



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและ
ความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและ
ความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ"

ของ ศุภกิจ เครือกลัด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงพร ปิยะคง)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์)

..... กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยา สันตยากร)

อนุมัติ

.....
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อ ความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ผู้วิจัย	ศุภกิจ เครือกลัด
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ
กรรมการที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัย นเรศวร, 2564
คำสำคัญ	การสนับสนุนทางสังคม, การตรวจสอบหัวใจ, ความวิตกกังวล, ความ พร้อม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งสิ้น 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย และกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ 25 ราย เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) แบบประเมินความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และแบบประเมินความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมิน เท่ากับ 1.00 และ 0.96 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของแบบประเมิน เท่ากับ 0.96 และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติหาค่าความถี่ ร้อยละ สถิติไคสแควร์ สถิติฟีชเชอร์ สถิติการทดสอบค่าที่คู่ และสถิติการทดสอบค่าทีอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจได้



Title	EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT BEFORE CARDIAC CATHETERIZATION PROGRAM ON ANXIETY AND READINESS AMONG PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE
Author	SUPHAKIT KRUEAKLAT
Advisor	Associate Professor Dr. Chommanard Wannapornsiri
Co-Advisor	Assistant Professor Dr. Somluk Tepsuriyanont Assistant Professor Pongpun Jittham, M.D.
Academic Paper	M.N.S. Thesis in Adult Nursing, Naresuan University, 2021
Keywords	Social Support, Cardiac Catheterization, Anxiety, Readiness

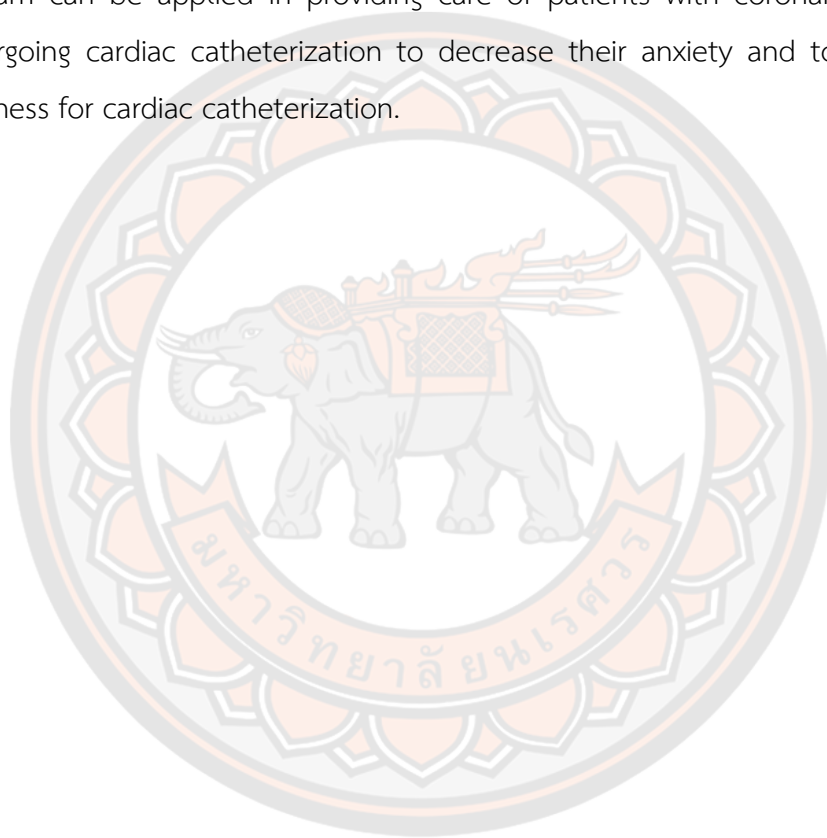
ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of social support before cardiac catheterization program on anxiety and readiness among patients with coronary artery disease. The sample were patients with coronary heart disease undergoing cardiac catheterization who were admitted to the Cardiology Ward at Naresuan University Hospital, Phitsanulok, Thailand. A total of 50 patients were recruited, 25 patients were assigned into the control group, who received routine nursing care, and 25 patients were assigned into the experimental group, who received the social support before cardiac catheterization program. The research instruments were the social support before cardiac catheterization program for patients with coronary heart disease based on the social support theory (House, 1981), anxiety assessment form for cardiac catheterization and readiness assessment form for cardiac catheterization. These were content validated by three experts. The content validity index of the anxiety assessment form and the readiness assessment form was 1.00 and 0.96 respectively. The reliability of the anxiety assessment form and the readiness assessment form was 0.96 and 0.82 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, chi-square test, fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test.

The findings showed that the patients' anxiety in the intervention group after receiving the Social Support Before Cardiac Catheterization Program was significantly

lesser than before receiving the program ($p < .001$) and less than those in the control group ($p < .001$); 2) The patients' readiness in the intervention group after receiving the Social Support Before Cardiac Catheterization Program was significantly higher than before receiving the program ($p < .001$) and higher than those in the control group ($p < .001$).

The research showed that the Social Support Before Cardiac Catheterization Program can be applied in providing care of patients with coronary heart disease undergoing cardiac catheterization to decrease their anxiety and to promote their readiness for cardiac catheterization.



ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ชมนาด วรณพรศิริ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศส่วเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการวิทยานิพนธ์อันประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณประธานคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์นำไปปรับปรุง ให้วิทยานิพนธ์สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและฝ่ายบริหารทางการแพทย์ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่ได้อบรม สั่งสอน วิชาความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียนที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจที่เต็มมาตลอด จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัยที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

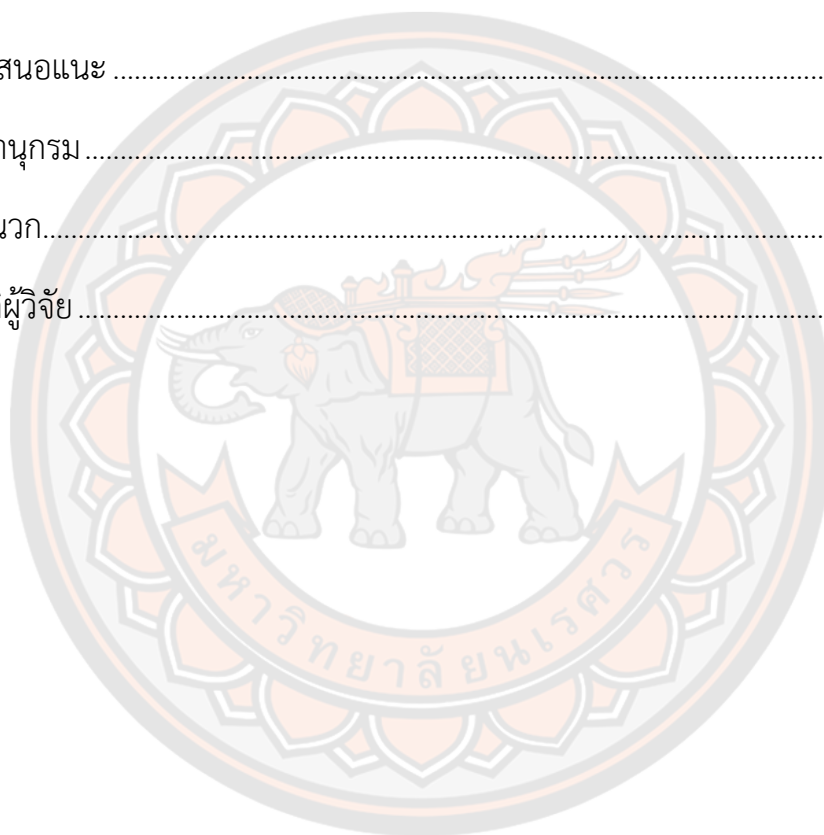
คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแต่ผู้มิพระคุณทุกๆ ท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease).....	8
การตรวจสวนหัวใจ.....	20
บริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร.....	25
ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม.....	27

แนวคิดความวิตกกังวล.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดของงานวิจัย.....	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	70
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ.....	73
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ.....	73
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	74

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่ม ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	74
บทที่ 5 บทสรุป.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
อภิปรายผล	77
ข้อเสนอแนะ	81
บรรณานุกรม.....	83
ภาคผนวก.....	92
ประวัติผู้วิจัย	137



สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์	71
ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ (n=25) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test).....	73
ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ (n=25) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test).....	73
ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=50) โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)..	74
ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=50) โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	75

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	58
ภาพ 2 รูปแบบการวิจัย	59



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease, CAD) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 7.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (สุนัน สุตดี, เสาวนีย์ เนาพานิช และศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2557) ในประเทศไทย มีรายงานจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี 2554 – 2558 อัตราต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 412.70, 427.53, 431.91, 407.70 และ 501.13 ตามลำดับ และอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2555 – 2559 อัตราต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 23.4, 26.9, 27.8, 29.9 และ 32.3 ตามลำดับ (ณัฐฉัตร พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศ และสรารุณรัตน์ ลัทธิต, 2561) จากข้อมูลทั้งการป่วยและตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงมีความรุนแรง เพราะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในปี 2557 เฉลี่ยสูงถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากร เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มีผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (ณัฐฉัตร พันธ์มุง และคณะ, 2561)

โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากหลอดเลือดมีการตีบแคบลงหรือมีการอุดตัน ส่งผลให้เลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอันนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือเสียชีวิตกะทันหันได้ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจมีหลายวิธี การตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นวิธีที่เป็นมาตรฐานวิธีหนึ่ง โดยการใช้ท่อสายสวนหัวใจสวนเข้าเส้นเลือดขนาดใหญ่บริเวณข้อมือ (Radial artery) หรือ ขาหนีบ (Femoral artery) หรือแขน (Brachial artery) สายสวนจะค่อย ๆ ถูกใส่และเคลื่อนไปตามหลอดเลือดเพื่อไปยังหัวใจ เพื่อตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ลิ้นหัวใจ หรือกล้ามเนื้อหัวใจ โดยจะมีการฉีดสี รวมไปถึงการถ่ายภาพเพื่อประเมินส่วนต่าง ๆ ของระบบนี้ (อภิชาติ สุคนธรรพ์ และศรีณย์ ควรประเสริฐ, 2558; Kern, Sorajj, & Lim, 2016) การตรวจสวนหัวใจนอกจากจะสามารถระบุตำแหน่งหลอดเลือดที่พบการตีบหรือตัน (โดยการฉีดสี หรือที่เรียกว่า Angiogram) ยังสามารถตัดชิ้นเนื้อหัวใจไปตรวจ (Biopsy) ประเมินการเต้นของหัวใจ วัดความดัน และระดับออกซิเจนภายในหัวใจและปอด นอกจากนี้ยังสามารถวินิจฉัยความผิดปกติของหัวใจหรือ

ความผิดปกติของลิ้นหัวใจได้ (อภิชาติ สุขนครสรรพ และศรีณย์ ควรประเสริฐ, 2558; Kern et al., 2016)

การตรวจสวนหัวใจ ถึงแม้เป็นวิธีที่เป็นมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่พบว่าทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลต่อการตรวจได้ เนื่องจากขณะตรวจสวนหัวใจผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลา (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.8 (ขวัญเมือง สอนดา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, คณิตินิจ พงศ์ถาวรภมร, และไพบูลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, 2558) ซึ่งสาเหตุของความวิตกกังวลอาจเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การคาดคะเนในทางลบเนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการตรวจ ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมเกี่ยวกับการตรวจ ไม่สามารถจดจำรายละเอียดที่เคยได้รับข้อมูลเมื่อนานมาแล้วได้ หรือ การได้รับข้อมูลที่แตกต่างกันไป เช่น การอธิบายเพียงสั้น ๆ การใช้สื่อที่ไม่สะท้อนถึงบริบทจริงขณะตรวจสวนหัวใจ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความรู้สึกขณะทำการตรวจสวนหัวใจ (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561; ตารณี ไตรวรกุล และรัตนใจ เสาร์ดี, 2561) และการไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมในห้องตรวจสวนหัวใจมีลักษณะต่างจากหอผู้ป่วยที่เคยอยู่ เช่น การแต่งกายของแพทย์และพยาบาลต่างจากที่เคยพบ มีการสวมหมวกคลุมผม มีผ้าปิดจมูกและปาก สภาพห้องที่เต็มไปด้วยอุปกรณ์และเครื่องมือ การทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ใหม่ เป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (ละม้าย อยู่เย็น, 2559)

ความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิด ความจำรวมถึงการรับรู้ โดยส่งผลต่อด้านร่างกาย ทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ ซึ่งส่งผลโดยตรงกับระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีการหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อึดอัด แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ส่งผลต่อด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย โกรธง่าย รู้สึกตัวเองไม่มีค่า หวาดหวั่น เป็นต้น ส่งผลต่อความคิด ความจำและการรับรู้ เช่น สมอง่าย ครุ่นคิด หมกมุ่น การคิดและการใช้ภาษาที่ผิดพลาด การตัดสินใจไม่ดี ไม่ค่อยมีสมาธิ ความสนใจลดลง เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) นอกจากนี้ความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ยังมีผลต่อความร่วมมือขณะทำการหัตถการ (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561) อาจเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ผลที่ตามมาคือ การรักษาไม่เป็นไปตามแผน ทำให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (พิราวรรณ โต่งจันทร์, อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์, 2558) จากการศึกษาถึง ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ เป็นการประเมินตรวจก่อนเลือดใต้ผิวหนัง ตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.05 และความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 2.10 (พิราวรรณ โต่งจันทร์

และคณะ, 2558) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยวิธีการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจทั้งก่อน ขณะ และหลังการตรวจสวนหัวใจ (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, และณทฤทัย นฤมานโกคิน, 2562)

ความพร้อม หมายถึง สภาวะที่บุคคลพร้อมทั้งวุฒิภาวะทางร่างกาย จิตใจ ประสบการณ์ และอารมณ์ ที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ (จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ, 2560) ความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ จึงหมายถึงเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อม เพื่อให้การตรวจสวนหัวใจสำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพ จะมีประโยชน์กับผู้ป่วยโดยลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กาญจนา ผลเพิ่มพูนทวี, 2555) ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยขาดความพร้อมจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วยและองค์กรได้เช่นกัน เนื่องจากอาจต้องมีการเลื่อนตรวจ และต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำ หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในขณะที่ หรือหลังตรวจสวนหัวใจทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น เพื่อให้การตรวจสวนหัวใจสำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยจึงควรมีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่จะรับการตรวจสวนหัวใจ ซึ่งเป็นการใส่อุปกรณ์เข้าไปในร่างกาย (invasive procedure) ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจได้ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ และคณะ, 2562) โดยมีเวลาในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจขณะพักอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 1-2 วัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจ, 2557) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านจิตใจที่จะต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม เพื่อช่วยลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ รวมถึงความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (จาเนียร พัฒนจักร และคณะ, 2562) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก เป็นศูนย์โรคหัวใจภาคเหนือตอนล่างให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยหอผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจเฉลี่ย 20-30 รายต่อเดือน ดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจสวนหัวใจโดยการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนตรวจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และดูแลผู้ป่วยระยะหลังตรวจสวนหัวใจโดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการตรวจ โดยระหว่างเดือน ตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2562 พบว่า มีผู้ป่วยที่เลื่อนหรืองดทำการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 2 ราย และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ ได้แก่ ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังจำนวน 20 ราย และมีเลือดออกซ้ำจำนวน 19 ราย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้พบได้บ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังทำการตรวจสวนหัวใจ (สถิติหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562) ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ จาก

การสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมักจะถามการปฏิบัติตัวกับเจ้าหน้าที่เสมอ ๆ มีใบหน้าที่เคร่งเครียด นอนไม่หลับ ซึ่งบ่งบอกถึงความไม่พร้อมของผู้ป่วย อาจเป็นผลมาจากการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ก่อนตรวจสอบหัวใจเพียง 1 วัน ก่อนเข้ารับการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยมีเวลาจำกัดในการจดจำข้อมูล รวมถึงข้อมูลที่ได้รับเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ กระทำโดยประสบการณ์ ทักษะ และองค์ความรู้ของพยาบาลแต่ละคน และยังขาดการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการประเมินค่า ที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะสามารถบรรเทาความวิตกกังวล และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการตรวจสอบหัวใจ (เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555)

สอดคล้องกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวถึงการที่บุคคลควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ และด้านการประเมินค่า หากได้รับสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รับรู้ถึงควมมีคุณค่า รู้สึกว่าได้รับการดูแล จะส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านสรีระวิทยาและจิตใจ ส่งเสริมให้มีอารมณ์ทางบวก รวมถึงกระตุ้นพฤติกรรมทางบวกด้วย (House, 1981) การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวล รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวล มีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง และสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤต (นงคันทูช ณะแก้ว, 2560) และมีความพร้อมสามารถเผชิญปัญหาต่างได้ดี (เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557; อรทัย บุญชวงค์, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสอบหัวใจและหลอดเลือดได้ (สุมนทล หมูจุน, 2555) โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เชื่อถือ ไว้วางใจบุคคล และรู้สึกผ่อนคลายขึ้น (นงคันทูช ณะแก้ว, 2560) การสนับสนุนด้านข้อมูล ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจ สามารถแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ ลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย (นงคันทูช ณะแก้ว, 2560; อกนิษฐ์ เลศักดิ์ และพิกุล นันทชัยพันธ์, 2558; ดารณี ไตรวรกุล และรัตนา ใจเสาร์ดี, 2561; จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561) และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อม (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของที่จำเป็น โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา รวมถึงการให้บริการตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัด สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย (นงคันทูช ณะแก้ว, 2560) และการส่งเสริมการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมตนเองกับพฤติกรรมของผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้น (เสาวนีย์ ชนะพาล, 2558)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการลดความวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ พบว่า มีการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ (ดารณี โทวรกุล และรัตนใจเสารัตติ, 2561) การให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสวนหัวใจ (พิราวรรณ โด่งจันทร์ และคณะ, 2558; ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2559) การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561) และการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการให้ความรู้และข้อมูล (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2557) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนเพียงด้านข้อมูล ยังไม่มีการนำการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่น ๆ มาเพื่อลดความวิตกกังวลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ เพื่อลดความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ

คำถามการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ก่อนการตรวจสวนหัวใจหรือไม่
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่
4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ก่อนการตรวจสอบหัวใจ

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความสำคัญของการวิจัย

ได้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนตรวจสอบหัวใจไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวลและมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากการตรวจสอบหัวใจ และสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการอื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจสอบหัวใจที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จำนวน 50 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ

ความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่สบายใจ กังวลใจ หวาดหวั่น ตึงเครียด เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนจากการตรวจสวนหัวใจทั้งก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังตรวจสวนหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการเตรียมตัวในการที่จะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ เพื่อให้การตรวจสวนหัวใจสำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ประเมินได้จากแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ หมายถึง ชุดของกิจกรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) โดยสร้างสัมพันธภาพ ดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ รับฟังความคิดเห็น 2) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจสวนหัวใจ และการปฏิบัติตัวทั้งก่อน ขณะ และหลังตรวจสวนหัวใจ 3) ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) โดยการให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการตรวจสวนหัวใจ เพื่อประเมินตนเอง 4) ด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) โดยให้คู่มือเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ โดยการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวทางของหอผู้ป่วยโรคหัวใจและประสบการณ์ของพยาบาลหอผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจ
2. การตรวจสวนหัวใจ
3. บริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
4. ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
5. แนวคิดความวิตกกังวล
6. แนวคิดความพร้อม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดของงานวิจัย

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)

1. ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคหัวใจที่เกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจแคบลงหรือมีการตีบตัน โดยสาเหตุเกิดจากการที่มีไขมันเกาะที่บริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจ การไหลของเลือดที่นำพาอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงได้ไม่ดี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นเกิดการขาดเลือด และถ้าหากไขมันที่เกาะหลอดเลือดเกิดการหลุดออกสามารถลอยไปตามกระแสเลือดแล้วไปอุดตันบริเวณหลอดเลือดที่มีขนาดเล็กกว่าจนทำให้อุดตันได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลากล้ามเนื้อหัวใจจะตายไม่สามารถบีบตัวได้ตามปกติ (Cardiac dysrhythmia) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) หรือการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556; สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557)

2. สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุของการเกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคจึงขึ้นอยู่กับว่ามีปัจจัยเสี่ยงมากน้อยเพียงใด คนที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงมากโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจำแนกเป็นปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยง

ไม่ได้ และปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ ดังรายละเอียด ต่อไปนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556)

2.1 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ (Modifiable risk factor)

2.1.1 ไขมันในเลือดสูงหรือผิดปกติ ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงเกิน 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่า ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ประมาณ 5 เท่า ค่าปกติของโคเลสเตอรอล ในเลือดคือต้อง 120 ถึง 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งในที่นี้ก็คือไขมันเลว (LDL) ที่เป็นตัวการปิดกั้นหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับหัวใจ ส่วนไขมันดี (HDL) นั้นจะทำหน้าที่นำไขมันเลวออกจากเซลล์ต่าง ๆ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

2.1.2 โรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนทั่วไปถึง 5.7 เท่า เพราะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือดทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ทำให้เซลล์เยื่อภายในหลอดเลือดทำงานผิดปกติ เป็นปัจจัยทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและหนาขึ้น ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมสภาพและถูกทำลาย และมีผลต่อการปิดกั้นการไหลเวียนของเลือด จนก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตามมาได้

2.1.3 โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบมากกว่าคนปกติถึง 3.7 เท่า เพราะความดันโลหิตที่สูงจะส่งผลทำให้หัวใจทำงานหนักจนเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งอาจนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้พบว่าการรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นด้วย และโรคความดันโลหิตสูงยังมักเกิดร่วมกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวานและไขมันในเลือดสูง

2.1.4 ภาวะหลอดเลือดอุดตัน (Thrombosis) เพราะเป็นภาวะที่เลือดจับตัวกันเป็นลิ่มหรือก้อนในหลอดเลือดหรือเส้นเลือดใหญ่ หากภาวะนี้เกิดขึ้นในหลอดเลือดหัวใจก็จะทำให้หลอดเลือดตีบและขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจในการสำรองเลือดได้ จึงอาจส่งผลกระทบต่อภาวะหัวใจวาย

2.1.5 ภาวะน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ผู้ที่น้ำหนักตัวเกินพอดีหรือเกินมาตรฐาน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจและพบว่าผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้นมากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (โดยเฉพาะในผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร) เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง การปล่อยให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หรือการมีดัชนีมวลกายที่มากขึ้นจึงเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1.6 ความเครียด ตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ สภาพจิตที่โศกเศร้าเรื้อรังติดต่อกันเป็นเวลานานและยังไม่สามารถจัดการกับ

สาเหตุของความเครียดนั้นได้, ภาวะเก็บกดด้านอารมณ์, ขาดการเชื่อมสัมพันธ์และแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว, ความรู้สึกไม่เป็นมิตร และการคิดว่าตนเองมีปมด้อยเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยสภาวะความเครียดทางอารมณ์มักเป็นเหตุให้ร่างกายเพิ่มการขับ norepinephrine และ epinephrine จะส่งผลทำให้หลอดเลือดต่าง ๆ โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจบีบหดตัว ทำให้ช่องในหลอดเลือดตีบแคบลง และผลต่อ lipid metabolism ด้วย คือ ทำให้ serum lipid สูงขึ้น ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

2.1.7 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำ รวมถึงผู้ที่เคยสูบบุหรี่ติดต่อกันมาเป็นเวลานานและเพิ่งหยุดสูบได้ไม่นาน ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ และผู้ที่บริโภคยาสูบแบบไม่มีควัน (เช่น ยาเส้น ยาฉุน) เฉลี่ย 20 มวน/วัน จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 6.5 เท่า เพราะสารพิษในบุหรี่จะไปทำลายเซลล์ของหลอดเลือดโดยตรงจึงมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค เช่น สารนิโคตินเป็นตัวขัดขวางการไหลเวียนของเลือด กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้น และยังไปทำลายเยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในของหลอดเลือดแดง, ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์เป็นตัวทำลายคุณสมบัติในการเป็นพาหนะนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถจับออกซิเจนได้เท่าเวลาปกติ จึงเกิดการขาดออกซิเจน เป็นผลทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น ก๊าซไฮโดรเจนไซยาไนด์เป็นตัวทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังทำให้เกิดเลือดเกาะกันมากขึ้น ทำให้เลือดจับตัวกันเป็นลิ่มหรือก้อนได้ง่ายขึ้น ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดแดงตีบหรืออุดตันได้

2.1.8 การขาดการออกกำลังกาย เพราะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอ้วน โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือไม่ออกกำลังกายจะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เชื่อว่าสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL ลดระดับไขมัน LDL ลดโคเลสเตอรอล ลดไตรกลีเซอไรด์ และลดน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้การออกกำลังกายเพิ่มความไวต่ออินซูลินช่วยลดความดันโลหิตและลดค่าดัชนีมวลกาย

2.1.9 การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์และมีไขมันสูง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของเซลล์ต่าง ๆ ที่ร่างกายรวมทั้งของหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในผู้ที่ชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน อาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง แต่รับประทานผักและผลไม้ในแต่ละวันน้อยเกินไป ซึ่งล้วนเป็นผลที่ก่อให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.2 ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Non-modifiable risk factor)

2.2.1 อายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ชายที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 55 ปี และในผู้หญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี เพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และในอายุที่มากขึ้นผู้หญิงจะเสียชีวิตจาก Heart attack ได้เป็น 2 เท่าของผู้ชาย

2.2.2 พันธุกรรม (ประวัติคนในครอบครัว) โรคนี้พบได้สูงกว่าในคนที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ กล่าวคือ หากมีบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังรวมไปถึงผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นก่อนวัยอันควรอีกด้วย

2.2.3 เพศชาย เพราะในช่วงวัยเจริญพันธุ์จะพบโรคนี้ในผู้ชายได้มากกว่าผู้หญิง แต่หลังจากวัยหมดประจำเดือนไปแล้วทั้งผู้ชายและผู้หญิงจะมีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ใกล้เคียงกัน

2.3 สาเหตุอื่น ๆ ที่พบได้ไม่บ่อย เช่น ภาวะมีสารไขมันในปัสสาวะ (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิกรัมต่อวัน) การบาดเจ็บ ยาเสพติด (โคเคน ยาบ้า ซึ่งทำให้หลอดเลือดหัวใจหดเกร็งรุนแรง) การติดเชื้อหรือการอักเสบของหลอดเลือดหัวใจ การหดเกร็งของหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดหัวใจผิดปกติแต่กำเนิด เป็นต้น

3. พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เป็นความผิดปกติของผนังหลอดเลือดแดงที่ปัจจุบันเชื่อว่า เป็นกระบวนการของการอักเสบเรื้อรังของหลอดเลือดที่ตอบสนองต่อการบาดเจ็บ ของหลอดเลือด ซึ่งการบาดเจ็บอาจเกิดจากการเมตาบอลิซึม ปัจจัยทางกายภาพและชีวภาพ สิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยด้านพันธุกรรม กระบวนการเกิดภาวะ หลอดเลือดแดงแข็ง จะเกิดที่ ผนังชั้นใน หรือชั้นอินทิมา (intima) ของหลอดเลือดก่อนโดยการสะสมของคราบไขมัน (plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ พอกพูนขึ้นจนทำให้โพรงหลอดเลือดเกิดการตีบแคบหรือเกิดการอุดตัน ซึ่งระดับการอุดตันมีผลต่อระดับของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง แบ่งได้เป็น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial ischemia) ประกอบด้วย Stable angina และ Unstable angina และกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ซึ่งมีพยาธิสรีรวิทยา (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556) ดังนี้

เมื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง สามารถอธิบายกลไกของปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นผลมาจากการบาดเจ็บของ Endothelium มีไขมันแทรกเข้าไปในผนังชั้นในของหลอดเลือดและมีการขยาย Smooth muscle cell เข้าไปในผนังชั้นในของหลอดเลือด

เมื่อมีการบาดเจ็บของ Endothelium ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งปัจจัยที่อาจเป็นสาเหตุทำให้ Endothelium บาดเจ็บ ได้แก่ สารที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ระบบภูมิคุ้มกัน แรงกระแทก (Mechanical stress) เช่น จากการมีความดันโลหิตสูง ร่างกายจะตอบสนองต่อการบาดเจ็บโดยมีการหลั่งสารเคมี (Chemical mediators) ออกมาปกป้องบริเวณที่บาดเจ็บ คือเมื่อ Endothelium ได้รับบาดเจ็บจะมีการหลั่ง Thromboxane ออกมาเพื่อลดการบาดเจ็บโดยทำให้หลอดเลือดหดตัวเฉพาะที่ และกระตุ้นเกร็ดเลือดให้เกาะกลุ่ม (Platelet aggregation) และจะมีการกระตุ้นให้หลั่ง

