

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

พรทิพย์ ไพศาลธรรม

- 1 ส.ค. 2560

369 070

369070

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

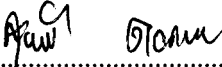
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

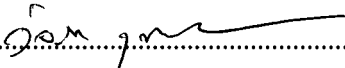
มกราคม 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

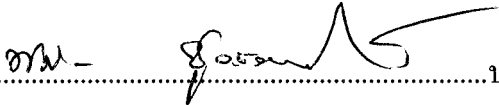
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ พรทิพย์ ไพศาลธรรม ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

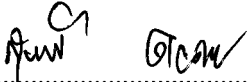
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

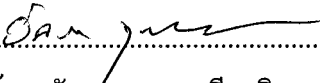
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งแพง)

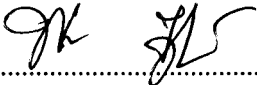
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณะปกรณ์)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ดั่งแพง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒3 เดือน มกราคม พ.ศ. 2559 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ คิ้วแพง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาเสียสละเวลา ในการให้ความรู้ คำแนะนำ และแนวทางที่เป็นประโยชน์ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตลอดจน ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ และให้การสนับสนุน ผู้วิจัยมา โดยตลอด

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ กรุณาตรวจสอบพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำต่าง ๆ ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ ฉบับนี้ ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพ รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันทุกท่าน ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งให้ความร่วมมือ และความไว้วางใจ ในการให้ข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งทุกข้อมูลที่ได้รับนั้น เป็นประโยชน์ และไม่อาจประเมินค่าได้

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา-มารดาและพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้วิจัยเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

พรทิพย์ ไพบูลย์ธรรม

55920259: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต/ ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน/
การใส่ขดลวดค้ำยัน

พรทิพย์ ไพศาลธรรม: ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน (EXPERIENCES OF LIFESTYLE MODIFICATION IN PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION POST STENT IMPLANTATION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: สุภาภรณ์ ดั่งแพง, พย.ค., วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ค. 105 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่งของหลายประเทศทั่วโลก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการตีบซ้ำได้ หากไม่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก จำนวน 15 ราย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน 2 ประเด็นสาระหลัก คือ การรับรู้ทางบวก คือ เสมือนสิ่งๆ ที่ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ประเด็นสาระย่อย คือ 1) ทำทุกอย่างอย่างสม่ำเสมอ 2) ทำบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ และการรับรู้ทางด้านลบ คือ เสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ประเด็นสาระย่อย คือ 1) ทำแล้วหยุดเพราะไม่ได้ผล 2) ทำเมื่อมีอาการ

ผลของการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบและเข้าใจประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่พยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการรับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีประสิทธิภาพต่อไป

55920259: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEY WORDS: EXPERIENCES OF LIFESTYLE MODIFICATION/PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION/STENT IMPLANTATION

PHORNTHIP PHAISANTUM: EXPERIENCES OF LIFESTYLE MODIFICATION IN PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION POST STENT IMPLANTATION. ADVISORY COMMITTEE: SUPAPORN DUANGPAENG, D.N.S., WANLAPA KUNSONGDEIT, Ph.D., 106 P. 2016.

Acute myocardial infarction is a significant public health problem in many countries worldwide. After stent implantation, myocardial infarction patients might develop restenosis if they cannot modify their lifestyles effectively. The purpose of this qualitative study was to describe experiences of lifestyle modification in patient with acute myocardial infarction after stent implantation. The key informants were fifteen patients with acute myocardial infarction after having stent implementation and visited the Cardiovascular Out Patient Clinic for their follow-ups at HRH Princess Ma Ha Chakri Sirindhorn Medical Center, Nakhonnayok province. They were purposely selected to participate in the study. Data were collected by using in-depth interview with structured questions and observations during the interview. Content analysis method was used for data analysis.

The study revealed that the experiences of lifestyle modification in patient with acute myocardial infarction post stent implantation can be categorized into two themes: positive aspect as a help to normal life condition; and negative aspect as a life with limitation conditions. The positive aspect describes 1) doing all activities as a regular basis and 2) doing some activities as a regular bas. The negative aspect is related to 1) doing activities but have to give up when not ineffective and 2) doing activities only when any symptom occurs.

Nurses and health care providers can apply understanding of the perceptions of lifestyle modification in patients with acute myocardial infarction after their stent implantations to improve quality of care for patients which will help to better lifestyle modifications.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่ออังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
คำถามในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการรักษา.....	8
การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลัง ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
สถานที่ทำการศึกษา.....	30
ผู้ให้ข้อมูล และการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล	31
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	40
การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย.....	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล.....	44
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา.....	46
ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....	47
5 สรุปและอภิปรายผล.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผล.....	68
ข้อเสนอแนะ.....	75
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก.....	88
ภาคผนวก ข.....	93
ภาคผนวก ค.....	96
ภาคผนวก ง.....	98
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	105

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบทบาทของครอบครัว.....	45
2 จำนวนผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามระยะเวลาหลังได้รับการรักษา จำนวน โรคที่เป็นร่วมกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และความรุนแรงของโรค.....	46

สารบัญญภาพ

ภาพที่	หน้า
1	
สรุปภาพรวมประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction [AMI]) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2011 พบว่า AMI ยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุด ซึ่งพบประมาณ 17.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 23.6 ล้านคน (World Heart Organization [WHO], 2011) เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์เกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 1.5 ล้านคน หรือประมาณ 600 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 500,000 คนต่อปี (Zafari & Yang, 2011) ในขณะที่ประเทศอังกฤษ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และจีน พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศดังกล่าว โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิต 111.8, 92.4, 81.6, 300 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ (WHO, 2015) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2556 เท่ากับ 185.7 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2556 อัตราผู้ป่วยในเท่ากับ 435.18 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นถึง 2.34 เท่า และพบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2557 มีอัตราการตายต่อจำนวนประชากรแสนคนเท่ากับ 23.45, 26.91 และ 27.83 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบอัตราการตายปี พ.ศ. 2558 (ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557-มิถุนายน พ.ศ. 2558) อัตราตายเท่ากับ 20.3 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างเฉียบพลัน จากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีจากลิ่มเลือด หรือคราบไขมัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ โดยหากภาวะนี้เกิดขึ้นนานเกิน 20 นาที จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 2 ชั่วโมง จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหันได้ (Spertus et al., 2003) หลักการรักษที่สำคัญ คือ การเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุดเพื่อให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ช่วยให้หัวใจสามารถทำหน้าที่

บิบบเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยลงได้ (ศรัณย์ ควประเสริฐ, 2546) สำหรับด้านการรักษากลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถรักษาด้วยวิธีการใช้ยา ร่วมกับการทำหัตถการ เพื่อเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของหลอดเลือด ในการเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หัตถการดังกล่าว ได้แก่ 1) การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting [CABG]) 2) การทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous coronary intervention [PCI]) ซึ่งการทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านทางผิวหนัง ประกอบด้วย การขยายด้วยบอลูน (Balloon angioplasty) การใส่ขดลวดค้ำยัน (Stent implantation) การตัดคราบไขมัน (Arterectomy) การใช้หัวกรอสว่านเกล็ดเพชร (Rotabator) และการใช้รังสี (Radiology frequency) ซึ่งการรักษาด้วยการทำหัตถการทั้งการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจผ่านทางผิวหนัง มีประสิทธิภาพลดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ใกล้เคียงกัน (Bravata et al., 2007) โดยหัตถการที่ทำมากที่สุด คือ การใส่สายสวนหัวใจ เนื่องจากการใส่สายสวนหัวใจมีข้อดีหลายประการ คือ มีความสะดวกทั้งด้านผู้ป่วยและทีมรักษา ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูง ความเจ็บปวดน้อย ไม่มีแผลผ่าตัด ให้ผลการรักษาสูงถึงร้อยละ 90-95 (Kang et al., 2010; สุขใจ นุรณพฤษยา, 2549) ระยะเวลาพักฟื้นสั้น สามารถกลับไปทำงานได้อย่างรวดเร็วภายใน 2-3 วัน ค่ารักษาในการรักษาต่อครั้งก็น้อยกว่าการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และสามารถทำซ้ำได้หลายครั้งในระยะเวลาใกล้เคียงกัน จึงได้รับความนิยมในการรักษามากกว่าวิธีการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Smith et al., 2005) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องแม้การรักษาด้วยยาและการทำหัตถการจะมีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ แต่ในระยะยาวผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ การตีบซ้ำ (In-stent restenosis หรือ Binary restenosis) เกิดจากมีกระบวนการพอกสะสมของคราบไขมันใหม่ ในท่อของหลอดเลือดบริเวณที่ใส่ขดลวดค้ำยันมากกว่าร้อยละ 50 (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่หนึ่งลักษณะของรอยโรคเกิดจากภาวะการตีบซ้ำในขดลวดโครงข่ายซึ่งเกิดจากการขยายตัวผิดปกติของผนังหลอดเลือดชั้นใน เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือดในขณะที่ทำการขยายหลอดเลือดซึ่งพบประมาณร้อยละ 20-30 ของการตีบซ้ำ (Neville, Youshinobu, & Patrick, 2010) และปัจจัยที่สอง คือ จากตัวผู้ป่วย (Patient-related factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ (Risk factors for developing atherosclerosis) เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ความเครียด ขาดการออกกำลังกาย (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร และอภิชาติ สุคนธสรณ์, 2548)

