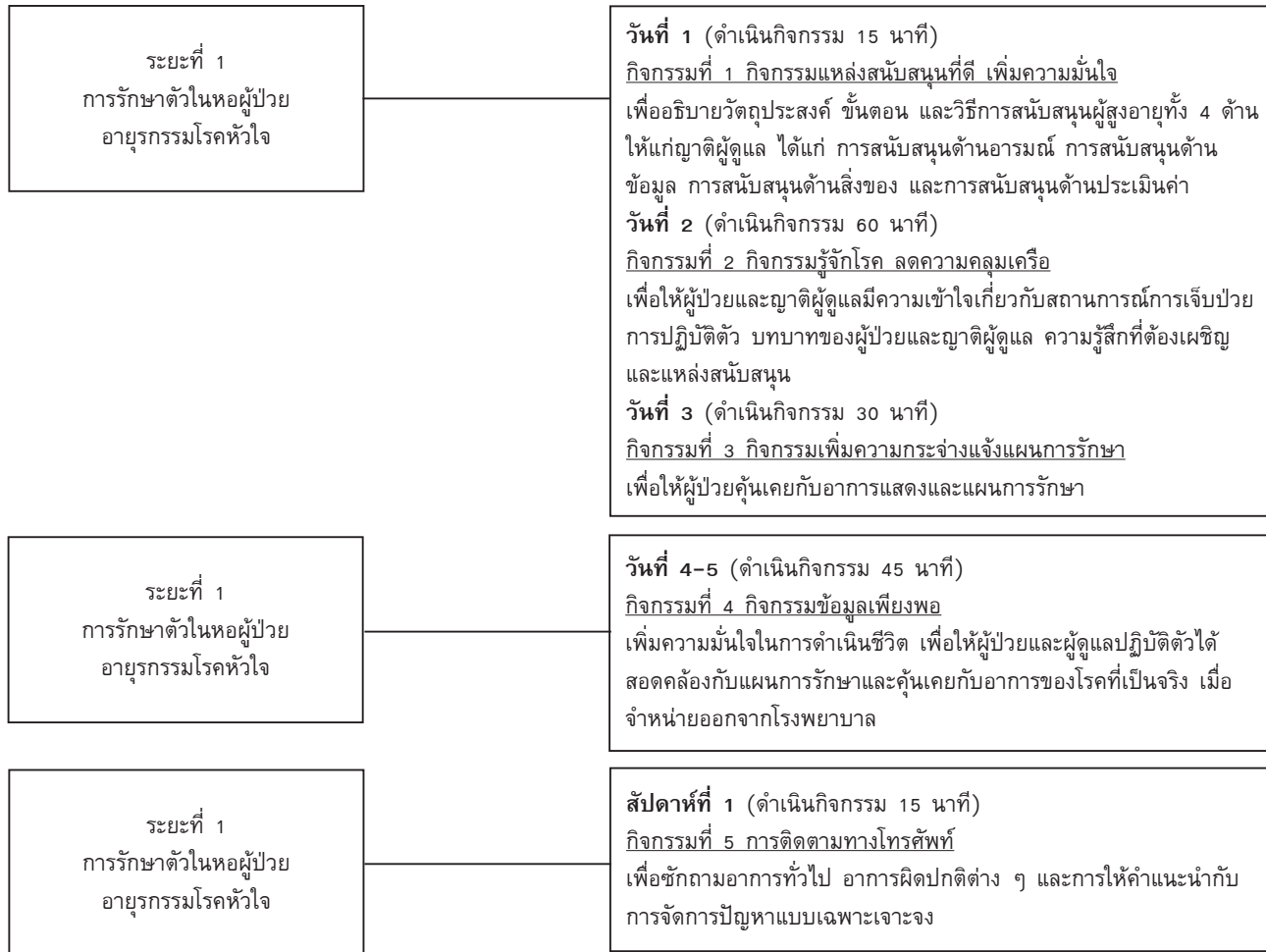
1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว พร้อมทั้งเรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ การชี้แนะ และสร้างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรค NSTEMI สำหรับญาติผู้ดูแล ได้แก่ แผนการสอน แผ่นพลิก และการดูรูปอาหารที่ใช้ในการทดลอง ขณะเดียวกันหลังจากได้รับอนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อแนะนำตัว

และชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงขอความร่วมมือในการค้นหากลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ราย เป็นพยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม ความหมายของข้อคำถามแต่ละข้อ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล วิธีการลงบันทึกข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากพบข้อบกพร่องในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะเป็นผู้ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยด้วยตนเองเพื่อปรับปรุงในการเก็บข้อมูล ซึ่งในทุกขั้นตอนของการให้โปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในการให้โปรแกรม และผู้วิจัยเองไม่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนในการ

2.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพูดคุย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิในการร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรค NSTEMI และญาติผู้ดูแลทราบเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยผู้ช่วยวิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย และสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย (pre-test) ในวันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการทดลองตามเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 วัน และติดตามผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์ที่ 1 และประเมินผลโดยการตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย (post-test) ในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะตรงกับวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ



ภาพ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล และการดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI มีสื่อการสอน ดังนี้

1) แผ่นพลิกเรื่องโรค NSTEMI มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรค สาเหตุ พยาธิสรีรภาพ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวขณะรักษาในโรงพยาบาล และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2) สื่อประกอบการสอนจริง ได้แก่ ยาเม็ดของผู้ป่วย ยาฉีดของผู้ป่วย และการ์ตูนอาหาร

นอกจากนี้ยังมีคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรค NSTEMI สำหรับญาติผู้ดูแล โดยเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ อาการแสดง การตรวจวินิจฉัย การรักษา การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยจัดทำเป็นรูปเล่มกะทัดรัด สะดวกในการพกพา เนื้อหากระชับ เข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติตามได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา รายได้ในครอบครัวต่อเดือน สิทธิในการรักษา เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรค และประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหัวใจหรือไม่

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ใช้แบบสอบถามของ Suwannaphan¹⁹ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ การแปลผลค่าคะแนน 33-165 คะแนน มีคำถามเชิงบวก 10 ข้อ (ข้อที่ 6, 7, 10, 12, 21, 25, 27, 28, 30, 33) และเป็นคำถามเชิงลบ 23 ข้อ (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 26, 29, 31, 32) แบ่งความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยเป็น 4 ด้าน

(1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 3, 4, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26

(2) ความซับซ้อนในระบบการดูแลสุขภาพ (complexity) ประกอบด้วย คำถามข้อที่ 6, 7, 10, 28, 31, 32, 33

(3) การได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ ข้อมูลเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ชัดเจน (inconsistency of information) ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1, 2, 5, 11, 19, 22, 29

(4) การไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 12, 21, 25, 27, 30

ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) มี 5 อันดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ความหมายทั้งทางบวก (คะแนน 5-1) และทางลบ (คะแนน 1-5) ข้อคำถามทางบวกเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยน้อย มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละระดับ¹⁹ มีดังนี้

คะแนน 33-76 มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยระดับต่ำ

คะแนน 77-120 มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยระดับปานกลาง

คะแนน 121-165 มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยระดับสูง

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI)²⁰ ส่วนที่ 1 โดยการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้น

ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ และนำเครื่องมือนี้ทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรค NSTEMI จำนวน 3 ราย พบว่าทั้ง 3 ราย ลงความเห็นว่าเครื่องมือเข้าใจง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้ และได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือของส่วนที่ 2 โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรค NSTEMI ที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ทำการวิเคราะห์ความเที่ยง โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)²⁰ เท่ากับ เท่ากับ .72

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม 2 สัปดาห์ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro Wilk test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ($p > .05$)²¹ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05²²

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.85 มีอายุเฉลี่ย 68.70 ปี (SD = 7.59) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.37 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.78 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.37 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.15 ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 88.89 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 77.78 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 55.56 สิทธิในการรักษาเป็นสิทธิบัตรทองมากที่สุด ร้อยละ 77.78 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค AMI ร้อยละ 88.89 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 85.19 โดยเป็นโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 33.33) ความดันโลหิตสูง จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 66.67) เบาหวาน จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 18.52) โรคไตเรื้อรัง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 18.52) มีสมรรถภาพหัวใจระดับ 2 ร้อยละ 74.07 และไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 59.26 ญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 39.04 ปี (SD = 9.67) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.37 จบการศึกษาระดับมัธยม และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 40.74 สถานภาพสมรส ร้อยละ 85.19 ประกอบอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม ร้อยละ 59.26 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร ร้อยละ 70.37