Prostacyclin ตามมาทำให้หลอดเลือดขยายตัวเฉพาะที่และลดการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเพื่อคืนความสมดุลของหลอดเลือด

แต่เมื่อ Endothelium ได้รับบาดเจ็บซ้ำ ๆ กัน โพรสตาแกลนดิน (Prostacyclin) สร้างออกมาไม่เพียงพอจึงมีเกร็ดเลือดเกาะกลุ่มมากขึ้น เกล็ดเลือดและ Monocyte (Macrophage) จะหลั่ง Growth factors เข้าไปในผนังของหลอดเลือดแดง ซึ่งจะไปกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อเรียบให้ขยายตัวและแทรกเข้าไปในชั้น Intima ของหลอดเลือด เมื่อโครงสร้างของหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผนังหลอดเลือดยอมให้โคเลสเตอรอลผ่านเข้ามาในผนังของหลอดเลือดมากขึ้น การสะสมของโคเลสเตอรอล ทำให้เกิดกลุ่มไขมัน (Fatty streak) และดันเข้าไปในท่อของหลอดเลือดซึ่งจะมี เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ และ Fibrous tissue สร้างขึ้นมาคลุมกลุ่มไขมัน (Plaque) ซึ่งจะโตขึ้นเรื่อย ๆ และรุกเข้าไปในหลอดเลือดทั้งชั้นในและชั้นกลาง ทำให้มีผลต่อการหดตัวและการขยายตัวของหลอดเลือด และเกิดการตีบแคบของหลอดเลือด

หลอดเลือดโคโรนารีที่ถูกอุดตันน้อยกว่า 70% ของท่อของหลอดเลือดจะยังสามารถให้ออกซิเจน และสารอาหารแก่กล้ามเนื้อหัวใจได้ แต่เมื่อมีปัจจัยกระตุ้น เช่น เกิดภาวะซีด การสูบบุหรี่ และภาวะขาดปริมาตรของน้ำและเลือด (Hypovolemic) จะทำให้การนำออกซิเจนไปให้กล้ามเนื้อหัวใจลดลง หรือเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น เช่น ในภาวะหัวใจเต้นเร็วการเพิ่มแรงต้านการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจ และการมีขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น (Left ventricle hypertrophy) จนความสมดุลระหว่างความต้องการปริมาณที่ได้รับออกซิเจนกับปริมาณที่ต้องการใช้งานเสียไปทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ภาวะเจ็บคั่นอกแบบคงที่ (Stable angina) คือ การเจ็บหน้าอกที่เป็นผลมาจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีไม่สามารถไหลเวียนเลือดให้ออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ จึงใช้การเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจน ซึ่งจะมีการสร้างกรดแลคติกออกมาด้วย เชื่อว่ากรดแลคติกนี้ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemia angina pain) ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกมักจะเกิดในขณะออกแรงหรือมีอารมณ์เครียด จะเจ็บอยู่ไม่นาน หรือเมื่ออมยาขยายหลอดเลือด อาการเจ็บหน้าอกจะหายไป

ภาวะเจ็บคั่นอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina) คือ อาการเจ็บหน้าอกมากแม้ในขณะที่พักจะเจ็บหน้าอกอยู่นานและเจ็บบ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดรุนแรงขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากกลุ่มไขมันที่เกิดจาก โคเลสเตอรอล, เซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่มี Fibrous tissue คลุมอยู่แตกออกและมีกระบวนการสร้าง Thrombus ตรงบริเวณที่มีการแตกของกลุ่มไขมันมีการกระตุ้นการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด Clotting factors การสะสม คอเลสเตอรอลและการขยายเซลล์กล้ามเนื้อเรียบเพื่อปกปิดบริเวณที่แตกออกของกลุ่มไขมัน ทำให้ขนาดของท่อในหลอดเลือดแดงโคโรนารีถูกอุดตันมากขึ้น และกระบวนการช่วยฟื้นหายดังกล่าวทำให้กลุ่มไขมัน ได้รับการปกคลุมใหม่ ขนาดของ Plaque จึงใหญ่

ขึ้น เส้นผ่าศูนย์กลางของหลอดเลือดโคโรนารีจึงเล็กลงอีก และถ้าก้อน Thrombus นั้นขยายเข้าไปอุดตันในท่อของหลอดเลือดมาก การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีลดลงมาก จึงให้ออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น อาการเจ็บหน้าอกจึงรุนแรง อมยาขยายหลอดเลือดก็ไม่หายเจ็บหน้าอก ซึ่งผลของพยาธิสภาพดังกล่าวนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction)

กล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอยู่นาน ซึ่งมีกระบวนการเกิดพยาธิสภาพเหมือน Unstable angina แต่หลอดเลือดโคโรนารีถูก Thrombus หรือ Fibrous tissue อุดตันการไหลเวียนของเลือดทั้งหมด เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่นาน ร่างกายจะมีการกระบวนการสลาย Clot และให้การไหลเวียนกลับคืนมา แต่ถ้การสลาย Clot ไม่สามารถทำได้ทันที การไหลเวียนของเลือดไม่กลับขึ้นมา การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มขึ้นที่ชั้น Subendocardial และขยายไปสู่ชั้น Myocardial และ Epicardial ซึ่งถ้ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทั้ง 3 ชั้น เรียก Transmural myocardial infarction กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (Necrosis) จะใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง หลังจากมีการอุดตันในหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะแบ่งเป็น 3 ชั้น คือชั้นที่มีการขาดเลือด (Ischemia) ชั้นที่มีการบาดเจ็บ (Injury) และชั้นที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจแล้ว (Infarction) กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดและบาดเจ็บสามารถหายได้ถ้าได้รับการรักษาทันเวลาก่อนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ

4. อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ที่เป็โรคหลอดเลือดหัวใจจะแสวงหาการรักษาหรือไปพบแพทย์เมื่อมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้นโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) ซึ่งแสดงถึงความไม่สมดุลระหว่างการได้รับออกซิเจน (Oxygen supply) กับความต้องการออกซิเจน (Oxygen demand) ของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดโคโรนารีถูกอุดตันตีบแคบลง เนื่องจาก Atherosclerosis, Plaque, Thrombus และหลอดเลือดหดเกร็งตัว (Vasospasm) ทำให้ลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนตลอดเวลา เพื่อใช้ในกระบวนการสร้าง Adenosine triphosphate (ATP) ซึ่งเป็นพลังงานที่สำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานบีบตัว เมื่อมีปัจจัยทำให้ความต้องการออกซิเจนมากขึ้นในขณะที่ความสามารถในการให้ออกซิเจนแก่เซลล์กล้ามเนื้อลดลง จึงทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประกอบด้วยลักษณะทางคลินิก (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556) ดังนี้

อาการเจ็บหน้าอก (Chest pain หรือ Angina pain) เป็นอาการที่ผู้ป่วยบอกว่าเจ็บบริเวณหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ คอ ขากรรไกร แขนทั้งสองข้าง ผู้ป่วยบางคนอธิบายอาการเจ็บหน้าอกในลักษณะแน่นหรือบีบรัดบริเวณหน้าอก ในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะเจ็บเค้นอกแบบไม่

คงที่ จะมีอาการเจ็บหน้าอกขณะที่ยอกแรง ซึ่งทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น เช่น ขณะออกกำลังกาย มีเพศสัมพันธ์ มีความเครียด หรือสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยนอนพักหรือหยุดการออกกำลังกาย หรืออมยาขยายหลอดเลือดพวกไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกจะหายไป อาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่จึงเป็นอยู่ไม่นาน แต่ในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะเจ็บเค้นอกแบบไม่คงที่ จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกขณะออกแรง หรือขณะที่ยอนพัก ไม่ได้ ออกแรงใด ๆ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกบ่อยและเป็นอยู่ยาวนาน เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจใกล้ ๆ จะตาย ภาวะเจ็บเค้นอกแบบไม่คงที่ที่เป็นภาวะที่อยู่ระหว่างเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะก้าวหน้าถึงขั้นตาย หรือกลับมาอยู่ในขั้นขาดเลือด ซึ่งถ้ามีเส้นเลือดฝอยมาช่วยในการไหลเวียนให้เลือดไปเลี้ยงเซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอก็จะกลับมาเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บเค้นอกแบบไม่คงที่ ต้องการการช่วยเหลือด้านการรักษา ในผู้ป่วยที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอยู่ยาวนาน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ยาวนานแม้จะนอนพักหรืออมยาไนโตรกลีเซอริน อาการเจ็บหน้าอกก็ไม่หาย

นอกจากอาการเจ็บหน้าอกที่แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ เหนื่อยหอบ และวิตกกังวล กระวนกระวาย

5. ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจจัดเป็นโรครุนแรงและเรื้อรังที่เป็นสาเหตุให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

5.1 ภาวะช็อก (เป็นลม กระสับกระส่าย ซีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ), หัวใจวาย (จากการสะสมของคราบไขมันและลิ้มเลือด), หัวใจล้มเหลว (จากกล้ามเนื้อหัวใจในตาย), หัวใจเต้นผิดจังหวะ (จากกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย), หัวใจห้องล่างแตก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

5.2 ความพิการ อาจทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์อัมพาตจากสมองขาดเลือดเนื่องจากหัวใจทำงานลดลง

5.3 คุณภาพชีวิตที่แย่งลง เช่น ต้องจำกัดการออกกำลังกายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย หรือเกิดโรคหัวใจวาย หรือโรคหัวใจล้มเหลว

5.4 เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ซึ่งจะเกิดแทรกซ้อนหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ประมาณ 10-60 วัน หรือมีลิ้มเลือดเกิดขึ้นแล้วหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมอง (ทำให้เป็นอัมพาตครึ่งซีก) และหลอดเลือดทั่วร่างกายได้

5.5 ภาวะซึมเศร้า อาจเกิดในผู้ป่วยบางรายหลังจากฟื้นตัวจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

6. การตรวจวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา

6.1 การตรวจวินิจฉัยโรค

แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจในเบื้องต้นได้จากประวัติ เช่น ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว เป็นต้น และอาการที่แสดง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการปวดเค้นหรือจุกแน่นบริเวณลิ้นปี่แล้วปวดร้าวไปที่คอ ไหล่ ขากรรไกร โดยมีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย เช่น มีอายุมาก สูบบุหรี่ เครียด อ้วน มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556)

เมื่อสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (มีอาการที่น่าสงสัย หรือถึงมีอาการไม่ชัดเจน หรือไม่มีอาการแสดง แต่มีปัจจัยเสี่ยงมาก เช่น เป็นผู้ที่สูบบุหรี่จัด มีอายุมาก และเป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย) แพทย์จะทำการตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556) เช่น

6.1.1 การตรวจเลือด เพื่อคว่ามีเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือไม่ และตรวจเพื่อวัดระดับของ Cardiac enzymes ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อหัวใจถูกทำลาย เอนไซม์ตัวนี้จะถูกปล่อยเข้าสู่กระแสเลือด

6.1.2 การถ่ายภาพรังสีของทรวงอก (Chest x-ray) เพื่อดูสาเหตุและอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบริเวณหัวใจ ปอด และผนังทรวงอก

6.1.3 การตรวจหลอดเลือดหัวใจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Angiography) แพทย์จะฉีดสารทึบรังสีผ่านทางหลอดเลือดดำบริเวณแขน เมื่อสารทึบรังสีเข้าไปในร่างกายจนถึงหลอดเลือดหัวใจแล้ว เครื่องจะทำการถ่ายภาพหัวใจที่มีความละเอียดสูง จึงช่วยให้แพทย์สามารถพิจารณากายวิภาคของหลอดเลือดนั้น ๆ ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ นอกจากนี้ยังช่วยวินิจฉัยหลอดเลือดหัวใจที่ตีบหรืออุดตัน รวมถึงใช้ติดตามผลการรักษาหลังการทำบอลลูนหัวใจหรือบายพาสหัวใจได้ด้วย โดยจะแสดงผลภาพของหลอดเลือดหัวใจและบายพาสแต่ละเส้น ตำแหน่งของหลอดเลือดหัวใจที่ผิดปกติ รวมทั้งขนาดที่ใส่ไว้ในหลอดเลือดหัวใจ และบอกได้ถึงลักษณะผิดปกติ นั้นว่าตีบมากน้อยเพียงใด

6.1.4 การตรวจหัวใจด้วยภาพคลื่นสะท้อนแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็นการตรวจหัวใจและหลอดเลือดวิธีใหม่อีกวิธีที่สามารถสร้างภาพของหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างชัดเจน เพราะสามารถสร้างภาพได้ทุกระนาบ ทุกแนว และเป็นภาพแบบสามมิติ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องได้รับรังสีเอ็กซ์ และฉีดสารทึบรังสีเหมือนกับการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่แพทย์สงสัยว่ามีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่ไม่สามารถทำการตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ความเร็วสูงหรือทำการสวนหลอดเลือดหัวใจโดยตรงได้เนื่องจากมีข้อห้าม (เช่น ภาวะไตเสื่อมหรือแพ้

สารที่บรังสี) รวมไปถึงผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเหนื่อยง่ายซึ่งสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่ผลการตรวจพิเศษอย่างอื่นไม่ชัดเจน หรือไม่สามารตรวจพิเศษอย่างอื่นได้ นอกจากนี้ยังช่วยประเมินหลังภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบตันว่าจะได้รับประโยชน์จากการรักษาด้วยวิธีบอลลูน ใส่ขดลวด หรือทำบายพาสหัวใจหรือไม่อีกด้วย

6.1.5 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) เป็นการติดแผ่นอิเล็กโทรด (Electrode patch) บนแขน ขา และทรวงอกของผู้ป่วยเพื่อตรวจจับอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งสามารถวัดระดับ อัตรา และความคงที่ของการเต้นหัวใจได้ อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึงภาวะหัวใจวายที่เคยเกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นได้ด้วย

6.1.6 การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) เป็นการใช้คลื่นเสียงในการสร้างภาพของหัวใจเพื่อแสดงให้เห็นถึงความหนาของกล้ามเนื้อหัวใจ โครงสร้าง และการสูบฉีดเลือด ซึ่งแพทย์จะทาเจลหล่อลื่นบริเวณทรวงอกของผู้ป่วยและใช้เครื่องเครื่องทรานสดิวเซอร์ (Transducer) ตรวจโดยรอบ

6.1.7 การสวนหลอดเลือดหัวใจหรือการฉีดสีดูหลอดเลือดหัวใจ (Cardiac catheterization หรือ Coronary angiogram) เป็นการตรวจดูภายในหลอดเลือดหัวใจ โดยการฉีดสีเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจผ่านการสอดท่อขนาดเล็ก (Catheter) บริเวณขาหนีบ แขน หรือคอไปยังหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการฉีดสีนี้จะช่วยสร้างภาพของหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตัน และช่วยบ่งบอกถึงความตันโลหิตภายในหัวใจและสมรรถภาพในการสูบฉีดเลือดได้ (วิธีนี้นับว่ามีความปลอดภัยและมักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรง เช่น อาจมีเลือดออกเล็กน้อยหรือมีแผลฟกช้ำในบริเวณที่สอดท่อ แต่ในบางครั้งก็อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงได้ ซึ่งก็พบได้น้อยมากหรือไม่เกิน 1% เช่น เกิดภาวะเส้นเลือดสมองหรือเส้นเลือดบริเวณอื่น ๆ ของร่างกายอุดตันจากการหลุดลอยของคราบตะกอนไปอุดตันตามหลอดเลือดบริเวณต่าง ๆ)

6.1.8 การทดสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise stress test) เป็นการตรวจเพื่อวัดอัตราการเต้นของหัวใจในขณะที่เดินบนสายพานหรือปั่นจักรยาน การตรวจนี้จะช่วยทำให้ทราบถึงความแข็งแรงของหัวใจในขณะที่สูบฉีดเลือด ช่วยบอกถึงสาเหตุการเจ็บหน้าอกซึ่งมักจะเป็นผลมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในบางกรณีแพทย์อาจใช้ยาเพื่อกระตุ้นหัวใจในระหว่างการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Dobutamine stress echocardiogram) หรืออาจใช้การอัลตราซาวด์ก่อนหรือหลังการวิ่งบนสายพานหรือปั่นจักรยาน (Exercise stress echocardiogram)

6.1.9 การติดเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 24 ชั่วโมง (Holter monitoring) ในบางกรณีแพทย์อาจให้ผู้ป่วยติดเครื่องบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่อเนื่อง 24 ชั่วโมงเพื่อบันทึกความผิดปกติของจังหวะการเต้นหัวใจในระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

6.1.10 การทดสอบโดยการกัมมันตรังสี (Radionuclide tests) เป็นการฉีดสารกัมมันตรังสีไอโซโทป (Radioactive isotope) เข้าสู่กระแสเลือดเพื่อทราบถึงประสิทธิภาพของการสูบฉีดและการไหลเวียนของเลือดไปยังผนังกล้ามเนื้อหัวใจ

6.2 แนวทางการรักษา

เนื่องจากการเกิดพยาธิสภาพหลอดเลือดแดงแข็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษาจึงมีเป้าหมายเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้ (สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ, 2556)

6.2.1 ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง

เป็นการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ทำการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารเพื่อลดความอ้วน ลดภาวะไขมันในเลือดสูง และการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้ในคนที่มีความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมด้วย ต้องรักษาและดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตและรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

6.2.2 การรักษาด้วยยา (Pharmacologic management)

เป้าหมายของการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดคือ เพื่อ ลดความต้องการออกซิเจนมากขึ้นของกล้ามเนื้อหัวใจและเพิ่มการไหลเวียน ของหลอดเลือดโคโรนารีทำให้เพิ่มออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจ การใช้ยาจะ ช่วยป้องกันและควบคุมอาการเจ็บหน้าอก ยาที่ได้บ่อย ได้แก่ ยาในกลุ่มไนเตรท (Nitrates) Beta-adrenergic blocking agents, Calcium channel blockers และ Platelet anti-aggregate

1) ยาในกลุ่มไนเตรท ได้แก่ nitroglycerin, isosorbide dinitrate, isosorbide mononitrate ยาในกลุ่มนี้ใช้บ่อยในการรักษาอาการเจ็บ หน้าอก ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยานี้มีฤทธิ์ โดยตรง ทำให้ smooth muscle ของหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ คลายตัวหลอดเลือดส่วนปลายจึงขยายตัว (peripheral vasodilation) ทำให้ลด cardiac preload และ afterload จึงลดความต้องการออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจ การขยายตัวของหลอดเลือดดำทำให้ลดการไหลกลับของ เลือดเข้าสู่หัวใจจึงลด ventricular diastolic volume และ pressure หรือ preload การขยายตัวของหลอดเลือดแดงจาก smooth muscle คลายตัว ช่วยลดแรงต้านในหลอดเลือดแดงจึงเป็นการลด afterload และนอกจากนี้ ยาไนเตรท ยังทำให้ coronary vasodilator จึงเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น อาการ เจ็บหน้าอกลดลงจึงใช้ยากกลุ่มไนเตรทในการรักษาอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลัน จากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยให้ห้อมใต้ลิ้น ซึ่งยาจะออกฤทธิ์ เร็วภายใน 30 วินาที

เนื่องจากยานี้ไปขยายหลอดเลือด จึงทำให้มีอาการปวด ศีรษะ ได้แสดงถึงยาออกฤทธิ์และถ้าให้ยาใน
 เทรททางหลอดเลือดดำต้อง คอยระวังผลข้างเคียง คือ ทำให้ความดันโลหิตต่ำได้

2) ยาในกลุ่ม Beta-adrenergic blocking agents ได้แก่ ยา Propranolol, timolol และ nadolol ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการยับยั้งการตอบสนองต่อการ กระตุ้น adrenergic โดย
 ไปแย่งจับที่ adrenergic receptor ยาดังกล่าวข้าง ต้นไปเลือกจับที่ Beta-1 และ Beta-2 receptor
 ซึ่ง Beta-1 receptor พบ ที่หัวใจมีผลทำให้หัวใจเต้นช้าลง การบีบตัวของหัวใจลดลงทำให้ความ
 ต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ยา Atenolol และ metoprolol เป็นยาที่เลือกจับเฉพาะ
 Beta-1 receptor จึงไม่มีผลข้างเคียงที่เกิดจากการ block Beta-2 receptor ซึ่งพบที่หลอดลมจึงลด
 การเกิดผลข้างเคียง คือไม่ เกิดหลอดลมหดเกร็งตัว (bronchospasm) การใช้ยา Beta-adrenergic
 blocking agents จะต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลงหรือการนำ กระแสไฟฟ้าที่ AV node
 ถูกขัดขวางความดันโลหิตต่ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว และหลอดลมหดเกร็ง

3) ยาในกลุ่ม Calcium channel blockers ได้แก่ Nifedipine, Verapamil, Diltiazem และ Amlodipine ยาในกลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการกั้นไม่ให้ calcium ion ผ่านเข้า cellular
 membrane และ smooth muscle cell ทำให้หลอดเลือดขยายตัวจึงเพิ่มการไหลเวียนในหลอด
 เลือดแดงโคโรนา รีและมีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นและทำให้ลดแรงต้านในหลอดเลือดจึงลด
 การทำงานหนักของกล้ามเนื้อหัวใจ ความต้องการออกซิเจนของ กล้ามเนื้อหัวใจจึงลดลง นอกจากนี้
 ยากลุ่ม Calcium channel blockers ยัง ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดโคโรนารีโดยตรง จึงใช้ยานี้รักษา
 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ขณะมีอาการเจ็บหน้าอกทำให้ลดอาการเจ็บหน้าอกได้ การ ใช้ยาใน
 กลุ่มนี้ต้องเฝ้าระวังการเต้นของหัวใจที่ช้าลง ความดันโลหิตต่ำ ภาวะ หัวใจล้มเหลว และทำให้มีอาการ
 บวมที่ปลายเท้าได้

4) ยาในกลุ่มต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet agents) ได้แก่ยา Aspirin, sulfinpurazone และ dipyridamole ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดจะมีการเกาะกลุ่มของเกล็ด
 เลือดและมีสารกระตุ้นให้มีการหดตัว ของหลอดเลือด การเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือดจะไปขวางการ
 ไหลเวียนใน หลอดเลือดและถ้ากลุ่มเกล็ดเลือดมีมากอุดตันหลอดเลือดโคโรนารีทั้งหมด ทำให้
 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงทันที ยา Aspirin จะไปยับยั้งการเกาะ กลุ่มของเกล็ดเลือดและไปมี
 ผลยับยั้งการสังเคราะห์สาร Thromboxane A- 2 นอกจากนี้มีการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด
 (Anticoagulant) เช่น heparin ในผู้ป่วย unstable angina หรือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลัน เพื่อป้องกันการเกิด clot ในบริเวณที่ plaque แตกตัวและมีการ ใช้ยาThrombolytic
 agents ได้แก่ streptokinase และ tissue plasminogen activator (t-PA) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตายเฉียบพลันโดย ยากลุ่มนี้จะไปกระตุ้นการแตกตัวของ plaque ที่อุดตันอยู่ในหลอดเลือดแดงโคโร
 นารี การไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารีกลับคืนมา จึงลดขนาด การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การใช้

ยานี้ต้องให้ภายใน 6 ชั่วโมงหลังจากเกิด อาการกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือทำให้มีการไหลเวียนในหลอดเลือดโคโรนารี คินนามีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจก่อนที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะตายอย่าง สมบูรณ์ เนื่องจากไม่ได้รับออกซิเจนอยู่นาน การให้ยา Thrombolytic agent ต้องระวังว่าเลือดจะหยุดยากถ้ามีการเสียเลือด

6.2.3 การถ่างขยายของหลอดเลือดโคโรนารีด้วยวิธี coronary angioplasty

เป็นวิธีการทำให้หลอดเลือดโคโรนารีที่ถูกอุดตันจาก atherosclerotic plaque เปิดออกหรือขยายได้โดยการทำ Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) ผู้ป่วยจะได้รับการใส่สาย ที่มีลูกโป่งอยู่ที่ปลายสาย (balloon - tipped PTCA catheter) เข้าทาง หลอดเลือดแดง femoral หรือ brachial จนถึงหลอดเลือดโคโรนารีบริเวณ ที่มีการอุดตัน แล้วทำให้ลูกโป่งพองออก (inflate) ความดันของลูกโป่งจะไป ทำให้บริเวณที่อุดตันถูกเบียดออกแบน ติดผนังหลอดเลือดแดง เส้นผ่าน ศูนย์กลางของหลอดเลือดโคโรนารีจึงกว้างขึ้น (revascularization) แต่หลัง ทำ PTCA การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีอาจกลับมาอีก (restenosis) โดยพบว่ามักกลับมาตีบแคบอีกภายใน 6 เดือน เนื่องจากการ ตอบสนองของร่างกายต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดขณะที่ทำ PTCA

Intracoronary Stents เป็นการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบ แคบ โดยการทำให้ PTCA แล้วคาโครงตาข่าย (stent) ไว้ในหลอดเลือด หลังจาก นำ balloon catheter ออกมาแล้ว เพื่อให้โครงตาข่ายช่วยป้องกันการยุบ ตัวของหลอดเลือดหลังทำ PTCA และอาจช่วยทำให้หลอดเลือดโคโรนารี เปิด กว้างอยู่นานขึ้น

นอกจากนี้การ revascularization ยังสามารถทำได้โดยวิธีใช้แสง เลเซอร์ (Laser angioplasty) ไปสลาย plaque ที่อุดตันในหลอดเลือดวิธีนี้ จะมีการทำลายหลอดเลือดชั้น intima เพียงเล็กน้อยจึงป้องกันการตีบแคบ ของหลอดเลือดอยู่ได้นาน และด้วยวิธี Atherectomy ซึ่งเป็นวิธีที่ใส่ catheter ที่มีเครื่องมือสำหรับตัด plaque ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ แล้วดูดออกมา

6.2.4 การรักษาด้วยวิธีศัลยกรรม ได้แก่ coronary artery bypass graft (CABG)

เป็นการเปลี่ยนเส้นทางการไหลเวียนของเลือด ผ่านทางหลอดเลือด ที่ต่อเข้าไปใหม่โดยการทำให้ผ่าตัด เพื่อให้เลือดที่ผ่านหลอดเลือดโคโรนารีที่อุดตันไม่ได้ผ่านมาทางหลอดเลือดใหม่ หลอดเลือดที่ใช้ในการทำทางเบี่ยงนี้มักใช้หลอดเลือดดำ saphenous และหลอดเลือดแดง internal mammary ข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลมีการอุดตันใน left main coronary artery ซึ่งทำให้มีการทำงานของเวนตริเคิลเสียไป Unstable angina, Acute myocardial infarction, Left ventricular failure ที่ทำให้มีภาวะหัวใจวาย และการทำ PTCA แล้วไม่ได้ผลการต่อเส้นเลือดในการทำ Coronary artery bypass graft

การตรวจสวนหัวใจ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจสวนหัวใจ ซึ่งเป็นการวินิจฉัยโรควิธีหนึ่ง ที่เอื้อประโยชน์หลายอย่างต่อการดูแลรักษาโดยทำการตรวจเพื่อดู ตำแหน่งผิดปกติและความรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ดูความผิดปกติของลิ้นหัวใจ การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจหากพบความผิดปกติ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญก็จะทำการรักษาได้โดยการใส่บอลลูนขยายและ/หรือใส่ขดลวดถ่างขยายต่อไป (วรรณัส จิวภูเสภา, 2558)

1. ความหมายและจุดประสงค์ในการตรวจสวนหัวใจ

1.1 ความหมายของการตรวจสวนหัวใจ

การตรวจสวนหัวใจ คือ การตรวจที่มีการสอดใส่สายสวนเข้าทางหลอดเลือดแดง หรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย ด้วยการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนัง (percutaneous approach) หรือโดยผ่าตัดเข้าหลอดเลือดโดยตรง (Direct approach) แล้วสอดสายเข้าสู่หัวใจและหลอดเลือดที่ต้องการ โดยใช้ Fluoroscope เป็นตัวชี้ทาง เพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และแน่นขัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพและลักษณะรอยโรคที่ตีบในหลอดเลือดหัวใจ ตรวจสอบการตีบแคบ ลักษณะคราบไขมัน การเกาะของหินปูน ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจรวมถึงการระบุตำแหน่งของการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนสามารถวัดค่าความดันในห้องหัวใจต่าง ๆ และหลอดเลือด คำนวณหา Cardiac output ขนาดของ Shunt และการบันทึกภาพของส่วนต่าง ๆ ของระบบนี้ รวมทั้งสามารถใช้เพื่อรักษาได้ด้วย (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ วรรณประเสริฐ, 2558; Kern et al., 2016)