จะเห็นได้ว่า การเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยันเป็นปัญหาสำคัญที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ โดยพบว่า ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่รอดชีวิต จะมีสมรรถภาพทางกายลดลงไม่สามารถ ออกแรงทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ทำให้ต้องพึ่งพาคือคนอื่นในการทำกิจกรรม ซึ่งมีผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ต้องปรับลดบทบาทในครอบครัวและสังคม ส่งผลต่อสภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความหวาดกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น (Whooley et al., 2008) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผลกระทบต่อ ครอบครัวของผู้ป่วยโดยสมาชิกของครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทรมานร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม การพักผ่อนไม่เพียงพอ รวมถึงทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ (วิริงรอง นาทองคำ, 2543; มาลี มาลาอี, 2549) ส่วนผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมทั้งในด้านแรงงานที่สูญเสียไป และค่ารักษาพยาบาล (ดิลก ภิชโยทัย, 2547) ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และระยะยาวเป็นจำนวนมาก (Moleerergpoom, Kanjanavanit, Jintapakorn, & Sritara, 2007; อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2553)

ในการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นดังกล่าว สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือพฤติกรรมต่าง ๆ จนเป็นนิสัยรวมถึงความสัมพันธ์ในด้านอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้มี 6 ด้าน คือ 1) ด้านการจัดการกับความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นการปรับปรุงกลไกการทำงานของร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญกับความเครียด ซึ่งมีความสำคัญเพื่อลดปัจจัยที่กระตุ้นการกำเริบของโรคหัวใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายอย่างถาวร (จินณพัทธ์ ธนกิจวรบูลย์, 2554) 2) ด้านการออกกำลังกายมีจุดหมายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และลดอาการแทรกซ้อนของโรค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอัตราการเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรค นอกจากนี้ยังทำให้สุขภาพกายแข็งแรงและยังช่วยลดความตึงเครียดด้านจิตใจอีกด้วย (วิไลพร หอมทอง, 2547; Shin, 1999) 3) ด้านการพักผ่อนเป็นการชดเชยพลังงานเพื่อการดำรงชีวิตส่งเสริมกระบวนการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ช่วยประหยัพลังงานลดการเผาผลาญของร่างกายซึ่งมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ซึ่งการนอนหลับที่ดีจะช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น (ปราณี กาญจนาวรรณ, 2550) 4) ด้านการบริโภค

อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทั้งในด้านป้องกันและด้านการรักษาโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงถือเป็นยาจากธรรมชาติที่สามารถจะช่วยป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ (ศรพิศ พรหมผิว, 2557) 5) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการปฏิบัติด้านการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนควบคู่ไปกับวิถีชีวิตในด้านอื่น ๆ เพื่อจะคุมโรคไม่ให้รุนแรงมากขึ้น (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) และ 6) ด้านการเลิกบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยนิโคติน (Nicotin) ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดโรคในหลอดเลือดแดงโคโรนารี สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ในบุหรี่ทำให้เกิดแผลภายในหลอดเลือดกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวของเกล็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ การเลิกบุหรี่จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำในผู้ป่วยแต่ละราย (Prasad, Kabir, & Dash, 2009)

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยยับยั้งหรือชะลอการดำเนินความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายควบคู่กับการรักษาที่ได้รับ จะช่วยลดโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร้อยละ 47 และลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 47 (Lucia, Dieter, & Klaus, 2010) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรค โดยพบว่า การจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดีในด้านการจัดการกับอารมณ์ (สุทิดา สุวรรณศรี, 2548) มีความเครียดค่อนข้างบ่อย ร้อยละ 66.70 (จิรภรณ์ นาสูงชน, 2552) การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดีในด้านการออกกำลังกาย (สุทิดา สุวรรณศรี, 2548) โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่เคยออกกำลังกายมีถึงร้อยละ 39.70 (จิรภรณ์ นาสูงชน, 2552) จากการศึกษาของ ปริศนา วรรณันท์ (2541) พบว่าผู้ป่วยบางรายไม่กล้าทำกิจกรรม รวมถึงกิจกรรมการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ สอดคล้องกับ ทศนีย์ แดขุนทด (2549) พบว่าภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเพราะกลัวกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรมห้ามออกกำลังกาย

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) โดยพบว่า ร้อยละ 87 ยังรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและ

ไขมันมาก ๆ (ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์, 2543) บางรายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ ไม่ควบคุมอาหารนำไปสู่การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (จิณณพัต ชนกิจวรบุรุษ, 2554; จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับไม่ดีในด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาไม่สม่ำเสมอ (สุทิษา สุวรรณศรี, 2548) และมีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลังได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้อาการเจ็บหน้าอกซ้ำ จึงรู้ว่าตนเองหายจากโรค และกลับมามีพฤติกรรมเช่นเดิมเนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และละเลยการปฏิบัติตนตามที่บุคคลากรทางการแพทย์แนะนำ (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552; วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, 2552) การศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังทำ PTCA พบว่ามีการสูบบุหรี่มากขึ้นกว่าก่อนที่จะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Mckenna, Maas, & McEniery, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยมาศ ชาชุมพร (2555) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำอีกจึงขาดความตระหนักเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (จิณณพัต ชนกิจวรบุรุษ, 2554) และพบว่า ร้อยละ 13.3 ยังสูบบุหรี่เป็นประจำ (นงลักษณ์ ทองอินทร์. เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนาและภีรพร คำนชิระภากุล, 2554) นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม สาเหตุหนึ่งมาจากผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อและการรับรู้ของตนเอง (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) จากการศึกษาของ Miller, Wikoff, McMahon, Garrett, and Ringel (1990) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยในการกำหนดพฤติกรรมหรือเลือกปฏิบัติกิจกรรมให้สอดคล้องกับการรับรู้นั้นการรับประทานยาตามความเคยชิน โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ยาที่รับประทานจะช่วยรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้เอง และในผู้ป่วยบางราย เมื่อควบคุมอาการของโรคอยู่ในเป้าหมายที่กำหนดได้แล้ว จะหยุดรับประทานยาเองเพราะเชื่อว่าหายจากโรคแล้ว ซึ่งในบางครั้งจึงอาจเป็นการยากที่จะให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่เคยปฏิบัติมาเป็นระยะเวลาอันได้สำเร็จและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการตีบซ้ำควบคู่กับการรักษา เช่น การจัดการกับความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา หรือการไม่ควบคุมเรื่องการรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไป อาหารเค็มจัดเป็นต้น แต่กระนั้นก็ยังเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะสามารถเลิกการปฏิบัติตัวอย่างที่เคยปฏิบัติมาเป็นเวลานาน เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่น ๆ อีกมาก ทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล

วิธีคิด การใช้ปัญญา สภาพแวดล้อมทางสังคม ความเชื่อและวัฒนธรรมของกลุ่มคน (WHO, 1996) จากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่เป็โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมทั้งระยะหลังจำหน่ายและในระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำใน 30 วันแรก ถึงร้อยละ 12.70 กลับมาพบแพทย์ก่อนนัดร้อยละ 17.50 มีอาการหอบเหนื่อย และกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดบวมน้ำ ซึ่งพบบ่อยในช่วง 3-6 เดือนหลังจำหน่าย (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันยังเป็นปัญหา ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจนสามารถกลับบ้านได้แล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็ยังคงเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาหรืออาการแทรกซ้อนของโรคซ้ำ ๆ ได้อีก โดยเฉพาะการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ที่เป็นภาวะวิกฤตของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งพบได้บ่อยครั้ง และสามารถเกิดซ้ำได้ระยะเวลาตั้งแต่หลังทำการหัตถการจนถึง 6 เดือน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นรักษาทางกายมากกว่าทางด้านจิตใจ เพราะฉะนั้นเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติ จึงทำให้มองไม่เห็นปัญหาทำให้ไม่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยบางคนทำ บางคนไม่ทำ ทำให้บุคลากรทางสุขภาพมองไม่เห็นภาพเหล่านั้น ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม จึงเห็นควรให้ความสำคัญในประเด็นของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นของการรับรู้ที่ผู้ป่วยให้ต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันว่าเขาคิดอย่างไร และเมื่อเขาต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตดังกล่าวแล้ว เขามีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างไร เขารับรู้อย่างไรต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ประเด็นเหล่านี้เป็นปัญหาที่ต้องทำความเข้าใจจากความคิด และการรับรู้ของผู้ป่วย ต่อสิ่งที่เลือกปฏิบัติหรือตัดสินใจตามบริบทที่เป็นอยู่ โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจผลการวิจัยนี้จะได้รับความเข้าใจประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามมุมมองของผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ตรง ซึ่งจะเป็ข้อมูลพื้นฐานทำให้เกิดความเข้าใจว่าเขารับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างไร เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative description research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และทำการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยทำการเก็บข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างน้อย 1 เดือน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกัน จนข้อมูลอิ่มตัว ระหว่างเดือนพฤษภาคมพ.ศ. 2559-สิงหาคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หมายถึง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2 ส่วน ได้แก่

