

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ*

The Effect of Informational and Emotional Support Program on
Uncertainty in Illness of Coronary Artery Disease Patients
Undergoing Cardiac Catheterization

ละมัย อยู่เย็น**

ดร.ทิพา ต่อสกุลแก้ว***

ดร.วินัส ลีฬุกุล****

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน กุมภาพันธ์-เมษายน 2559 โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของมิเชลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 40 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบ

สอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1) ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา 2) ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3) ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาและ 4) ด้านไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาได้ ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Paired t-test

*วิทยานิพนธ์ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน และพยาบาลวิชาชีพ ผู้จัดการศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

****รองศาสตราจารย์ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of informational and emotional support program on uncertainty in illness of coronary artery disease undergoing cardiac catheterization at a private hospital in Samutsakhon province. The data were collected from February to April, 2016. The concept of uncertainty in illness by Mishel, (1988) was adopted to design the program. A purposive sampling was applied to recruit 40 patients with acute coronary disease into this study. This study collected data using personal characteristics questionnaire and the questionnaire on uncertainty in illness for cardiovascular patients included four aspects of 1) the ambiguity of the illness; 2) the complexity of treatment and health system; 3) the inconsistency of information on illness and treatment; and 4) unpredictability of health outcome with

the total of 24 questions. Data were analyzed using statistical package. Descriptive statistics was used to describe personal characteristics of respondents. Paired t-test was applied to examine the mean difference of uncertainty in illness of patients before and after participating in the program.

The findings of the research showed that after implementation of the program, the mean score of uncertainty in illness of the patients result of the decreased significantly. ($P < .05$) Moreover, the findings study show that the informational and emotional support program could decrease the uncertainty in illness of coronary artery disease patients so that nurses should use this program for improving the quality of nursing care of the patients with coronary artery disease who will be undergoing cardiac catheterization and angioplasty.

ปัญหาการวิจัย

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา อีกทั้งเป็นสาเหตุของการตายในอันดับหนึ่งของประชากรโลก(WHO, 2014)โดยพบว่าประชากรจำนวน 17.3 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการคาดการณ์ในปี ค.ศ. 2030 นี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน

สำหรับในประเทศไทยปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญยังเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด จำนวน 18,079 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็นอัตราการตายของโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 27.83 ต่อแสนประชากร

วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) หมายถึง โรคหลอดเลือดโคโรนารี ที่ตีบ แคบ อุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่ เกิดจากการสะสมของไขมันของภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง(Atherosclerosis) ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดแดง จนกระทั่งทำให้หลอดเลือดอุดตันจากการสะสมของไขมัน และแคลเซียม(อุไร ศรีแก้ว, 2543)ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดในทางที่เลื่อมตาม วัย โดยจะทำให้กล้ามเนื้อเรียบ คอลลาเจน (Collagen) และไฟโบรบลาส (Fibroblast) มีการงอกขยาย (Proliferation) เคลื่อนสู่หลอดเลือดชั้นใน (Intima layer) เกิดหลอดเลือดแดงแข็งได้ง่าย ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่เกิดอาการผิดปกติ แต่เมื่อมีการสะสม ของไขมัน และแคลเซียมภายในผนังเยื่อบุด้านในของหลอดเลือดมากขึ้น เป็นเวลานาน ร่วมกับ หลอดเลือดมีการตีบแคบเกินกว่าร้อยละ 50-70 ของขนาดเดิม จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่เพียงพอกับความต้องการ (วารสาร สัตยวงศ์, 2550; อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อค ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้นอาจทำให้เสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

ปัจจุบันการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีหลายวิธี การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac catheterization) เป็นวิธีตรวจชนิดที่ให้ผลแม่นยำ เป็นที่นิยมและยอมรับว่าเป็นวิธีการที่เป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเนื่องจากสามารถบอกถึงตำแหน่งระยะเวลาของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ดีที่สุด (อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2543) การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือดเป็นการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจให้แน่ชัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพและลักษณะรอยโรคระบุตำแหน่งการตีบหรือตันของหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคราบไขมัน การเกาะของหินปูน ลักษณะการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจ ตลอดจนสามารถวัดค่าความดันในหัวใจห้องล่างซ้ายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่ทำการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจยังมีข้อจำกัด มีงานวิจัยที่ใกล้เคียง คืองานวิจัยของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้จากหลากหลายปัจจัย เช่น จากผลกระทบจากการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงธรรมชาติของโรคหัวใจ ซึ่งไม่สามารถคาดเดาผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ หากความรู้สึกไม่แน่นอนยังคงเกิดขึ้นอยู่ต่อไปเรื่อยๆ จะยิ่งทำให้กระบวนการทางความคิดของบุคคลถูกขัดขวาง ทำให้ผู้ป่วยนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้น้อยลง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ตามทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) คือ การที่บุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วย (Ambiguity) หรือผู้ป่วยและญาติ ไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้ตัวผู้ป่วยไม่สบายได้ ไม่สามารถแยกความแตกต่างการรักษาแต่ละชนิดได้ ด้านความซับซ้อนของวิธีการดูแลเฉพาะด้าน (Complexity) ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่เฉพาะทางซึ่งมีขั้นตอนที่ค่อนข้างซับซ้อนด้านการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการและระบบการให้บริการ (Lack of Information) เมื่อผู้ป่วยและญาติไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยผลการรักษาต่างๆและระบบการบริการซึ่งเกิดจากการที่ได้รับการอธิบาย จากบุคลากรทางการแพทย์ทางการแพทย์พยาบาลไม่ครบถ้วน ด้านความไม่เพียงพอของข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถสร้างความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นได้ และด้านการไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรค (Unpredictability) การดำเนินและการพยากรณ์โรค

ของผู้ป่วยไม่แน่นอน เนื่องจากของอาการของโรคที่กลับไปกลับมา เป็นผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าตนเองจะแสดงบทบาทอย่างไรได้บ้างเมื่อมีอาการดีขึ้น (Mishel, 1988) ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลผ่านกรอบของตัวกระตุ้น (Stimuliframe) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบแผนอาการแสดง (Symptom Pattern) คือระดับความรุนแรงของอาการที่แสดงออกมาให้บุคคลรับรู้ ถ้าแบบแผนอาการแสดงชัดเจนสม่ำเสมอ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (Event congruence) คือความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริง จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้นจริง จนทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น (Mishel, 1988) จากการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) โดยทำการศึกษาผลของการรับรู้ข้อมูลแบบไม่รู้สีกตัว ที่มีต่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลคือ ความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ระดับปานกลาง ส่วนคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านพบว่า ด้านไม่สามารถทำนายการดำเนินและพยากรณ์โรคมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 4 ด้านสรุปจากผลการทบทวนวรรณกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องรับการตรวจสวนหัวใจทางด้านจิตโดยเฉพาะด้านอารมณ์และสนับสนุนด้านข้อมูลส่วนมากสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ผู้ป่วยก่อนตรวจสวนหัวใจ โดยผู้วิจัยจัดทำโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์เพื่อบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจประกอบด้วย การให้ข้อมูลและการดูแลด้านอารมณ์ควบคู่กันโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของมิเชล (Mishel, 1988) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมซึ่งผู้วิจัยได้จากการศึกษาในครั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการ

ปรับปรุงการพยาบาล และพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์
2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการทำวิจัย/หรือกรอบทฤษฎีในการทำวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ ไม่คุ้นเคยและไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่า จะมีอันตรายเกิดขึ้นกับตนเองหรือไม่ อย่างไร (Lazarus & Folkman, 1984) และความรู้สึกไม่แน่นอนนี้มักจะพบได้เสมอในการเจ็บป่วยเนื่องจากสภาพของโรคและวิธีการรักษาที่คุกคามชีวิตและความต้องการพื้นฐานของบุคคลโดยความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะไปรบกวนความสามารถในการประเมินเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นทุกข์ มิเชล ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การเผชิญปัญหาของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และผลงานวิจัยต่างๆ มาอธิบายกับความเจ็บป่วยให้ได้เฉพาะเจาะจงและพัฒนาเป็น