1.2 จุดประสงค์ของการตรวจสวนหัวใจ

การตรวจสวนหัวใจเป็นการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้แน่ชัดว่าพยาธิสภาพ และลักษณะรอยโรคที่ตีบในหลอดเลือดหัวใจว่ามีการตีบแคบเท่าใด ตำแหน่งใด คราบไขมันมีลักษณะอย่างไร มีหินปูนเกาะด้วยหรือไม่ ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจเป็นอย่างไร อีกทั้งสามารถวัดค่าความดันในห้องหัวใจห้องล่างซ้ายได้ ในกรณีที่มีลิ้นหัวใจตีบหรือร่วร่วมด้วยซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในการวางแผนการรักษาร่วมกับการผ่าตัดโดยผลการตรวจจะช่วยให้แพทย์สามารถวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรัณย์ วรรณประเสริฐ, 2558; Kern et al., 2016) รายละเอียด ดังนี้

1.2.1 เพื่อตรวจหาบริเวณที่ Atherosclerotic plaque ใน coronary arteries

1.2.2 เพื่อตรวจหาความรุนแรงของโรคหัวใจที่มีความผิดปกติที่ลิ้นหัวใจ ชนิดที่เป็น congenital และ acquire

1.2.3 เพื่อตรวจหาความรุนแรงของผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ ชนิด Non-valvular congenital disorder เช่น ventricular septal defect หรือ atrial septal defect, transposition of great vessel, patent ductus arteriosus และ anomalous venous return to the heart

1.2.4 เพื่อตรวจความรุนแรงของโรคอย่างละเอียดก่อนและหลังผ่าตัด

1.2.5 เพื่อประเมินหน้าที่ของหัวใจ การสูบลือดออกจากหัวใจ

1.2.6 เพื่อแยกภาวะ ventricular aneurysm ซึ่งอาจเกิดตามหลัง myocardial infarction

1.2.7 เพื่อแยกและตรวจหาบริเวณที่มีพยาธิสภาพของเส้นเลือดใหญ่ที่เข้าและออกจากหัวใจ ตัวอย่างเช่น Atherosclerosis, aneurysm of aortic arch, superior vena cava obstruction จนกระทั่งถึง malignancy

1.2.8 เพื่อแยกและหาพยาธิสภาพที่มีมาแต่กำเนิดของเส้นเลือดใหญ่ ที่ออกจากหัวใจ เช่น coarctation of aorta, patent ductus arteriosus หรือ right side aortic arch

2. วิธีการตรวจสวนหัวใจ

เป็นการตรวจเพื่อช่วยในการวินิจฉัยหรือรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าทางเส้นเลือดดำหรือแดงบริเวณข้อมือ แขน หรือขาหนีบ ซึ่งสายสวนจะผ่านขึ้นไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ (สหรัฐ หวังเจริญ, 2555; ภรณ์ชญา ภูสง่า และคณะ, 2562; Kern et al., 2016)

วิธีการตรวจ โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะใส่ท่อสายพลาสติกขนาดเล็ก มีเส้นผ่าศูนย์กลางขนาดประมาณไส้ปากกา ที่ปราศจากเชื้อโรคเข้าสู่หลอดเลือดแดงบริเวณขาหนีบ ข้อแขน หรือข้อพับ จุดใดจุดหนึ่งย้อนเข้าไปสู่หัวใจและไปจ่ออยู่ตรงทางออกของหลอดเลือด จากนั้นฉีดสีผ่านท่อนี้พร้อมกับการถ่ายภาพของหลอดเลือด และของหัวใจ โดยใช้กล้องเอกซเรย์พิเศษ เมื่อตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและฉีดสีแล้วหากพบรอยโรคหัวใจมีการตีบตัน และแสดงผลว่าสามารถทำบอลลูนใส่ขดลวดได้แพทย์สามารถสวนรักษาควบคู่ได้ในคราวเดียวกันโดยการฉีดยาเฉพาะจุดและใช้เข็มเจาะใส่ลวดนำทางวางสายนำทางในหลอดเลือด เพื่อนำสายสวน ไปยังหลอดเลือดหัวใจทำการวินิจฉัย โดยจะทราบผลทันทีหลังการตรวจ (พัฒนาพร สุปินะ และนัดดา นาวุฒิ, 2558)

แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจด้วยการสวนหัวใจในกรณีการวินิจฉัยด้วยวิธีการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์การถ่ายภาพหัวใจ การตรวจสารต่าง ๆ ในเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การวิ่งสายพานและอัลตราซาวด์หัวใจการตรวจวินิจฉัยว่ามีลักษณะการตีบที่รุนแรง หรือการรักษาทางยาไม่ได้ผลเมื่อประมวลผลแล้วมีข้อบ่งชี้ของหลอดเลือดหัวใจตีบตันจึงวินิจฉัยขั้นสุดท้ายด้วยการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ เพื่อวางแผนการรักษาขั้นต่อไป (พัฒนาพร สุปินะ, และนัดดา นาวุฒิ, 2558)

3. ผลการตรวจทางคลินิก

หลังจากการตรวจสวนหัวใจ จะสามารถประเมินผลการตรวจได้ดังนี้ (เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนอยพงศ์, 2552; Kern et al., 2016)

3.1 ถ้าพบว่า Pressure ผิดปกติแสดงว่ามี

3.1.1 Valve stenosis

3.1.2 Left ventricular failure

3.1.3 Heart blockage

3.1.4 Rheumatic fever

3.2 ถ้าพบมีความผิดปกติของระดับออกซิเจนในเลือด แสดงว่ามี

3.2.1 Congenital หรือ Acquired shunting of blood

3.2.2 Septal defect

3.2.3 Leakage or abnormal sequential circulation of blood through heart

3.3 เมื่อสีผ่านเข้าไปใน Ventricle จะช่วยบอกได้ว่า มีขนาดผิดปกติหรือไม่ มี Aneurysm, การรั่ว (leakage), การตีบ (stenosis), การอุดตัน และมีการเปลี่ยนแปลงในการบีบตัวของหัวใจหรือไม่

3.4 เมื่อสีผ่านเข้าไปใน Coronary arteries มันจะช่วยบอกได้ว่ามีความผิดปกติในระบบไหลเวียนเลือดที่เกิดขึ้นกับเส้นเลือด หรือไม่

4. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจเป็นอันตรายคุกคามชีวิตได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ดังนี้

4.1 Cardiac arrhythmia ซึ่งนำไปสู่ Ventricular fibrillation

4.2 หัวใจทะลุเพราะการใส่ Catheter แรงเกินไป

4.3 อาจพบภาวะ Stroke หรือ Myocardial infarction ซึ่งเป็นผลจากการหลุดของ Atherosclerotic plaque หรือ Thrombus

4.4 พบภาวะแทรกซ้อนของเส้นเลือดแดงส่วนปลาย เช่น Thrombosis, Embolism, Aneurysm หรือ Bleeding

4.5 แพ้สารทึบแสงที่ฉีดเข้าไปซึ่งอาจทำให้เกิดอาการคันหรือ Anaphylactic shock ได้

4.6 การติดเชื้อ

5. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

การตรวจสวนหัวใจเป็นหัตถการที่ต้องใส่สายสวนเข้าสู่หัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนกับหัวใจและหลอดเลือดได้ ประกอบกับความกลัวกับสิ่งที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ ดังนั้นการตรวจสวนหัวใจจึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและวิตกกังวลที่สูงขณะที่เผชิญกับการตรวจสวนหัวใจ มีผลต่อการตรวจ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน สำหรับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ มีดังนี้ (วีระพล ละวันนา, และกัญญดา ประจุศิลป์, 2560; แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ และคณะ, 2562)

5.1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ

5.1.1 ต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะการตรวจสวนหัวใจนั้นนอกจากจะมีความสำคัญมากแล้ว กระบวนการยังอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตื่นเต้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการตรวจสวนหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ตื่นเต้น และปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

5.1.2 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการตลอดจนความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในขณะทำการตรวจ

5.1.3 อธิบายให้ทราบถึงบริเวณที่จะสอด Catheter ตลอดจนการฉีดยาชาในบริเวณนั้นและก่อนทำจะมีการโกนขนที่ผิวหนังในบริเวณที่จะสอด Catheter และทำความสะอาดผิวหนังด้วยยาฆ่าเชื้อโรค

5.1.4 งดน้ำและอาหารก่อนทำการตรวจ 6-8 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการอาเจียนและสำลักอาเจียนเข้าไป ในขณะทำการตรวจ

5.1.5 สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติการแพ้สารที่บ่งสีต่าง ๆ เพื่อจะได้เตรียมยาไว้ป้องกัน โดยทั่วไปจะให้ Prednisolone 5 mg q 6 hr. for one day และ Diphenhydramine 25 mg q 6 hr. for 3 days ก่อนและหลังทำการตรวจ และต้องมีการบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูงพอร์มปรอทไว้อย่างถูกต้องเรียบร้อย เพราะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับแพทย์ในการคำนวณจำนวนสารทึบรังสีที่จะให้แก่ผู้ป่วย

5.1.6 สังเกต Peripheral pulse ก่อนทำเพราะในขณะทำหรือหลังทำจะมีชีพจรเร็วขึ้น

5.1.7 การตรวจสวนหัวใจจะต้องรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาลก่อน เพื่อเตรียมความพร้อม และในคืนวันก่อนทำควรให้ผู้ป่วยได้รับยาประเภทกล่อมอารมณ์ หรือ sedative drug ตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ในบางรายแพทย์อาจให้ยา antibiotics ล่วงหน้า

5.1.8 ถ้าผู้ป่วยเป็น Rheumatic fever หรือ Congenital heart disease มาก่อนควรจะต้องเตรียม Penicillin ตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิด Endogenic bacterial endocarditis

5.1.9 ดูแลให้ผู้ป่วยเซ็นไปยินยอมอนุญาตการตรวจสวนหัวใจให้เรียบร้อย

5.2 การพยาบาลผู้ป่วยระหว่างได้รับการตรวจสวนหัวใจ

5.2.1 เตรียมเครื่องมือช่วยชีวิต ยามฉุกเฉินให้พร้อม เช่น เครื่อง Defibrillator, Airway, Ambu bag, EKG monitor, antiarrhythmic drug

5.2.2 ระวังที่แพทย์ตรวจสวนหัวใจ พยาบาลจะต้องประเมินปัญหา เพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่แรกเพื่อเป็นการป้องกันอันตรายที่รุนแรง เนื่องจากในกระบวนการทำผู้ป่วยจะต้องนอนนิ่ง ๆ ในท่านอนหงายราบเป็นเวลาประมาณ 30 นาที -1 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไม่สบายโดยเฉพาะความรู้สึกตื้อตื้อ ขณะที่สอดสายยางผ่านเข้าไปในหัวใจ และจะรู้สึกร้อนวูบวาบขณะฉีดสารทึบรังสีเข้าไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยอยากไออย่างรุนแรง และอาจเกิดอาการใจสั่น ขณะที่มีการสอดสายยางไปกระตุ้น Atrium และ Ventricle ขณะที่ฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือด Coronary จะทำให้บริเวณส่วนที่หลอดเลือดโคโรนารีไปเลี้ยงขาดออกซิเจนชั่วคราว ผู้ป่วยจึงมีอาการเจ็บหน้าอกแบบ Angina pain ขั้นตอนการสวนหัวใจและฉีดสีใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที บทบาทหน้าที่ของพยาบาลคือ การอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย พร้อมทั้งให้เหตุผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นระยะ เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวล

5.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ

5.3.1 หลังจากทำการตรวจเสร็จแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อย และบางรายอาจจะยังง่วงนอนมาจากยา Sedative ที่ให้ก่อนทำนั้น แพทย์จะให้ผู้ป่วย bed rest พยาบาลต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยตกเตียงให้ไม้กั้นขึ้นทุกครั้ง

5.3.2 บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง และทุก 4 ชั่วโมงอีก 4 ครั้ง ถ้าพบสิ่งผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทราบ

5.3.3 หลังการตรวจ ให้คอยสังเกตว่ามี Bleeding ตรงตำแหน่งแขน หรือขา ก็ตามที่เป็นตำแหน่งที่สอดสายยางเข้าไป โดยใช้ถุงทรายวางทับไว้ เพื่อเป็นแรงกดดันให้เลือดหยุดอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง, ต้องระวังการเกิด Hematoma หรือมี Absence of pulse เกิดขึ้นหรือไม่โดยตรวจทุก 30 นาที ในชั่วโมงแรกหลังทำ ถ้าพบว่ามีอาการและอาการแสดงของการขาดเลือด เช่น อาการชาปวด คล้ำซีพองไม่ได้ และให้เปรียบเทียบอุณหภูมิของแขน ขาข้างที่ทำการตรวจกับข้างที่ไม่ได้ทำว่าแตกต่างกันหรือไม่ หรือสอบถามผู้ป่วยว่ามีอาการเจ็บปวดเพิ่มขึ้น และบริเวณแผลกดเจ็บไหม เป็นต้น ถ้าพบความผิดปกติ ต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ

5.3.4 แนะนำผู้ป่วยให้เหยียดแขนหรือขา ตรงตำแหน่งที่ทำการสอด Catheter เข้าไปให้อยู่ในท่าเหยียดตรงเป็นเวลา 4-6 ชั่วโมงภายหลังทำการตรวจสอบหัวใจ ถ้าเป็นหลอดเลือดที่ แขน Antecubital vessel ก็ให้ใส่ Arm board ไว้ ถ้าใช้หลอดเลือดที่ขา Femoral artery ก็ต้องให้ ผู้ป่วยนอนพัก 6-12 ชั่วโมง สามารถพลิกตะแคงตัวได้ แต่อย่างขา ต้องเหยียดขาตรงไว้ เพื่อป้องกัน Arterial occlusion หลุด และต้องไม่ยกหัวเตียงสูงกว่า 15 องศา

5.3.5 ติดตามดูการทำงานของหัวใจ ว่าจังหวะการเต้นมีผิดปกติหรือไม่ มีอาการ เจ็บหน้าอกหรือไม่ ถ้าปรากฏอาการดังกล่าวจะต้องรีบแก้ไข และรายงานแพทย์ทราบ

5.3.6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อขจัดสารที่บวมที่ตกค้างอยู่ใน ร่างกายให้ขับออกทางไตให้หมด ร่วมกับสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแสดงถึงความไวต่อการกระตุ้น หรืออาการแพ้ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือผื่นขึ้น เป็นต้น

5.3.7 ป้องกันภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ คือ

1) การเกิด Clot formation ระหว่างทำการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งการแก้ไข โดยให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น Heparin 4,000 – 5,000 unit บทบาทสำคัญของพยาบาล ระยะเวลา คือ การป้องกัน Bleeding

2) ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ Dehydration ได้ เนื่องจากได้รับยาขับปัสสาวะ พวก Osmotic diuresis เพื่อขับสารรังสีออกจากร่างกาย จึงต้องดูแลระวังภาวะเหล่านี้ด้วย

บริบทของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐบาลระดับตติยภูมิ ขึ้นสูง (Super tertiary care) ในเขตภาคเหนือตอนล่าง สังกัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย นเรศวร เป็นศูนย์ตติยภูมิเฉพาะทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้พัฒนาอยู่ใน ระดับ Advance โดยมีคุณสมบัติในด้านการพัฒนาความสามารถให้บริการตรวจ วินิจฉัย ค้นหา คัดกรอง วางแผนการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระดับที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง โดย ทีมผู้เชี่ยวชาญพิเศษ Referral Center คือ มีการพัฒนาความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ และ ระบบงานให้สามารถรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ที่มีศักยภาพไม่เพียงพอต่อการดูแล รักษา และ Clinical Research มีการพัฒนาการศึกษาวิจัยทางคลินิก มุ่งเน้นปัญหาที่พบในหน่วยงาน หรือปัญหาที่ผู้วิจัยสนใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัจจุบันโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวรเป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง ให้บริการทาง การแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซับซ้อน และเฉพาะทาง มีศูนย์ความเป็นเลิศและบริการของ โรงพยาบาล (Excellence center) ทั้งหมด 10 สาขา ได้แก่ ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์วิจัยโลหิตวิทยา ศูนย์ ส่องกล้อง ศูนย์มะเร็ง ศูนย์โรคไต ศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตาและแก้ไขสายตา ศูนย์รักษาการมีบุตรยาก

ศูนย์รังสีวิทยา สถานรักษาแก้ไขปากแห้งเพดานโหว่และความผิดปกติของศีรษะและใบหน้า และหน่วยปลูกถ่ายไขกระดูก (ศิริเกษม ศิริลักษณ์, 2559)

ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร มีแผนกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คลินิกศูนย์โรคหัวใจ ห้องปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด (Cath Lab) ห้องปฏิบัติการเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก (Echo) หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด (CCU) และหอผู้ป่วยโรคหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจได้ดำเนินการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งในผู้ป่วยโรคหัวใจเด็กและผู้ใหญ่ โดยให้บริการหลัก ๆ ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งถือเป็นห้องปฏิบัติการสวนหัวใจที่สามารถให้การรักษาโรคหัวใจได้ครอบคลุมทุกด้าน ส่วนหอผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ ดูแลผู้ป่วยระยะก่อนตรวจสวนหัวใจโดยการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยก่อนตรวจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และดูแลผู้ป่วยระยะหลังตรวจสวนหัวใจโดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังการตรวจ

จำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจสวนหัวใจเฉลี่ย 20-30 รายต่อเดือน โดยระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงกันยายน 2562 พบว่า มีผู้ป่วยที่เลื่อนหรืองดทำการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 2 ราย และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ ได้แก่ ภาวะก้อนเลือดใต้ผิวหนังจำนวน 20 ราย และมีเลือดออกซ้ำจำนวน 19 ราย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้พบได้บ่อยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังทำการตรวจสวนหัวใจ (สถิติหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร, 2562) ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ จากการสังเกตพบว่า ผู้ป่วยมักจะถามการปฏิบัติตัวกับเจ้าหน้าที่เสมอ ๆ มีใบหน้าที่เคร่งเครียด นอนไม่หลับ ซึ่งบ่งบอกถึงความไม่พร้อมของผู้ป่วย อาจเป็นผลมาจากการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ กล่าวคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ก่อนตรวจสวนหัวใจเพียง 1 วัน ก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยมีเวลาจำกัดในการจดจำข้อมูล รวมถึงข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ กระทำโดยประสบการณ์ ทักษะ และองค์ความรู้ของพยาบาลแต่ละคน และยังขาดการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการประเมินค่า ที่จะทำให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเอง ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะสามารถบรรเทาความวิตกกังวล และทำให้มีผู้ป่วยมีความพร้อม จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตรวจสวนหัวใจ (เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555)

ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

1. ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้
 ขวัญเมือง สอนดา และคณะ (2558) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การรับรู้ของผู้ป่วยที่ได้รับเกี่ยวกับการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ความรู้สึกใคร่ใคร่ ผูกพัน เห็นอกเห็นใจ การยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วม และการสนับสนุนด้านทรัพยากร เช่น ด้านการเงิน ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งประโยชน์ ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ

เสาวนีย์ ชนะพาล (2558) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ทำให้บุคคลมองเห็นคุณค่าของตนเองและเกิดความตระหนักว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเหตุให้บุคคลสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีขึ้นด้วย

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการประเมินตนเองและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในรูปแบบต่าง ๆ กับแหล่งอำนวยความสะดวก ในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ของ และด้านการประเมินค่า เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์

การสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เป็นแนวคิดทางด้านจิตสังคมที่เกิดจากการมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือกันในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน

3. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ด้าน คือ

3.1 ด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การให้กำลังใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ แสดงความห่วงใย สอบถามความรู้สึกและรับฟัง รวมถึงการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม การสนับสนุนด้านอารมณ์ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจของ นงคิณุช แนะแก้ว (2560) พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลรู้สึกผ่อนคลายขึ้น ลดความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียนนท์ (2563) พบว่า หลังให้โปรแกรม

การสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์กับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษา พบว่า ครอบครัวที่เป็นแหล่งการสนับสนุนผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เพราะมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จะมีส่วนช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และผลกระทบต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพได้ (Moser et al., 2003 อ้างถึงใน ณิชชา พัฒนา, 2555)

3.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ข่าวสารที่จำเป็น คำแนะนำ การชี้แนะแนวทาง ข้อชี้แจง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้สามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้ เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความรู้ คำปรึกษา เป็นต้น จากการศึกษาของนงนุช แน่แก้ว (2558) พบว่า การให้ความรู้หรือการให้ข้อมูลก่อนทำหัตถการ เพื่อการตัดสินใจของผู้ป่วยและการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมดูแล สามารถลดระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2563) พบว่า หลังให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ด้านการให้การประเมินค่า (Appraisal Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้รับการเรียนรู้โดยส่งเสริมให้ประเมินความสามารถตนเอง มีการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม หรือเป็นการนำข้อมูลมาประเมินตนเองอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมกำหนดไว้หรือไม่ เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และสามารถนำไปใช้ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม จากการศึกษาของเสาวนีย์ ชนะพาล (2558) การให้สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านคำพูด การแสดงออก การให้การรับรองเกี่ยวกับสุขภาพ และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมตนเองกับพฤติกรรมของผู้อื่น โดยให้สมาชิกยกย่องชมเชย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2563) พบว่า หลังให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในการให้การประเมินค่ากับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ด้านวัตถุประสงค์ของ (Instrumental Support) หมายถึง การที่ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนในรูปแบบต่าง ๆ โดยตรงต่อบุคคล เช่น วัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา รวมถึงการให้บริการ เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจในการแก้ปัญหาของบุคคล จากการศึกษาของนงนุช แนะแก้ว (2560) พบว่า การสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการ ช่วยลดความรุนแรงของโรค ลดลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามกิจวัตรประจำวัน และช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ที่จำเป็น ไม่ขัดต่อแผนการรักษา รวมถึงการให้บริการตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัดสอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ (2563) พบว่า หลังให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในด้านวัตถุประสงค์ กับผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. แหล่งสนับสนุนทางสังคม (source of social support)

เฮาส์ (House, 1981) ได้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 9 แหล่ง คือ คู่สมรส (spouse or partner) ญาติ (other relatives) เพื่อน (friends) เพื่อนบ้าน (neighbors) หัวหน้างาน (work supervisor) เพื่อนร่วมงาน (coworkers) ผู้ให้บริการหรือผู้ดูแล (service or care givers) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help groups) และบุคลากรทางสุขภาพ (health/welfare professionals)

5. กลไกของการสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงและโดยอ้อมกับสุขภาพ ดังนี้

5.1 การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ (Main effect/ direct effect) การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อสุขภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีความเครียดมาเกี่ยวข้อง โดยนักวิจัยหลายท่านสันนิษฐานว่าการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นถูกสังคมควบคุมให้มีพฤติกรรมเหมือนสมาชิกในสังคม ซึ่งอาจจะมีผลต่อสุขภาพด้านการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้การทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อตอบสนองตามปกติ และช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค การมีเครือข่ายทางสังคมที่กว้างขวางจะช่วยให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลและได้รับข้อมูลที่มีประโยชน์ ผลต่อสุขภาพโดยตรงในด้านสรีรวิทยาโดยเพิ่มการผลิตฮอร์โมนอะดรีนาลินที่มีผลต่ออารมณ์ทางบวก ด้านจิตใจช่วยส่งเสริมอารมณ์ทางบวก ลดอารมณ์เศร้า โศก อีกทั้งทำให้มีความรู้สึกได้รับการดูแล เพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และรับรู้ได้ถึงความปลอดภัย ด้านพฤติกรรมช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยทำหน้าที่กระตุ้นพฤติกรรมทางบวก (ณัชกร สุทธิวรรณ, 2555)

5.2 การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยอ้อม (Indirect effect) ต่อสุขภาพหรือมีผลเป็นตัวบรรเทาหรืออาจเรียกว่ามีผลเป็นตัวกำกับ ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ นักวิจัยสันนิษฐานว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้การลดความเครียดหรือเปลี่ยนแปลงในเรื่องของการปรับตัวต่อภาวะเครียด เช่น ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การตอบสนองความเครียดของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ และมีผลกับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อลดความเครียดโดยการประเมินย้อนกลับเกี่ยวกับระดับความเครียด ส่งผลต่อด้านจิตใจทำให้บุคคลมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น ได้รับข้อมูลการประเมินที่ตรงตามจริง สามารถนำไปแก้ไขปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งผลจากด้านจิตใจส่งผลต่อด้านสรีรวิทยาโดยส่งเสริมให้สุขภาพกายดี (ณัชกร สุทธิวรรณ, 2555)

แนวคิดความวิตกกังวล

เมื่อมีภัยคุกคามหรือการบาดเจ็บซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นความเครียด (Stressor) บุคคลจะมีกลไกทางจิตใจ หรือมีการตอบสนองในด้านจิตใจ อารมณ์ และความรู้สึก เช่น ความโกรธ ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่พบได้บ่อยที่สุด (Taylor, Lillis & Lemone, 2001 อ้างถึงใน วิจิตรา กุสมภ์ และคณะ, 2556)

1. ความหมายของความวิตกกังวล

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

พูนศรี รังสีขจี, และภาพันท์ วัฒนาวรกิจกิจ (2560) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล เป็นหนึ่งในอารมณ์พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus) ความวิตกกังวลอาจถูกจัดได้ว่าเป็นการตอบสนองเพื่อการปรับตัวที่ปกติ (Normal adaptive response) หรือผิดปกติ (Abnormal adaptive response) ก็ได้

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นความรู้สึกถึงความหวาดหวั่น ตึงเครียด กลัวและวิตกกังวลของบุคคล ซึ่งกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้นโดยความวิตกกังวลเกิดจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งเร้าอาจมีจริงหรืออาจเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้า ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความรุนแรงที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล

ชีฟส์ (Shives, 2012) ได้ให้ความหมายของ ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่มั่นคง ความไม่สบายใจ ความหวาดหวั่น ความตึงเครียดที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่ไม่ทราบสาเหตุ

สรุป ความวิตกกังวล หมายถึง อารมณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความยุ่งเหยิงภายในจิตใจ ความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่สบายใจ หงุดหงิด หวาดหวั่น ตึงเครียด หวาดกลัว เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

ความวิตกกังวลก่อนได้รับการสวนหัวใจ หมายถึง ความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่สบายใจ หงุดหงิด หวาดหวั่น ตึงเครียด หวาดกลัว เกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนจากการตรวจสวนหัวใจ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการตรวจสวนหัวใจ

2. ชนิดของความวิตกกังวล

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ได้แบ่งชนิดของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ซึ่งเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือ ความไม่พึงพอใจ ความไม่สุขสบาย กระวนกระวาย หวั่นวิตก มีการแสดงออกชัดเจน การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิด ไปจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพันธุกรรมวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล ค่อนข้างจะคงที่และปรากฏออกมาในลักษณะของบุคลิกภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ความคิดความต้องการ และประสบการณ์ในอดีต หรือความรู้สึกในปัจจุบัน

สรุป ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแบบแฝง เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอันตราย หรือเกิดความไม่พึงพอใจ จะทำให้ระดับความวิตกกังวลแบบแฝงที่มีอยู่เป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลขณะเผชิญ ให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญบ่อย ๆ ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตามอาจจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลแบบแฝงในระดับที่สูงขึ้นได้ (ขวัญเมือง สอนดา และคณะ, 2558; นงศ์นุช แนะแก้ว, 2560)

3. สาเหตุของความวิตกกังวล

ปัญหาภาวะวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม (วาทีนิ สุขมาก, 2556) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

3.1 ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

3.1.1 ระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nervous system: ANS) พบว่า เมื่อระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อระบบ

ทางเดินอาหารและระบบทางหายใจ ผู้รับบริการที่มีภาวะวิตกกังวลจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic tone เพิ่มขึ้น ทำให้การปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นซ้ำ ๆ เป็นไปอย่างเชื่องช้าและมีการตอบสนองอย่างมากมายต่อสิ่งกระตุ้นปานกลาง

3.1.2 ด้านพันธุกรรม อาจมีบทบาทบ้าง ได้แก่ การพัฒนาบุคลิกภาพ มักมีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล ประหม่าง่าย ไม่มั่นใจตนเอง ตัดสินใจไม่ค่อยได้

3.1.3 สารสื่อประสาท (Neurotransmitter) พบว่า สารเคมีที่สร้างจากปลายเซลล์ประสาทหรือตัวเซลล์ประสาท หลั่งออกจากปลายประสาท เพื่อเป็นตัวนำสัญญาณประสาทอาจทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ได้แก่