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการรักษา
2. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการรักษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction [AMI]) เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 23.6 ล้านคน (WHO, 2011) จากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณ 1.5 ล้านคน หรือประมาณ 600 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 500,000 คนต่อปี (Zafari & Yang, 2011) ในขณะที่ประเทศอังกฤษ นิวซีแลนด์ แคนาดา ออสเตรเลีย อินเดีย ญี่ปุ่น และจีน พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศดังกล่าวโดยมีจำนวนผู้เสียชีวิต 111.8, 103.8, 88.6, 92.4, 306.3, 81.6, 300 รายต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ (WHO, 2015) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก สำหรับประเทศไทย พบว่า มีผู้ที่เข้ารับการรักษา ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2556 เท่ากับ 185.7 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2556 อัตราผู้ป่วยในเท่ากับ 435.18 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นถึง 2.34 เท่า และ พบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2555-2557 มีอัตราต่อจำนวนประชากรแสนคนเท่ากับ 23.45, 26.91 และ 27.83 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า ในคนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 รายต่อวัน โดยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดประมาณ 450 รายต่อวัน จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 18,097 คน หรือเฉลี่ยเสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน คิดเป็น 27.83 ต่อจำนวนประชากรแสนคนและ พบว่า อัตราการตายปี พ.ศ. 2558 (ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2557-มิถุนายน

พ.ศ. 2558) อัตราตายเท่ากับ 20.3 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยโรคนี้ถือเป็นสาเหตุการตายของโรคเรื้อรังอันดับที่สามารถรองจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังคงมีความรุนแรงเพราะอัตราตายและอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยที่ควบคุมได้ และปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมได้ (Modifiable risk factors)

1.1 ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอีกประการหนึ่งโดยทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มเป็น 2-3 เท่าของผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2556) ซึ่งค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; Smith et al., 2011)

1.2 ระดับไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia) เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดหลอดเลือดแข็งตัวและตีบตัน ซึ่งถ้ามากกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรจะมีความเสี่ยงสูงมาก (National Cholesterol Education Program [NCEP], 2001) ซึ่งในกระแสเลือดจะมีโคเลสเตอรอลที่สำคัญคือชนิด Low density lipoprotein [LDL] และ High density lipoprotein [HDL] ถ้าในกระแสเลือดมีระดับของ Low density lipoprotein cholesterol [LDL-c] ในระดับสูงจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและตีบตัน และนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายถ้ามีมากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรถือว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำสูงมาก (จริยา ดันดิธรรม, 2547; NCEP, 2001) นอกจากนี้ไตรกลีเซอไรด์ในกระแสเลือดสูง ซึ่งมีส่วนเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำเช่นกัน ถ้าพบในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้สูงขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

1.3 การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) การสูบบุหรี่จัดประมาณ 20 มวนต่อวันติดต่อกันนานนับปี เป็นปัจจัยเสี่ยงที่รุนแรงต่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเสียชีวิตกะทันหันได้ (Sudden death) ถึง 6.5 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) และยังพบว่า

ผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมดมีโอกาสเกิด Heart attack สูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 3-6 เท่า (อรสา พันธุ์ภักดี, 2556; LeMone & Burke, 2000)

1.4 โรคเบาหวาน (Diabetic) โรคหลอดเลือดหัวใจมักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเรื้อรังนาน ๆ และมีภาวะอ้วนร่วมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันของลิ้นเลือดในหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้ (วรุฒิ รุ่งประดับวงศ์, 2558) และยังพบว่า วัยกลางคนและผู้มีน้ำหนักตัวมาก มีความดันโลหิตสูงและมีไขมันในเลือดสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำเพิ่มมากกว่าคนทั่วไป 5.7 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; อรสา พันธุ์ภักดี, 2556) นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมานานแล้วเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมักไม่เหมาะสมกับการทำหัตถการด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ และมีโอกาสเกิดโรคซ้ำได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (Fullwood, Butler, & Smith, 2002)

1.5 โรคอ้วน (Obesity) ความอ้วนกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมักจะเกิดขึ้นด้วยกันเสมอ ผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้น่ามากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; อรสา พันธุ์ภักดี, 2556) มีสถิติการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากขึ้นเมื่อมีภาวะไขมันในเลือดสูงและมีความดันโลหิตร่วมด้วย (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; วรุฒิ รุ่งประดับวงศ์, 2558)

1.6 การขาดการออกกำลังกาย (Lack of exercise) โรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนและไม่ออกกำลังกาย จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ทำงานอยู่กับที่ประเภทนั่งโต๊ะและไม่มีเวลาออกกำลังกาย พบว่า มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากกว่านักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (สมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์, 2541) การออกกำลังกายมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่า การออกกำลังกายแบบ Aerobic exercise จะลดการเกิด ACS ได้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; วรุฒิ รุ่งประดับวงศ์, 2558)

1.7 การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ผู้ที่มีอายุมากและรับประทานยาคุมกำเนิดในขนาดสูง มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากทำให้เพิ่มไขมัน LDL และลดระดับไขมัน HDL ลง การรับประทานยาคุมในขนาดที่มี Steroid ต่ำสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคนี้ (Rich-Edwards, Mansen, Hennekens, & Buring, 1995)

1.8 ความเครียดและลักษณะบุคลิกภาพ (Stress and personality) ภาวะเครียดจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้มีการหลั่งอิพิเนฟริน มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและหลอดเลือดหดตัวมากขึ้นเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; อริษา จันทนทัศน์, 2556) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพ เอ (Type A personality) คือ มีลักษณะเอาจริงเอาจังมีความทะเยอทะยาน เชื่อมั่นใน

ตัวเองสูงและชอบการแข่งขันเอาชนะ มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพบี (อรสา พันธุ์ภักดี, 2556)

1.9 ภาวะที่มีระดับของโฮโมซิสเตอีนในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) ซึ่งเป็นกรด อะมิโนที่เกิดจากการสลายตัวของอาหารพวกโปรตีน ค่าปกติอยู่ระหว่าง 5-15 มิลลิโมล/ลิตร ซึ่งระดับโฮโมซิสเตอีนมีผลทำให้ระดับไขมันในเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดฝอยมีลิ่มเลือดมาเกาะ เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบแข็งเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบสูงขึ้นตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; วิลาวลัย แก้วอ่อน, 2552)

1.10 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชากาแฟ จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมมากกว่าร้อยละ 72 (12 ดีกรี) ในปริมาณ 60 ซีซีต่อวันเป็นประจำ มีโอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือดื่มในปริมาณที่น้อยกว่า 60 ซีซีต่อวันถึง 4 เท่า (วิชัย ต้นไพจิตร, 2537) เครื่องดื่มชากาแฟเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ อุทัยทิพย์ รักษารายบรรณ (2540) ได้ศึกษาการบริโภคกาแฟกับโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ที่บริโภคกาแฟในปริมาณ 1 ถ้วยต่อวันจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็น 1.42 เท่าของผู้ที่ไม่บริโภคกาแฟ

2. ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Non-modifiable risk factors)

2.1 เพศ และอายุ (Gender and age) จากสถิติ พบว่า เพศชายอายุ 35-44 ปี มีอุบัติการณ์ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สูงกว่าเพศหญิง 5-6 เท่าในช่วงอายุเดียวกัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555) ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่าเพศหญิงเช่น สูบบุหรี่ การดื่มสุรา และภาวะเครียด (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556) อัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะใกล้เคียงกันในช่วงอายุมากกว่า 54 ปี เนื่องจากเพศหญิงยังคงมีประจำเดือน ซึ่งมีเอสโตรเจนฮอร์โมนช่วยป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; อรสา พันธุ์ภักดี, 2556)

2.2 กรรมพันธุ์ (Heredity) ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียีนกรรมพันธุ์ พบว่า เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชายและยังพบอีกว่าผู้ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสเกิด Atherosclerosis ได้ง่ายกว่าปกติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) และจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นหากมีปัจจัยเสี่ยงอื่นร่วมด้วย เช่น สูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความเครียด (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง., 2556; อรสา พันธุ์ภักดี, 2556)

