

## ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการ ภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

ผาสุก มั่นคง

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2561 ถึงเดือน มีนาคม 2562 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้จำนวน 1 ครั้งร่วมกับการพยาบาลปกติ โปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วย คู่มือการให้ความรู้ เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 3) แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีแบบไม่อิสระ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า 1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ( $x = 98.97$ ,  $SD = 8.31$ ) และ ( $x = 8.47$ ,  $SD = 1.57$ ) ( $p < 0.05$ ) สูงกว่า ก่อนทดลอง ( $x = 93.07$ ,  $SD = 16.11$ ) และ ( $x = 7.47$ ,  $SD = .94$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.08$ ,  $p < 0.05$ ) 2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ( $x = 95.53$ ,  $SD = 15.98$ ) และ ( $x = 8.84$ ,  $SD = 1.56$ ) ( $p < 0.05$ ) สูงกว่า กลุ่มควบคุม ( $x = 89.90$ ,  $SD = 8.62$ ) และ ( $x = 7.53$ ,  $SD = 1.14$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.13$ ,  $p < 0.05$ )

**คำสำคัญ** โปรแกรมการให้ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

**Abstract:** The Effect of Educational Program to Illness Representation and Management Acute Myocardial Infarction Symptoms of Person with Acute Myocardial Infarction

Mrs. Phasuk Mankhong

The aim of this quasi-experimental design was to examine the effect of an educational program to illness representation and management, acute myocardial infarction symptoms of person with acute myocardial infarction. A sample was 60 patients with acute myocardial infarction who visited the Diabetes Clinics, Out Patient Department of Singburi Hospital. The data collection was conducted between December 2018 to March 2019. A sample was recruited by simple random sampling. A control group of 30 patients received usual care. The experimental group and 30 patients in the control group and the experimental group participated in a program to educated program for 1 consecutive days in visited the Diabetes Clinics to usual care. The experimental tools consisted of: 1) the educational program focusing on illness representation and management acute myocardial infarction symptoms 2) a handbook related to the illness representation and management acute myocardial infarction symptoms. Data collection tools were a person and illness representation questionnaire, illness response strategies questionnaire which was developed by the researcher. The experimental and data collecting tools were validated by 3 experts. The reliability of the illness representation questionnaire and illness response strategies questionnaire were .82 and .90 respectively. Demographic data and health-related information was analyzed by descriptive statistics and compared pre-test and post-test score of illness representation and management acute myocardial infarction symptoms in the experimental group were analyzed by paired t-test. Illness representation and management acute myocardial infarction symptoms between the experiment and the control group were analyzed by independent t-test.

The results showed that

1. The post-test score of the experimental group ( $x = 98.97$ ,  $SD = 8.31$ ) and ( $x = 8.47$ ,  $SD = 1.57$ ) ( $p < 0.05$ ) after receiving the education program, the mean score of illness representation and management myocardial infarction symptoms was significantly higher than pre-test score ( $x = 93.07$ ,  $SD = 16.11$ ) and ( $x = 7.47$ ,  $SD = .94$ ) with statistical significance at the 0.5 level ( $t = -3.08$ ,  $p < 0.05$ ).

2. After receiving the education program, the mean score of illness representation and management myocardial infarction symptoms in the experimental group ( $x = 95.53$ ,  $SD = 15.98$ ) and ( $x = 8.84$ ,  $SD = 1.56$ ) ( $p < 0.05$ ) were significantly higher than that in the control group ( $x = 84.37$ ,  $SD = 11.20$ ) and ( $x = 7.53$ ,  $SD = 1.14$ ) with statistical significance at the 0.5 level ( $t = -3.13$ ,  $p < 0.05$ )

This program can be used as a guideline for educating patients to increase their illness representation and management myocardial infarction symptoms effectively, which can reduce the delayed seeking help and gain the greatest benefit from the treatment.