1) GABA (Gamma-aminobutyric acid) เป็นกรดอะมิโนที่ผลิตจากกระบวนการ Decarboxylation ของกรดอะมิโน (Glutamic acid) กรดนี้จะมีส่วนสำคัญในการทำหน้าที่เป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง GABA มีผลยับยั้งการทำงานของ Neuron ในระบบทางเดินส่วนกลาง (Inhibitory neurotransmitters) โดยจะทำหน้าที่รักษาสมดุลในสมองที่ได้รับการกระตุ้น ซึ่งช่วยทำให้สมองเกิดการผ่อนคลายและนอนหลับสบายและยังช่วยกระตุ้นต่อมไร้ท่อ (Anterior pituitary) ซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโต (HGH) ทำให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความกระชับและเกิดสาร Lipotropic ซึ่งเป็นสารป้องกันการสะสมไขมัน ดังนั้น ถ้ามี GABA น้อยเกินไปจะมีอาการกระวนกระวาย วิตกกังวลได้

2) Norepinephrine เป็นสารสื่อประสาทชนิด Catecholamine ตัวหนึ่งที่อยู่ในกลุ่ม Biogenic amines พบในระบบประสาทช่วยกระตุ้นการเต้นของหัวใจ หลอดเลือด ต่อมเหงื่อ อวัยวะภายในที่มีขนาดใหญ่ และต่อมหมวกไต นอกจากนี้ยังมีผลกระตุ้นการส่งเสริมความตื่นตัวและมีบทบาทในการกำกับดูแลที่สำคัญในหน่วยความจำระยะยาวและการเรียนรู้ ถ้ามี Norepinephrine มากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล กลัว โหม่งง่าย แต่ถ้าสารนี้มีระดับต่ำเกินไปจะทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

3) Serotonin (5-hydroxytyptamine หรือ 5-HT) เป็นสารสื่อประสาทชนิด Monoamines ทำหน้าที่เป็นตัวนำคลื่นประสาทให้มีการเคลื่อนไปข้างหน้า สารตัวนี้ยังเป็นสารที่สามารถทำให้เส้นเลือดหดตัว (Vasoconstrictor) Serotonin เป็นสารที่ทำให้คนเรารู้สึกอารมณ์ดี คิดว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้นอนหลับง่าย เมื่อร่างกายขาดสารนี้จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความโกรธ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ รู้สึกพักผ่อนไม่เพียงพอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย

3.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological factors) ซึ่ง ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic theory) ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud, 1940) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่าเกิดในระดับจิตไร้สำนึก (unconscious) และเกิดจากปมขัดแย้งในจิตใจ (psychological conflict) ระหว่าง unconscious และ superego ทำให้ ego ต้องใช้กลไกทางจิต (defense mechanism)

ชนิด repression เพื่อกดเก็บปมขัดแย้งไว้ แต่เมื่อปมขัดแย้งมีมากขึ้นและกดเก็บไว้ไม่อยู่ ความวิตกกังวลนั้นก็ถูกดันขึ้นสู่ระดับจิตสำนึก (conscious)

3.3 ด้านสังคม (Social factors) อธิบายว่าประสบการณ์ในชีวิต เช่น ความตาย การหย่าร้าง ภาวะปัญหาทางการเงิน การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ มีผลต่อทัศนคติและการตอบสนองของบุคคล

4. ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2556) ดังนี้

4.1 ระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เกิดขึ้นในระยะวันแรกหรือวันต่อวันจากการรับรู้จากการได้ยิน การมองเห็น เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องประสบเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้น ทำให้หวาดหวั่นกลัว ไม่แน่ใจในอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้ตนตกใจ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และซาลาม บ่อย ๆ หรือพูดซ้ำ ๆ

4.2 ระดับปานกลาง (moderate anxiety) ผู้ป่วยสูญเสียความมั่นคงเป็นการตอบสนองที่ เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ถูกแยกออกจากครอบครัว และสังคมที่คุ้นเคย เช่น การแยกไปอยู่ในห้องทำหัตถการ หรือหอบผู้ป่วยหนักในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแสดงออก โดยน้ำเสียง การพูด เสียงสั่น มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็งตัว หายใจเร็ว และชีพจรเต้นเร็วขึ้นเล็กน้อย

4.3 ระดับมาก (severe anxiety) ความวิตกกังวลจากการคาดคะเน เช่น ผู้ป่วย กลัวว่า ตนเองป่วยหนักมีภาวะคุกคามต่อชีวิตมากเมื่อมีอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล ตนจะปลอดภัยในชีวิตหรือไม่ ซึ่งอาจมีปัญหาในการพูด การติดต่อสื่อสาร แสดงสีหน้า ท่าทาง กล้า สับสน และ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หูอื้อ หัวใจเต้นเร็ว และหายใจเร็ว

4.4 ระดับรุนแรง (panic) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การช่วยเหลือ จะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะมีอาการและพฤติกรรมไม่สนใจสิ่งแวดล้อม พูด ไม่ชัด หายใจขัดใจ ใจสั่น สำลักง่าย เหนื่อยออก เจริญหน้าอก หรือรู้สึกว่ามีสิ่งกดทับที่หน้าอก ระยะนี้ ทำให้เกิดการสูญเสีย หหมดกำลัง และถึงแก่กรรมได้

5. ผลกระทบของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ความจำ และด้านพฤติกรรมแสดงออก โดยจะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้ (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2555; วาทีนี สุขมาก, 2556)

5.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสรีระวิทยา เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น จะกระตุ้นสมองส่วนของไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ส่งผ่านระบบซิมพาเทติกไปต่อมหมวกไตชั้นใน (adrenal

medullar) ให้หลั่งแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งประกอบด้วยอิพิเนพรีน (Epinephrine) และนอร์อิพิเนพรีน (Nor-epinephrine) เข้าสู่กระแสเลือดไปส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

5.1.1 อิพิเนพรีน (Epinephrine) ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ใจสั่น เหงื่อออก ขนลุก เพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย เกิดการย่อยสลายของน้ำตาลไกลโคเจนในตับ (Glycogenolysis) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น นอกจากนี้ยังไปกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการกระวนกระวาย ม่านตาและหลอดเลือดเกิดการขยายตัว

5.1.2 นอร์อิพิเนพรีน (Nor-epinephrine) ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้ภาวะความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเกิดอาการเจ็บหน้าอก ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นเป็นสาเหตุให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มมากขึ้นตาม ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็ว และเพิ่มความต้องการในการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจมากยิ่งขึ้นส่งผลให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น

5.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีที่ผลต่อร่างกายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เมื่อมีความวิตกกังวลจะกระตุ้นสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้มีการสร้างฮอร์โมน Corticotrophin releasing hormone (CRH) ส่งต่อให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมน adrenocorticotrophic hormone (ACTH) กระตุ้นต่อมหมวกไตชั้นนอก (adrenal cortex) ให้หลั่ง adrenocortical ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียม มีผลทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น มีการเผาผลาญโปรตีน ไขมันเพิ่มมากขึ้น ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

5.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ความตึงเครียด และความกลัว ซึ่งบุคคลจะแสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ เช่น หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย โกรธง่าย รู้สึกตนเองไม่มีค่า ไม่มีความสำคัญ เศร้า เสียใจง่าย ร้องไห้บ่อยสงสัยบ่อย จะซักถามมากขึ้น พักผ่อนได้น้อย แยกตัว ขาดความสนใจ ขาดความคิดริเริ่ม ร้องไห้ง่าย แม้เรื่องเพียงเล็กน้อย เรียกร้อง ฟังพาทู้อื่น วิจารณ์ตัวเองและผู้อื่น มีความโน้มเอียงที่จะทำลายผู้อื่น ฝันร้าย ไร้อารมณ์ แยกตัว สัมพันธภาพกับผู้อื่นเปลี่ยนแปลงไป

5.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความจำ และการรับรู้ จะมีอาการลืมง่าย ครุ่นคิด หมกมุ่น การคิดและการใช้ภาษาผิดพลาด การตัดสินใจไม่ดี ความคิดติดขัด ไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่สนใจเรื่องราวที่ควรจะเป็น ครุ่นคิดแต่อดีต ไม่ค่อยรับรู้ต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ไม่มีความคิดที่จะทำอะไรใด ๆ ขาดผลผลิต ความสนใจลดลง การพูดติดขัด เปลี่ยนเรื่องพูดบ่อย หรือไม่พูดเลย การรับรู้ผิดพลาด มีความคิดและการกระทำซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถห้ามได้

5.5 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมการแสดงออก เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้น จะมีพฤติกรรมแสดงออกอัตโนมัติ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถจำแนกได้ 4 กลุ่มใหญ่ (สายสวาทปาจิณะ, 2556) ได้แก่

5.5.1 การแสดงความรู้สึกภายในออกมาอย่างเปิดเผยและซ่อนเร้น เช่น หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย โมโหง่าย อยู่ไม่นิ่ง ความรู้สึกขุนเคืองไม่เป็นมิตร เป็นต้น รวมทั้งอาจแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมของโรคจิต โรคประสาท เป็นต้น

5.5.2 พฤติกรรมที่เบนความสนใจจากภาวะวิตกกังวลไปสู่อาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางร่างกายซึ่งมีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic) ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง และเกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงตามมา เพื่อนำตนเองออกจากสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนั้น

5.5.3 พฤติกรรมการชงักงันเมื่ออยู่ในภาวะที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล มีพฤติกรรมแสดงออก ได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ การเก็บความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้น ๆ

5.5.4 พฤติกรรมที่พยายามทำความเข้าใจ ถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและวิธีการที่ตนเองใช้เพื่อขจัดภาวะวิตกกังวลซึ่งทำให้ตนอึดอัดไม่สบายใจนั้นเสีย เช่น การหาข้อมูลสาเหตุการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค และกิจกรรมการรักษาพยาบาล เป็นต้น

6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ อาจเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ได้แก่

6.1 ปัจจัยภายใน

6.1.1 อายุ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกาย เป็นสิ่งที่สามารถใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจและอารมณ์ จากการศึกษา พบว่า อายุ สามารถร่วมทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจได้ ร้อยละ 8.7 (ขวัญเมือง สอนดา และคณะ, 2558) จากการศึกษาของ อมรรรัตน์ มังษา และคณะ (2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 45 ปี มีความวิตกกังวล ก่อนการตรวจพิเศษทางรังสี สูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

6.1.2 เพศ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการบุคลิกภาพด้านร่างกายแต่ละบุคคลนั้น ซึ่งเพศเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาในด้านนี้ โดยเพศหญิงจะมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายและบ่อยกว่าเพศชาย ทั้ง ๆ ที่เผชิญกับความขัดแย้ง หรือปัญหาแบบเดียวกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์หงุดหงิด กังวล เศร้า เมื่อมีการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ลดลงมาก (กิตติศักดิ์ คัมภีระ, 2562) จากการศึกษาของ อมรรรัตน์ มังษา และคณะ (2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนการตรวจพิเศษทางรังสีของลำไส้ใหญ่สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.05

6.1.3 ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มพูนทักษะและการปรับตัว รวมถึงการแสดงออกของความสามารถของบุคคลนั้น ๆ จะช่วยทำให้ประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่าง ๆ รู้วิธีการจัดการกับอารมณ์และช่วยป้องกันบุคคลจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองมีความเป็นอยู่ที่ดี (อัญทิตา กาญจนแก้ว, 2560) จากการศึกษาของ อมรรัตน์ มังษา และคณะ (2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับอุดมศึกษามีความวิตกกังวลก่อนการตรวจพิเศษทางรังสีของ ลำไส้ใหญ่สูงกว่ามีการศึกษาต่ำกว่าระดับอุดมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

6.1.4 สถานภาพสมรส ความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส เช่น โสด คู่ หม้าย หรือหย่าร้าง อาจมีผลต่อความวิตกกังวล มีการศึกษาของ อมรรัตน์ มังษา และคณะ (2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด สมรส และหม้าย หย่า แยกกันอยู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อน การตรวจพิเศษทางรังสีของลำไส้ใหญ่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่คะแนนเฉลี่ยของสถานภาพโสด มีค่ามากที่สุด รองลงมาคือ สถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ และน้อยที่สุด คือ สถานภาพสมรส

6.1.5 อาชีพ ความแตกต่างทางอาชีพ อาจมีผลต่อระดับความวิตกกังวล เมื่อพิจารณาจำแนกตามอาชีพ มีระดับความวิตกกังวลที่แตกต่างกัน ซึ่งจากการศึกษา ของ อมรรัตน์ มังษา และคณะ (2554) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล ของผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ มีค่ามากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว รับจ้าง แม่บ้าน และน้อยที่สุดคือผู้ป่วยที่มีอาชีพเกษตรกร

6.1.6 ระดับความวิตกกังวล เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดอันตราย หรือไม่พอใจ จะทำให้ระดับความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait anxiety) เป็นตัวส่งเสริมกับระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ฉะนั้นในผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลแบบแฝงสูงก็จะมีแนวโน้มที่จะเพิ่มระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญด้วย (ขวัญเมือง สอนดา และคณะ, 2558; นงคฺนุช แนงแก้ว, 2560)

6.2 ปัจจัยภายนอก

6.2.1 การได้รับข้อมูลข่าวสาร สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ เกิดจากการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมเกี่ยวกับการตรวจ หากผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจที่ยังไม่ส่งเสริมความเข้าใจที่แท้จริง จากรูปแบบการให้ข้อมูลแตกต่างกันไป เช่น การอธิบายเพียงสั้น ๆ การใช้สื่อที่ไม่สะท้อนถึงบริบทจริงขณะตรวจ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความรู้สึกขณะทำการตรวจ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและขาดความร่วมมือในการตรวจ (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561) จากการศึกษาพบว่า หลังการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ มีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.2.2 การคาดคะเนในทางลบเนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการตรวจ เนื่องจากการตรวจสวนหัวใจ เป็นเหตุการณ์ที่ต้องใส่สายสวนเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจ มีโอกาสทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับหลอดเลือดหัวใจได้ เช่น เกิดภาวะก้อนเลือดได้ผิวหนัง มีภาวะช็อคจากหัวใจ ไตวายเฉียบพลัน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น (จำเนียร พัฒนจักร และคณะ, 2562) และในขณะที่ได้รับการตรวจผู้ป่วยจะรู้สึกตลอดเวลา ซึ่งอาจเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนารวยสูงเนิน, 2561)

6.2.3 ความรุนแรงของโรค เป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จนถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการแก้ไข (นงคันทุช เนาะแก้ว, 2560) จากผลการศึกษาของ ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง และคณะ (2562) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ขวัญเมือง สอนดา และคณะ (2558) เรื่อง ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลโดยทั่วไป (ศรีพิมล ดิษยบุตร, 2555; วาทีนิ สุขมาก, 2556) ได้แก่

7.1 แนวปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลและป้องกันความรุนแรง

7.1.1 ช่วยเหลือแก้ไข้ปัญหาที่พบในปัจจุบันก่อน สิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงอันดับแรก คือ การผ่อนคลายหรือระงับอาการ หรือพฤติกรรมปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนั้นก่อน เช่น การรับฟังคำเรียกร้อง การรับฟังคำวิพากษ์วิจารณ์ การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเท่าที่จะทำได้ แสดงการยอมรับพฤติกรรมให้เห็นความเห็นอกเห็นใจ พยายามเข้าใจสภาพความวิตกกังวลตลอดจนสืบหาเหตุผลนำมาซึ่งความวิตกกังวลและหาทางแก้ไขต่อไป

7.1.2 ลดพลังงานจากความกดดัน ได้แก่ ให้แสดงออกทางคำพูด การวาดรูป การเขียนระบายความรู้สึก ให้แสดงออกทางการเปลี่ยนแปลงอิริยาบถ ให้ออกกำลังกายให้ทำงานที่ใช้กำลัง

7.1.3 เปลี่ยนแปลงบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อมการลดสิ่งกระตุ้นโดยตรง ลดเสียงดังรบกวน หรือหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเสริม

7.1.4 แก้ปัญหาทางร่างกายอาจต้องใช้ยาพวก Sedative และ Anti-anxiety เพื่อให้มีอาการสงบโดยเร็ว

7.1.5 แก้ปัญหาปัจจุบันทางกายทันที เช่น ท้องเดิน ท้องผูก วิงเวียนปวดศีรษะ

7.1.6 หลังจากอาการต่าง ๆ สงบลง ควรเสริมการสอนการชี้แนะ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิดประคับประคอง

7.2 แนวปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic)

7.2.1 ช่วยให้ผู้ประสบภัยอยู่กับที่โดยเร็ววิธีการอาจจะต้องกระทำรุนแรงอย่างรวดเร็วแต่ก็ต้องแสดงด้วยความปรารถนาดี โดยวิธีการจับการผูกมัด การใช้เสียงบังคับ

7.2.2 ควรอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะยังไม่ยอมรับก็ตาม เป็นการป้องกันความรู้สึกโดดเดี่ยว เมื่อการรับรู้กลับคืนดีขึ้น ควรทำจิตบำบัดชนิดประคับประคอง

7.2.3 อากัปกริยาท่าทีของพยาบาล ควรอยู่ในความสงบ การพูดกับผู้ป่วยควรใช้คำพูดประโยคสั้น ๆ มีใจความชัดเจน และสื่อแสดงความมั่นใจของพยาบาล

7.2.4 ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับยากล่อมอารมณ์หรือระงับอาการทางจิต ด้วยวิธีฉีดยาอย่างทันที ควรให้นอนหลับพักผ่อน

7.2.5 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนน้อยที่สุด ไม่ว่าจะเป็นแสง เสียง บุคคล ฯลฯ

8. ความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การตรวจสอบหัวใจ เป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กใส่เข้าทางหลอดเลือดแดง บริเวณข้อพับแขน ข้อมือ หรือขาหนีบ ไปจนถึงจุดที่เป็นรูเปิดของหลอดเลือดหัวใจ เพื่อใช้สารทึบรังสีฉีดประเมินตำแหน่งผิดปกติและความรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ดูความผิดปกติของลิ้นหัวใจ การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งการตรวจสอบหัวใจเป็นสถานการณ์ที่ผู้ป่วยประเมินว่าเป็นสถานการณ์ที่แปลกใหม่หรือคุกคามต่อสวัสดิภาพหลีกเลี่ยงไม่ได้ การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ (Spielberger, 1976; Lazarus, & Folkman, 1984 อ้างถึงใน ขวัญเมือง สอนดา และคณะ, 2558) ซึ่งในระหว่างการตรวจสอบหัวใจผู้ป่วยจะรู้สึกตลอดเวลา ไม่ได้ถูกทำให้สลบ การตื่น ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบาย ทำให้เกิดความวิตกกังวลรวมถึงผู้ป่วยจะมีการคาดคะเนในทางลบเนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการตรวจ ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมเกี่ยวกับการตรวจ ไม่สามารถจดจำรายละเอียดที่เคยได้รับข้อมูลเมื่อนานมาแล้วได้ หรือมีความรู้สึกกลัวต่อการตรวจ นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจที่ไม่ส่งเสริมถึงความเข้าใจที่แท้จริง เนื่องจากมีรูปแบบการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป เช่น การอธิบายเพียงสั้น ๆ การใช้สื่อที่ไม่สะท้อนถึงบริบทจริงขณะตรวจสอบหัวใจ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองต่อความรู้สึกขณะทำการตรวจสอบหัวใจ ก็ส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความเครียด และวิตกกังวล (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561, ดารณี ไตรวรกุล, และรัตนใจ เสาร์ดี, 2561) และบางครั้งผู้ป่วยอาจสับสนว่าการตรวจสอบหัวใจเป็นการผ่าตัด โดยเฉพาะเมื่อเห็นสิ่งแวดล้อมในห้องตรวจสอบหัวใจมีลักษณะคล้ายห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือ การแต่งกายของแพทย์และพยาบาลที่สวมเสื้อผ้าสีเขียว

สวมหมวกคลุมผม มีผ้าปิดจมูกและปาก การทำกิจกรรมของเจ้าหน้าที่ และเสียงเครื่องมือ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (ละมัย อยู่เย็น, 2559) ซึ่งอาจมีผลต่อความร่วมมือขณะทำการหัตถการได้ จากการการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 81.8 (ขวัญเมือง สอนดา และคณะ, 2558)

ผลของความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิด ความจำรวมถึงการรับรู้ โดยส่งผลต่อด้านร่างกาย ทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ และต่อมไร้ท่อ ซึ่งส่งผลโดยตรงกับระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด ทำให้อัตราการเต้นของชีพจรเพิ่มขึ้น หลอดเลือดมีการหดตัว ความดันโลหิตสูงขึ้น ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อึดอัด แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ส่งผลต่อด้านอารมณ์ เช่น มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย โกรธง่าย รู้สึกตัวเองไม่มีค่า หวาดหวั่น เป็นต้น ส่งผลต่อความคิด ความจำและการรับรู้ เช่น สมองง่าย ครุ่นคิด หมกมุ่น การคิดและการใช้ภาษาที่ผิดพลาด การตัดสินใจไม่ดี ไม่ค่อยมีสมาธิ ความสนใจลดลง เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) นอกจากนี้ความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ยังมีผลต่อความร่วมมือขณะทำการหัตถการ (จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน, 2561) อาจเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งผลที่ตามมาคือ การรักษาไม่เป็นไปตามแผน ทำให้ผู้ป่วยอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (พิรารวรรณ ไต้งจันทร์ และคณะ, 2558) จากการศึกษาถึง ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ เป็นการประเมินตรวจก่อนเลือดใต้ผิวหนังตำแหน่งที่ใส่สายสวนหัวใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.05 และความรุนแรงระดับปานกลาง ร้อยละ 2.10 (พิรารวรรณ ไต้งจันทร์ และคณะ, 2558) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ดังกล่าวสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยวิธีการเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจทั้งก่อน ขณะ และหลังการตรวจสวนหัวใจ (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ และคณะ, 2562)

9. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) จะเกิดความวิตกกังวล ทำให้เกิดการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด ความจำ อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งการจัดการกับความวิตกกังวลสามารถลดความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งการพยาบาลที่สำคัญที่ช่วยลดความวิตกกังวลมีหลายวิธี ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556; นงค์นุช แนะแก้ว, 2560)

9.1 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ใช้ในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ถึงระดับรุนแรง (Severe anxiety) วิธีลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

9.1.1 การฟังดนตรี (Music) มีผลต่อการรับรู้ หรือปรับเปลี่ยนอารมณ์ ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ระดับเปลือกสมอง ซึ่งมีผลต่อบุคคลที่มีความสนใจและจินตนาการทางอารมณ์ ทำให้สามารถลดความตึงเครียดทางอารมณ์ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความประเทษดนตรี และความชอบของผู้ฟังด้วย (นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์ และชนกพร จิตปัญญา, 2550; Carroll, Ketchell, & Astin, 2016) และจากการศึกษาของ สุมณฑล หมูจุน (2555) เรื่อง การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของวิธีการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา พบว่า การบำบัดด้วยดนตรี โดยเป็นการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจสวนหัวใจ สามารถลดความวิตกกังวลได้

9.1.2 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย ได้แก่ การสร้างจินตภาพ จะเบี่ยงเบนความสนใจในการสร้างจินตภาพ ซึ่งเทคนิคนี้ช่วยลดความวิตกกังวลได้ ในขณะที่ผู้ป่วยเริ่มรู้สึกผ่อนคลาย จะต้องสร้างภาพจากจินตนาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวล ไปสู่ประสบการณ์อันงดงามที่เคยผ่านมาแล้วในอดีต หรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ ซึ่งจะทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขขึ้นได้ชั่วคราว (สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และคณะ, 2563) จากการศึกษาของ สุมณฑล หมูจุน (2555) เรื่อง การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของวิธีการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ผลการศึกษา พบว่า การใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการสร้างจินตภาพ โดยดูแล ก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจหัวใจ สามารถลดความรู้สึกลัว ความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของแครอลและคณะ (Carroll et al., 2016) เรื่อง การลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า การใช้เทคนิคผ่อนคลาย เช่น การนวด (massage) การผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นต้น สามารถลดความวิตกกังวลได้

9.1.3 การใช้การดูแลแบบหลายวิธี เป็นการผสมผสานกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อลดความวิตกกังวล โดยหวังให้เกิดประโยชน์สูงสุด จากการศึกษาของ นิพนธ์ วาตาตา และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับการฟังดนตรีต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์คำ ยอดดี (2555) เรื่อง ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการดูแลตนเองในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

9.2 การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลโดยใช้ยา เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลจะใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลรุนแรง (Severe anxiety) ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวลเรียกว่า Anti-anxiety agent หรือ Anxiolytic drug ในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้เป็นยาด้านความวิตกกังวลที่ได้ผลดี เนื่องจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งยาที่ใช้ลดความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ยากลุ่ม Benzodiazepine และยาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine

9.2.1 ยาที่อยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ Diazepam (Valium), Lorazepam (Ativan), Chlordiazepoxide (Librium), Chorazepate (Tranxene), Dipotassium), Prazepam และ Alprazepam (Xanax) โดยยาจะออกฤทธิ์กดการสร้างสารสื่อประสาทในสมองส่วนลิมบิก (Limbic lobe) และบริเวณเปลือกสมองส่วนคอร์ติคอล (Cortical areas) ผลข้างเคียงของการใช้ยาในกลุ่มนี้มีน้อยและไม่มีอันตราย โดยทั่วไปทำให้ง่วงนอน ความคิดช้า อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้แต่น้อย เช่น รุนวาย สับสน ตื่นเต้น คลื่นไส้ อาเจียน และผื่นขึ้นตามผิวหนัง

9.2.2 ยาที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่ม Benzodiazepine ได้แก่ยา Buspirone (Buspar) โดยยาจะออกฤทธิ์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางเล็กน้อย และยาจะจับตัวรับสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) และโดปามีน (dopamine) มีผลข้างเคียงของการใช้ยาอาจทำให้ ง่วงซึม ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ตกใจง่าย ตื่นเต้นง่าย เป็นต้น

10. การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินระดับความวิตกกังวลสามารถประเมินโดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง หรือร่วมกันหลายวิธี ได้แก่

10.1 การประเมินด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ (Physiological measures of anxiety) โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งจะเกี่ยวกับการประเมินระบบประสาทอัตโนมัติ 2 ด้าน คือ ระบบซิมพาเทติกซึ่งทำหน้าที่ในการให้พลังงานและช่วยในด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อจะหลีกเลี่ยงหรือเผชิญกับปัญหาความวิตกกังวล และระบบพาราซิมพาเทติก ซึ่งทำหน้าที่ตรงกันข้ามเพื่อปรับภาวะที่มากเกินไปของระบบซิมพาเทติก โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เช่น เหงื่อออก หน้าแดง ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ การตึงของกล้ามเนื้อ ความเกร็งของกล้ามเนื้อ เป็นต้น

10.2 การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (Behavior measures of anxiety) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความแปรเปลี่ยนในด้าน การเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันในการทำงานของร่างกาย การรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน

10.3 การประเมินโดยใช้แบบประเมินด้วยตัวเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นลักษณะแบบสอบถามให้ผู้ถูกประเมินประเมินตามความรู้สึกที่รับรู้ของตัวเอง ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลที่นิยมใช้ได้แก่

10.3.1 แบบประเมินความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (State-Trait Anxiety Inventory –STAI (Spielberger et al., 1983) เป็นแบบสอบถามที่มีวัตถุประสงค์ในการประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองประกอบด้วยแบบวัดความวิตกกังวล 2 ส่วนคือตอนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) มี 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกตนเองที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ในขณะนั้นความวิตกกังวลเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามความรุนแรงของสิ่งเร้า ถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย และตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety) มี 20 ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินระดับความรู้สึกตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปทุกสถานการณ์เป็นความวิตกกังวลที่แฝงอยู่ จนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น และความวิตกกังวลนี้จะเป็นตัวเสริมความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะเผชิญ จากการศึกษาของพิราวรรณ โด่งจันทร์ และคณะ (2558) ได้นำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ ซึ่งได้รับอนุญาตให้ใช้ได้จาก Mind Garden, Inc. นำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำมาหาค่าความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

10.3.2 แบบประเมินความวิตกกังวลของซุง (Zung, 1971 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2559) ที่ชื่อว่า Self-Rating Anxiety Scale (SAS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้นและเวลาใกล้ เคียงที่ผ่านมาแล้ว โดยประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะและอาการทางกาย 15 ลักษณะที่เกิดจากความวิตกกังวล ประกอบด้วย ข้อความแสดงความรู้สึกวิตกกังวลหรือพฤติกรรมที่แสดงออก จำนวน 20 ข้อคำถาม มีข้อความทางด้านบวก 5 ข้อและข้อความทางด้านลบ 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คะแนนความวิตกกังวล มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 20 คะแนน และสูงสุด เท่ากับ 80 คะแนน ถ้าคะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง ซึ่งลดาวัลย์ ฤทธิกล้า (2559) ได้นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดยาลดเลือดหัวใจได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