2.3 เชื้อชาติ (Race) ผู้ชายผิวขาวมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีมากกว่าผู้ชายผิวสีอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) และพบว่า ผู้หญิงผิวขาวมีอัตราการตายจากโรค

นี้ต่ำกว่าชนผิวดำเล็กน้อย แต่เมื่อสูงอายุจะพบอัตราการตายเท่า ๆ กัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2545; อรสา พันธุ์ภักดี, 2556)

ความหมายและพยาธิสภาพของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีชื่อเรียกหลายชื่อ อาทิ Acute coronary syndromes [ACS]; Coronary artery disease [CAD]; Acute myocardial infarction [AMI]; Heart attack (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; วรวิมล รุ่งประดับวงศ์, 2558) หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจ (Necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีพยาธิสภาพจากการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ของหลอดเลือดโคโรนารี มีสาเหตุจากการปริแตกของแผ่นไขมันที่สะสมอยู่ในผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารี ภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นจากการอักเสบของผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งเกิดจากปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อแบคทีเรีย ภาวะไขมันในเลือดสูง ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีขบวนการเปลี่ยนแปลงตามลำดับ คือ 1) เริ่มจากที่มีไขมันมาจับที่ผนังหลอดเลือดแดงชั้นใน (Fatty streak) พบได้ในคนอายุน้อยหรือทารก ทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนของเลือด 2) จากนั้นไขมันจะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดชั้นกลางและกล้ามเนื้อเรียบ เกิดเป็นแผ่นคราบหนาตัวขึ้น ทำให้ผนังของหลอดเลือดขรุขระ เมื่อมีแคลเซียมมาเกาะบริเวณดังกล่าวเป็นเนื้อเยื่อพังผืดหนา (Fiber plaques) ผนังหลอดเลือดจะหนาตัวตีบแคบมากขึ้น ทำให้มีลักษณะแข็งและเปราะ ส่งผลให้การขยายตัวของหลอดเลือดแดงลดลง และ 3) เมื่อรอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้น จะเกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองโดยการแข็งตัวของหลอดเลือด เกร็ดเลือดจะรวมตัวกันเป็นลิ่มเลือดขนาดใหญ่ (Thrombus) เกิดการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งความรุนแรงขึ้นกับขนาดของลิ่มเลือด และตำแหน่งที่อุดตัน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553) ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553; วรวิมล รุ่งประดับวงศ์, 2558)

ผลจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้เกิดกลุ่มโรค ดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2553)

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทียกสูง (ST Elevation myocardial infarction [STEMI]) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST Segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 Leads ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด New left bundle

branch block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ถ้าไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้

2. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non ST Elevation myocardial infarction (NSTEMI) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นแบบ ST-segment depression และ หรือ T-wave abnormality

อาการและอาการแสดง

ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นช่วงที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน และมีของเสียจากการเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น โดยเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจะเปลี่ยนจากการเมตาบอลิซึมโดยใช้ออกซิเจนมาเป็นการเมตาบอลิซึมโดยไม่ใช้ออกซิเจนทำให้มีสารต่าง ๆ อาทิเช่น Bradykinin, Kinin, Lactate, Serotonin และ Adenosine สะสมเฉพาะที่เชื่อว่าสารเหล่านี้จะไปกระตุ้นตัวรับความรู้สึกรีบปวด (Pain receptor) ที่อยู่ในชั้นนอก (Adventitia) ของหลอดเลือดโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจ เส้นประสาทที่รับความรู้สึกรีบปวดจะเข้าสู่ Superficial และ Deep cardiac plexus ไปตาม Superior, Middle และ Inferior cardiac nerve คู่ตัวเซลล์ซึ่งอยู่ที่ Dorsal root ของไขสันหลังส่วนอกที่ 1-5 (T1-T5) อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหัวใจจะไปตามส่วนของร่างกายที่ถูกเลี้ยงโดยประสาทไขสันหลังส่วนอกที่ 1-5 ซึ่งบริเวณนี้ ได้แก่ ผนังทรวงอกด้านหน้าตั้งแต่ระดับใต้กระดูกไหปลาร้าลงมาถึงประมาณกระดูกซี่โครงที่ 7 รวมทั้งกระดูกอก ผนังทรวงอกด้านหลังและด้านข้างตั้งแต่บริเวณกระดูกซี่โครงที่ 1 ถึงที่ 7 รวมทั้งกระดูกสะบัก และบริเวณด้านในของแขนซ้าย และสามารถร้าวไปตามบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยไขสันหลังส่วนคอและส่วนอกที่อยู่ติดกันได้ โดยส่วนสูงสุดของไขสันหลังที่ถูกกระทบ คือ ไขสันหลังส่วนคอที่ 3 ส่วนต่ำสุดคือ ไขสันหลังส่วนอกที่ 10 ซึ่งไขสันหลังส่วนนี้เลี้ยงบริเวณคอ ไหล่และแขน ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกหรืออาการปวดเค้นหัวใจ (Angina pectoris) บางครั้งอาจพบผู้ป่วยถึงร้อยละ 25 จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (Silent myocardial ischemia) เกิดขึ้นในผู้ป่วยเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง (กอบกุล บุญปราศภัย, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; วิจิตรา กุสมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556)

ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะมีอาการนำมาก่อน (Predomal symptom) ซึ่งพบว่า อาการเตือนที่พบบ่อยคือปวดแขนขา หลังและไหล่ และอาการเหนื่อยอ่อนแรง อาการเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเกิดภายในหนึ่งสัปดาห์ ร้อยละ 20 จะเกิดก่อนกล้ามเนื้อหัวใจตาย 24 ชั่วโมง (McSweeney et al., 2003) กลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก (American Heart Association [AHA], 2015) นอกจากนี้ อาการอื่น ๆ ที่พบร่วม (Associated symptoms) อันเนื่องมาจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ขณะเกิดอาการเจ็บหน้าอกโดยปราศจากความเจ็บปวดจะไปกระตุ้น

ศูนย์ควบคุมการอาเจียนทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน (Nausea/ vomiting) อ่อนเพลียร่วมด้วย ซึ่งเป็นการตอบสนองของประสาทพาราซิมพาเทติก และไปกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารแคททีโคลามีน มีผลให้ เหงื่อแตก ผิวน้ำแข็งชื้น (Sweating) หายใจตื้น (Shortness of breath) หายใจลำบาก (Difficulty breathing) หน้าซีด ฝ่ามือ ฝ่าเท้าซีด (Pale, ashen, change of color) รู้สึกใจสั่น (Palpitations) หัวใจเต้นเร็ว (Rapid heart rate) หน้ามืดเป็นลม (Fainting) หหมดสติ (Loss of consciousness) เนื่องจากหลอดเลือดหดตัว ไข้ภายใน 24 ชั่วโมง และยังคงมีอยู่นานเป็นสัปดาห์ เนื่องจากการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย (Weakness) เมื่อขยับ กระสับกระส่าย วิตกกังวล (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

การวินิจฉัย

สำหรับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแพทย์สามารถวินิจฉัยและระบุตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้จากการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจขึ้นอยู่กัระยะเวลาที่มีการอุดตันเฉียบพลันก่อนทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจนานเท่าไร ผู้ที่มาในระยะเพียงไม่กี่ชั่วโมง ภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะ พบว่า ลักษณะความผิดปกติของ ST elevation ร่วมกับการมี Abnormal tall T wave มีชื่อเรียกลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบนี้ว่า Hyperacute T Wave ในช่วง 6 ชั่วโมงแรกนับจากที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอยู่ที่การมีความผิดปกติของ ST segment ที่ยกขึ้นร่วมกับมี Tall T wave การยกสูงของ ST segment ต้องไม่ต่ำกว่า 1 มิลลิเมตรและพบใน lead ที่ไม่ต่ำกว่า 2 lead ที่อยู่ติดกัน เป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญอย่างมากสำหรับผู้ป่วย ถ้าได้รับการรักษาแล้วสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจบริเวณอุดตันเฉียบพลันได้สำเร็จ (ธนวัฒน์ เบญจานูวัตร และอภิชาติ สุคนธสรณ์, 2548)

แพทย์สามารถวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac marker) เอนไซม์ที่นิยมนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือ Serum CK-MB, Serum Myoglobin, Serum Cardiac Troponin T, Serum Cardiac Troponin I, Lactate dehydrogenase [LDH] และ Serum glutamic-oxaloacetic transaminase [SGOT] (วิจิตร กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556)

นอกจากนี้ ยังมีการตรวจพิเศษ เช่นการตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) อาจจะช่วยการประเมินความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ถ้าพบว่า ค่า Left ventricle ejection fraction (LVEF) ต่ำกว่าร้อยละ 40 จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจวายหรือเกิดโรคแทรกซ้อนได้ การตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (Coronary angiography [CAG]) เป็นการตรวจ