Keywords: Educational Program, Illness Representation, Management Acute Myocardial Infarction Symptoms

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการตาย ที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกเป็นจำนวนมากตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และทุก ๆ 25 วินาที จะมีคนเกิดเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีคนเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุก ๆ 36 วินาที<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยอัตราการเกิดและอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554-2559 อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.47 เป็นร้อยละ 29.13<sup>2</sup> โดยร้อยละ 63 จะเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล<sup>3</sup> สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2559-2561 มีผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 46, 48 และ 49 รายตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 8, 6 และ 9 รายตามลำดับ<sup>4</sup>

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีลักษณะเฉพาะ คือ เจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดทับบริเวณหน้าอก และ/ หรือแน่นหน้าอก รู้สึกเหมือนมีอะไรหนัก ๆ มาทับที่หน้าอก และ/ หรือรู้สึกว้าววดสลับร้อนบริเวณทรวงอก ซึ่งอาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีทันใดและรุนแรง สำหรับการรักษาโรคที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมอาการของโรค การรักษาโดยการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ถ้ารักษาด้วย 2 วิธีนี้ไม่ได้ผล แพทย์จะใช้วิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด<sup>5</sup> ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวภายใน 1-3 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้นการได้รับการรักษาที่รวดเร็วจัดเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยลดความรุนแรงที่เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่ มีระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งมารับการรักษาล่าช้าร้อยละ 60 เกิดจากความล่าช้าของระยะเวลาการตัดสินใจโดยมีระยะเวลาการตัดสินใจมารับการรักษเฉลี่ยถึง 95.24 นาที และ

90.88 นาที<sup>6</sup> สาเหตุที่มารับการรักษาซ้ำ มาจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเป็นอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญกับการตอบสนองต่อการจัดการอาการของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถประเมินและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นสิ่งสำคัญ การให้ความรู้เป็นวิธีการหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถึงแม้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินก็ตาม แต่จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการให้ความรู้ส่วนใหญ่เป็นการให้กับผู้ป่วยหรือผู้ที่มีประสบการณ์การเจ็บป่วยมาแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งในปัจจุบันพบว่าคนกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวนี้มีเป็นจำนวนมาก และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตลอดเวลา ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉิน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อให้รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และสามารถจัดการอาการฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับตนเอง คนในครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนทดลอง
2. คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม

### ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง สูงกว่า ก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two – group pretest – posttest control group design)

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้

ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

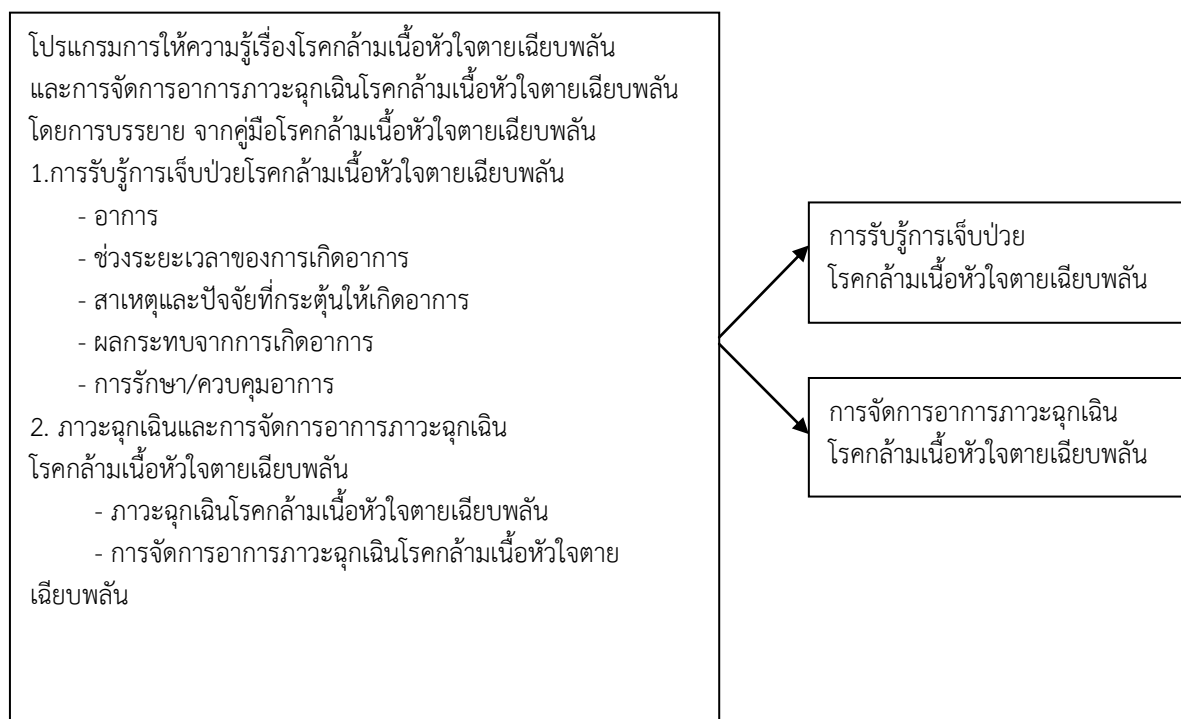
ประชากร ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นผู้ที่มีองค์ประกอบของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร  $\geq 100$  มก./ดล.หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับ Cholesterol (Cholesterol  $>240$  มก./ดล. หรือระดับ HDL- C เพศชาย  $\leq 40$  มก./ดล. หรือเพศหญิง  $\leq 50$  มก./ดล. หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยารักษา) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย  $> 30$  หรือขนาดของเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วขึ้นไปในเพศชาย และตั้งแต่ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต  $\geq 130/85$  มม.ปรอท หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยและเลือกใช้งานวิจัย การศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด<sup>7</sup> คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ .80 และนำค่าขนาดอิทธิพลที่คำนวณได้ไปเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis)<sup>8</sup> กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 พบว่าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย อย่างไรก็ตาม พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและทำให้เกิดการผิดพลาดในการศึกษาน้อย ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละประมาณ 25 คน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นจะทำให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น<sup>9</sup> และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

### กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)<sup>10</sup> มาใช้ในการศึกษา



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เป็นกิจกรรมการให้ความรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยใช้คู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากหนังสือและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) และวิธีการตอบสนองหรือการจัดการต่อการเจ็บป่วย<sup>11</sup>

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน<sup>12</sup> ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินการ การเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครอบคลุมวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพยายามอดทน/ รอดอาการ ด้านรักษาด้วยตนเอง ด้านการปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น และด้านการแสวงหาการรักษา/การปรึกษาบุคลากรในทีมสุขภาพ มีทั้งหมด 11 ข้อ โดยเลือกตอบการจัดการต่ออาการฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และแบบสัมภาษณ์การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้จะดำเนินการเป็นขั้นตอนโดยผู้วิจัย ดังนี้

#### 1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 การเตรียมผู้วิจัย ผู้วิจัยเตรียมความรู้โดยการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.2 สร้างคู่มือการให้ความรู้คู่มือการให้ความรู้ เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ใช้ในการทดลอง

1.3 เมื่อผ่านการอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก

1.4 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยทำการติดต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการทำวิจัย

1.5 ขอความร่วมมือจากหัวหน้างานผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเบาหวาน ทำการสำรวจรายชื่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา อธิบายกระบวนการ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอด โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และให้กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ลงลายชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

#### 2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการทดลองกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

1. ดำเนินการในกลุ่มควบคุม (เริ่มตั้งแต่ 4 ธันวาคม 2561 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 วันที่แพทย์นัดมารับการตรวจรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โดยหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอาการและตรวจวัดสัญญาณชีพ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัยการพิทักษ์สิทธิ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน เสร็จแล้วกล่าวขอบคุณผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและญาติที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วให้การพยาบาลตามปกติ (การเก็บข้อมูลใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 2 วัน ในวันที่มีคลินิกเบาหวานได้แก่ทุกวันอังคารและ

พหุสพดี โดยเก็บข้อมูลวันละ 16 คน) ครั้งที่ 2 วันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องครั้งต่อไป (ระยะเวลาห่างจาก การนัดครั้งแรก 12 สัปดาห์) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลตามคู่มือการให้ความรู้ เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่สร้างขึ้นเพื่อจะได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

## 2. ดำเนินการในกลุ่มทดลอง (เริ่มตั้งแต่ 11 ธันวาคม 2561 ถึง 21 มีนาคม 2562)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิ พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ครั้งที่ 1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน (เก็บข้อมูล 5 คนต่อวัน รวมเก็บข้อมูล 6 วัน)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงนั้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)