10.3.3 แบบมาตรวัดความวิตกกังวลโดยการประเมินค่าด้วยสายตา (Visual analogue scale: VAS) ของการ์เบอร์สัน (Gaberson, 1991) เป็นแบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวลของตนเองที่มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความยาว 10 เซนติเมตร วิธีการประเมิน คือให้ผู้ป่วยกากบาทตรงตำแหน่ง บนเส้นที่แสดงถึงระดับความวิตกกังวลรู้สึกไม่สุขสบายใจหาวดหัวนตึงเครียดในขณะนั้นมีหน่วยเป็นเซนติเมตร มีคะแนน 0-10 คะแนน ตำแหน่งปลายสุดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลและเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือซึ่งจะตรงกับความรู้สึกวิตกกังวลมากที่สุด ตัวอย่างการนำแบบวัด VAS มาใช้ ดังการศึกษาของ เดเลวี และคณะ (Delewi et al., 2016) ที่นำมาใช้ในผู้ป่วย

ที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ และการศึกษาของณัฐชา พัฒนา (2555) ที่นำมาจากการศึกษาของ เดจอง และคณะ (DeJong et al., 2006) ที่ผ่านการหาความเชื่อมั่นมาแล้วและใช้ศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดทางซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวลมีค่าคะแนนเท่ากับ 0 และความวิตกกังวลจะเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือจนถึงปลายปิด ทางขวามือสุดจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวล มากที่สุดมีค่าคะแนนเท่ากับ 10

10.3.4 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) พัฒนาขึ้นโดย ซิกมอนด์และสเนธ (Zigmond & Snaithe, 1983) ประกอบด้วยคำถามที่วัดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า ใช้ในผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป และไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเองประกอบด้วยคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามรวม 14 ข้อ แบ่งเป็นคำถามสำหรับอาการวิตกกังวล 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมด และสำหรับอาการซึมเศร้าอีก 7 ข้อ คือข้อที่เป็นเลขคู่ทั้งหมด การให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน การคิดคะแนนแยกเป็นส่วนของอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า มีพิสัยของคะแนนในแต่ละส่วนได้ตั้งแต่ 0-21 คะแนน ซึ่งขวัญเมือง สอนดา และคณะ (2558) ได้นำไปหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84

สรุป การประเมินระดับความวิตกกังวลสามารถประเมินได้หลายวิธี แต่ใช้วัดความวิตกกังวลสำหรับบุคคลทั่ว ๆ ไปไม่เฉพาะเจาะจงกับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะประเมินความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อม

ความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องเริ่มจากการเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ของทีมผู้ดูแลทั้งหมด ได้แก่ แพทย์ พยาบาล โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งการเตรียมผู้ป่วยที่เหมาะสมจะช่วยลดการงด/เลื่อนการตรวจโดยผู้ป่วยไม่พร้อม รวมถึงการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (อัญชญา แก้วคำ, 2555; อรุณช ธรรมศร และคณะ, 2560; แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์ และคณะ, 2562)

1. ความหมายของความพร้อม (Readiness)

อูษณีย์ พรหมศรียา (2555) ได้ให้ความหมายของความพร้อมว่า ความสามารถของบุคคลที่จะดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งให้บรรลุผล ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความพร้อมประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคม

ชนิษฐา จันทรแต่งผล (2559) ได้ให้ความหมายของความพร้อมว่า สภาพที่บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยความเต็มใจ กระตือรือร้น โดยขึ้นอยู่กับสภาวะทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม เพื่อให้กิจกรรมนั้น ๆ ดำเนินการสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ (2560) ได้ให้ความหมายของความพร้อมว่า สภาวะที่บุคคลพร้อมทั้งวุฒิภาวะทางร่างกาย จิตใจ ประสบการณ์ และอารมณ์ ที่จะกระทำการใด ๆ ที่สามารถเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และเกิดขึ้นได้ชั่วขณะ ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ บรรลุผลสำเร็จ

สรุปได้ว่า ความพร้อม หมายถึง สภาวะที่บุคคลมีความพร้อมที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้สำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพ รวมถึงตามเป้าหมายที่ได้คาดการณ์ไว้

2. องค์ประกอบของความพร้อม

ดาวว์นิง, และแทคเรย์ (Downing, & Thackrey, 1971 อ้างถึงใน อุษณีย์ พรหมศรียา, 2555) ได้แบ่งองค์ประกอบของความพร้อมไว้ 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านกายภาพ (Physical factors) ได้แก่ การเจริญเติบโตทางร่างกาย จิตใจ และสังคม หรือการบรรลุนิติภาวะในด้านร่างกายทั่วไป

2.2 ด้านสติปัญญา (Intellectual factors) ได้แก่ ความพร้อมด้านสติปัญญา ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการรับรู้ และความสามารถในการคิดและตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหา

2.3 ด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และบุคลิกภาพ (Emotional, Motivational and Personality factors) ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ และความต้องการที่จะเรียนรู้

2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ ความพอเพียง โอกาสในการหาประสบการณ์ทางสังคม

3. การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ

หลักสำคัญของความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ต้องได้รับการเตรียมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (อัญชญา แก้วคำ, 2555; ศิริจันทร์ แก้วสียา, 2556; แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ และคณะ, 2562)

3.1 การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะความกลัว และความวิตกกังวล มักเกิดเสมอกับผู้ป่วยในระยะก่อนการตรวจหัวใจ ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้การดูแลทางด้านจิตใจตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3.1.1 อธิบายและให้คำแนะนำทุกอย่างเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยกลัว และรู้สึกวิตกกังวล ตามการรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ สาเหตุที่ต้องมาตรวจหัวใจ ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นต้น

3.1.2 อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมทางร่างกาย ก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ เช่น การงดน้ำและอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น

3.1.3 อธิบายให้ทราบถึงสภาพของผู้ป่วยภายหลังตรวจสอบหัวใจ เช่น การมีบาดแผลตรงบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจ อุปกรณ์ที่ติดมาผู้ป่วยเพื่อหยุดเลือด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสภาพของตนเองภายหลังการตรวจสอบหัวใจ

3.1.4 อธิบายถึงความจำเป็น ของการตรวจวัดสัญญาณชีพบ่อย ๆ ในระหว่างการตรวจสอบหัวใจ รวมถึงการสังเกตเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังตรวจสอบหัวใจ

3.1.5 อธิบายสภาพแวดล้อมภายในห้องตรวจสอบหัวใจ ที่อาจจะมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีเสียงดังรบกวนตลอดเวลา รวมถึงการแต่งกายของแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ในห้องตรวจสอบหัวใจ ต้องคลุมผม ใช้ผ้าปิดจมูก ให้ผู้ป่วยทราบ

3.1.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสอบถามข้อมูลในสิ่งที่สงสัย เพิ่มเติม เช่น เรื่องสิทธิการรักษาหรือค่าใช้จ่ายสำหรับการตรวจสอบหัวใจ เป็นต้น

3.1.7 ให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ

3.1.8 ดูแลเซ็นใบยินยอมในการตรวจสอบหัวใจ

3.2 การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย

การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย มีวัตถุประสงค์ คือ ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย ก่อนการตรวจสอบหัวใจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในขณะที่ตรวจ หรือหลังตรวจได้ ดังนั้น พยาบาลควรปฏิบัติการพยาบาลการเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ดังนี้

3.2.1 การซักประวัติสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุม ได้แก่ ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยอดีต ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับยาที่ผู้ป่วยรับประทานบางชนิดที่มีผลต่อการตรวจสอบหัวใจ ประวัติการแพ้ต่าง ๆ ประวัติการผ่าตัดของผู้ป่วยที่เคยได้รับ ประวัติการดื่มสุรา/ การสูบบุหรี่หรือสารเสพติดต่าง ๆ ประวัติการตั้งครรภ์

3.2.2 การตรวจร่างกาย ควรประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังนี้ การตรวจวัดสัญญาณชีพ วัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนัก

3.2.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่จะทำการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC) เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะซีดและการติดเชื้อหรือไม่ ตรวจการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ Pro-thrombin time (PT), Partial thrombin time (PTT) และ International ratio (INR) ซึ่งอาจมีผลแทรกซ้อนระหว่างทำการตรวจสอบหัวใจ นอกจากนี้ อาจตรวจประสิทธิภาพการทำงานของไตและสารเกลือแร่ในร่างกาย ได้แก่ Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine (Cr) และ Electrolytes เป็นต้น

3.2.4 การตรวจทางรังสีวิทยา ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก เป็นต้น

3.2.5 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3.2.6 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการตรวจสวนหัวใจ เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและมีความพร้อมสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง (แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์ และคณะ , 2562) ดังนี้

การปฏิบัติตัวก่อนตรวจสวนหัวใจ

1) ผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลก่อนทำการสวนหัวใจล่วงหน้า 1 วัน เพื่อเจาะเลือดตรวจ เช่น ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเกร็ดเลือดค่าการทำงานของไต เป็นต้น ร่วมกับเอกซเรย์ทรวงอก, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือบางรายอาจได้รับตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมด้วย และต้องเซ็นใบยินยอมตรวจสวนหัวใจ

2) ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง

3) ทำความสะอาดโกนขนบริเวณตำแหน่งที่จะตรวจสวนหัวใจ เช่น ข้อมือ แขน หรือขาหนีบ เป็นต้น หลังจากนั้นให้ทำความสะอาดร่างกายและสระผม งดทาแป้ง น้ำหอม ครีมทาผิว สีเล็บ

4) งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนวันตรวจ ผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ในขณะที่ดื่มน้ำและอาหาร เพื่อให้ได้รับพลังงานทดแทน

5) ฝึกหายใจลึก ๆ กลั้นหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ

6) ได้รับการประเมินชีพจร

7) แนะนำการถอดเครื่องประดับ นาฬิกา แว่นตา ฟันปลอมและห้ามนำของมีค่าใด ๆ ติดตัวไปขณะทำการหัตถการ และให้ปัสสาวะก่อนไปห้องทำการหัตถการตรวจสวนหัวใจ

8) ก่อนไปห้องสวนหัวใจท่านอาจจะได้รับประทานยาผ่อนคลายความเครียดและยาฉีดป้องกันการแพ้ยา เมื่อซักประวัติว่าผู้ป่วยแพ้สารที่รังสีตามแผนการรักษาของแพทย์

การปฏิบัติตนขณะตรวจสวนหัวใจ

1. ขณะทำการหัตถการผู้ป่วยจะรู้สึกตัวปกติ ผู้ป่วยต้องนอนราบนิ่ง ๆ ประมาณ 30 นาที -1 ชั่วโมง

2. พยาบาลจะทายาฆ่าเชื้อบริเวณที่ตรวจสวนหัวใจ พร้อมกับคลุมผ้าปราศจากเชื้อ เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ ให้ผู้ป่วยนอนนิ่ง ๆ ไม่ขยับ

3. แพทย์จะฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อระงับความรู้สึกปวดบริเวณที่ทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ ขณะทำผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาระหว่างการสวนจะไม่มีอาการเจ็บ หากมีอาการเจ็บให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลในห้องสวนหัวใจทันที

4. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกขาแพทย์จะแทงท่อหน้าและสอดใส่สายสวนเข้าไปตามหลอดเลือดจนถึงหัวใจและฉีดสารทึบรังสีเพื่อวิเคราะห์โครงสร้างและหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาในการทำหัตถการประมาณ 15-30 นาที

5. ทีมแพทย์อาจขอให้ผู้ป่วยไอ หายใจเข้าลึก ๆ หรือกลั้นหายใจ ทั้งนี้การหายใจลึก ๆ จะช่วยให้สายสวนหัวใจเข้าไปสู่ตำแหน่ง pulmonary artery การไอจะช่วยลดการเกิดอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ อีกทั้งช่วยแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากภาวะหัวใจถูกกดจากการได้รับสารทึบรังสี

6. ขณะฉีดสารทึบรังสีผู้ป่วยอาจจะรู้สึกร้อนวูบวาบได้ แต่หากมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก ผู้ป่วยจะต้องแจ้งแพทย์และพยาบาลในห้องตรวจสวนหัวใจทราบทันที ซึ่งความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นประมาณ 2-3 นาที จากนั้นแพทย์จะใช้เครื่องเอกซเรย์ถ่ายภาพหลอดเลือดเป็นชุดอย่างรวดเร็ว ภาพที่ได้แสดงให้เห็นการไหลของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอย่างละเอียด

7. หลังจากเสร็จสิ้นการทำตรวจสวนหัวใจแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการย้ายมาสู่ห้องพักฟื้นและแพทย์จะทำการดึงท่อหน้าสวนหัวใจออก กดหยุดเลือดนานประมาณ 30 นาที และใช้วัสดุพิเศษกดห้ามเลือดไว้ ผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายกลับหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อไป

8. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกใจสั่น ให้รีบแจ้งแพทย์ และพยาบาลในห้องตรวจ ถ้าตรวจพบความดันโลหิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ท่านจะต้องนอนพักที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจ (CCU) ก่อนจนกว่าอาการปกติจึงส่งกลับหอผู้ป่วย

การปฏิบัติตนหลังตรวจสวนหัวใจ

1. กรณีใส่สายสวนผ่านบริเวณขาหนีบ

1.1 เมื่อผู้ป่วยกลับห้องพัก เพื่อสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบห้ามยกศีรษะ ห้ามงอขา หรือแขน หรือข้างที่ใส่สายสวนหัวใจ และจะมีการวางหมอนทรายทับแผลไว้ เป็นเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมงเพื่อห้ามเลือด

1.2 มีการตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจรอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าปกติ

1.3 เมื่อกลับถึงหอผู้ป่วยถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ดื่มน้ำ หรือน้ำหวานได้ และรับประทานอาหารได้ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม) แต่อยู่ในท่านอนจนกว่าจะครบเวลา จึงจะสามารถลุกขึ้นรับประทานอาหารได้ และเดินได้เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หรือวันรุ่งขึ้น

1.4 ห้ามไอ จามแรง ๆ หรือเบ่งเพราะอาจทำให้เลือดออกจากแผลบริเวณใส่สายสวนหัวใจได้

1.5 ถ้ารู้สึกอ่อน ๆ บริเวณขาหนีบ อาจเกิดจากมีเลือดออกจากแผลให้
รีบแจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อให้การแก้ไข

1.6 ถ้ามีแผลบวม ปวดแผล ขาที่ใส่สายสวนหัวใจ หรือมีอาการผิดปกติ
อื่น ๆ ให้แจ้งพยาบาลทันที

1.7 ขณะยังไม่ครบเวลาที่ต้องนอนหงายราบ หลังจากการทำ ถ้าปวด
ปัสสาวะมากหรือปัสสาวะไม่ออก ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ อาจต้องได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ

1.8 จะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยและวันรุ่งขึ้น

2. กรณีใส่สายสวนผ่านบริเวณข้อมือ

2.1 แพทย์จะทำการดึงท่อใส่สายสวนหัวใจบริเวณข้อมือออก และใช้
อุปกรณ์ (TR band) รัดบริเวณแผล นานประมาณ 4 ชั่วโมง ห้ามงอข้อมือข้างที่ทำ สามารถขยับปลาย
นิ้วมือ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนปลายมือได้ หากมีอาการชา เจ็บที่ปลายนิ้วมือ
ให้รีบแจ้งแพทย์ พยาบาลได้ทันที

2.2 ท่านสามารถลุกนั่งได้ แต่ห้ามขยับแขน หากไม่มีอาการคลื่นไส้
สามารถรับประทานอาหารได้ และดื่มน้ำได้ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม)

2.3 มีการตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจรอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที
4 ครั้งทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าปกติ

2.4 ให้สังเกตบริเวณข้อมือ ถ้ารู้สึกอ่อน ๆ หรือเห็นเลือด อาจเกิดจากมี
เลือดออกจากแผลให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อให้การแก้ไข

2.5 ถ้ามีอาการปวดแผล สามารถขอยาแก้ปวดได้

2.6 จะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยและวันรุ่งขึ้น

4. การประเมินความพร้อม

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการประเมินความพร้อมที่นำมาใช้อย่างหลากหลาย ดังนี้

4.1 การประเมินโดยใช้แบบประเมิน ได้แก่

4.1.1 แบบวัดความพร้อมในการดูแล (The Preparedness for Caregiving Scale) ซึ่งใช้ประเมินการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแล (Archbold et al., 1992 อ้างถึงใน เพ็ญวิสาข์
เจริญวุฒิมากร, 2555) ประกอบด้วย 8 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการให้บริการทาง
สุขภาพ และการจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับเหตุการณ์ฉุกเฉินและด้านการขอความ
ช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการ
ดูแล และด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 8 ข้อ หาค่า
ความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยง = 0.86-0.91

4.1.2 แบบประเมินความพร้อมในการดูแล (สุปราณี สมบูรณ์, 2548 อ้างถึงใน เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร, 2555) เป็นประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย 8 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการหาข้อมูลการให้บริการสุขภาพและจัดหาแหล่งในการดูแล ด้านการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ด้านการดูแลผู้ป่วยและตนเองให้เกิดความพึงพอใจ ด้านการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ด้านการขอความช่วยเหลือและข้อมูลที่จำเป็นจากโรงพยาบาล และ ด้านการดูแลผู้ป่วยโดยรวม โดยแบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ และมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

4.1.3 แบบวัดความพร้อม (Self-Directed Learning Readiness Scale: SDLRS) ซึ่งเป็นแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Gugliemino, 1977 อ้างถึงใน จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ, 2560) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดทัศนคติ ความสามารถ และคุณลักษณะของบุคคล ที่นำมาสู่ความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง 8 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 58 ข้อ ซึ่งแบบวัดนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนกับสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self - Directed Learning Readiness Scale: SDLRS) ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruency Index: IOC) เท่ากับ +0.6 ถึง 1.0 และ ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.94 (สิริลักษณ์ ชี้อัสต์ย, 2560)

สรุปการประเมินระดับความพร้อมสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามหรือแบบประเมิน แต่จะใช้วัดความพร้อมสำหรับบุคคลกลุ่มอื่น ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะประเมินความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ

ขวัญเมือง สอนดา และคณะ (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและ การเผชิญความเครียดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus, & Folkman, 1984) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 88 ราย ที่มารอรับการทำการหัตถการสวนหัวใจแบบวางแผนล่วงหน้า ที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ระบบหัวใจและหลอดเลือด คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ถึงกันยายน พ.ศ. 2557 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ

โรค หลอดเลือดหัวใจ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบพหุมิติ และแบบสอบถามความวิตกกังวล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.07 ปี โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.3) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.8 มีความวิตกกังวลในระดับมาก โดยพบว่า อายุ การรับรู้ความ รุนแรงของ โรคหลอดเลือดหัวใจ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจได้ ร้อยละ 8.7

ภรณ์ชญา ภูสง่า และคณะ (2562) ศึกษาเรื่องความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจหรือ สงสัยว่าเป็นโรคหัวใจที่มาทำการสวนหัวใจ ณ ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า (ร้อยละ 44) ครั้งที่ สองพบความชุกของผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลและ/หรืออาการซึมเศร้า (ร้อยละ 30.1)

เดเลวี และคณะ (Delewi et al., 2016) ได้ศึกษาเรื่อง ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ รวมผู้ป่วยทั้งหมด 2604 คน วัดระดับความวิตกกังวล โดยใช้ Visual Analogue Scale (VAS) ตั้งแต่จาก 0 ถึง 100 คะแนน ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัย 70.4% มีอายุเฉลี่ย 53-77 ปี, คะแนน VAS ในขั้นตอน ก่อนการตรวจสวนหัวใจสูงที่สุด ซึ่งผู้ป่วยเพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่มีระดับความวิตกกังวลสูง คืออายุน้อยกว่า 65 ปี, มีระดับการศึกษาต่ำ และการรักษาหลอดเลือดหัวใจโดยการสวนหัวใจแบบทันที

2. การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล และความพร้อม

อมรัตน์ ฝาละศรี และคณะ (2558) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในสตรี ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสามารถในการทำนายของอายุ ความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน และการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเบาหวานขณะ ตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษา พบว่า อายุ ความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ความรู้สึกไม่แน่นอน และการ สนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานครั้งแรกขณะตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 11.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่การ สนับสนุนทางสังคมเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความวิตกกังวลของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นงศ์นุช แนะแก้ว (2560) ศึกษาเรื่อง ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอำนาจจัดการกับความวิตกกังวล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยปกป้องบุคคลจากความวิตกกังวลได้ หากผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะมีกำลังใจมีอารมณ์ที่มั่นคง และสามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลที่จะนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้

ปารีนุช พรเจริญ และคณะ (2558) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

อรทัย บุญชูวงศ์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 108 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าความวิตกกังวลของผู้ดูแลสามารถอธิบายความแปรผันของความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกได้ร้อยละ 19 และความวิตกกังวลของผู้ดูแลเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่มารับการรักษา ณ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ของรัฐในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 4 แห่ง จำนวน 130 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมาก และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. โปรแกรมที่ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ

จำเนียร พัฒนจักร, และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ การศึกษาเชิงทดลองทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 36 ราย ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละเท่า ๆ กัน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทั่วไป และประเมินความวิตกกังวลทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมทันที และ

ก่อนเข้าห้องตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มทดลองจะได้รับการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมโดย ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับตนเอง (self-regulatory theory) ของ Leventhal, & Johnson ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลที่เป็นจำเป็น และตรงกับความต้องการของผู้ป่วย มี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ เป็นข้อมูลที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการตรวจสวนหัวใจ เหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญ ระยะเวลาเริ่มต้นหรือสิ้นสุด 2) ข้อมูลที่บ่งบอกความรู้สึกที่จะต้องเผชิญ เป็นข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับความรู้สึกผ่านระบบประสาทสัมผัสทั้งห้า 3) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ เป็นข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคำแนะนำและสิ่งที่บุคคลควรปฏิบัติเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเผชิญเหตุการณ์ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเลือกพฤติกรรมการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า หลังให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มควบคุม ระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังให้การดูแลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองให้ความร่วมมือในการตรวจมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ)

พิรารวรรณ โต่งจันทร์ และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษา ผลลัพธ์ของการใช้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการสวนหัวใจโดยการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนและหลังเข้าสวนหัวใจ เป็นการวิจัยวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับการสวนหัวใจตามนัด จำนวน 95 ราย ซึ่งได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสวนหัวใจ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Structure – Process - Outcome ของ Donabedian เริ่มต้นด้วยการเตรียมรับผู้ป่วยให้พร้อมก่อนสวนหัวใจ พยาบาลประสานงานทางคลินิกจะให้ข้อมูลคำแนะนำรวมทั้งการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติประเมินความวิตกกังวลก่อนและหลังสวนหัวใจความพึงพอใจหลังสวนหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนความวิตกกังวลหลังสวนหัวใจต่ำกว่าก่อนสวนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความพึงพอใจเมื่อเทียบกับเกณฑ์ของโรงพยาบาลพบว่าอยู่ในระดับสูง ส่วนภาวะแทรกซ้อนก่อนเลือดได้ผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหัวใจพบเพียงความรุนแรงระดับน้อยถึงปานกลาง

สุมนทล หมูจุน (2555) ได้ศึกษาทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของวิธีการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้เข้ารับการตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ปีเตอร์สัน (Peterson, 1991) ทำการศึกษาความวิตกกังวลในผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 30 ราย โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด พบว่าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงในวันตรวจขณะรอตรวจ และพบวิธีการลดความวิตกกังวลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจขั้นตอนในการตรวจความรู้สึกที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตรวจ เปรียบเทียบการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่ว ๆ ไปที่ผู้ป่วยสนใจ มีผลทำให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงไม่ต่างกัน จึงสามารถกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) การพูดคุย การรับฟัง การอยู่กับผู้ป่วย ระหว่างทำหัตถการเป็นพฤติกรรมดูแล

ที่สำคัญเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลกับผู้ป่วยการดูแลเอาใจใส่ที่ดีของพยาบาลสำคัญมากที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายจากความเชื่อทางจิตวิญญาณ ด้วยความหวังว่าทุกอย่างจะดำเนินไปด้วยดี รู้สึกได้รับการดูแลในความเป็นบุคคล เมื่อได้รับความสนใจเป็นศูนย์กลางของผู้ให้การดูแล

ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า (2559) ศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อนและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ธท.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ของสมาคมพยาบาลอนาธิปไตย ประเทศแคนาดา (RNAO, 2009) เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ เริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ (วันที่ทำหัตถการ) การดูแลผู้ป่วยภายหลังทำหัตถการและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านหลังการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการกลุ่มทดลองมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 11.5 เทียบกับ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 38.5) และมีคะแนนระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ดารณี ไตรวรกุล และรัตนา ใจเสารัตติ (2561) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 6 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 60 คน ซึ่งรูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ ประยุกต์ใช้แนวคิดการเตรียมบุคคลก่อนการเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดด้วยการให้ข้อมูลตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตนเองของลิเวนทอลล์และจอห์นสัน ผลการศึกษา พบว่า ระดับความวิตกกังวลหลังการได้รับข้อมูลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรนุช ธรรมศร และคณะ (2560) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของรูปแบบเตรียมความพร้อมก่อนฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจเชิงคำ One Stop Service-Two Days Care ต่อความรู้ ความวิตกกังวล ความพึงพอใจในบริการและค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความรู้และความพึงพอใจในบริการมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับความวิตกกังวล ค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซามิรา และคณะ (Samira, Nahid, & Samah, 2016) ได้ศึกษาเรื่องผลของการเตรียมพยาบาลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 100 คน ที่เข้ารับการรักษาโดยการตรวจสวนหัวใจ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่ากลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

บาสาร์ และคณะ (Basar et al., 2015) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการศึกษาภาพและเสียงต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 120 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 60 คน และกลุ่มควบคุม 60 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการศึกษาภาพและเสียง ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมที่ลดความวิตกกังวล

ณัฐชา พัฒนา (2555) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 26 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 13 รายโดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนจึงคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schefer et al., 1981) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ ระเบียบและข้อปฏิบัติ วิธีขอความช่วยเหลือหากมีปัญหา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ข้อมูลหอผู้ป่วยใหม่ที่ผู้ป่วยต้องย้ายไปอยู่ ส่วนการสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็น พูดให้กำลังใจ กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวได้แสดงความรัก ความห่วงใย ให้ผู้ป่วยผ่อนคลายโดยเลือกวิธีผ่อนคลายตามที่ต้องการ และการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและบริการ ได้แก่ การช่วยเตรียมด้านของใช้ เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน ให้บริการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน การให้คู่มือโรคการช่วยเหลือปัญหาด้านการเงินที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเท่าที่ทำได้ โดยให้โปรแกรมทั้งหมด 2 ครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า 1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มทดลองก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้ารับการรักษา 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง ลดลงไม่แตกต่างกัน

นันทกา เหล่าอรรคะ และคณะ (2561) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คนและกลุ่มควบคุม 16 คน ในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของลิท (Leith, 1998) ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ได้แก่ อาการเจ็บป่วยของตนเองและการปฏิบัติตัว อุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยทั่วไป ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การให้กำลังใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ความมั่นใจ และการเปิดโอกาสซักถามและระบายความรู้สึก กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมไปหอผู้ป่วยทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังย้ายออกต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจิตรา บุรณศรีกุล (2556) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง เป็นการศึกษาวิจัยแบบทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองและดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยธนาคารกรุงเทพชั้น 2 หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 1 และหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมประสาท 2 ธนาคารกรุงเทพชั้น 2 จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House) โดยให้การสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 3 ครั้ง การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การให้คำแนะนำ ให้แนวทาง และการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจวินิจฉัย การรักษา มีการแจกเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลที่คุณดูแลพึงได้รับ รวมถึงข้อควรปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมและการให้ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วย กิจกรรมทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ กฎระเบียบของหอผู้ป่วย ส่วนการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การแสดงท่าทีจะกระทำตลอดระยะเวลาให้การสนับสนุนทางอารมณ์ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูล และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