ที่ต้องสอดสายสวนและฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อดูการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซึ่งจะบอกความรุนแรงของร่องรอยโรคได้ชัดเจน และบอกตำแหน่งที่หลอดเลือดตีบตันได้ (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, 2553)

การบำบัดรักษา

ในปัจจุบันความก้าวหน้าในการรักษารวมถึงเครื่องมือที่ใช้ ตลอดจนความสามารถของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ลดความรุนแรงของโรค วัตถุประสงค์การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันคือการให้การบำบัดอย่างเร่งด่วน โดยการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง, 2556; วรวิมล รุ่งประดับวงศ์, 2558) ซึ่งการรักษาที่สำคัญ ได้แก่

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด ประสิทธิภาพของยาละลายลิ่มเลือดจะดีถ้าผู้ป่วยได้รับยาภายใน 6 ชั่วโมงแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 ชั่วโมงแรก ยาละลายลิ่มเลือดจะได้ผลเท่ากับการรักษาด้วยการใช้ลูกโป่งถ่างขยายหลอดเลือด (Primary percutaneous coronary intervention [Primary PCI]) (ชนวัฒน์ เบญจानุวัตร และอภิชาติ สุคนธสรรพ์, 2548) มาตรฐานของการให้ยาละลายลิ่มเลือดคือต้องได้รับยาภายใน 30 นาที หลังจากที่มีผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล (Door-to-needle time) (จาดศรี ประจวบเหมาะ, กัมปนาท วีรกุล และรังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547; อภิชาติ สุคนธสรรพ์, 2553)

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใช้ขดลวดค้ำยันแบบฉุกเฉิน (Primary percutaneous coronary intervention primary [PCI]) ผู้ป่วยมาในช่วงระยะเวลาระหว่าง 6-12 ชั่วโมง การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือดแบบฉุกเฉินจะได้ผลดีกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด มาตรฐานของการขยายหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินโดยใช้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ลูกโป่งอยู่ตรงตำแหน่งที่อุดตันไม่เกิน 90 นาที (Door-to-balloon time) ในคนไทย พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงเวลาที่ลูกโป่งอยู่ตรงตำแหน่งที่อุดตันภายใน 90 นาที มีเพียงร้อยละ 35 (จาดศรี ประจวบเหมาะ และคณะ, 2547)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด (Coronary artery bypass graft [CABG]) ความเสี่ยงของการผ่าตัด CABG ฉุกเฉินจะสูงกว่าการผ่าตัดชนิด Elective CABG มาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากหัวใจอาจเสียชีวิตได้ประมาณร้อยละ 30-40 (อภิชาติ สุคนธสรรพ์, 2553)

การทำหัตถการใส่สายสวนหัวใจ (Percutaneous transluminal coronary intervention [PCI])

การตรวจสวนหัวใจหรือ Angioplasty เป็นหัตถการที่เริ่มทำเมื่อประมาณเดือนกันยายน ปี ค.ศ. 1977 โดยนายแพทย์ชาวเยอรมันชื่อ Andreas R. Gruentzig ในประเทศไทย พบว่า เริ่มทำการใส่สายสวนหัวใจตีบด้วยบอลูนมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2532 ความสำเร็จในการรักษาขึ้นอยู่กับ ข้อบ่งชี้ทางคลินิกและข้อบ่งชี้ทางกายภาพ เช่น ตำแหน่งและจำนวนเส้นที่ตีบ ความชำนาญของ แพทย์ผู้รักษา (เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ, 2546) การใส่สายสวนหัวใจทำในห้องตรวจสวนหัวใจ (Cardiac catheterization laboratory) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ มากขึ้น บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย ไม่ต้องใช้ยาระงับความรู้สึกทั่ว ร่างกาย ให้ผลการรักษาสูงถึงร้อยละ 90-95 และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (McKenna et al., 1995)

ข้อบ่งชี้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีพิจารณาได้จากอาการทางคลินิกและจาก พยาธิสภาพ ดังนี้

1. ตำแหน่งในเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าร้อยละ 50 และเส้นเลือดมีขนาด เส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 1.5 มิลลิเมตรขึ้นไป
2. พิจารณาสภาพทางคลินิก ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) ที่มีความรุนแรง ตั้งแต่ CCS class 2 ขึ้นไป
3. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina)
4. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือหลังฟื้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Post myocardial infarction)
5. ผู้ป่วยหลังจากผ่าตัดต่อเส้นเลือดขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วยังมีอาการ
6. มีการตีบซ้ำหลังทำบอลูนขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกหรือครั้งที่ 2
7. ผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ แต่จะได้ ประโยชน์จากการทำบอลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ (ชนวัฒน์ เบญจมานูตรา และอภิชาติ สุกนธสรณ์, 2553)

การใส่สายสวนหัวใจ เป็นหัตถการที่ใช้เครื่องมือต่าง ๆ ใส่ผ่านเข้าไปในหลอดเลือด โคโรนารีเพื่อแก้ไขปัญหาตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารี ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน (Percutaneous transluminal coronary angioplasty) คือการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวนโดยใช้สายนำ (Guiding catheter) เมื่อปลายสายนำอยู่ใน หลอดเลือดหัวใจแล้ว แพทย์จะสอดเส้นลวดขนาดเล็กผ่านนำเข้าไปจนกระทั่งปลายเส้นลวดผ่าน

เลยจุดตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ หลังจากนั้นแพทย์จะใช้เส้นลวดเป็นแกนช่วยนำสายชนิดพิเศษ ที่มีบอลูนติดอยู่ตรงปลาย ใช้ภาพเอ็กซเรย์ที่เห็นบนจอช่วยในการวางตำแหน่งบอลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแล้วใช้แรงดันทำให้บอลูนกางออก แรงดันของบอลูนจะผลักรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือดไหลเวียนผ่านได้สะดวกขึ้นเสร็จแล้วจะดึงบอลูนออกจากตัวผู้ป่วย 2) การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยขดลวด (Stenting) ขั้นตอนการปฏิบัติ เช่นเดียวกับการรักษาค้ำยกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนแต่หลังการขยายหลอดเลือดด้วยบอลูนแล้วจะใส่ขดลวดเข้าไปเพื่อค้ำยันไม่ให้เกิดการยุบตัวของหลอดเลือดหัวใจ (Antman, 2008; Laviene, Bates, & Blankenship, 2011) ซึ่งชนิดขดลวดที่ใส่แบ่งเป็น 2 ชนิด (อภิชาติ สุคนธรรพ์ และธนวัฒน์ เบญจามูวตรา, 2553) ได้แก่ 1) ขดลวดตาข่ายชนิด ไม่เคลือบยา (Uncoated stent) คือ ขดลวดสแตนเลสที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การเกิดการตีบซ้ำในขดลวดโครงตาข่าย (In stent restenosis) หลังทำการหัตถการร้อยละ 20-30 ในช่วง 6 เดือนแรก หลังจากนั้นจะน้อยกว่าร้อยละ 1-5 ต่อปี 2) ขดลวดตาข่ายชนิดเคลือบยา (Coated stent) คือ ขดลวดที่เคลือบด้วยสารที่ลดการตีบตัน เช่น Rapamycin, Actionmycin-D เนื่องจากสามารถเกิดกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่ในขดลวดตาข่ายได้ช้ากว่าปกติจึงต้องให้ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ได้แก่ Clopidogrel นานขึ้นประมาณ 8-24 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการอุดตันของขดลวดตาข่าย

ข้อดีของการใส่สายสวนหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดค้ำยัน คือ ไม่ต้องผ่าตัดและไม่ต้องดมยาสลบ ดังนั้น โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจึงต่ำกว่าการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้นและกลับไปใช้ชีวิตปกติได้เร็วกว่า โดยไม่ต้องมีระยะพักฟื้นนานเหมือนภายหลังการผ่าตัด

ข้อจำกัดของการใส่สายสวนหัวใจด้วยบอลูนและขดลวดค้ำยัน คือ ลักษณะการตีบของหลอดเลือดบางเส้นไม่เอื้อต่อการทำบอลูน ซึ่งอาจไม่สำเร็จไม่ปลอดภัยหรือได้ผลไม่ดี คือผู้ป่วยที่มีรอยตีบเป็นทางยาวหรือรอยตีบอยู่ตรงมุมแยกของหลอดเลือด มีหินปูนจับอยู่ตรงบริเวณรอยตีบเป็นต้น (อภิชาติ สุคนธรรพ์, 2553) แต่ข้อจำกัดที่สำคัญของการใส่ขดลวดค้ำยัน คือ ภาวะการตีบซ้ำ (Restenosis) เมื่อสมัยก่อนใช้บอลูนที่ถ่างขยายรอยตีบอย่างเดียวมีโอกาสเกิดประมาณร้อยละ 30-60 ภายใน 6 เดือนแรกของการรักษา (Antman, 2008) ดังนั้น การรักษาโดยการใส่ขดลวดเพื่อค้ำยันสามารถลดการตีบซ้ำลงเหลือ ร้อยละ 15-30 และการใส่ Drug eluting stent รุ่นใหม่ พบว่า โอกาสเกิดการตีบซ้ำใน Stent เหลือเพียง 3-6 (อภิชาติ สุคนธรรพ์, 2553)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตีบซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจหลังใส่ขดลวดค้ำยัน