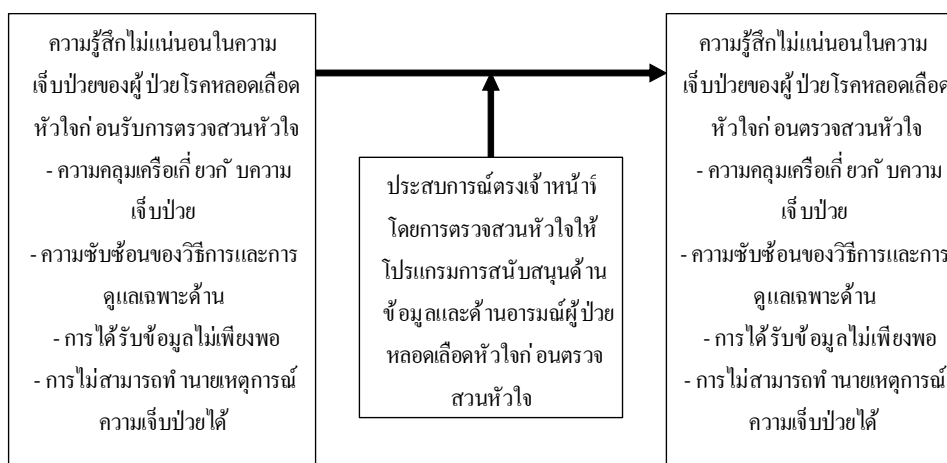
วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

ทฤษฎีความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งถือเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory) อธิบายถึงการใช้กระบวนการของความคิด (Cognitive Process) เพื่อแปลความหมายของสิ่งเร้าคือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วยนั้นคือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถสร้างกรอบแบบแผนความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive Scheme) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองอันเนื่องมาจากความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ และไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเนื่องจากขาดข้อมูลและคำแนะนำที่เพียงพอ (Mishel, 1988)

ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดมีความรู้สึกละมัยอยู่ในความวิตกกังวลใจด้าน 1) ด้านความคลุมเครือเรื่องโรคหัวใจ การวินิจฉัย การรักษาโรคหัวใจ 2) ด้านความซับซ้อนของวิธีการและการดูแลเฉพาะด้าน 3) การรับรู้ข้อมูลไม่เพียงพอ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมเพื่อตอบสนองการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์เพื่อลดความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวคิด มิเชล (Mishel, 1988)

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องเข้ารับการตรวจสวนหัวใจโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Mishel, 1988)

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ ใช้แบบสอบถามส่วนบุคคลและแบบสอบถามความรู้สึกละมัยอยู่ในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ แผนกศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ที่เข้า

รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1.) อายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2.) ผู้ป่วยที่มารับการตรวจสวนหัวใจครั้งแรก 3.) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี 4.) ยินดีและให้ความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย เป็นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจโดยผู้วิจัย

พัฒนาจากการศึกษา คันทัวตำรา ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากของ นิตยา โรจน์ทินกร (2536) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน โดยมีองค์ประกอบของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4 ด้าน ด้านความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 17, 20 คะแนนอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 13, 23, 24 คะแนน 5-25 ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 11, 18, 22 คะแนน 6-30 คะแนน ด้านการที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 16, 19, 21 คะแนน 4-20 คะแนนลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 อันดับ จากจริงที่สุด ถึงไม่จริงที่สุด เรียงกันอย่างไม่ตั้งใจ ความหมายทั้งทางบวกและทางลบ ข้อคำถามทางบวก เป็นข้อคำถามที่ทำให้คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบเป็นข้อคำถามคะแนนมากหมายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย การกำหนดคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 5 ระดับโดยกำหนดคะแนนดังนี้

สูงที่สุด	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 4.50-5.00
สูง	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 3.50-4.49
ปานกลาง	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 2.50-3.49
น้อย	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.50-2.49
น้อยที่สุด	มีระดับคะแนนอยู่ในช่วง 1.00-1.49

การหาความตรงของเครื่องมือคือการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จำนวน 5 คนโดยดำเนินการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามและโปรแกรม และการใช้ภาษาความชัดเจน เพื่อให้ตรงตามเนื้อหาและครอบคลุม และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิโดยวิธีการหาค่า CVI = .91 การหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาแล้วทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัย จำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามที่ทดสอบแล้วมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงให้แบบสอบถามมีคุณภาพมากขึ้น โดยการวิเคราะห์หาความเที่ยง ซึ่งได้วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคค่าความเชื่อมั่นได้ .95

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อการวิจัยในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมและการสร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยและญาติสร้างบรรยากาศความเป็นกันเองโดยยิ้มแย้มทักทาย และแนะนำตนเองพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ในการให้โปรแกรม และทำการประเมินแบบสอบถามก่อนได้รับโปรแกรม ใช้เวลาช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบเอกสารจากต้นสังกัด เพื่อส่งให้แพทย์ตรวจ (ใช้เวลา 5 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