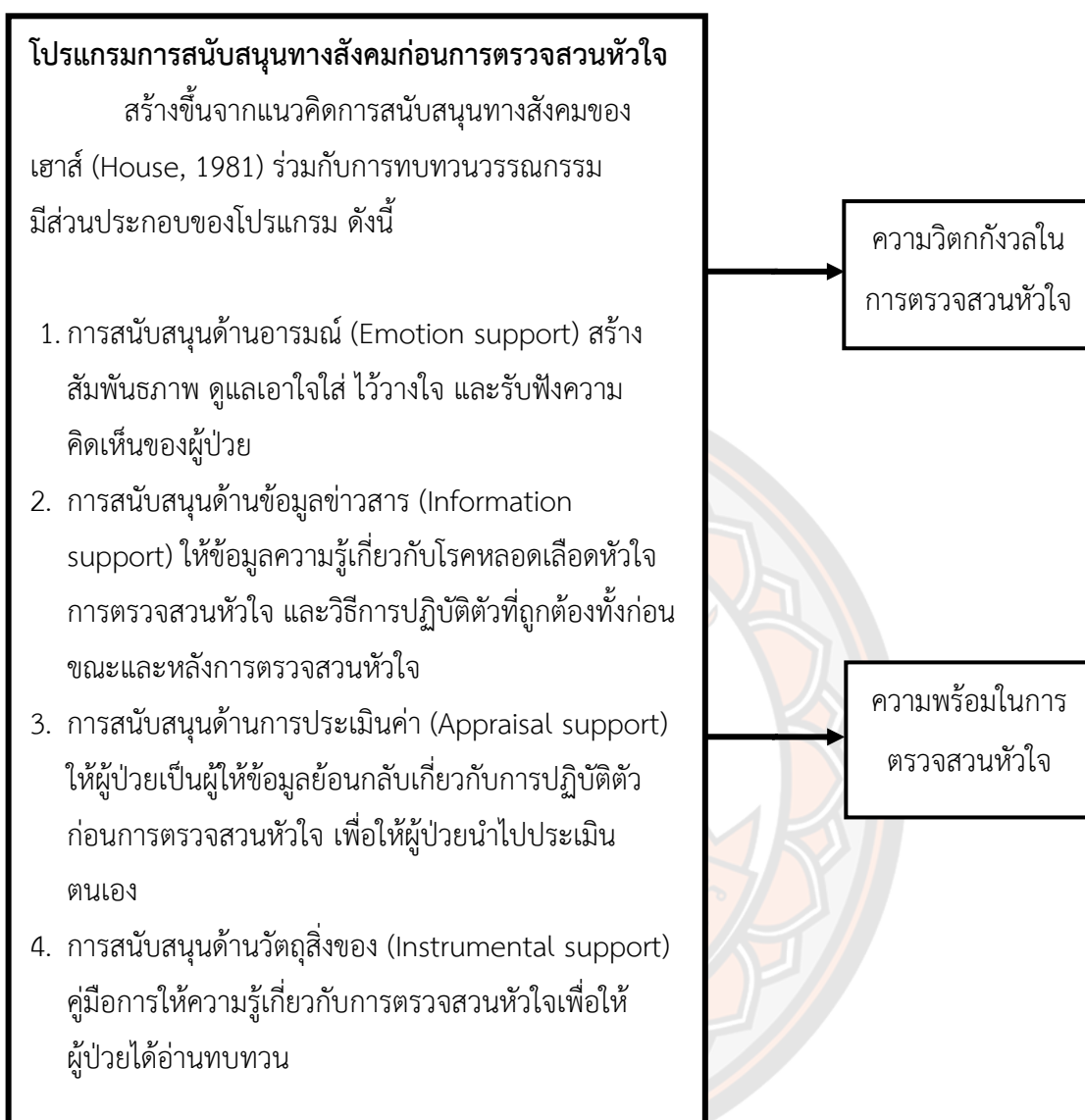
สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีแผนการรักษาโดยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร แบ่งกลุ่มละ 25 ราย เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนผ่าตัดและโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ร่วมกับการสร้างจินตภาพที่ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาข้อข้องใจข้อสงสัยและตอบคำถามข้อสงสัย 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ การผ่อนคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการสร้างจินตภาพและการฝึกปฏิบัติการสร้างจินตภาพ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ โดยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดหัวใจ คู่มือการผ่อนคลายความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดโดยการสร้างจินตภาพ แผ่นบันทึกเสียงการฝึกการสร้างจินตภาพ และเครื่องเล่นแผ่นบันทึกเสียงแบบใช้หูฟัง และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมิน โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือข้อติชม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับมาก ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากการคาดคะเนในทางลบเนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการตรวจการไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมเกี่ยวกับการตรวจ ไม่สามารถจดจำรายละเอียดที่เคยได้รับข้อมูลเมื่อนานมาแล้วได้ มีความรู้สึกกลัวต่อการตรวจ และความวิตกกังวลก่อนการตรวจสวนหัวใจมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ที่จะสามารถลดความวิตกกังวลได้ ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนัก ผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยทั่วไป พบว่ามีการสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ สร้างสัมพันธภาพดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย โดยมีการสนับสนุนด้านข้อมูลครอบคลุมในเรื่อง โรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่วนการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปประเมินตนเองและการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ มีการแจกคู่มือความรู้เพื่อให้ได้อ่านทบทวน จำนวนที่ให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพียง 1-2 ครั้ง และใช้เวลาในการให้โปรแกรมแต่ละครั้ง 30 นาที ซึ่งใช้วิธีการ

อธิบาย และประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการตรวจสอบหัวใจ ส่วนโปรแกรมที่ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ พบว่า มีการสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ได้มีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อลดความวิตกกังวลและทำให้มีความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะนำแนวคิดนี้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีการให้โปรแกรม 2 ครั้ง ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ จากนั้นจะมีการประเมินระดับความวิตกกังวล และความพร้อมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

กรอบแนวคิดของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการนำเอาทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ของเฮาส์ (House, 1981) มาประยุกต์ใช้ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนการตรวจสอบหัวใจ โดยประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion support) โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจสอบหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจสอบหัวใจ 3) การประเมินค่า (Appraisal support) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปประเมินตนเอง และ 4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental support) โดยผู้วิจัยเตรียมคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน ดังแสดงในภาพ 1



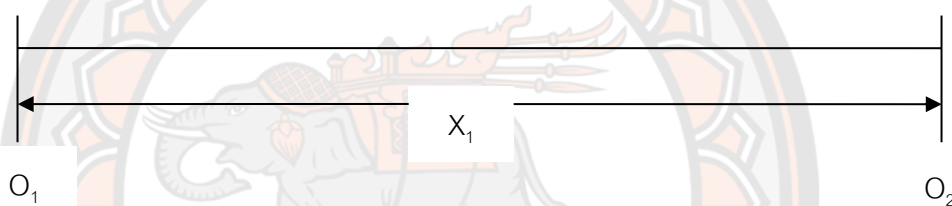
ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

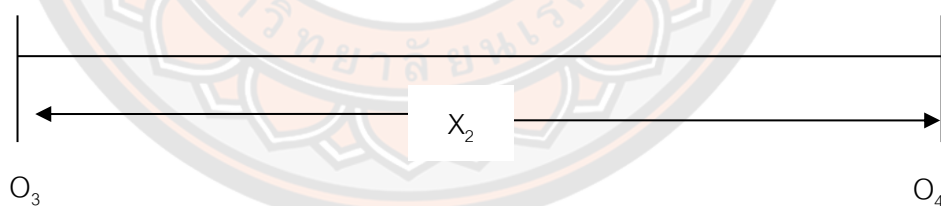
วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมีแบบแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง



กลุ่มควบคุม



ภาพ 2 รูปแบบการวิจัย

X_1 หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

X_2 หมายถึง การพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

O_1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจในวันที่ 1 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ

O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 1 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ

O₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจในวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ

O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลคะแนนความวิตกกังวล และคะแนนความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 2 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2564 จำนวน 50 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และต้องได้รับการตรวจสวนหัวใจ แบบ elective
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีระดับความวิตกกังวลระดับรุนแรง (คะแนนตั้งแต่ 100-125 คะแนน)
2. ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคจิตเวชอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตหลงผิด (Delusional disorder) โรคซึมเศร้า (Major depression)
3. ผู้ป่วยมีประวัติเกี่ยวข้องกับยา แอลกอฮอล์ หรือสารใด ๆ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เช่น กัญชา สุรา แอมเฟตามีน

เกณฑ์การถอดถอน

1. ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพภายหลังจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
2. แพทย์ผู้รักษาเลื่อนหรืองดหัตถการการตรวจสวนหัวใจ
3. อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งจะเริ่มดำเนินการในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนตรวจสอบหัวใจ เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contaminate) ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ที่อาจส่งผลกระทบต่องานวิจัย และสามารถทำการทดลองได้อย่างไม่เกิดความลำเอียง (Bias) โดยทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมจนครบ 25 ราย จากนั้นจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ 25 ราย ซึ่งผู้วิจัยจะควบคุมกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยเทคนิคการจับคู่ (Match pair) โดยให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ และเพศ โดยจับคู่เพศเดียวกัน และอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี (นันทกา เหล่าอรระคะ, 2561)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) มาเปิดตารางตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (Polit & Hungler, 1987 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยค่าขนาดอิทธิพลสามารถคำนวณได้จากสูตรของ กลาสส์ (Glass, 1976 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรตามกลุ่มควบคุมของงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{SD_C}$$

d	=	ขนาดอิทธิพล
\bar{X}_E	=	ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามกลุ่มทดลอง
\bar{X}_C	=	ค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามกลุ่มควบคุม
SD_C	=	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรตามกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาของ จำเนียร พัฒนจักร และวาสนา รวยสูงเนิน (2561) เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ นำค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวล และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวล มาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลกลุ่มทดลอง และค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลกลุ่มควบคุม เท่ากับ 34.94 และ 57.50 ตามลำดับ และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.79 แทนค่าในสูตร

$$d = \frac{57.50 - 34.94}{4.79}$$

$$d = \frac{22.56}{4.79}$$

$$d = 4.71$$

นำค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 4.71 มาประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางตัวอย่างประมาณจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยในการตรวจสอบหัวใจ ลักษณะคำถามครอบคลุมความวิตกกังวลก่อนการตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจสอบหัวใจ จำนวน 25 ข้อ แต่ละข้อจะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายเชิงบวกและข้อความที่มีความหมายเชิงลบ กำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
1	มากที่สุด	น้อยที่สุด
2	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย
3	ปานกลาง	ปานกลาง
4	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก
5	น้อยที่สุด	มากที่สุด

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ พิจารณาจากคะแนนดิบโดยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้นจากค่าพิสัยโดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบต่ำสุด แล้วนำมาแบ่งเป็น 4 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ (วิจิตร คุสุมภ์, 2556) โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

25-49 คะแนน หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลน้อย

50-74 คะแนน หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลปานกลาง

75-99 คะแนน หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลมาก

100-125 คะแนน หมายถึง มีระดับความวิตกกังวลรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความพร้อมของผู้ป่วยในการตรวจสอบหัวใจ ลักษณะคำถามครอบคลุมความพร้อมด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 25 ข้อแต่ละข้อจะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ตัวเลือก กำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
1	น้อยที่สุด
2	ค่อนข้างน้อย
3	ปานกลาง
4	มาก
5	มากที่สุด

การแปลผลคะแนนของแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจพิจารณาจากคะแนนดิบโดยวิธีการหาอันตรายภาคขึ้นจากค่าพิสัยโดยคำนวณจากคะแนนสูงสุดลบต่ำสุด แล้วนำมาแบ่งเป็น 4 ช่วงเท่า ๆ กัน ซึ่งสามารถแปลความหมายของคะแนนความพร้อมออกเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

25-49 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมน้อย

50-74 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมปานกลาง

75-99 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมมาก

100-125 คะแนน หมายถึง มีระดับความพร้อมมากที่สุด

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และการทบทวนวรรณกรรม รายละเอียดในแต่ละด้านมีดังต่อไปนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเข้าใจ ชื่นชม ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย

2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจสอบหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจสอบหัวใจ

3. ด้านการให้การประเมินค่า (Appraisal Support) โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสวนหัวใจ เพื่อนำไปประเมินตนเอง

4. ด้านวัตถุประสงค์ของ (instrumental support) โดยผู้วิจัยเตรียม คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน

ส่วนที่ 2 คู่มือการตรวจสวนหัวใจ ครอบคลุมในเรื่อง โรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ วิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจสวนหัวใจ และอาการผิดปกติหลังตรวจสวนหัวใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ คู่มือการตรวจสวนหัวใจ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ และแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าหรือเท่ากับ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยแบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ได้เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ได้เท่ากับ 0.96 ส่วนโปรแกรมได้นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความเหมาะสม ดังนี้ ปรับภาษาที่ใช้ ให้สื่อสารได้ตรงและเข้าใจ และคู่มือการตรวจสวนหัวใจ นำมาปรับเนื้อหา เพิ่มรูปภาพประกอบให้เห็นภาพได้ชัดเจน

การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ และแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 10 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้มากกว่าหรือเท่ากับ .70 (Burns and Grove, 1997 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยแบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ได้เท่ากับ .96 และแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ได้เท่ากับ .82

2. ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และคู่มือการตรวจสอบหัวใจ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดก่อนการตรวจสอบหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา ผลดังนี้ โปรแกรมมีความชัดเจนในด้านภาษา เนื้อหาเข้าใจง่าย สื่อสารได้ชัดเจน ส่วนคู่มือสามารถใช้สื่อสารได้ชัดเจน ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย ตรงกับที่ผู้ป่วยต้องการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก อีกทั้งคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (IRB No. P3-0068/2563) กลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในเอกสารพิทักษ์สิทธิ (Informed Consent Form) จะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัยและรายละเอียดของโปรแกรม โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้จะเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวในระหว่างการดำเนินการวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. เมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก และแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์เจ้าของไข้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย
4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่จะได้รับการตรวจสอบหัวใจ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัย

5. ผู้วิจัยแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ของผู้ป่วยทุกคนก่อนเริ่มทำการวิจัย
 6. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ จากหอผู้ป่วยโรคหัวใจ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดย 25 รายแรกจัดให้อยู่ในกลุ่มควบคุม และอีก 25 รายเป็นกลุ่มทดลอง โดยให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในเรื่อง อายุ และเพศ
 7. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อขอความยินยอมก่อนเริ่มโปรแกรมโดยแนะนำตัว และขออนุญาตแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลและคำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับชื่อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย การปฏิบัติตัวระหว่างดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นสอบถามความสมัครใจในการวิจัยอีกครั้ง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใด ๆ และจะไม่มีผลต่อการรักษา
 8. ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ (Pre-test) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สำหรับผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลรวมตั้งแต่ 100-125 คะแนน ขึ้นไป จะต้องแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบทันที เนื่องจากแสดงว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรุนแรง (Panic anxiety) อาจจะต้องทำการรักษาด้วยยาหรือปรึกษาจิตแพทย์ในการดูแลรักษาต่อไป
 9. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 25 ราย จากนั้นเริ่มต้นทำการทดลองกับกลุ่มทดลองจนครบ 25 ราย ดังรายละเอียดในขั้นที่ 2
- ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง โดยมีขั้นตอน ดังนี้**
- กลุ่มควบคุม** ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้
- ครั้งที่ 1 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ (วันแรกที่เข้ามาอนโรงพยาบาล)
- วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่ความร่วมมือในการวิจัย ประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ (Pre-test) ร่วมกับให้การพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโรคหัวใจ
1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรกที่เข้าอนโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสสอบถามข้อมูล ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และลงนามเซ็นใบยินยอม
 2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ (Pre-test) ซึ่งใช้เวลารวมประมาณ 15 นาที
 3. หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

4. นัดผู้ป่วยเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ (Post-test) อีกครั้งก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ

ครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ (ก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ)

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ (Post-test) หลังได้รับการพยาบาลปกติ

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ
2. ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ (Post-test) โดยทำเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 จะใช้เวลาประมาณ 15 นาที

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ (วันแรกที่เข้ามาอนโรงพยาบาล)

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างให้เกิดความไว้วางใจ นำไปสู่ความร่วมมือในการวิจัย ประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ (Pre-test) ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

1. ขั้นตอนข้อ 1 และ 2 ทำเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม
2. ผู้วิจัยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเพื่อให้เหมาะสมต่อการให้การพยาบาลตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 กิจกรรม ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อน เพื่อให้สภาพอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม สามารถจัดการกับอารมณ์ นำข้อมูลที่กำลังจะได้รับมาใช้ให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล ดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ รวมถึงความเจ็บป่วยในครั้งนี้

3.2 ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยวิธีการสอนแบบบรรยายรายบุคคล บริเวณข้างเตียงของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจที่ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ตามคู่มือ ในระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย

3.3 ให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ แล้วนำไปประเมินตนเองว่าสามารถปฏิบัติและเตรียมตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจได้

3.4 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ โดยแจกคู่มือการตรวจสอบหัวใจเพื่อให้นักกลุ่มตัวอย่างได้อ่านศึกษาเพิ่มเติมและทบทวน ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยชื่นชมและให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง

4. นัดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ (Post-test) อีกครั้งก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ

ครั้งที่ 2 ที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ (ก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ)

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง (Post-test) หลังได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันก่อนเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ
2. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 กิจกรรม ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน อีกครั้ง โดยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ก่อน จากนั้นให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร โดยการทบทวนข้อมูล พร้อมให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ โดยซักถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้คู่มือ เช่น ความยากง่าย และความสะดวกสบายในการใช้งาน โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

3. ผู้วิจัยวัดประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจอีกครั้ง (Post-test) ก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องตรวจสอบหัวใจ โดยทำเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 จะใช้เวลารวมประมาณ 15 นาที

หลังจากดำเนินตามขั้นตอน นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

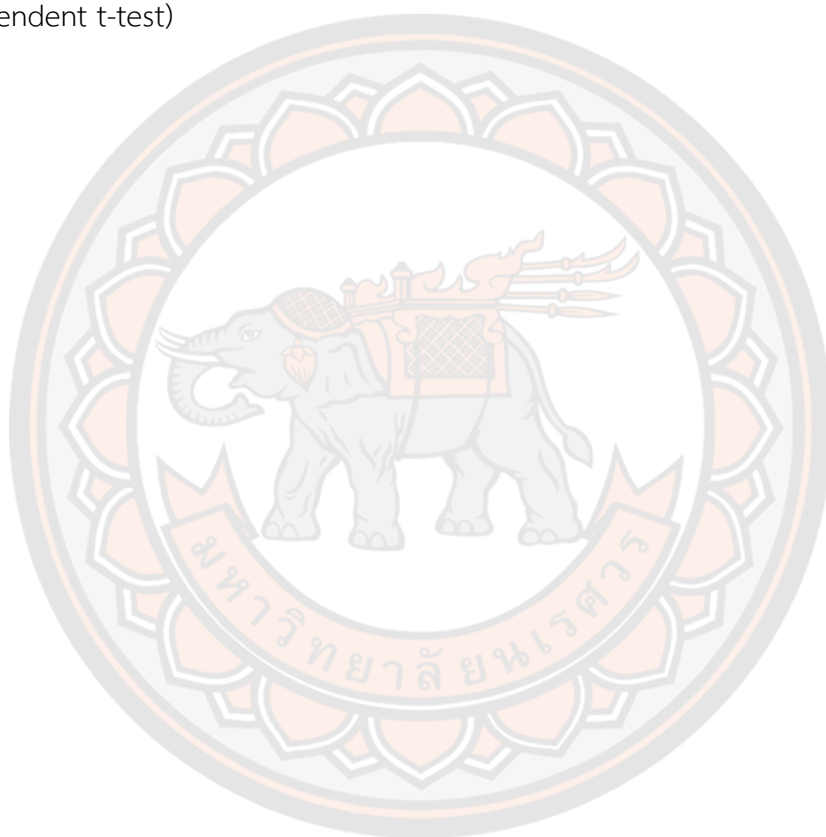
ผู้วิจัยได้ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows version 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้สถิติวิเคราะห์ต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของพิชเชอร์ กรณีข้อมูลตารางขนาด

2 × 2 จำนวนความถี่คาดหวังในแต่ละช่องของตารางมีค่าน้อยกว่า 5 เกิน 20% ของจำนวนช่องทั้งหมดในตารางข้อมูล

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 50 คน โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) 25 คน และกลุ่มควบคุม (Comparison group) 25 คน แบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		X ² / Fisher's	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.000*	1.000
ชาย	13	52.00	13	52.00		
หญิง	12	48.00	12	48.00		
อายุ (ปี)	(\bar{X} =66.48, SD=12.66)		(\bar{X} =65.76, SD=10.02)		1.171**	1.000
50-55	4	16.00	5	20.00		
56-60	4	16.00	4	16.00		
61-65	4	16.00	4	16.00		
66-70	4	16.00	4	16.00		
71-75	4	16.00	4	16.00		
76-80	2	8.00	2	8.00		
81-85	1	4.00	1	4.00		
86-90	2	8.00	1	4.00		
สถานภาพ					.364**	1.000
โสด	1	4.00	1	4.00		
คู่	15	60.00	16	64.00		
หม้าย	9	36.00	8	32.00		
การศึกษา					2.761**	.500
ประถมศึกษา	17	68.00	19	76.00		
มัธยมศึกษา	4	16.00	1	4.00		
ปริญญาตรี	4	16.00	4	16.00		
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	1	4.00		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (25 คน)		กลุ่มทดลอง (25 คน)		X ² / Fisher's	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อาชีพ					2.343**	.717
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	36.00	6	24.00		
ประกอบอาชีพ	6	24.00	4	16.00		
รับราชการ	4	16.00	7	28.00		
รับจ้าง	4	16.00	6	24.00		
เกษตรกร	2	8.00	2	8.00		

* Chi-square test, ** Fisher's exact test

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.00 เพศหญิง ร้อยละ 48.00 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุ 50-55 ปี (ร้อยละ 20.00) อายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D.=10.02) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.00) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.00) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.00)

ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 เพศหญิง ร้อยละ 48.00 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุ 50-75 ปี (ร้อยละ 16.00) อายุเฉลี่ย 66 ปี (S.D.=12.66) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.00) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.00) อาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 36.00)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โดยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบฟิชเชอร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ (n=25) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D..	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	72.68	9.15	9.529	.000
หลังการทดลอง	49.12	6.78		

จากตาราง 2 พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 49.12$, S.D. = 6.78) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 72.68$, S.D. = 9.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p=.000)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ (n=25) โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

ความพร้อม	\bar{X}	S.D..	t-test	p-value
ก่อนการทดลอง	69.76	11.96	-11.815	.000
หลังการทดลอง	109.32	9.58		

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ หลังได้รับ

โปรแกรม ($\bar{X} = 109.32$, S.D. = 9.58) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} = 69.76$, S.D. = 11.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=50) โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง (25 คน)			กลุ่มควบคุม (25 คน)			t-test	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ก่อนทดลอง	72.68	9.15	ปานกลาง	72.20	12.02	ปานกลาง	-.159	.874
หลังทดลอง	49.12	6.78	น้อย	71.24	13.71	ปานกลาง	7.233	.000

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.68$, S.D. = 9.15) และมีความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจหลังการทดลองอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 49.12$, S.D. = 6.78) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.20$, S.D. = 12.02) และมีความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 71.24$, S.D. = 13.71) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจไม่แตกต่างกัน ($p = .874$) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n=50) โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

ความพร้อม	กลุ่มทดลอง (25 คน)			กลุ่มควบคุม (25 คน)			t-test	p-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ก่อนทดลอง	69.76	11.96	ปานกลาง	68.52	13.05	ปานกลาง	-.350	.728
หลังทดลอง	109.32	9.58	มากที่สุด	70.56	12.67	ปานกลาง	-12.201	.000

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มทดลองมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 69.76$, S.D. = 11.96) และมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจหลังการทดลองอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 109.32$, S.D. = 9.58) ส่วนกลุ่มควบคุมมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.52$, S.D. = 13.05) และมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 70.56$, S.D. = 12.67) เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจไม่แตกต่างกัน ($p = .728$) หลังการทดลอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p = .000$)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest control group design) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 50 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร และมีแผนการรักษาให้ได้รับการตรวจสอบหัวใจ โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) 25 คน และกลุ่มควบคุม (Comparison group) 25 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่ม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนได้รับการตรวจสอบหัวใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และคู่มือการตรวจสอบหัวใจ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และแบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบฟิชเชอร์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ค่าเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.00 เพศหญิง ร้อยละ 48.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 50-55 ปี (ร้อยละ 20.00) อายุเฉลี่ย 65 ปี (S.D. =10.02) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.00) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.00) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 28.00)

ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 52 เพศหญิง ร้อยละ 48.00 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ อายุ 50-75 ปี (ร้อยละ 16.00) อายุเฉลี่ย 66 ปี (S.D.=12.66) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.00) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.00) อาชีพไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 36.00)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โดยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบฟิชเชอร์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$)

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p=.000$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ก่อนการตรวจสวนหัวใจ โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทำให้ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจรับรู้ถึงคุณค่า รู้สึกว่าได้รับการดูแล ส่งผลต่อ สุขภาพทั้งด้านสรีระวิทยาและจิตใจ ส่งเสริมให้มีอารมณ์ทางบวก ความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ จึงลดลง

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพ ดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ ชื่นชม ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับ กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การที่ทำให้บุคคลรู้สึกได้ว่าได้รับความรัก ความไว้วางใจ การเอาใจใส่ การให้กำลังใจ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ แสดงความห่วงใย สอบถามความรู้สึกและรับฟัง รวมถึงการยอมรับ สามารถ บรรเทาความวิตกกังวลได้

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค หลอดเลือดหัวใจ การตรวจสวนหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจ สวนหัวใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง หากผู้ป่วยรู้และเข้าใจในเรื่อง โรค การตรวจ วินิจฉัย การรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลที่เป็นจริง ข่าวสารที่จำเป็น คำแนะนำ แนวทาง ข้อชี้แจง ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเผชิญหรือจัดการกับสถานการณ์ปัญหาได้ เช่น การให้ความรู้ หรือคำปรึกษา เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า โดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสวนหัวใจ เพื่อนำไปประเมินตนเอง จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สามารถลด ระดับความวิตกกังวล สอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การที่ทำให้บุคคล ได้รับการเรียนรู้โดยการส่งเสริมให้ประเมินความสามารถของตนเอง มีการให้ข้อมูลย้อนกลับหรือ เปรียบเทียบ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่สังคมกำหนด เพื่อให้ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่า เกิดความมั่นใจ และลดระดับความวิตกกังวล

การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ โดยการแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการตรวจสวน หัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน ซึ่งการสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็น โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา รวมถึง การให้บริการตามมาตรฐานการพยาบาลเคร่งครัด สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ สอดคล้อง กับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่า การที่ทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนใน รูปแบบต่าง ๆ โดยตรงต่อบุคคล เช่น วัสดุ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน เวลา รวมถึงการให้การให้บริการ เพื่อช่วยแก้ปัญหาของบุคคล สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ความวิตกกังวลลดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังเช่น การศึกษาของ วิจิตรา บุรณศรีกุล (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีระดับความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียนนท์ และคณะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด ต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ก่อนการตรวจสอบหัวใจ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) สนับสนุนด้านอารมณ์โดยผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพ ดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ ชื่นชม ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็น จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ได้รับกำลังใจ เห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ด้านข้อมูลข่าวสารโดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจสอบหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจสอบหัวใจ ด้านการประเมินค่า โดยผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจ เพื่อนำไปประเมินตนเอง และด้านวัตถุประสงค์ของการแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน ซึ่งเป็นการสนับสนุนในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสอบหัวใจ ผู้ป่วยจึงได้รับการเตรียมตัวในการที่จะเข้ารับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อให้การตรวจสอบหัวใจสำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะส่งผลให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ลดความเครียด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ

สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญวิสาข์ เจริญวุฒิมากร (2555) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล และการศึกษาของ ปาริณัฐ พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และภาวนา กิรติยุตวงศ์ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่าย

จากโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะทำให้มีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องที่บ้าน

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับนั้นเป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่พยาบาลประจำหน่วยได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ โดยการให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ ตามแนวทางของหอผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งอาจมีความแตกต่างออกไปตามประสบการณ์ของพยาบาลในแต่ละคน ไม่มีเอกสารที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เป็นการให้การพยาบาลอย่างมีระเบียบแบบแผน เป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมในด้านการประเมินค่า จะทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความสามารถของตนเอง จากการเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ โดยแจกคู่มือการตรวจสอบหัวใจที่จัดทำขึ้นเพื่อให้กลุ่มทดลองได้อ่านทบทวนภายหลัง จึงส่งผลทำให้ความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตรา บุรณศรีกุล (2556) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง พบว่า ความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานของการวิจัยข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า การพยาบาลที่ได้รับตามปกติเพื่อเตรียมความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจนั้น ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย มีการสนับสนุนด้านข้อมูลโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการ และข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติทั่วไป

ก่อนทำหัตถการ ตามมาตรฐานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เช่น การงดน้ำอาหาร การเตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไป การได้รับยาผ่อนคลายความเครียด การถอดเครื่องประดับฟันปลอม และการเซ็นใบยินยอม เป็นต้น ยังขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์ที่เป็นแบบแผนหรือแบบประเมินที่ชัดเจนสำหรับผู้ป่วย ขาดการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของโดยไม่มีการจัดเอกสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนอีกครั้ง และขาดการสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจ ส่วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ เป็นการให้การพยาบาลอย่างมีระเบียบแบบแผน เป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ เริ่มตั้งแต่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพ ดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจ ชื่นชม ให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็น 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยการผู้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจสอบหัวใจ และวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทั้งก่อน ขณะและหลังการตรวจสอบหัวใจ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการที่ผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการตรวจสอบหัวใจ และ 4) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ โดยการแจกคู่มือความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้อ่านทบทวน ผู้ป่วยจึงได้รับการเตรียมตัวในการที่จะเข้ารับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อให้การตรวจสอบหัวใจสำเร็จลุล่วงและมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมด้านกายภาพ ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดี และเพียงพอ จึงส่งผลทำให้ความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพร้อม เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองได้ดี (ปารินุช พรเจริญ และคณะ, 2558)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ สามารถลดความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ป้องกันผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ

1.2 เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ เพื่อลดความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ และทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.3 การให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่บกพร่องควรได้รับการดูแลจนระดับความวิตกกังวลลดลงสู่ระดับน้อย ปานกลาง หรือมาก ที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการรับรู้ที่ดีจึงจะสามารถให้โปรแกรมได้

1.4 ควรเริ่มโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจหัวใจ ตั้งแต่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการนัดหมายให้มีการตรวจสอบหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมมากที่สุดในการตรวจสอบหัวใจ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจต่อผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ เช่น ความเครียด ความกลัว พฤติกรรมการปฏิบัติตัว การปรับตัว เป็นต้น

2.2 ส่งเสริมให้มีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยกระเพาะอาหารอักเสบที่ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น เพราะการตรวจอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยอาจไม่มีความพร้อม จนส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้



บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2555-2559*.
นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติศักดิ์ คัมภีระ, วงเดือน สุวรรณศิริ, รุ่งนภา ชัยรัตน์, และอาทิตย์ เหล่าเรืองธนา. (2563).
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับตนเองต่อความวิตกกังวล การปฏิบัติตัว และพิสัย
การเคลื่อนไหวข้อเข่าของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม. *วารสารการพยาบาลและ
สุขภาพ, 14(2)*, 45-57.
- กาญจนา ผลเพิ่มพูนทวี. (2555). *ผลของรูปแบบการให้ความรู้ผ่านสื่อในการเตรียมความพร้อมแก่
ผู้ป่วยที่มารับบริการส่งกล้องทางเดินอาหารโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสุพรรณบุรี
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ชนิษฐา จันทร์แต่งผล. (2559). *การศึกษาความพร้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากรศูนย์เศรษฐกิจ
การลงทุนภาคที่ 4 สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน เพื่อก้าวเข้าสู่การเปิดประชาคม
เศรษฐกิจอาเซียน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ขวัญเมือง สอนดา, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล, และไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร.
(2558). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ.
วารสารการพยาบาล, 17(1), 19-32.
- จินดารัตน์ ชัยโพธิ์คำ. (2560). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยตนเอง
และความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในโรงพยาบาลสกลนคร
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. สกลนคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- จันทิมา ครุฑติลกันันท์. (2558). ผลการฝึกสมาธิโดยการนับลูกประคำ ต่อความเครียด อัตราการเต้น
ของหัวใจ อัตราการหายใจและ ความดันโลหิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ที่ขึ้นฝึก
ประสบการณ์บนหอผู้ป่วยในครั้งแรก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(3)*, 479-485.
- จันทร์คำ ยอดดี. (2555). *ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับ
การดูแลตนเองในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลมหาชนะชัย
จังหวัดยโสธร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยสารคาม.
- จำเนียร พัฒนจักร, และวาสนา รวยสูงเนิน. (2561). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อน
การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการตรวจ.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(3). 10-19.