การรักษาโดยการใส่ขดลวดค้ำยันเป็นการรักษาที่ได้ผลดี มีความปลอดภัยสูงสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (สุใจ บูรณพุกญา, 2549) แต่ภายหลังการรักษาก็ยังมีความเสี่ยง

การตีบซ้ำได้ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจกำเริบซ้ำจากการตีบซ้ำ (ชนวัฒน์ เบญจมานุวัตรา และ อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2548; ภัทรสิริ พจนานพ, 2556; Dangas & Kuepper, 2002; Giglioli, Vaente, Margheri, Romano, & Saletti 2009; Smith et al., 2011) ได้แก่

1. ปัจจัยจากลักษณะของรอยโรค (Lesion-related factors) ลักษณะรอยโรคของหลอดเลือดเป็นลักษณะที่เรียกว่า ภาวะการตีบซ้ำในหลอดเลือดโครงข่ายซึ่งเกิดจากการขยายตัวผิดปกติของผนังหลอดเลือดชั้นใน เนื่องจากเกิดการบาดเจ็บของผนังหลอดเลือดในขณะที่ทำการขยายหลอดเลือดซึ่งพบประมาณร้อยละ 20-30 ของการตีบซ้ำ (Neville et al., 2010)

2. ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย (Patient-related factors) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดหัวใจ (Risk factors for developing atherosclerosis) เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย และความเครียดเป็นต้น (ชนวัฒน์ เบญจมานุวัตรา และอภิชาติ สุคนธสรณ์, 2548)

ผลกระทบภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้อย่างกะทันหัน วิธีการรักษาส่วนใหญ่เป็นการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการใส่ขดลวดค้ำยัน เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนผ่านพ้นระยะวิกฤตของโรคแล้ว แต่ยังคงมีพยาธิสภาพและภาวะของโรคหลงเหลืออยู่ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีดังนี้

ผลกระทบต่อผู้ป่วย แบ่งออกได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรคและมีโอกาสเกิดซ้ำได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอาการเจ็บหน้าอก นอกจากนี้ อาจมีอาการร่วมอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย เช่น อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หายใจลำบาก อาการใจสั่น และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrhythmias) ซึ่งทำให้เกิดการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Sudden death) (ผ่องพรรณ อรุณแจ้ง, 2553) นอกจากนี้ ยังมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือกิจกรรมประจำวันได้ปกติ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ เจริญนท (2551) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานลดลง บางรายสามารถทำกิจกรรมได้แบบเดิมแต่ไม่กล้าทำ เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอก กลัวจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามต่อชีวิตและจิตใจ และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต (Haak & Hucther, 1992)

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องเผชิญความรุนแรงของโรค ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นนำไปสู่ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ ความความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวการเสียชีวิต กลัวการไม่หาย กลัวว่าโรคจะกลับเป็นซ้ำอีก (Fullwood et al., 2002)

2.1 ความวิตกกังวลและกลัวความตายเป็นผลกระทบทางจิตใจที่สามารถพบได้บ่อย (Johnson & Morse, 1990) จากการศึกษาของ O'Brien et al. (2001) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงระดับสูงประมาณร้อยละ 45

2.2 ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภายหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 69 (Meijer et al., 2011) ซึ่งพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของอัตราการเสียชีวิตในภายหลังจากโรคหัวใจที่มากถึง 2-2.5 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Van melle et al., 2006) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) และเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอาการเจ็บหน้าอก การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังทำให้ผู้ป่วยขาดความสนใจในการดูแลตนเอง (สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์, 2555)

2.3 ความมีคุณค่าในตนเองและอัตมโนทัศน์ลดลง จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อาจทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ที่เคยดำรงอยู่มาเป็นบทบาทผู้ป่วย ทำให้อาจเกิดความรู้สึกแยแสสูญเสียการควบคุม ซึ่งในภาวะที่มีความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจทำให้รู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจะต้องคอยพึ่งพาบุตรหลาน (เขาวภา บุญเที่ยง, 2546)

3. ด้านสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการสูญเสียด้านหน้าที่การงาน เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง ไม่สามารถกลับไปทำงานได้เหมือนเดิม (ปกาศพรวิทย์ เจริญพัฒนาก็ค, 2556) นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมัก พบว่า เกิดกับวัยกลางคนและผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยทำงานและเป็นหัวหน้าครอบครัว จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและอาชีพการงานของผู้ป่วย อาจต้องถูกออกจากงานหรือลดบทบาทหน้าที่ในอาชีพการงานลง การต้องละเว้นจากหน้าที่ที่เคยปฏิบัติอยู่ในครอบครัว (Stem, Pascale, & McLoone, 1976) ภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระของผู้อื่นไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม (วิไลพร หอมทอง, 2547)

4. ด้านเศรษฐกิจ การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2540; วิริงรอง นาทองคำ, 2543)

ผลกระทบต่อครอบครัว แบ่งออกได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสดูแลตัวเองได้ตลอดเวลา ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทูมเทแรงกายแรงใจในการดูแล ผู้ป่วยทำให้สมาชิกครอบครัวมีอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อย นอนไม่ค่อยหลับ ทำให้ร่างกายทรุดโทรมเกิดการเจ็บป่วยตามมา (วิริงรอง นาทองคำ, 2543; มาลี มาลาฮี, 2549)
2. ด้านจิตใจ สมาชิกในครอบครัวมีอาการกระวนกระวาย วิตกกังวล ท้อแท้ หดใจ กำลังใจ กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากความไม่แน่นอนของโรค ทำให้เกิดความเครียดมากขึ้น นอกจากนี้ความคลุมเครือในบทบาทอันเนื่องมาจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอารมณ์เพื่อหน่าย ท้อแท้ไม่พอใจส่งผลต่อการปรับตัวและการตัดสินใจ (มาลี มาลาฮี, 2549)
3. ด้านสังคม เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วย และยังคอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยหรือประกอบอาชีพเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวแทนผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่บทบาทหน้าที่ของตนเองมากเกินไป (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัก, 2556) นอกจากนี้ ทำให้ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนลดลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาและพักผ่อนน้อยลง อันส่งผลต่อการดำเนินชีวิตด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Whooley et al., 2008)
4. ด้านเศรษฐกิจ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องเผชิญความก้าวหน้าของโรค เป็นผลให้มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติส่งผลให้สูญเสียรายได้ ทำให้เป็นภาระต่อครอบครัว (ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนาภัก, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การจะสามารถควบคุมอาการของโรคนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาทางยาและหัตถการเท่านั้น วิถีชีวิตในแต่ละบุคคลปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยยับยั้งหรือชะลอการดำเนินความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ถูกต้องเหมาะสมหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลันควบคู่กับการรักษาที่ได้รับ จะช่วยลดโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำร้อยละ 47 และลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 37 (Lucia et al., 2010)

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน (Lifestyles modification)

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยวิธีการต่าง ๆ เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุเนื่องจากปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการกำเริบรุนแรงเกิดจากมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่นการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย และมีภาวะเครียดเรื้อรัง (จรรยา ตันดิธรรม, 2547) ซึ่งจะเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำหรือการกำเริบซ้ำของโรคก่อนเวลาอันควร (ประวิทย์ ดันประเสริฐ, 2554) ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านสุขภาพที่เหมาะสมควบคู่กับการรักษาที่ได้รับ เพื่อช่วยยับยั้งและชะลอการดำเนินความก้าวหน้าของโรคลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ตลอดจนการกลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (Smith et al., 2011)

วิถีชีวิตและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต (Lifestyles modification)

วิถีชีวิต มีการใช้คำและให้ความหมายไว้อย่างหลากหลายแต่ความหมายเดียวกัน เช่นแบบแผนการดำเนินชีวิต แบบแผนชีวิต สิลาชีวิตรวมทั้งครรลองชีวิต (Lifestyles or style of life) เป็นคำที่ความหมายเหมือนกัน และมีผู้ที่ให้ความหมายของแบบแผนชีวิตที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละบุคคล ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) วิถีชีวิต หมายถึง นิสัยหรือแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่มีความคงที่ภายใน ซึ่งสะท้อนทัศนคติและค่านิยมของบุคคลหรือวัฒนธรรมทั้งในเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ค่านิยมทางสังคมและองค์กรทางสังคม