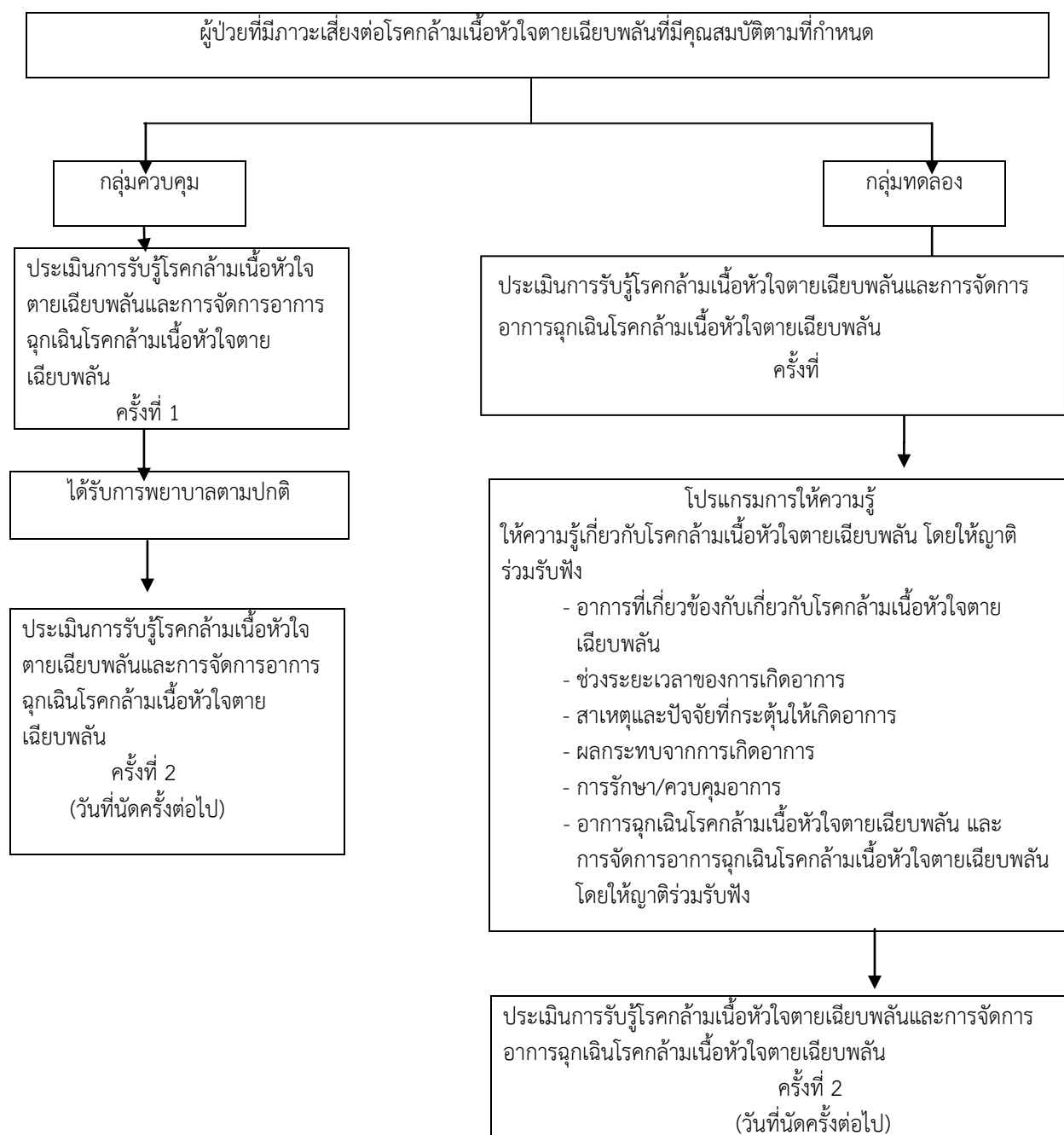
ผู้วิจัยให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ “คู่มือการให้ความรู้เพื่อการรับรู้การเจ็บป่วย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน” เริ่มตั้งแต่การสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค อาการ ระยะเวลาการเกิดโรค ความรุนแรง และการควบคุมและการรักษาโรค อาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งการรับรู้อาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การตระหนักถึงภาวะอันตราย และความรุนแรงของอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะเน้นย้ำอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เหงื่อออก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เน้นการสอนทักษะการแก้ไขปัญหาต่ออาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะที่มีอาการที่บ้านและเดินทางมาโรงพยาบาล การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้อาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกำเริบ การขอความช่วยเหลือเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างรวดเร็วที่สุด มุ่งเน้นการให้ผู้ป่วยรู้จักและจดจำเบอร์รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ประโยชน์และวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ หากผู้ป่วยมารับการรักษาที่รวดเร็ว และอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รุนแรง การสอนจะมีการสะท้อนกลับโดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนจากประสบการณ์ หรือความรู้เดิมตามความเป็นจริงและให้ความรู้ที่ถูกต้อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย สรุปเนื้อหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามข้อสงสัย โดยใช้เวลาในการให้ความรู้ประมาณ 30 นาที