- จำเนียร พัฒนจักร, อรุณศรี แสนเมือง, และทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2562). ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจและหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน: เรื่องสำคัญสำหรับพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(2), 50-61.
- แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ, และณฤทัย นฤมานโกคิน. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ: กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 2-14.
- ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง, และมยุรี ลีทองอิน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น. ใน *การประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 20* (น. 955-966). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (2557). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ณัชกร สุทธิวรรณ. (2555). ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(3), 23-34.
- ณัชกร สุทธิวรรณ. (2555) *ปัจจัยพยากรณ์พฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ณัฐชา พัฒนา. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ณัฐชา พัฒนา, และวัลภา คุณทรงเกียรติ. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติ. ใน *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 13 GRC 2012 (Graduate Research Conference)*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐฉัตรณ พันธ์มุง, อลิสร่า อยู่เลิศลภ, และสรายุรัตน์ ลัทธิ. (2561). *ประเด็นสารบรรณรศวันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ดารณี ไตรวรกุล, และรัตนา ใจเสาร์ดี. (2561). การพัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยตรวจสวนหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 9(1), 23-38.

- นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ. (2556). *Acute coronary syndrome (Ischemic Heart disease)*.
 เชียงใหม่: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทกา เหล่าอรุณ. สมลักษณ์ เทพสุรียานนท์ และดวงพร ปิยะคง. (2561). ผลของโปรแกรมการ
 สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตของ
 ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*,
 12(4), 39-49.
- นิพนธ์ วาตาดา, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2561). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน
 ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลหลังการสวนหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
 หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลบรมราชชนนี*, 25(1), 6-24.
- นงศ์นุช แนงแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103-108.
- นพวรรณ กฤตยภูษิตพจน์, และชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัด
 ร่วมกับการฟังดนตรีต่อความวิตกกังวลและความปวดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้ยา
 ระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*,
 19(3), 138-148.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ยูแอนดีไอ อินเตอร์
 มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินวัตกรรมวัดเชิง
 จิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี ทัพไพเราะ, วันดี ไตสุขศรี, จงกลวรรณ มุสิกทอง, วันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล, และศรินทร์น์
 ศรีประสงค์. (2555). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ปาริณช พรเจริญ, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และภาวนา กริ ดิยุตวงศ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
 กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสาร
 พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 130-143.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 10)*.
 ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- พัฒนาพร สุปินะ, และนัตดา นาวุฒิ. (2558). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิรารวรรณ โด่งจันทร์, อำภาพร นามวงศ์พรหม, และน้ำอ้อย ภัคดีวงศ์. (2558). ความวิตกกังวล ความพึงพอใจ และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการสวนหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33(1)*, 34-40.
- พูนศรี รังสีขจี, และภาพันธ์ วัฒนาวิทย์กิจ. (2560). กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders). ใน กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนาวิทย์กิจ, และศิริรญา อภิสทธิภิญโญ (บก.), *จิตเวชศาสตร์* (น. 261-262). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมโนยพงศ์. (2552). *การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- เพ็ญวิสาข์ เจริญภูมิมากร. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ภรณ์ชญา ภูสง่า, สมรักษ์ สันติเบ็ญจกุล, และโสภณ สงวนวงศ์. (2562). ความชุกของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการสวนหัวใจ และการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจที่ศูนย์หัวใจสิรินธร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า: การศึกษาไปข้างหน้า 3 เดือน. *Chulalongkorn Medical Bulletin, 1(2)*, 155-166.
- ภัคกร เกตุสีสังข์, อุษาวดี อัศดรวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และธวัชชัย อัศววิฑู. (2555). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 33(3)*, 61-73.
- ยุพิน สังฆะมณี, และวาสนา รวยสูงเนิน. (2555). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายต่อความรู้ความวิตกกังวลและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 30(1)*, 15-21.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า. (2559). *ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะแทรกซ้อนและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ธท.2 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนางานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.

- ละมัย อยู่เย็น. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วรุณัส จิวภูเสภา. (2558). Cardiac Catheterization Lab. *Sikarin Newsletter*, 20, 10-11.
- วาทีนี สุขมาก. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตสังคม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- วิจิตรา กุสมภ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์.
- วิจิตรา บุรณศรีกุล. (2556). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเนื้องอกสมอง (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วีระพล ละวันนา, และกัญญาดา ประจุศิลป์. (2560). การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพหน่วยตรวจสวนหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 94-102.
- ศิริเกษม ศิริลักษณ์ (บก.). (2559). ณ ไตรัมเสลา. *วารสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 7(33), 12-14.
- ศิริจันทร์ แก้วสียา. (2556). สถานการณ์การดูแลผู้ที่ได้รับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร*, 41(4), 150-160.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2555). สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับปรับปรุงปี 2557*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สหรัฐ หวังเจริญ. (2555). สุขภาพนาวียุคใหม่แห่งการสวนหลอดเลือดหัวใจ. *นาวิกศาสตร์*, 95(4), 90-91.
- สายสวาท ปาจิณะ. (2556). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. กรุงเทพฯ: หน่วยงานงานการพยาบาลตรวจโรคกระดูก และข้อโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, จริญญา สายะสทิษฐ์, จิตภา ตั้งปัญญาวงศ์, และสุวรรณา ภูทิม. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการสร้างจินตภาพต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 109-123.

- สิริลักษณ์ ชื่อสัตย์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลชุมชนกับ
 สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. *วารสารพยาบาล
 สาธารณสุข*, 31(2), 73-88.
- สุจินดา रिมนศรีทอง, สุดาพรรณณ ฉัญจิรา, และอรุณศรี เตชสังข์. (2556). *พยาธิสรีระทางการพยาบาล*
 (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สุเธียรนุช ศิรินันติกุล, รัชนี นามจันทรา, และพรศิริ พันธศรี. (2557). ผลของการให้ข้อมูลแบบ
 รูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในการส่องกล้องระบบ
 ทางเดินอาหารส่วนต้น. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 10(1), 1-12.
- สุนัน สุคดี, เสาวนีย์ เนาวพานิช, และศรีนรัตน์ ศรีประสงค์. (2557). *หัตถการทางหัวใจและหลอดเลือด
 เลือดกับการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- สุภา จอมแจ้ง, และรัชนี นามจันทรา. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด
 เลือดในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวนบริเวณขาหนีบ.
วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(2), 14-24.
- สมณฑล หมูจุน. (2555). *การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของวิธีการ
 ดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้เข้ารับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด* (วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาลัยบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยฉบับ
 ปรับปรุง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรม
 ราชูปถัมภ์.
- เสาวนีย์ ชนะพาล. (2558). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนทางไต* (วิทยานิพนธ์ปริญญา
 มหาลัยบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถิตินุชผู้ป่วยโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. (2562). *สถิติผู้ป่วยประจำปี*. พิษณุโลก:
 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก.
- อกนิษฐ์ เลศักดิ์, และพิกุล นันทชัยพันธ์. (2558). การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการลด
 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด, *พยาบาลสาร*, 42(ฉบับพิเศษ), 61-72.
- อภิชาติ สุนทรสรรพิไ และศรีณย์ ควรประเสริฐ. (2558). *Evolution in cardiovascular medicine*.
 เชียงใหม่: ทริค ดิงค์.
- อมรรัตน์ มังษา, บรรจง เขื่อนแก้ว, วราภรณ์ ศิลาวิเศษ, และเกยูร พรหมอ่อน. (2554). ความวิตกกังวล
 ของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาพิเศษลำไส้ใหญ่ทางรังสีของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ
 แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(1), 55-63.

- อมรรัตน์ ผาละศรี, วรณา พาหุวัฒน์กร, และเอมพร รตินธร. (2558). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในสตรีที่ได้รับ การวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกขณะตั้งครรภ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33*(2). 15-22.
- อรทัย บุญชูวงศ์, จงจิต เสน่หา, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, และยงชัย นิละนนท์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 35*(3). 46-57.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วี.พริ้นท์.
- อุษณีย์ พรหมศรียา. (2555). *ความพร้อมของนักศึกษาาระดับปริญญาตรีในจังหวัดปทุมธานีในการเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- อัญชญา แก้วคำ. (2555). *การพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกระดูกสันหลัง* โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อัญธิตา กาญจนแก้ว. (2560). *ปัจจัยที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดาครั้งแรก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Ansari, H. A., Ansari, H. N., & Puthuana, J. (2011). Coronary Artery Disease. In Ragavendra R. Baliga (Ed.), *Cardiology*. New York: McGraw-Hill.
- Basar, C., Besli, F., Kecebas, M., Kayapinar, O., & Turker, Y. (2015). The effect of audio-visual education prior to coronary angiography on the state anxiety. *Clinical Case Reports and Reviews, 1*(8), 176-178.
- Buzatto, L. L., & Zanei, S. S. V. (2010). Patients' anxiety before cardiac catheterization. *Einstein, 8*(4), 483-487.
- Carroll, L. D., Ketchell, M. A., & Astin, F. (2016). Non-pharmacological interventions to reduce psychological distress in patients undergoing diagnostic cardiac catheterization: A rapid review. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 16*(2), 92-103.
- Delewi, R., Vlastra, W., Rohling, J. W., Wagenaar C. T., Zwematra, M., Meesterma G. M.,...Henriques P. S. J. (2017). Anxiety levels of patients undergoing coronary procedures in the catheterization laboratory. *International Journal of Cardiology, 228* (2017), 926–930.

- Gaberson, K. B. (1991). The Effect of Humorous Distraction on Preoperative Anxiety. *Association of Perioperative Registered Journal*, 54(6), 1258-1261.
- House, J. S. (1981). *Work Stress & Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Houston, S., Eagen, M., Freeborg, S., & Dougherty, D. (1996). A comparison of structured versus guide preheat catheterization information on mood states and coping resources. *Applied Nursing Research*, 9(4), 189-194.
- Kern, M. J., Sorajj, P., & Lim, M. J. (2016). *The cardiac catheterization handbook* (6th ed.). Philadelphia, PA: Elsevier.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Moradi, T., & Adib-Hajbaghery, M. (2014). The Effect of an intervention on State and Trait Anxiety Levels of Patients before and after Cardiac Catheterization. *Journal of Applied Science and Agriculture*, 9(1), 256-260.
- Mustafa, A. M., Tameemib, H. M. A., Hchaimc M.H. A., & Metbai, B. R. A. (2020). Nurses' Roles towards Patient undergoing Cardiac Catheterization at Al- Najaf Governorate: Patient Perspective. *American Scientific Research Journal for Engineering, Technology, and Sciences (ASRJETS)*, 64(1), 200-209.
- Perterson, M. (1991). Patient anxiety before cardiac catheterization: An intervention study. *Heart & Lung*, 20(6), 643-647.
- Samira, E. A., Nahid F. G., & Samah E. M. (2016). Effect of Early Nursing Preparation on Anxiety Among Patients Undergoing Cardiac Catheterization. *American Journal of Nursing Science*, 5(5), 222-231.
- Shives, L. R. (2012). *Anxiety Disorder. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Woods, S. L., Froelicher, E. S. S., Motzer S. U., & Bridges, E. J. (2010). *Cardiac Nursing*. USA.: Lippincott Williama & Wilkins,
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารงานวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก) แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๔

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๓ บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|
| ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด | วรรณพรศิริ | ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมลักษณ์ | เทพสุรียานนท์ | กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๓

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์
ระดับปริญญาโท (เพิ่มเติม)

เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตระดับปริญญาโท ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยมีคุณภาพและ
มาตรฐานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และเป็นไปตามข้อ ๒๗ (๒) (ก)
แห่งข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วยการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.๒๕๕๔

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.๒๕๓๓
บัณฑิตวิทยาลัย จึงแต่งตั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ของ นายศุภกิจ เครือกลัด
รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ให้อาจารย์ที่ปรึกษาดำเนินการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แนวปฏิบัติในการทำวิทยานิพนธ์ พ.ศ. ๒๕๖๐ ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๐

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๓

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาโทดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๑๑๔/๒๕๖๓

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ นิติระดับปริญญาโท
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ดำเนินการทำวิจัยตาม
โครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวล
และความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ”

ภาษาอังกฤษ “EFFECT OF SOCIAL SUPPORT BEFORE CARDIAC CATHETERIZATION
PROGRAM ON ANXIETY AND READINESS OF CORONARY ARTERY DISEASE
PATIENTS”

โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๓

(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มุณีสว่าง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/๑๐๑๙ วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม

ด้วย นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสอบหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่แนบมาพร้อมนี้ บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริโชค วนรัตน์วิจิตร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร

- Internationalization
- Innovative Products
- Integrative Team & Networking



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/๑๐๑๙

วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ดร.แสงเดือน อภิรัตน์วงศ์

ด้วย นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่แนบมาพร้อมนี้ บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

- Internationalization
- Innovative Products
- Integrative Team & Networking



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/๑๐๑๙

วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน คุณวรัรัตน์ เฉลิมทอง

ด้วย นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ บัณฑิตวิทยาลัย พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังที่แนบมาพร้อมนี้ บัณฑิตวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไฉ์ วนรัตน์วิจิตร)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ร่วมฉลองฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

- Internationalization
- Innovative Products
- Integrative Team & Networking

COA No. 303/2020
IRB No. P3-0068/2563



AF 12-10/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.ชนมาศ วรรณพรศิริ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : นายศุภกิจ เครือกลัด

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

วิธีหบทวน : แบบคณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กรกฎาคม 2563
5. โครงร่างการทำวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กรกฎาคม 2563
6. AF 04-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัคร) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 18 สิงหาคม 2563
7. AF 04-10 (สำหรับกลุ่ม Try Out) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 18 สิงหาคม 2563
8. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครกลุ่มทดลอง) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 18 สิงหาคม 2563
9. AF 05-10 (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 18 สิงหาคม 2563
10. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กรกฎาคม 2563
11. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
12. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนได้รับการตรวจสวนหัวใจ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
13. คู่มือเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
14. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
15. แบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
16. แบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563
17. จบประมาณที่ได้รับโดยย่อ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 มิถุนายน 2563

ลงนาม *Asst. Prof. Dr. Guntong*
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี อุทัยแสงสุข)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 27 สิงหาคม 2563
วันหมดอายุ : 27 สิงหาคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



COA No. 303/2020
IRB No. P3-0068/2563



AF 05-13/5.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณทศศิริ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : นายศุภกิจ เครือกลัด

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

เอกสารที่ได้รับการรับรอง

1. AF 01-13 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 กันยายน 2563
2. AF 02-13 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 กันยายน 2563
3. คู่มือเกี่ยวกับการตรวจสวนหัวใจ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กันยายน 2563
4. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนได้รับการตรวจสวนหัวใจ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 16 กันยายน 2563

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณี อุทัยแสงสุข)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 25 กันยายน 2563

หมายเหตุ ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



งานวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่รับ 1979 เวลา 3.20 น.
วันที่ 13 ต.ค. 63

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เลขที่รับ 4724 เวลา 17.00 น.
วันที่ 28 ต.ค. 2563

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๓๓๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๒๗๓๔

วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย / เพื่อ try - out

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ด้วย นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๗๖๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

K. Nontharutse

(ดร.คณิดา นรัตถรักษา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน ...
() เพื่อโปรดทราบ
(✓) เพื่อโปรดพิจารณา
() เพื่อโปรดลงนาม
()

ผู้ทำจดหมาย

17 ก.ย. 63

ศ.ดร. ...
17 ก.ย. 63

17 ก.ย. 63

17 ก.ย. 63

๓๓

16 ก.ย. ๒๕๖๓

26 พ.ย. 2563

ศ.ดร. ...

ศ.ดร. ...

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

28 ต.ค. 2563



บันทึกข้อความ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เลขที่รับ 4723 เวลา 15.00 น.
วันที่ 28 ต.ค. 2563

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย งานวิชาการ โทร. ๘๘๘๓๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๒๕๗๓๓

วันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๓

งานวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เลขที่รับ 1671 เวลา 9.30 น.
วันที่ 29 ต.ค. 2563

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ด้วย นายศุภกิจ เครือกลัด รหัสประจำตัว ๖๑๐๖๒๕๖๒ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ" เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด วรรณพรศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ วันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๓

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย จากบุคคลากรในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประกอบการวิจัย ซึ่งเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

R. Manraksa

(ดร.คณิตา นรัตถรักษา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เรียน อ.อ.วิภาณี

- () เพื่อโปรดทราบ
- (✓) เพื่อโปรดพิจารณา
- () เพื่อโปรดลงนาม
- () _____

สุภาวดี 16 พ.ย. 63

หิ
16 พ.ย. 63

พักรวจิน อธิการบดีมหาวิทยาลัยนครสวรรค์
16 พ.ย. ๒๕๖๓

สท
16 พ.ย. 63

17 พ.ย. 63 สท

10 สิงหาคม ๒๕๖๓

วันที่ 26 พ.ย. 2563

อ.วิภาณี

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

28 ต.ค. 2563

ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ดร. แสงเดือน อภรัตน์วงศ์ อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. คุณวรีรัตน์ เถลิมทอง หัวหน้าห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร



ภาคผนวก ค แบบสอบถามงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อน
การตรวจสวนหัวใจ ต่อความวิตกกังวลและความพร้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจ

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ จำนวน 25 ข้อ



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ หรือ เติมคำลงในช่องว่าง

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่าร้าง
<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
5. อาชีพ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลในการตรวจสอบหัวใจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของท่านในการตรวจสอบหัวใจ แบบสอบถามความวิตกกังวลฉบับนี้ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขณะนี้

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ความรู้สึก				
		5	4	3	2	1
	ก่อนตรวจสอบหัวใจ					
1	ท่านกังวลเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ					
2	ท่านกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนได้รับการตรวจสอบหัวใจ					
3	ท่านกังวลเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ เพราะคิดว่าเป็นการผ่าตัด					
4	ท่านรู้สึกว่าการตรวจสอบหัวใจเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต					
5	ท่านมีอาการหลับๆ ตื่นๆ เมื่อคิดเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ					
6	ท่านรู้สึกว่าการตรวจสอบหัวใจเป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้					
7	ท่านกังวลเกี่ยวกับระยะเวลาในการตรวจสอบหัวใจ					
8	ท่านรู้สึกกังวลถ้าไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ					
9	ท่านกังวลหากไม่ได้พูดคุย หรือติดต่อสอบถามก่อนการตรวจสอบหัวใจ					
10	ท่านกังวล หากไม่ได้ระบายความรู้สึกก่อนการตรวจสอบหัวใจ					
11	ท่านกังวลที่ไม่สามารถจดจำรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจได้					

ลำดับ	ข้อความ	ความรู้สึกรู้สึก				
		5	4	3	2	1
	ขณะตรวจสวนหัวใจ					
12	ท่านกังวลเกี่ยวกับความไม่สุขสบายขณะทำการตรวจสวนหัวใจ					
13	ท่านกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะทำการตรวจสวนหัวใจ					
14	ท่านกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวดขณะทำการตรวจสวนหัวใจ					
15	ท่านกังวลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องตรวจสวนหัวใจ					
16	ท่านกังวลเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในห้องตรวจสวนหัวใจ					
17	ท่านกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติของแพทย์และพยาบาลขณะทำการตรวจสวนหัวใจ					
18	ท่านกังวลเกี่ยวกับยาที่ใช้ขณะทำการตรวจสวนหัวใจ					
19	ท่านกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนขณะทำการตรวจสวนหัวใจ					
	หลังตรวจสวนหัวใจ					
20	ท่านกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ					
21	ท่านกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการตรวจสวนหัวใจ					
22	ท่านกังวลว่าผลการตรวจจะมีความรุนแรง					
23	ท่านกังวลว่า หลังตรวจอาจจะต้องมีการผ่าตัดหรือรักษาต่อเพิ่มเติม					
24	ท่านกังวลว่าการตรวจครั้งนี้ อาจมีผลรบกวนต่อสุขภาพในอนาคต					
25	ท่านกังวลว่าการตรวจครั้งนี้ อาจมีผลรบกวนต่อการประกอบอาชีพในอนาคต					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสอบถามเกี่ยวกับเตรียมตัวของท่านในการตรวจสอบหัวใจ แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในขณะที่

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการเตรียมตัวของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการเตรียมตัวของท่านค่อนข้างมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการเตรียมตัวของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการเตรียมตัวของท่านค่อนข้างน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับการเตรียมตัวของท่านน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	การเตรียมตัว				
		5	4	3	2	1
	ด้านกายภาพ					
1	ท่านงดใช้สารเสพติดทุกชนิดก่อนตรวจสอบหัวใจ					
2	ท่านรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูได้เร็ว					
3	ท่านหยุดการใช้ยาที่ทำให้เลือดแข็งตัวช้าอย่างน้อย 7 วันก่อนการตรวจสอบหัวใจ					
4	ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับยาอื่น ๆ ที่ใช้นอกเหนือจากยาตามแผนการรักษาของแพทย์					
5	ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับประวัติการแพ้ยาและอาหาร					
6	ท่านประเมินความผิดปกติของอุณหภูมิ หายใจ ชีพจร และความดันโลหิตของตนเอง					
7	ท่านได้รับการตรวจเลือด เอกซเรย์ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจก่อนการตรวจสอบหัวใจ					
8	ท่านเซ็นใบยินยอมในการตรวจสอบหัวใจ					
	ด้านสติปัญญา					
9	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุที่ท่านเข้ารับการตรวจสอบหัวใจ					

ลำดับ	ข้อความ	การเตรียมตัว				
		5	4	3	2	1
10	ท่านได้รับข้อมูลความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการตรวจสวนหัวใจ					
11	ท่านได้รับข้อมูลการเตรียมผิวหนัง ถอดฟันปลอม ชุดชิ้นในและเครื่องประดับก่อนการตรวจสวนหัวใจ					
12	ท่านได้รับข้อมูลการงดน้ำและอาหารก่อนการตรวจสวนหัวใจอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง					
13	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการฝึกหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ					
14	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาผ่อนคลายความเครียดก่อนตรวจสวนหัวใจ					
15	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจสวนหัวใจ					
16	ท่านตัดสินใจวางแผนการรักษาด้วยการตรวจสวนหัวใจร่วมกับแพทย์ของท่าน					
	ด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และบุคลิกภาพ					
17	หากท่านมีความเครียด และวิตกกังวล ท่านมีวิธีจัดการกับภาวะดังกล่าว					
18	ท่านได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่					
19	ท่านมีโอกาสซักถามข้อมูลในสิ่งที่ท่านสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจากเจ้าหน้าที่					
20	ท่านมีความเชื่อมั่นในทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ตรวจสวนหัวใจ					
21	ท่านมีกำลังใจที่ดีในการตรวจสวนหัวใจ					
22	ท่านพร้อมให้ความร่วมมือในการตรวจสวนหัวใจ					
	ด้านสิ่งแวดล้อม					
23	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับห้องตรวจสวนหัวใจ					

ลำดับ	ข้อความ	การเตรียมตัว				
		5	4	3	2	1
24	ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับข้อปฏิบัติที่ควรทราบจากหอผู้ป่วยที่ท่านอยู่					
25	ท่านเตรียมพร้อมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบหัวใจ					



ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
1	เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการ สนับสนุนด้าน อารมณ์	<p>เนื้อหา</p> <p>1. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ก่อน เพื่อให้สภาพอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อม สามารถจัดการกับอารมณ์ นำข้อมูลที่กำลังจะได้รับการมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ น้ำเสียงที่นุ่มนวล ดูแต่เอาใจใส่ ไร้วางใจ และรับฟังความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการตรวจสอบหัวใจ รวมถึงความเจ็บป่วยในครั้งนี้</p> <p>ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย ในระหว่างการสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัย รวมถึงในระหว่างให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการกล่าวชื่นชม และให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง</p>	ด้านอารมณ์	<p>1. พูดคุยด้วยน้ำเสียงที่นุ่มนวล</p> <p>2. รับฟังความคิดเห็นอย่างตั้งใจ</p> <p>3. เปิดโอกาสในการซักถามข้อมูล</p> <p>4. สังเกตลักษณะสีหน้า ท่าทางที่แสดงออกขณะได้รับข้อมูล</p>	-	5	- พักหน้า เข้าใจ และ การซักถาม ของกลุ่ม ตัวอย่าง

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
1	เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการ สนับสนุนด้าน ข้อมูล	2. ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยวิธีการสอนแบบ บรรยายรายบุคคล บริเวณข้างเตียงของกลุ่ม ตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ การตรวจสวนหัวใจที่ช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ ตามคู่มือ ดังนี้ โรคหลอดเลือดหัวใจ ความหมาย โรคหลอดเลือดหัวใจ คือ โรคที่หลอดเลือด เลี้ยงหัวใจแคบลงหรือมีการตีบตัน สาเหตุเกิดจาก การที่มีไขมันเกาะที่บริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจ การไหลของเลือดที่นำพาอาหารและออกซิเจนไป เลี้ยงได้ไม่ดี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นเกิด การขาดเลือด สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 1. ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้ <ul style="list-style-type: none"> ● มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ● การสูบบุหรี่ ● การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ 	ด้านข้อมูล	1. อธิบายให้ คำแนะนำตามคู่มือ 2. เปิดโอกาส ซักถาม	คู่มือ เกี่ยวกับ การ ตรวจ สวน หัวใจ	12	-พยกหน้า เข้าใจ และ การซักถาม ของกลุ่ม ตัวอย่าง