Pender (1996) วิถีชีวิต คือ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่สนับสนุนซึ่งกันและกันในการก่อให้เกิดวิถีชีวิตที่มีสุขภาพที่ดี

จากความหมายที่ได้กล่าวมา สรุปความหมายของประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกรู้จักคิด การเปลี่ยนแปลงการกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้

ประกอบด้วย การจัดการกับความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน การบริโภคอาหาร การปฏิบัติตัวด้านการรักษาและการเลิกบุหรี่ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการกับความเครียด

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั้นจะต้องเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้ภาวะของโรครุนแรงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรศิริ พจมานพงศ์ (2556) พบว่า ความเครียดส่งผลให้ร่างกายทำงานหนักมากขึ้นก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำ ทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด รู้สึกหมดหวัง (จิราพร หินทอง, 2551) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่สามารถปรับตัวต่อปัญหา ขาดความใส่ใจในการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหรือมีอาการและอาการแสดงที่รุนแรงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ (Shemesh et al., 2004)

ดังนั้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อจัดการกับปัญหาและการผ่อนคลายความเครียด จึงมีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2546)

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคที่สะดวกและช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง โดยในขณะที่ฝึกจิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่านและความวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้น
2. การฝึกการหายใจ เป็นเทคนิคในการบริหารกล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้นและช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้
3. ทำสมาธิเป็นการจัดการกับความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุด เพราะจะทำให้จิตใจสงบโดยใช้วิธีการนับลมหายใจ
4. การจินตนาการ เป็นเทคนิคที่เบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียด โดยให้ย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต
5. การคลายเครียดจากใจสู่กาย เป็นการจัดการกับความเครียดโดยการให้ใจไปยังส่วนของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง ซึ่งกล้ามเนื้อในส่วนนั้นจะมีความรู้สึกหนักจะทำให้ร่างกายรู้สึกว่องว่อนขึ้นมีผลทำให้คลายเครียดได้
6. การนวดคลายเครียด การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือดทำให้รู้สึกปลอดโปร่งสบายตัว

2. การออกกำลังกาย

วิถีชีวิตอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก็คือการออกกำลังกาย ซึ่งการออกกำลังกายมีจุดมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันโรคและอาการแทรกซ้อนของโรค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ ยังทำให้สุขภาพกายแข็งแรงและยังช่วยลดความเครียดทางด้านจิตใจ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้ ทำให้มีความสดชื่นกระปรี้กระเปร่า และสามารถเผชิญกับความเครียดต่าง ๆ ได้ (วิไลพร หอมทอง, 2547; Shin, 1999) ซึ่งการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ

คำแนะนำทั่วไปสำหรับการออกกำลังกายมีดังนี้ การเตรียมความพร้อมก่อนออกกำลังกาย ต้องทำการอบอุ่นร่างกายก่อน โดยใช้เวลาในการอบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที ซึ่งในการทำ ความอบอุ่นร่างกายนี้จะทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ได้มากขึ้น และหลอดเลือด มีการเตรียมความพร้อมมากขึ้น เป็นการป้องกันการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการดื่ม เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ ก่อนออกกำลังกาย ไม่ควรออกกำลังกายในที่ เป่ลี่ยควรใส่เสื้อผ้าหลวม ๆ อากาศถ่ายเทได้สบาย รองเท้าควรเป็นรองเท้าผ้าใบสำหรับออกกำลังกาย เลือกรองเท้าให้พอดีกับเท้าสวมใส่สบาย ควรมีป้ายชื่อของท่านโรคที่เป็น แพทย์ประจำตัว หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน และโรงพยาบาลที่รักษาใส่ไว้ในกระเป๋าเสื้อ กางเกงหรือห้อยคอไว้ ควรพกยาอมใต้ลิ้น หรือชนิดพ่น สำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกติดตัวด้วยเสมอ ถ้ามี โทรศัพท์มือถือควรพกติดตัวด้วยเสมอเพื่อใช้ติดต่อฉุกเฉิน ควรบอกญาติด้วยว่ากำลังจะไปออก กกำลังกายที่ใดใช้เส้นทางใด ผู้ป่วยควรทราบความหนักเบาของการออกกำลังกายถ้าผู้ป่วยสามารถ จับชีพจรได้ถูกต้องขณะออกกำลังกายควรให้ชีพจรสูงกว่าขณะพัก 20-30 นาทีด้วยความถี่ 5 วันต่อ สัปดาห์ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554; อภิชาติ สุคนธสรพร, 2553)

ข้อจำกัดในการออกกำลังกาย

ข้อจำกัดในการออกกำลังกาย เมื่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบ ความผิดปกติ ควรงดการออกกำลังกาย ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2554)

1. มีอาการหรืออาการแสดงที่ผิดปกติ เช่น ชีต เยียว เหงื่อออกมากผิดปกติ อ่อนเพลีย หน้ามือ เป็นลม และเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

2. มีอัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ เช่น มีอัตราการเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ซึ่งพราะขณะออกกำลังกายมากกว่า 130 ครั้งต่อนาที หรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที จากขณะพัก ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ภาวะปิดกั้นหัวใจระดับสองหรือสาม (Second or third degree heart block) อาการหรืออาการแสดงของร่างกายที่ปรับตัวต่อการออกกำลังกายไม่ได้เช่นเจ็บหน้าอก เหนื่อยมาก

3. การพักผ่อน

การพักผ่อนนั้นมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพราะหลังเกิดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ ในการซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลาย ซึ่งแล้วแต่ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตาย การพักผ่อนที่เพียงพอจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น (Munden, 2007) นอกจากนี้ การพักผ่อนที่เพียงพอจะมีผลทำให้อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจผู้ป่วยลดลง (ภัทรสิริ พจนานนท์, 2556) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันควรมีแนวทางการปรับรูปแบบการพักผ่อนให้เหมาะสม

4. การบริโภคอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต อาหารมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทั้งในด้านป้องกันและด้านการรักษาโรค ทำให้ร่างกายแข็งแรง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมจึงถือเป็นยาจากธรรมชาติที่สามารถจะช่วยป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการบริโภคอาหารให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายโดยรับประทานให้ครบทุกหมู่ รับประทานอาหารประเภทแป้ง และไขมันให้น้อยลง การปรุงอาหารควรใช้ไขมันจากพืช หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว กะทิ คีมนมพร่องหรือขาดมันเนย ปรุงอาหารโดยใช้วิธี นึ่ง ต้ม อบ ย่าง เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก และหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มน้ำที่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนัก เช่น เหล้า เบียร์ ชา กาแฟ หลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดง เครื่องในสัตว์ที่ติดมันทุกชนิด สมอสัตว์ อาหารทะเล เช่น หอยนางรม ปลาหมึก จำกัดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน (เกลือแคงไม่เกิน 1 ช้อนชาหรือน้ำปลาไม่เกิน 1.5-2 ช้อน โตะ) (ศรพิศ พรหมผิว, 2557; Katz, 2001)

5. การปฏิบัติตามแผนการรักษา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การปฏิบัติตามการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนควบคู่ไปกับวิถีชีวิตในด้านอื่น ๆ เพื่อจะคุมโรคไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น การปฏิบัติตามการรักษานั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานยา ได้แก่ คุณสมบัติ ขนาด อาการข้างเคียง และวิธีการใช้ยา ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาอื่น ๆ ที่แพทย์และ

พยาบาลไม่ได้แนะนำ (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) ทั้งนี้ควรสังเกตความผิดปกติ เช่น กรณีพบอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนจากการรับยา เพื่อจะได้รายงานแพทย์ และหาวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง ไม่ควรหยุดยาด้วยตนเอง (เปี่ยมาศ ชาชุมพร, 2555; ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557; ภัทรสิริ พจนานพศ์, 2556)

6. การเลิกบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเคยชิน แต่เมื่อเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน การสูบบุหรี่จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ การเลิกบุหรี่เป็นสิ่งที่ต้องทำในผู้ป่วยแต่ละราย แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่า การเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นสิ่งสำคัญที่สุดแต่ไม่หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่ จึงต้องติดตามการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย โดยการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่กับผู้ป่วยและญาติทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาติดตามอาการที่คลินิก (McKecna et al., 1995; Prasad et al., 2009) และการให้กำลังใจอย่างเข้มแข็งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวและการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมหรือที่ที่มีผู้สูบบุหรี่เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกได้สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ อินทร์ปรุง (2551) พบว่า การปฏิบัติที่ถูกต้องในการไม่สูบบุหรี่ ได้แก่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันลงตลอดจนการปฏิเสธสถานการณ์ที่ชักนำให้สูบบุหรี่ ได้แก่ สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด สถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เช่น ระหว่างการดื่ม การดูทีวี เป็นต้น ควรจะต้องสร้างกำลังใจให้เข้มแข็ง และหากิจกรรมอื่น ๆ มาทำ เพื่อให้ลืมเรื่องบุหรี่ โดยการออกกำลังกาย หรือ การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ (วิไลลักษณ์ พิมรินทร์, 2549) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ถาวร การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องความเสี่ยงและโทษของบุหรี่สามารถทำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ร้อยละ 70 (เปี่ยมาศ ชาชุมพร, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้จะพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเพื่อสร้างและขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันจะปรากฏอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยเลือกศึกษาเฉพาะตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจ หรือมีข้อมูลสนับสนุนไม่ว่าจะเป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่าง ทำนายความสัมพันธ์ และงานวิจัยกึ่งทดลอง แต่การศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันนั้นยังไม่พบในประเทศไทย โดยพบเกี่ยวกับงานวิจัยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่พบว่ามี การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพดังนี้