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยหลังการทดลองมีระดับต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญ ($t = 16.41, p = .000$) เช่นเดียวกับคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยรายด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลสุขภาพ ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ พบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เมื่อทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t = 20.44, 9.74, 14.93, p = .000$ และ $2.15, p = .041$ ตามลำดับ) (ตาราง 1)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม (N = 27)

ความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย	ก่อน				หลัง				t	p
	range	M	SD	ระดับ	range	M	SD	ระดับ		
คะแนนโดยรวม	86-119	108.40	7.59	ปานกลาง	79-86	82.20	1.85	ปานกลาง	16.41	.000
คะแนนรายด้าน										
- ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	41-54	48.90	3.46		32-39	34.80	1.94		20.44	.000
- ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลสุขภาพ	17-28	22.60	2.30		16-20	17.90	0.69		9.74	.000
- ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ	17-28	23.10	3.08		13-15	14.00	0.48		14.93	.000
- ด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้	11-20	16.90	2.34		13-18	15.90	1.25		2.15	.041

การอภิปรายผลการวิจัย

การให้ข้อมูลที่ถูกต้องถือเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพและลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย¹⁴ เช่นเดียวกับแนวคิดของ House¹⁵ ร่วมกับทฤษฎีของ Mishel⁹ ที่การสนับสนุนทางสังคมโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ สามารถทำให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยได้ จากการวิจัยนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย โดยให้ความรู้ผ่านกิจกรรมการให้ข้อมูล มีสื่อเป็นแผ่นพลิกเกี่ยวกับโรค NSTEMI ประกอบกับมีสื่อประกอบการสอนจริง โดยใช้ยาจริงของผู้ป่วยซึ่งมีการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งไม่เป็นทางการ ได้แก่

ครอบครัว เป็นญาติผู้ดูแลหลัก มีหน้าที่สนับสนุนด้านอารมณ์และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ระหว่าง 86-119 คะแนน ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนระดับปานกลาง¹⁹ ส่วนหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 79-86 คะแนน ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน¹⁹ แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนใน

การเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างลดลงจาก 108.40 เป็น 82.20 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 16.41, p = .000$) สำหรับรายด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ พบว่าคะแนนในแต่ละด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน โดยเฉพาะด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอจากคะแนนด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอของกลุ่มตัวอย่างนี้ มีสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยลดลงหลังจากได้รับโปรแกรมฯ จาก 23.10 เหลือเพียง 14 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 14.93, p = .000$) อาจเป็นเพราะการดูแลเบื้องต้นของโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรค NSTEMI เป็นการให้ความรู้ด้วยปากเปล่า ไม่มีการติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุจึงอาจลืมหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยได้รับโปรแกรมฯ จึงทำให้มีคะแนนการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอลดลงสูงกว่าคะแนนด้านอื่น ๆ ซึ่งอาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต นอกจากนี้จากการประเมินผลภายหลังการสอนโดยการซักถามผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พบว่าพอใจกับกิจกรรมที่ได้รับ เนื่องจากไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน และการได้ลงฝึกเรื่องต่าง ๆ ช่วยให้เข้าใจการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคนี้ได้มากขึ้น เช่น การฝึกจับและนับชีพจร การฝึกเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การทำความรู้จักกับอาการเจ็บหน้าอก และจัดการเมื่อมีอาการ ซึ่งช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับโรคได้เป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Khantichaitorn¹¹ ที่ทำการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค AMI ก่อนตรวจสวนหัวใจพบว่าผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนฯ ได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yuyen, Toskulkao and Leelahakul²³ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยได้ อย่างไรก็ตามอาจมีปัจจัยจากการได้รับความรู้จากผู้ป่วยโรคเดียวกัน และคำแนะนำบางส่วนจากแพทย์/พยาบาลในการพยาบาลตามปกติร่วมด้วย

การสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งสนับสนุนไม่เป็นการ ได้แก่ ครอบครัว¹⁵ โดยเฉพาะบุตร ร้อยละ 70.40 เป็นแหล่งสนับสนุนหลักของผู้สูงอายุ¹⁰ ผู้วิจัยจึงให้การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวเข้ามามีส่วนร่วมตลอดระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมฯ โดยต้องเป็นญาติผู้ดูแลหลักคนเดียวกันตลอดระยะเวลาการรับโปรแกรมฯ ซึ่งทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน และวิธีการสนับสนุนผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฐานกำลังใจที่สำคัญและสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามแนวทางการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องสามารถประเมิน/ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยได้และมีความรู้ที่ทันสมัยตามแนวเวชปฏิบัติในการรักษาที่เป็นปัจจุบัน²⁴ เป็นไปตามการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผลการวิจัย พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ แม้ผู้ป่วยมีสัดส่วนของคะแนนเฉลี่ยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลงจาก 48.90 เหลือ 34.80 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 20.44, p = .000$) และสัดส่วนของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกของด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษาลดลงจาก 22.60 เหลือ 17.90 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 9.74, p = .000$) แต่ในสัดส่วนของคะแนนเฉลี่ยด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้กลับลดลงจาก 16.90 เหลือ 15.90 อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 2.15, p = .041$) สอดคล้องกับผลการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและทำการติดตามต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยพบปัญหาหลัก คือ ผู้สูงอายุยังคงมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย ในด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของโรค โดยกลัวการเกิดอาการซ้ำ กลัวตาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าโรค NSTEMI มีอาการแสดงที่ไม่แน่นอน แต่ละบุคคลแสดงอาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ซึ่งผู้ป่วยอาจรู้สึกถึงความผิดปกติที่รุนแรงได้ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยทำนายผลลัพธ์ของโรค ผันผวน⁵ รวมถึงอาจเนื่องมาจากความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคลไม่เท่ากัน ดังนั้นรูปแบบการให้ความรู้ควรเป็นรายบุคคลและต่อเนื่องเป็นประจำ อาจทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น เพื่อเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sanprasan, Wattradul and Suthipong²⁵ พบว่าผู้สูงอายุโรคหัวใจที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีผ่านสายสวนและญาติผู้ดูแล หลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาภายในระยะแรกและอาจมีการสวนหลอดเลือดหัวใจในภายหลังเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน การศึกษานี้จึงอาจไม่ได้ครอบคลุมไปถึงกลุ่มผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาโดยการสวนหลอดเลือดหัวใจโดยทันที และการศึกษาเป็นแบบชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง ซึ่งยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การได้รับความรู้จากผู้ป่วยโรคเดียวกัน และคำแนะนำบางส่วนจากแพทย์/พยาบาลในการพยาบาลตามปกติ ที่ไม่ได้ทำการศึกษา และอาจเป็นปัจจัยกวนในการศึกษาครั้งนี้

สรุป

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรค NSTEMI โดยรวมลดลง และเมื่อพิจารณารายด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความซับซ้อนในระบบการดูแลรักษา ด้านการได้รับข้อมูลที่ไม่สม่ำเสมอ และด้านการไม่สามารถทำนายถึงระยะเวลาและการพยากรณ์โรคได้ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงเช่นกัน

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย/การรักษาแก่ผู้สูงอายุโรค NSTEMI และญาติผู้ดูแล ผ่านการใช้แผ่นพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรค NSTEMI โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจความหมายของการเจ็บป่วยได้ชัดเจน ได้รับข้อมูลเพียงพอ โดยเฉพาะด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของโรคเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ อย่างไรก็ตามเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลควรติดตามอาการและให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง
2. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลสำหรับการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุโรค NSTEMI สำหรับการสนับสนุนด้านอื่น ๆ
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอบรมพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุโรค NSTEMI ในด้านการลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านสิ่งของ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่าให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