## กิจกรรมที่ 3

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ครั้งที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วันที่แพทย์นัดมาตรวจรักษาต่อเนื่องครั้งต่อไป (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาทีต่อคน (เก็บข้อมูล 5 คนต่อวัน รวมเก็บข้อมูล 6 วัน)



สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้



### การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยใช้สถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าทีแบบไม่อิสระ (Paired t-test)

3. ทดสอบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติค่าทีอิสระ (Independent t-test)

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในกรวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย มีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์จริยธรรมของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ก่อนเก็บข้อมูล

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กลุ่มควบคุมร้อยละ 86.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 76.7) อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.03 ปี (SD=10.57) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 47.27 ปี (SD=10.22) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (กลุ่มควบคุมร้อยละ 36.7 กลุ่มทดลองร้อยละ 33.3) และ รายได้เฉลี่ยประมาณ 10,001-20,000 บาท (กลุ่มควบคุมร้อยละ 23.3 กลุ่มทดลองร้อยละ 53.3) ในกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40 เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ และรายได้ ยกเว้น ระดับการศึกษา ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 70 มีประวัติคนในครอบครัวเจ็บป่วยเป็นโรคหัวใจ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 40 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 53.3 ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด กลุ่มควบคุม ร้อยละ 90 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 86.7 ในกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนกลุ่มทดลอง มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบแล้ว 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 เมื่อทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล เรื่องภาวะสุขภาพ ระหว่าง กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคหัวใจของบุคคลในครอบครัว และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยกเว้น ประวัติการสูบบุหรี่

#### ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ด้วยสถิติทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) (n=60)

| ผลลัพธ์                                                 | ก่อน          |       | หลัง          |      | t     | p-value |
|---------------------------------------------------------|---------------|-------|---------------|------|-------|---------|
|                                                         | ได้รับโปรแกรม |       | ได้รับโปรแกรม |      |       |         |
|                                                         | การให้ความรู้ |       | การให้ความรู้ |      |       |         |
|                                                         | (n=30)        |       | (n=30)        |      |       |         |
|                                                         | $\bar{X}$     | SD    | $\bar{X}$     | SD   |       |         |
| การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน      | 93.07         | 16.11 | 98.97         | 8.31 | 2.24  | .033    |
| การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน | 7.47          | .94   | 8.47          | 1.57 | -3.08 | .005    |

\*p&lt;0.05

จากตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (paired t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ( $x = 98.97$ ,  $SD = 8.31$ ) ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ( $x = 93.07$ ,  $SD = 16.11$ ) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.24$ ,  $p < 0.05$ )

ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ด้วยสถิติที่ไม่อิสระ (paired t-test) พบว่าการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ( $x = 8.47$ ,  $SD = 1.57$ ) ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ( $x = 7.47$ ,  $SD = .94$ ) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.08$ ,  $p < 0.05$ )

2.2 คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ของกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติที่อิสระ (independent t-test) ( $n=60$ )

| การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย<br>เฉียบพลัน | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) |       | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) |       | t     | p-value |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------------------|-------|-------|---------|
|                                                        | $\bar{X}$             | SD    | $\bar{X}$            | SD    |       |         |
| ก่อนทดลอง (pre-test)                                   | 84.37                 | 11.20 | 94.50                | 15.46 | -1.12 | .160    |
| หลังทดลอง (post-test)                                  | 89.90                 | 8.62  | 95.53                | 15.98 | -3.13 | .003    |

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ก่อนทดลอง พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ( $x = 94.50$ ,  $SD = 15.46$ ) กลุ่มควบคุม ( $x = 84.37$ ,  $SD = 11.20$ ) โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -1.12$ ,  $p > 0.05$ ) หลังทดลอง พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ( $x = 95.53$ ,  $SD = 15.98$ ) กลุ่มควบคุม ( $x = 89.90$ ,  $SD = 8.62$ ) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -3.13$ ,  $p < 0.05$ )

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) ( $n=60$ )

| การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อ<br>หัวใจตายเฉียบพลัน | กลุ่มควบคุม<br>(n=30) |      | กลุ่มทดลอง<br>(n=30) |      | t     | p-value |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|-------|---------|
|                                                             | $\bar{X}$             | SD   | $\bar{X}$            | SD   |       |         |
| ก่อนทดลอง (pre-test)                                        | 6.70                  | 2.15 | 4.96                 | 2.68 | 2.76  | .08     |
| หลังทดลอง (post-test)                                       | 7.53                  | 1.14 | 8.84                 | 1.56 | -2.64 | .011    |

\* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีอิสระ (Independent t-test) ก่อนทดลอง พบว่าการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ( $x = 4.96$ ,  $SD = 2.68$ ) กลุ่มควบคุม ( $x = 6.70$ ,  $SD = 2.15$ ) โดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.76$ ,  $p > 0.05$ ) หลังทดลอง พบว่าการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ( $x = 8.84$ ,  $SD = 1.56$ ) กลุ่มควบคุม ( $x = 7.53$ ,  $SD = 1.14$ ) โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.64$ ,  $p < 0.05$ )

### อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 87.6) อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 47.03 ปี (SD=10.57) กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 47.27 ปี (SD=10.22) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงที่อายุมากกว่า 45 ปีจะมีเส้นเลือดที่แดงที่เล็ก และคดเคี้ยวกว่า มีโรคประจำตัวมากกว่าเพศชาย<sup>7</sup> กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป (โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, อ้วน และโรคหัวใจ) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค<sup>13</sup>

โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กรอบแนวคิด การรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำองค์ประกอบที่ 2 และ 3 ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง บุคคลจะมีการสร้างหรือพัฒนาการรับรู้การเจ็บป่วยในโรคนั้น ๆ ด้วยวิธีการต่าง ๆ และมีผลต่อการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่า ผลของการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า หลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ สูงกว่า กลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนการรับรู้ทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ<sup>7</sup> และการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และความสามารถด้านร่างกาย สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ<sup>14</sup>

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ที่มีภาวะเสี่ยง สามารถกล่าวได้ว่า การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ถูกต้อง โดยการให้ความรู้หรือการสอนจากพยาบาลเป็นช่องทางหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้น โปรแกรมการให้ความรู้ครั้งนี้ เป็นโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้อาการ สาเหตุ ระยะเวลาการเป็นโรค ผลกระทบของการเกิดโรค การควบคุมและการรักษา อาการภาวะฉุกเฉิน และการจัดการภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้ความรู้หรือการสอนเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ถูกต้อง ครบถ้วนตามโปรแกรมการสอนที่กำหนด ส่งผลให้สามารถแก้ปัญหา และจัดการกับภาวะฉุกเฉินโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลง

### การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริหาร ควรเพิ่มแผนการให้ความรู้ที่เน้นการรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแผนการพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ครบทุกคลินิก เพื่อจะได้ให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง
2. ด้านการปฏิบัติ ในการให้ความรู้ควรให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองจากครอบครัว และมีการติดตามประเมินการรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินทุกครั้งที่นัดมาที่คลินิก เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในระยะยาว
3. ด้านการศึกษาวิจัยควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้กับผู้ป่วยและผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในทุกคลินิกที่เกี่ยวข้อง

### เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistic-2012 update. Texas: American Heart Association. 2012.
2. เกรียงไกร เสงี่ยมและกนกพร แจ่มสมบุญ. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์. 2555.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554 – 2559. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ). 2559.
4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติผู้ป่วยใน 2559 – 2561.
5. เบญจมาศ แสนแสง. การดูแลผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (PTCA). ในเพลินดา ศิริปการ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 187-211. 2551.
6. สุวีณา เบาะเปลี่ยน. บทบาทพยาบาลเพื่อลดการมารักษาล่าช้าของผู้ป่วย กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.วารสารพยาบาลทหารบก; 15:78-83. 2554.
7. อุดมรัตน์ ชโลธร, ทิพนาส ชินวงศ์ และวิภา แซ่แซ่. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะ การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2556.
8. Polit, D. F., & Hungler, B. P. Nursing research: Principle and Method (6th ed.). Philadelphia: Lippincott, P.P; 416-7. 1999.
9. Polit, D. F., & Beck, C. T. Nursing research: principles and methods. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2004.
10. Leventhal, H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. Social Distress and the Homeless, 5(1), 11-38. 1996.
11. Dracup, K., & Moser, D. K. Beyond sociodemographics: Factors influencing the

- decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. Heart and Lung, 26, 253-252. 1997.
12. เป็น รักเกิด. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2550.
  13. นิตยา พันธุเวช และ หทัยชนก. ประเด็นสารณรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2558. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. จากเว็บไซต์ <http://thained.com/information statistic non-communicable-disease-data. php>. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2561.
  14. ตาณิกา หลานวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เน้นการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558.