และข้อมูล โดยจัดห้องให้มีความสงบและเป็นสัดส่วน ภายในห้องสอนสุขศึกษาของศูนย์โรคหัวใจ รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม ได้แก่ โทรทัศน์ 1 เครื่อง และ คอมพิวเตอร์ 1 เครื่องและจัดเตรียมข้อมูล เนื้อหา การให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและการเตรียมความพร้อมในการตรวจสอบหัวใจ แนวทางการรักษาที่จะได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 การให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสอบหัวใจโดยที่ผู้วิจัยได้สอดแทรกไว้ตลอดระยะเวลาของการให้ข้อมูล แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์

สรุป การให้ข้อมูลต่างๆ และการประเมินผล (ใช้เวลา 5 นาที)

นำมาวิเคราะห์ ผลการวิจัยด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป 1.ข้อมูลส่วนบุคคลนำมาแจกแจงความถี่ร้อยละ 2.เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ในกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.50 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65.5 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 65.00 และส่วนใหญ่เป็นผู้ไม่มีรายได้ ร้อยละ 52.50 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธและใช้สิทธิบัตรสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 87.50 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง

จากการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนตรวจสอบหัวใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ รายด้านดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบรายด้าน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ (n=40)

ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยรายด้าน	ช่วงเวลา				การแปลผล	
	ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ		หลังได้รับ โปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการรักษา	3.93	0.65	2.54	0.83	-0.77	.000
ด้านความซับซ้อนของการ รักษาและระบบบริการ	3.70	0.50	3.47	0.70	-0.39	.027
สุขภาพ						
ด้านความไม่สม่ำเสมอ ในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย	3.84	0.68	2.20	1.05	-0.09	.000
ด้านการไม่สามารถทำนาย ผลลัพธ์ของความเจ็บป่วย และการรักษา	3.50	0.60	3.44	0.78	-0.28	.347
รวมโดยรวม	3.79	0.69	2.80	0.40	-0.28	.000

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบรายด้าน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ สรุปดังนี้

ด้านที่ 1 ค่าเฉลี่ยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.93$, S.D.=0.65) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=2.54$, S.D.=0.83) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ด้านที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.70$, S.D.=0.50) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.47$, S.D.=0.70) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ด้านที่ 3 ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.68) หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.20$, S.D.=1.05) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ด้านที่ 4 ค่าเฉลี่ยด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา ก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.48$, S.D.=0.68) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=2.20$, S.D.=1.05) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้าน ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรม ($\bar{X}=3.79$, S.D.=0.69) หลังรับโปรแกรม ($\bar{X}=2.80$, S.D.=0.40) พบว่าหลังรับโปรแกรมความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การอภิปรายผล

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกไม่แน่นอน

สนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและสนับสนุนด้านอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) จึงอธิบายได้ว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=3.79$, S.D.=.406) ซึ่งอยู่ในระดับสูง และหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์คะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เท่ากับ ($\bar{X}=2.79$, S.D.=.710) ซึ่งพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนหลังได้รับโปรแกรมฯ ลดลงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.000$) จะเห็นได้ว่าผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งและสนับสนุนทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel, 1988) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่เดินทางมาเพื่อเข้ารับการตรวจสวนหัวใจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโรคที่ตนเองเป็น ความสามารถในการรู้คิด แหล่งที่ให้การช่วยเหลือ ซึ่งการได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือจากทีมบุคลากรทางสุขภาพ จะสามารถลดความไม่เข้าใจที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง เมื่อได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้ตัวต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งผลคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปผลรายด้านทั้ง 4 ด้านพบว่าทั้ง 4 ด้านความรู้สึกไม่แน่นอนหลังรับโปรแกรมฯ เมื่อเปรียบเทียบกับ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสวนหัวใจมีความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนรับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) โดย ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนรับโปรแกรมฯ ($\bar{X}=2.27$, S.D.=0.24) อยู่ในระดับสูง ภายหลังรับโปรแกรมค่าคะแนน

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๒ (เมษายน - มิถุนายน) ๒๕๕๙

เฉลี่ย ($\bar{X}=1.68$, S.D.=0.41) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมี 3 ด้านที่คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ 1)ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและรักษา 2)ด้านความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการสุขภาพ 3)ด้านความไม่สม่ำเสมอในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ส่วนด้านที่ 4)ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติคือด้านการไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษา

จากผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องรายด้านเช่นเดียวกับการศึกษาของ ดวงเดือน สุวรรณพันธ์ (2544) ซึ่งคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่ 4 มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูงสุด จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลและสาเหตุที่ทำให้คะแนนรายด้านของการไม่สามารถทำนายผลได้ ซึ่งต้องรอให้แพทย์ทำการตรวจสอบหัวใจจึงจะแจ้งผลอย่างเป็นทางการได้ จากคำบอกกล่าวของผู้ป่วยเองที่ได้รับข้อมูลจากแพทย์มาก่อนอีกประเด็นที่วิเคราะห์คือ ผู้วิจัยสังเกตและได้จากความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการเข้ารับการตรวจสอบหัวใจ ซึ่งผลของการวินิจฉัยที่ยังไม่แน่นอนและยังไม่ทราบทั้งแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งไม่มีใครยืนยันผลตรวจและการรักษาก่อนที่จะเห็นว่าเส้นเลือดหัวใจตีบมากจนสามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นมากหรือน้อยได้แน่นอน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจสอบหัวใจ

2. ด้านการบริหารการพยาบาล จากการวิจัยครั้งนี้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถนำแนวคิดการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาใช้ในการวางแผนการ

ทำงานในหอผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นให้การพยาบาลด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้การดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาเพื่อนำผลวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ต้องทำหัตถการอื่นๆ โดยเฉพาะ การผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์เพื่อให้ผู้ป่วยได้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้เมื่อได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาในการรักษาและทำหัตถการ ผลการรักษา ระยะฟื้นตัว แนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อเป็นประโยชน์เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และจะลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้อย่างแท้จริง

2. การทำการวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎี ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ มิเชล ควรทำการศึกษาทั้งก่อนและหลังทำหัตถการเพื่อให้ได้ความรู้สึกไม่แน่นอนในแต่ละด้านได้อย่างสมบูรณ์ในการประเมินและได้นำผลที่ได้ไปแก้ไขจุดที่คิดว่าเรายังให้ข้อมูลด้านใดที่ไม่เพียงพอหรือไม่ดีพอ

3. การศึกษาด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นเชิงนามธรรมควรมีแบบสอบถามหรือแบบวัดความรู้สึกด้านอารมณ์เพื่อให้เห็นผลเป็นรูปธรรม และได้นำผลมาวิเคราะห์ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ไปใช้ในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนตรวจสอบหัวใจ

5. นำผลวิจัยที่ได้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ต้องทำหัตถการอื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต่อเส้นเลือดหัวใจ (CABG)

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญเมือง สอนดา. (2558). ปัจจัยทำนายความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนการสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงเดือน สุวรรณพันธ์. (2544). ผลของการได้รับข้อมูลและการรับรู้แบบไม่รู้สึกรู้สีก่อนการสวนหัวใจในความเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิตยา โรจน์ทินกร. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตเชียงใหม่.
- วารสาร สัตยวงศ์. (2550). การพยาบาลกล้ามเนื้อหัวใจตามเฉียบพลัน. ในคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก (บรรณธิการ) การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเล่ม 4 . (พิมพ์ครั้งที่ 9).นนทบุรี: ยุทธินทรการพิมพ์.
- ศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2547). แนวทางการรักษา Acute coronary Syndrome (ACS). ใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์และศรัณย์ ควรประเสริฐ(บรรณธิการ), *HEART: Cardiac Diacnosis and Theatment*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่ : ไอเอ็มเอมเอเกในเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.(2552). รายงานการสาธารณสุขไทย 2548- 2552.[ออนไลน์]. สืบเมื่อวันที่ 12 เมษายน 2557 จาก, <http://moph.go.th>.
- อภิชาติ สุคนธทรัพย์. (2543). โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. เชียงใหม่ : ไอเด็นตีตี้กรุ๊ป.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ : การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Mishel, M. H. (1988). "Uncertainty in illness". *Image: Journal of Nursing Scholaship*, 20 (4) : 225- 232.
- Whitehead D.L. Strike P., Perkins-Parras L, Steptoe. (2005). "A. Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndrome and consequences for adaptation". *American Journal of Cardiology*. 96 (11) : 1512-1516.
- World Heart Organization [WHO]. (2014). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [Online]. Retrieved August 19, 2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.