นักวิจัยทุกคนได้มีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัย รวมทั้งได้ร่วมกันปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ บุคลากรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจและประจำคลินิกเฉพาะทางอายุรกรรมโรคหัวใจ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่ให้ความกรุณาในการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Mechanic OJ, Gavin M, Grossman SA. Acute myocardial infarction. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
2. Sato K, Takahashi J, Hao K, et al. Temporal trends in the prevalence and outcomes of geriatric patients with acute myocardial infarction in Japan-A report from the Miyagi AMI Registry Study. J Cardiol. 2020; 75(5): 465-72. doi: 10.1016/j.jjcc.2019.10.006.
3. Drug and Medical Supply Information Center, Ministry of Public Health. Epidemiology division: Public health statistics A.D.2018 [Internet]. Nonthaburi: Drug and Medical Supply Information Center, Ministry of Public Health; 2018 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/>
4. Fogoros RN. Non-ST-segment myocardial infarction overview [Internet]. New York: Dotdash Meredith; 2022 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://www.verywellhealth.com/non-st-segment-elevation-myocardial-infarction-nstemi-1746017>
5. Likittanasombat K. Thai acute coronary syndromes guidelines 2020. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King; 2020. Thai.
6. Sitthisook S. Thai acute coronary syndromes guidelines 2014, revised edition 2 nd ed. Bangkok: The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M.; 2014.
7. Basit H, Malik A, Huecker MR. Non-ST-segment elevation myocardial infarction. Treasure Island (FL): StatPearls; 2022.
8. Mishel MH. Uncertainty in illness. In: Zuccarini M, Connor MO, editors. Middle range theory for nursing. 3 th ed. New York: Springer; 2014.
9. Chappell N, Funk L. Social support, caregiving, and aging. Can J Aging. 2011; 30(3): 355-70.

10. Kanchanakijisaku C. Family participation in supporting drug use for Thai elderly with chronic diseases. *JHS*. 2016; 25(2): 192-203. Thai.
11. Khantichaitorn W, Deelerpipatkul N, Saengrujee J, et al. The effects of educational program with emotional support on uncertainty of illness in acute coronary syndrome patients before undergone percutaneous coronary intervention. *vnj*. 2020; 22(1): 15-32. Thai.
12. Semapeth J, Senarak W. The effect of social support program on self-care behavior of acute coronary syndrome patients. *J Nurs Healthc*. 2014; 32(2): 131-40. Thai.
13. Sriwirun A, Sumngern C, Somanusorn S. Predictive factors of hope among the elderly with coronary artery disease. *JPNC*. 2018; 29(1): 101-12. Thai.
14. Sansudin N. Patients' information needs in perioperative care: Perception of patients and nurses at the Hospital of University Science Malaysia. [master's thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2005. 139 p.
15. House JS, editor. *Work stress and social support*. Reading Mass: Addison-Wesley; 1981.
16. The Joint Commission. *Specifications manual for joint commission national quality measures (v2018A)* [internet]. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; 2018 [cited 2022 Dec 22]. Available from: <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2018A/DataElem0439.html>
17. Kongkal P. Family support, nutritional behaviors and nutritional status in older adults with obstructive pulmonary disease. [master's thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University; 2008. 113 p.
18. Kulkrissada K. Effects of health promotion program on knowledge, behaviors, and body weight among early adolescents. *JHRI*. 2022; 5(2): 63-75. Thai.
19. Suwannaphan D. The result of unconscious information and perception of feelings is not. Of course, in the illness of patients treated with cardiovascular dilatation. [master's thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2001. 81 p.
20. Pattanasombutsook M. Validation of nursing research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *SC-NET*. 2021; 8(2): 189-204.
21. Meejang S. *Advanced statistical analysis: Theory and practice*. Bangkok: Chulalongkorn University printing house; 2014.
22. Kaiyawan Y. *Multivariate statistical analysis for research (2 nd ed.)*. Bangkok: Chulalongkorn University printing house; 2014.
23. Yuyen L, Toskulkao T, Leelahakul V. The effect of informational and emotional support program on uncertainty in illness of coronary artery disease patients undergoing cardiac catheterization. *CUTJ*. 2016; 22(2): 237-46. Thai.
24. Prateepmanowong J. Nursing care for older persons with Non-ST elevation acute coronary syndrome. *TRC Nurs J*. 2021; 14(1): 66-81. Thai.
25. Sanprasan P, Wattradul D, Suthipong N. Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): Perspective of elderly patients with ischemic heart disease and caregivers. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs*. 2017; 28(1): 142-53. Thai.