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการสนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การประเมินผล
		<p>และมีไขมันสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ความเครียด ● ต้มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ● น้ำหนักตัวเกินหรือภาวะอ้วน ● ขาดการออกกำลังกาย <p>2. ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พันธุกรรม ● อายุมากขึ้น <p>การตรวจสวนหัวใจ</p> <p>ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจสวนหัวใจเพื่อดูตำแหน่งผิดปกติและความรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>วิธีการตรวจสวนหัวใจ</p> <p>โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าทางเส้นเลือดแดงบริเวณข้อมือ แขน หรือขาหนีบ ซึ่งสายสวนจะผ่านขึ้นไปยังตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ</p>					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
		<p>1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ</p> <p>2. ภาวะหัวใจทะลุ</p> <p>3. การติดเชื้</p> <p>4. เกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงส่วนปลาย</p> <p>ลักษณะภายในห้องตรวจ</p> <p>ห้องตรวจสวนหัวใจ จะประกอบด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งเป็นอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีความพร้อมของบุคลากรทำหัตถการตรวจสวนหัวใจ</p> <p>อุปกรณ์ที่ใช้ในการจิสตีหลอดเลือดหัวใจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เข็มแทงและท่อน้ำสายสวน 2. สายสวนหัวใจ 3. สารทึบรังสี <p>การปฏิบัติตัวก่อนตรวจสวนหัวใจ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นอนโรงพยาบาลก่อนทำการสวนหัวใจล่วงหน้า 1 วัน เพื่อเจาะเลือดตรวจ เช่น ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเกร็ดเลือดค่าการทำงานของไต เป็นต้น ร่วมกับเอกซเรย์ทรวงอก, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือบางรายอาจได้รับตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมด้วย 					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการสนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การประเมินผล
		<p>2. ชี้ผู้นำหนักวัดสวนสูง</p> <p>3. ทำความสะอาดโถงชุมชนบริเวณตาแหน่งที่จะตรวจสวนหัวใจ เช่น ซ่อมมีอ แชน หรือขาหนีบ เป็นต้น หลังจากนั้นให้ทำความเข้าใจความสะอาดร่างกายและระดม</p> <p>4. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนวันตรวจ</p> <p>5. ฝึกหายใจลึกๆ กลั้นหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ และจะได้รับการดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>6. ได้รับการประเมินชีพจร</p> <p>7. ไม่ควรมีของมีค่า ฟันปลอม และไม่สวมแว่นไม่สวมรองเท้า ไม่ใส่ชุดชั้นในเข้าไปในห้องสวนหัวใจ</p> <p>8. ก่อนไปห้องสวนหัวใจท่านอาจจะได้รับประทานยาผ่อนคลายความเครียดและยาฉีดป้องกันการแพ้ยา เมื่อซักประวัติว่าผู้ป่วยแพ้สารที่บ่งชี้ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>การปฏิบัติตัวขณะตรวจสวนหัวใจ</p>					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
		<p>1. ผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในท่านอนหงายบนเตียงตลอดกระบวนการตรวจสวนหัวใจ จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง</p> <p>2. พยาบาลจะทายาฆ่าเชื้อบริเวณที่ตรวจสวนหัวใจ พร้อมกับคลุมผ้าปราศจากเชื้อ ให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ขยับ</p> <p>3. แพทย์ฉีดยาชาที่บริเวณตรวจสวนหัวใจ ขณะที่ทำผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาระหว่างการสวนจะไม่มีอาการเจ็บ หากมีอาการเจ็บให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลในห้องสวนหัวใจทันที</p> <p>4. แพทย์จะใส่สายสวนเข้าไปทางหลอดเลือด โดยสายสวนมีลักษณะเป็นท่ออ่อนขนาดเล็ก สายสวนจะเข้าไปในหลอดเลือดจนถึงหัวใจ</p> <p>5. แพทย์จะทำการฉีดสารทึบรังสีผ่านสายสวน ท่านจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน หรือรู้สึกร้อนและอาจจะเกิดความรู้สึกนี้กับส่วนต่างๆของร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกร้อนตามใบหน้า ใต้ หน้าอก และร้อนไปถึงกัน บางคนอธิบายความรู้สึกนี้ว่าร้อนวูบวาบหรือเหมือนกับนั่งแช่ใน</p>					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
		<p>นำขึ้น ซึ่งความรู้สึกลึกซึ้งจะเกิดขึ้นประมาณ 2-3 นาที</p> <p>6. จากนั้นแพทย์จะใช้เครื่องเอกซเรย์ถ่ายภาพหลอดเลือดเป็นชุดอย่างรวดเร็ว ภาพที่ได้แสดงให้เห็นการไหลของเลือดที่เปลี่ยนแปลงอย่างละเอียด</p> <p>7. แพทย์จะทำการดึงท่อใส่สายสวนที่ขาหนีบออก และกดห้ามเลือดบริเวณที่ทำการตรวจสวนหัวใจนานประมาณ 30 นาที</p> <p>8. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น ให้รีบแจ้งแพทย์ และพยาบาลที่ห้องตรวจ ถ้าตรวจพบความผิดปกติต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ท่านจะต้องนอนพักที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจ (CCU) ก่อนจนกว่าอาการปกติจึงส่งกลับหอผู้ป่วย</p> <p>การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีใส่สายสวนผ่านบริเวณขาหนีบ <ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อผู้ป่วยกลับห้องพัก เพื่อสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบห้ามยกศีรษะ ห้ามงอขา หรือแขน หรือข้างที่ได้สายสวนหัวใจ และจะมีการวางหมอนทรายทับแผลได้เป็นเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมงเพื่อห้ามเลือด 					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
		<p>2. มีการตรวจวัดความดันโลหิตที่พิจรณอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าปกติ</p> <p>3. เมื่อกลับถึงหอผู้ป่วยถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ดื่มน้ำ หรือ น้ำหวานได้ และรับประทานอาหารได้ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม) แต่อยู่ในท่านอนจนกว่าจะครบเวลา จึงจะสามารถลุกขึ้นรับประทานได้ และเดินได้เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หรือ วันรุ่งขึ้น</p> <p>4. ห้ามไอ จามแรงๆ หรือเบ่งเพราะอาจทำให้เลือดออกจากแผลบริเวณใส่สายสวนหัวใจได้</p> <p>5. ถ้ารู้สึกอึดอัด บริเวณขาหนีบ อาจเกิดจากมีเลือดออกจากแผลให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันที เพื่อให้การแก้ไข</p> <p>6. ถ้ามีแผลบวม ปวดแผล ขาที่ใส่สายสวนหัวใจ หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ให้แจ้งพยาบาลทันที</p> <p>7. ขณะยังไม่ครบเวลาที่ต้องนอนหงายราบหลังจากการทำ ถ้าปวดปล้สภาวะมากหรือปล้สภาวะ</p>					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
		<p>ไม่ออก ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ อาจต้องได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p>8. จะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยและวันรุ่งขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● กรณีใส่สายสวนผ่านบริเวณข้อมือ <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์ พยาบาลจะทำการตั้งท่อนำสายสวนหัวใจบริเวณข้อมือออก และใช้อุปกรณ์ (TR band) รัดบริเวณแผล นานประมาณ 4 ชั่วโมง ห้ามงอข้อมือข้างที่ทำ สามารถขยับปลายนิ้วมือเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนปลายมือได้ หากมีอาการชา เจ็บที่ปลายนิ้วมือ ให้รีบแจ้งแพทย์ พยาบาลได้ทันที 2. ท่านสามารถลุกนั่งได้ แต่ห้ามขยับแขน หากไม่มีอาการคลื่นไส้ สามารถรับประทานอาหารได้ และดื่มน้ำได้ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม) 3. มีการตรวจวัดความดันโลหิต 3 ครั้งอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าปกติ 4. ให้สังเกตบริเวณข้อมือ ถ้ารู้สึกอุ่นๆ หรือเห็น 					

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการสนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การประเมินผล
		<p>เลือด อาจเกิดจากมีเลือดออกจากแผลให้รับแจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อให้การแก้ไข</p> <p>5. ถ้ามีอาการปวดแผล สามารถทายาแก้ปวดได้</p> <p>6. จะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่มาถึงหอผู้ป่วยและวันรุ่งขึ้น</p> <p>อาการผิดปกติที่ท่านต้องรีบแจ้งพยาบาลทันทีเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รู้สึกเจ็บหน้าอก หรือแน่นหน้าอก 2. รู้สึกใจหวิว ใจเต้น หน้ามืด 3. รู้สึกคลื่นไส้อาเจียน 4. รู้สึกขุ่นขึ้นบริเวณแผล (อาจมีเลือดออกมาอย่างรวดเร็วจากเส้นเลือดแดงใหญ่) 					


ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการ สนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การ ประเมินผล
1	เพื่อให้ผู้ปวย ได้รับการ สนับสนุนด้าน การประเมิน ค่า	3. ให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการให้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการ การตรวจสอบหัวใจ แล้วนำไปประเมินตนเองว่า สามารถปฏิบัติและเตรียมตัวก่อนได้รับการตรวจ สวนหัวใจได้	ด้านการ ประเมินค่า	ให้กลุ่มตัวอย่าง สะท้อน/ให้ข้อมูล ย้อนกลับเกี่ยวกับ การตรวจสอบสวนหัวใจ	-	8	-กลุ่มตัวอย่าง ให้ข้อมูล ย้อนกลับ เกี่ยวกับ การ ตรวจสอบ หัวใจ
1	เพื่อให้ผู้ปวย ได้รับการ สนับสนุนด้าน วัตถุประสงค์ของ	4. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ โดยแจก คู่มือเกี่ยวกับการตรวจสอบสวนหัวใจเพื่อให้กลุ่ม ตัวอย่างได้อ่านศึกษาเพิ่มเติมและทบทวน ผู้วิจัย ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย โดยชื่นชม และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง	ด้านวัตถุประสงค์ ของ	แจกคู่มือการตรวจ สวนหัวใจ	คู่มือ เกี่ยวกับ การ ตรวจ สวน หัวใจ	5	-กลุ่มตัวอย่าง ได้รับคู่มือการ ตรวจสอบ หัวใจ

ครั้งที่	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	รูปแบบการสนับสนุน	กิจกรรม	สื่อ	เวลา (นาที)	การประเมินผล
2	เพื่อประเมินความวิตกกังวลและความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจ ก่อนเข้าห้องตรวจสวนหัวใจหลังได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	<p>1. ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 กิจกรรม ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน อีกครั้ง โดยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ก่อน จากนั้นให้การสนับสนุนข้อมูล โดยการทบทวนข้อมูล พร้อมให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ โดยซักถามผู้เกี่ยวข้องกับการใช้คู่มือ เช่น ความเข้าใจง่าย อ่านสะดวก ตัวอักษรใหญ่มองเห็นได้ชัดเจน และความสะดวกสบายในการใช้งาน</p> <p>2. ผู้วิจัยประเมินระดับความวิตกกังวลในการตรวจสวนหัวใจ และความพร้อมในการตรวจสวนหัวใจอีกครั้ง (Post-test) ก่อนกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องตรวจสวนหัวใจ จะใช้เวลารวมประมาณ 15 นาที</p>	<p>ด้านการสนับสนุน</p> <p>สนับสนุนอารมณ์ด้านข้อมูล ด้านการประเมินค่าและด้านวัตถุประสงค์ของ</p>	<p>1. ทบทวนข้อมูลร่วมกับผู้ช่วย</p> <p>2. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>1. ตอบแบบสอบถาม</p>	-	20	<p>- สังเกตสีหน้า</p> <p>พยักหน้าเข้าใจ</p> <p>และการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>- จากแบบสอบถาม</p>

1

คู่มือ

การตรวจสอบหัวใจ



อ้างอิง

<https://www.youtube.com/watch?v=rNYmyxVPhqI>

2

คำนำ

การตรวจสอบหัวใจ เป็นวิธีการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำการตรวจเพื่อดูตำแหน่งผิดปกติและความรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจหากพบความผิดปกติ การเรียนความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจเป็นเรื่องสำคัญ คู่มือฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ ให้ความรู้พร้อมในการตรวจสอบหัวใจ สามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องทั้งก่อนตรวจสอบหัวใจ ขณะตรวจสอบหัวใจ และหลังตรวจสอบหัวใจ ส่งเสริมให้การตรวจสอบหัวใจมีประสิทธิวิภาษมากยิ่งขึ้น

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจไม่มากนัก

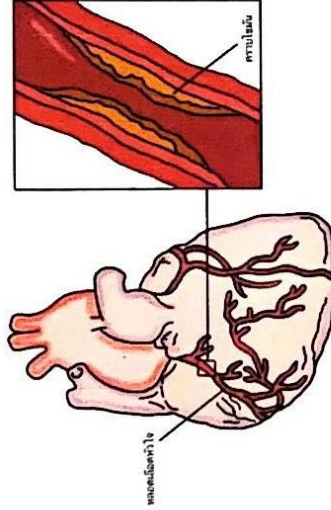
นายศุภกิจ ศรีอกสัด
ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
โรคหลอดเลือดหัวใจ	4
สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ	5
การตรวจสวนหัวใจ	6
วิธีการตรวจสวนหัวใจ	7
ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ	8
การปฏิบัติตัวก่อนตรวจสวนหัวใจ	11
การปฏิบัติตัวขณะตรวจสวนหัวใจ	12
การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ	17
อาการผิดปกติหลังตรวจสวนหัวใจ	21
เอกสารอ้างอิง	22

โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ คือ โรคที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ แคลงหรือมีการตีบตัน สาเหตุเกิดจากการที่มีไขมันเกาะที่บริเวณผนังหลอดเลือดหัวใจ การไหลของเลือดที่นำพาอาหาร และออกซิเจนไปเลี้ยงได้ไม่ดี ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นเกิดการขาดเลือด



อ้างอิง

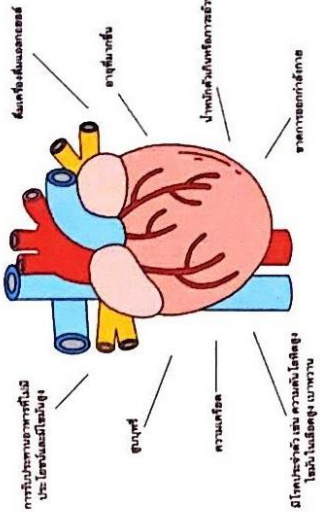
<https://www.bangkokhospital.com/heart-hospital/heart-care-excellence/medical-services/detail/5>

5

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

1. ปัจจัยเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงได้
 - มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน
 - การสูบบุหรี่
 - การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์และมีไขมันสูง
 - ความเครียด
 - ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - นาน้ำหนักตัวเกินหรือภาวะอ้วน
 - ขาดการออกกำลังกาย
2. ปัจจัยที่หลีกเลี่ยงไม่ได้
 - พันธุกรรม
 - อายุมากขึ้น

6



อ้างอิง

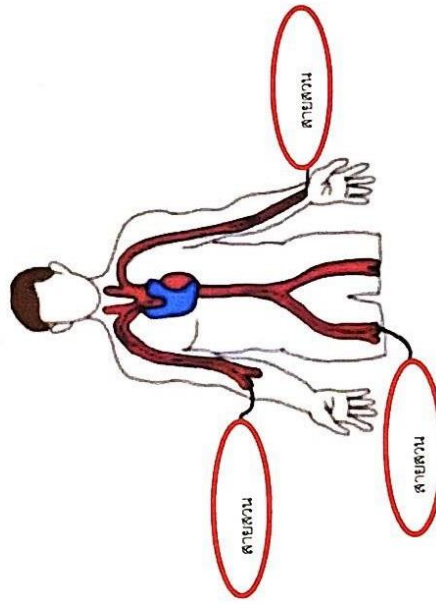
<https://www.paolohospital.com/th/phrapradaeng/Article/Details/Uncategorized/โรคหลอดเลือดหัวใจ>

การตรวจสวนหัวใจ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจสวนหัวใจ เพื่อดูตำแหน่งผิดปกติและความรุนแรงของหลอดเลือดหัวใจ การตรวจและการรักษาวีธีนี้จะทำให้คนไข้ฟื้นตัวเร็ว เพราะไม่ต้องผ่าตัดใหญ่ และมีความเสี่ยงน้อยกว่า สามารถกลับบ้านไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

วิธีการตรวจสอบหัวใจ

โดยการใส่สายสวนขนาดเล็กเข้าทางเส้นเลือดดำหรือแดง บริเวณข้อมือ แขน หรือขาหนีบ ซึ่งสายสวนจะผ่านขึ้นไปยัง ตำแหน่งต่าง ๆ ของหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ



อ้างอิง

<https://www.bloggang.com/m/viewdiary.php?id=loveaddicted&month=02-2010&date=12&group=2&gblog=259>

ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสอบหัวใจ

1. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ภาวะหัวใจทะลุ
3. การติดเชื้อ
4. เกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงส่วนปลาย

ลักษณะภายในห้องตรวจ

ห้องตรวจสวนหัวใจ จะประกอบด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ ซึ่งเป็นอุปกรณ์และเทคโนโลยีทันสมัย มีความพร้อมของในการ ทำหัตถการตรวจสอบหัวใจ



อ้างอิง

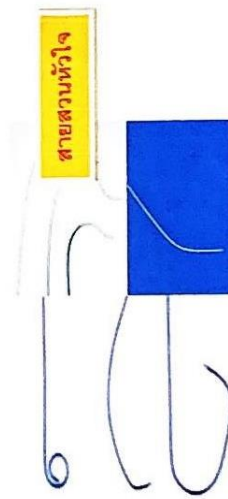
<http://www.med.nu.ac.th/heart/lab.html>

อุปกรณ์ที่ใช้ในการฉีดยาหลอดเลือดหัวใจ

- 1. เข็มแทงและท่อนำสายสวน



- 2. สายสวนหัวใจ



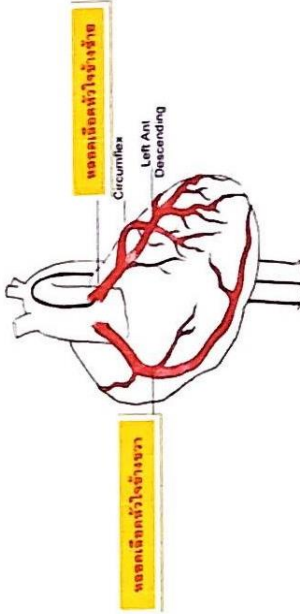
อ้างอิง

<http://sriphath.med.cmu.ac.th/th/knowledge-171>

3. สารทึบรังสี



ภาพแสดงลักษณะปกติของหลอดเลือดหัวใจ



อ้างอิง

<http://www.phyethaisiracha.com/pylswb/index.php?page=modules/knowledgepage&knowid=271>

การปฏิบัติตัวก่อนตรวจสวนหัวใจ

1. นอนโรงพยาบาลก่อนทำการสวนหัวใจล่วงหน้า 1 วัน เพื่อเจาะเลือดตรวจ เช่น ความเข้มข้นของเลือด ปริมาณเกร็ดเลือดค่าการทำงานของไต เป็นต้น ร่วมกับเอกซเรย์ทรวงอก, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือบางรายอาจได้รับตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงร่วมด้วย
2. ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง
3. ทำความสะอาดโกนขนบริเวณตำแหน่งที่จะตรวจสวนหัวใจ เช่น ข้อมือ แขน หรือขาหนีบ เป็นต้น หลังจากนั้นให้ทำความสะอาดร่างกายและระมัดระวัง
4. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ก่อนวันตรวจ
5. ฝึกหายใจลึกๆ กลับหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ และจะได้รับการดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ได้รับการประเมินชีพจร
7. ไม่ควรนำของมีค่า พับปลอม และไม่สวมแว่นไม่สวมรองเท้า ไม่ใส่ชุดชั้นในเข้าไปในห้องสวนหัวใจ
8. ก่อนไปห้องสวนหัวใจท่านอาจจะได้รับประทานยาผ่อนคลายความเครียดและยาฉีดป้องกันอาการแพ้ยา เมื่อชีพจรผิดปกติผู้ป่วยแพทย์จะปรับสีตามแผนการรักษาของแพทย์

การปฏิบัติตัวขณะตรวจสวนหัวใจ

1. ผู้ป่วยจะถูกจัดให้อยู่ในท่านอนหงายบนเตียงตลอดกระบวนการตรวจสวนหัวใจ จะใช้เวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง
2. พยาบาลจะทายาฆ่าเชื้อบริเวณที่ตรวจสวนหัวใจ พร้อมกับคลุมผ้าปราศจากเชื้อ ให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ไม่ขยับตัว



อ้างอิง

<https://www.crhospital.org/mobile/?page=2&topic=20>

3. แพทย์อิตยาที่บริเวณตรวจสวนหัวใจ ขณะทำผู้ป่วยจะรู้สึกตัวตลอดเวลาระหว่างการสวนจะไม่มีอาการเจ็บ หากมีอาการเจ็บให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลในห้องสวนหัวใจทันที

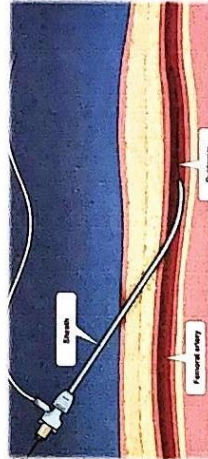
13

4. แพทย์จะใส่สายสวนเข้าไปทางหลอดเลือด โดยสายสวนมีลักษณะเป็นท่ออ่อนขนาดเล็ก สายสวนจะเข้าไปในหลอดเลือดจนถึงหัวใจ



อ้างอิง

<http://futurexray.com/2017/01/28/2925/>



อ้างอิง

<http://www.hartfordcardiology.com/portfolio/cardiac-catheterization/>

14

5. แพทย์จะทำการฉีดสารทึบสีผ่านสายสวน ท่านจะรู้สึกปวดแสบปวดร้อน หรือรู้สึกร้อน และอาจจะเกิดความรู้สึกนี้กับส่วนต่างๆของร่างกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกร้อนตามใบหน้า ไรศ หน้าอก และร้อนมือไปทั้งมือ บางคนอธิบายความรู้สึกนี้ว่าร้อนวูบวาบหรือเหม็นมือกับน้ำอุ่น ซึ่งความรู้สึกนี้จะเกิดขึ้นประมาณ 2-3 นาที

6. จากนั้นแพทย์จะใช้เครื่องเอกซเรย์ถ่ายภาพหลอดเลือดเป็นชุดอย่างรวดเร็ว ภาพที่ได้แสดงให้เห็นการไหลของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอย่างละเอียด

7. แพทย์จะทำการดึงท่อนำสายสวนที่ขาหนีบออก และกดห้ามเลือดบริเวณที่ทำการตรวจสวนหัวใจนานประมาณ 30 นาที

8. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น เจ็บหน้าอกใจสั่น ให้รีบแจ้งแพทย์ และพยาบาลที่ห้องตรวจ ถ้าตรวจพบความผิดปกติต่ำกว่าเกณฑ์ ท่านจะต้องนอนพักที่หอผู้ป่วยหนักหัวใจ (CCU) ก่อนจนกว่าอาการปกติจึงส่งกลับหอผู้ป่วย

16

ภาพลักษณะผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจจากภาพถ่ายเอกซเรย์ขณะฉีดสารทึบรังสี



หลอดเลือดหัวใจข้างขวาตีบ



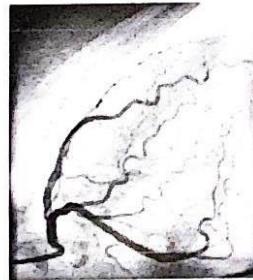
หลอดเลือดหัวใจซ้ายตีบ

อ้างอิง

<https://www.bangkokhospital.com/heart-hospital/th/heart-care-excellence/medical-services/detail/5>

15

ภาพลักษณะปกติของหลอดเลือดหัวใจจากภาพถ่ายเอกซเรย์ขณะฉีดสารทึบรังสี



หลอดเลือดหัวใจข้างซ้าย



หลอดเลือดหัวใจข้างขวา

อ้างอิง

<https://www.bangkokhospital.com/heart-hospital/th/heart-care-excellence/medical-services/detail/5>

การปฏิบัติตัวหลังตรวจสวนหัวใจ

• **กรณีใส่สายสวนผ่านบริเวณขาหนีบ**

1. เมื่อผู้ป่วยกลับห้องพัก เพื่อสังเกตอาการผิดปกติอย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบห้ามยกศีรษะ ห้ามงอขา หรือเขม หรือขยับที่ใส่สายสวนหัวใจ และจะมีการวางหมอนทรายทับแผลไว้ เป็นเวลาประมาณ 4-6 ชั่วโมงเพื่อห้ามเลือด



วางหมอนทรายทับแผล บริเวณขาหนีบ

2. มีการตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งพองอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าปกติ
3. เมื่อกลับถึงห้องผู้ป่วยถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ให้ดื่มน้ำ หรือ น้ำหวานได้ และรับประทานอาหารได้ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม) แต่อยู่ในท่านอนจนกว่าจะครบเวลา ซึ่งจะสามารถลุกขึ้นรับประทานได้ และเดินได้เมื่อครบ 24 ชั่วโมง หรือจนรู้สึกดี

4. ห้ามไอ จามแรงๆ หรือเบ่งเพราะอาจทำให้เลือดออกจากแผลบริเวณใส่สายสวนหัวใจได้

5. ถ้ารู้สึกอึดอัด บริเวณขาหนีบ อาจเกิดจากมีเลือดออกจากแผลให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อให้การแก้ไข

6. ถ้ามีแสบแอม ปวดแผล ขาที่ใส่สายสวนหัวใจ หรือมีอาการผิดปกติอื่นๆ ให้แจ้งพยาบาลทันที

7. ขณะยังไม่ครบเวลาที่ต้องนอนหงายราบ หลังจากการทำ ถ้าปวดบีบสภาวะมากหรือมีสภาวะไม่ออก ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ อาจต้องได้รับการใส่สายสวนบีบสภาวะ

8. จะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีมาถึงห้องผู้ป่วยและวันรุ่งขึ้น

• **กรณีใส่สายสวนผ่านบริเวณข้อมือ**

1. หลังจากแพทย์ พยาบาลทำการดึงท่อใส่สายสวนหัวใจ บริเวณข้อมือออก จะใช้อุปกรณ์ (TR band) รัดบริเวณแผล นาน

ประมาณ 4 ชั่วโมง ห้ามงอข้อมือข้างที่ทำ สามารถขยับปลายข้อมือ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดไปยังส่วนปลายข้อมือได้ หาก

มีอาการชา เจ็บที่ปลายข้อมือ ให้รีบแจ้งแพทย์ พยาบาลได้ทันที

20

- 2. ท่านสามารถถนอมได้ แต่ห้ามขยับแขน หากไม่มีอาการคลื่นไส้ สามารถรับประทานอาหารได้ และดื่มน้ำได้ (ถ้าแพทย์ไม่สั่งห้าม)
- 3. มีการตรวจวัดความดันโลหิต ซึ่งพอรอย่างใกล้ชิด ทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าปกติ
- 4. ให้สังเกตบริเวณข้อมือ ถ้ารู้สึกอุ่นๆ หรือเห็นเลือด อาจเกิดจากมีเลือดออกจกแผล ให้รีบแจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อทำการแก้ไข
- 5. ถ้ามีอาการปวดแผล สามารถทายาแก้ปวดได้
- 6. จะมีการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่มาถึงห้องผู้ป่วยและวันรุ่งขึ้น

19



อ้างอิง

<https://www.bcaremedicalcenter.com/Clinic-detail/5>

อุปกรณ์ TR band รัดบริเวณแผล



อ้างอิง

<https://www.bcaremedicalcenter.com/Clinic-detail/5>

อาการผิดปกติที่พบบ่อยที่ห้องพยาบาลทันทีเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วย

1. รู้สึกเจ็บหน้าอก หรือแน่นหน้าอก
2. รู้สึกใจหวิว ใจสั่น หน้ามืด
3. รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน
4. รู้สึกอุ่นขึ้นบริเวณแผล (อาจมีเลือดออกมากอย่างรวดเร็วจากเส้นเลือดแดงใหญ่)



อ้างอิง

<https://www.sanook.com/health/13417/>

เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์. (2553). คู่มือการพยาบาลโรคหัวใจ. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: บริษัทการพิมพ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมโยพงษ์. (2551). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: สำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พีริ้นติ้ง.
- วรุณล จิวิฎเภา. (2558). Cardiac Catheterization Lab. *Sikann Newsletter*, 20, 10-11
- วิระพล ละวันมา และกัญญาดา ประจุกติลป. (2560). การศึกษาบทบาทพยาบาลวิชาชีพหน่วยตรวจตรวจหัวใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18 (ฉบับพิเศษ), 94-102.
- สุจินดา ริมศรีทอง และคณะ. (2552). *พยาธิสรีรวิทยาทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ตามใจเจริญพานิชย์.