การจัดการกับความเครียด จากการศึกษาของ รุ่งทิพย์ เป้าต๋น (2546) พบว่า การจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดีในด้านการจัดการกับอารมณ์ (สุทิชา สุวรรณศรี, 2548) มีความเครียดค่อนข้างบ่อย ร้อยละ 66.70 (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจ พบว่า ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดีในด้านการออกกำลังกาย (สุทิชา สุวรรณศรี, 2548) โดยผู้ป่วยที่ไม่เคยออกกำลังกายมีถึงร้อยละ 39.70 (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) จากการศึกษาของ ปริศนา วรนนท์ (2541) พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าทำกิจกรรม รวมถึงกิจกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ สอดคล้องกับ ทศนีย์ แดขุนทด (2549) พบว่า ภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเพราะกลัวกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม ห้ามออกกำลังกาย

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จากความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้น ทำให้มีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำขึ้นมาใหม่และมีการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติมากขึ้น นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงแผนการนอนหลับจะทำให้เกิดความหงุดหงิดเกิดความเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น เห็นภาพหลอน และมีอาการปวดศีรษะ (Haak & Huether, 1992) การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) โดยยังรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ ร้อยละ 87 ไม่มีการควบคุมน้ำหนักร้อยละ 59.4 ดื่มน้ำน้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน ร้อยละ 54.1 และดื่มน้ำอัดลม รุทเบียร์ร้อยละ 52.9 (ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, 2543) บางรายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ ไม่ควบคุมอาหาร (จิณณพัทธ์ ชนกิจวรบุรุษ, 2554) และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมซึ่งนำไปสู่การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยพบว่า ร้อยละ 38.10 (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) จากการศึกษาของ ปิยะมาศ ชาชุมพร (2555) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูงแต่ยังพบว่า มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดีในด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่สม่ำเสมอ (สุทิชา สุวรรณศรี, 2548) และมีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ตนได้รับไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจ โดยใช้

อาการเจ็บหน้าอกซ้ำ จึงรู้ว่าตนเองหายจากโรค และกลับมามีพฤติกรรมเช่นเดิม เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และละเลยการปฏิบัติตนตามที่บุคคลากรทางการแพทย์แนะนำ (จิราภรณ์ นาสุงชน, 2552; วิลาวลัย แก้วอ่อน, 2552) นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า ด้านการเลิกบุหรี่ จากการศึกษาของ Mckenna et al. (1995) ได้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังทำ PTCA พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่ยังคงเป็นปัญหาคือการสูบบุหรี่ โดย พบว่า มีการสูบบุหรี่มากขึ้นกว่าก่อนที่จะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการสูบบุหรี่หลังทำ PTCA จะเร่งให้เกิดหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการรักษาในระยะ 1 เดือน และตำแหน่งที่เกิดการตีบซ้ำก็คือ ตำแหน่งที่ทำการรักษาด้วย PTCA อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริศนา วรนนท์ (2541) ที่พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ยังเป็นปัญหาพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงระดับปานกลาง ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหลอดเลือดหัวใจภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ และจากการศึกษาของ ปิยะมาศ ชาชุมพร (2555) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังได้รับ การใส่สายสวนหัวใจมีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำอีกจึงขาดความตระหนักเพื่อหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ทั้งนี้จากสังคมรอบตัวผู้ป่วยที่มีการสูบบุหรี่ จึงทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด บางรายเลิกบุหรี่ไม่ได้ ขาดความมั่นใจในการปฏิเสธ การรับบุหรี่จากผู้อื่น (จิณณพัทธ์ ธนกิจวรบูรณ์, 2554) และพบว่า ร้อยละ 13.3 ยังสูบบุหรี่ประจำ (นงลักษณ์ ทองอินทร์ และเพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2554) นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม สาเหตุหนึ่ง มาจากผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อและการรับรู้ของตนเอง (ชวนพิศ ทำนอง, 2541) จากการศึกษา ของ Miller et al. (1990) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยในการกำหนดพฤติกรรมหรือเลือกปฏิบัติกิจกรรมให้สอดคล้องกับการรับรู้ นั้น การรับประทานอาหารตามความเคยชิน โดยผู้ป่วยมีความเชื่อว่า ยาที่รับประทานจะช่วยรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจได้เอง และในผู้ป่วยบางรายเมื่อควบคุมอาการของโรคอยู่ในเป้าหมายที่กำหนดได้แล้ว จะหยุดรับประทานยาเอง เพราะเชื่อว่าหายจากโรคแล้ว ซึ่งในบางครั้งจึงอาจเป็น การยากที่จะให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากที่เคยปฏิบัติมาเป็นระยะเวลาอันได้สำเร็จและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันดังกล่าวข้างต้น มีการปรับเปลี่ยนชีวิตที่ไม่เหมาะสมทั้งระยะหลังจำหน่ายและในระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำใน 30 วันแรก ร้อยละ 12.70 กลับมาพบแพทย์ก่อนนัดร้อยละ 17.50 (จิราภรณ์ นาสุงชน, 2552) มีอาการ หอบเหนื่อย และกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดบวม น้ำ ซึ่งพบบ่อยในช่วง 3-6 เดือน หลังจำหน่าย (จิราภรณ์ นาสุงชน, 2552) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา แม้จะพบว่า มีงานวิจัย

ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่สร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันจะปรากฏอยู่มากพอสมควร ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาทางด้านร่างกายและเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยเลือกศึกษาเฉพาะตัวแปรที่ผู้วิจัยสนใจ แต่การศึกษาด้านจิตใจ สังคมนั้นยังมีน้อย ซึ่งข้อค้นพบผลการวิจัยดังกล่าวนี้เป็นข้อจำกัดและไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่ความเข้าใจประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันว่าแท้จริงแล้ว ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใดบ้าง ประสบการณ์นั้นเป็นอย่างไร และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นได้ส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอย่างไร รวมทั้งไม่เพียงพอต่อการนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อดูแลผู้เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างเป็นองค์รวม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งยังไม่พบงานวิจัยใดที่ทำการศึกษาลึกซึ้งและสะท้อนถึงประสบการณ์ดังกล่าว เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ตามมุมมองของผู้ป่วยเอง รวมทั้งได้ข้อมูลที่นำไปสู่การให้ การสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคองจิตใจผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถวางแผนจัดการเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิต มีขั้นตอนและกระบวนการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องและรุนแรง รักษาไม่หายขาด แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาด้วยยาและการทำหัตถการจะมีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการและความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ แต่ในระยะยาวผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้ (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2553) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมและต่อเนื่องภายหลังได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน ร่วมกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ได้รับจะช่วยชะลอหรือลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมเสี่ยงต่อการนำไปสู่การกำเริบซ้ำของโรคเร็วขึ้น การตีบตันซ้ำถือเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและหลีกเลี่ยงได้ยาก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน จึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถึงแม้จะมีการให้ความรู้ มีการจัด โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันด้วยการใช้

ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้เกิดความเข้าใจว่าผู้ปวยรับรู้การเปลี่ยนแปลง
วิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการ
ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังจากใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งเป็นวิธีแสวงหาความจริงในสภาพที่เป็นอยู่โดยธรรมชาติ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังจากใส่ขดลวดค้ำยันที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

สถานที่ทำการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันที่มารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 363 เตียง มีความสามารถในการรักษาให้บริการผู้ป่วยเฉียบพลันภาวะวิกฤตและภาวะเรื้อรัง ซึ่งผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งนี้ประกอบด้วยผู้ที่อาศัยทั้งอยู่ในเขตและผู้ที่อยู่นอกเขตอำเภอองครักษ์ โดยผู้ที่อยู่ในเขตจะมารับบริการเมื่อมีอาการของโรคเกิดขึ้น หรือเป็นการมารับบริการดูแลรักษาต่อเนื่อง นอกจากนั้นกลุ่มที่อยู่นอกเขตอำเภอองครักษ์ ซึ่งเป็นป่วยหนักและมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรงพยาบาลปฐมภูมิ และโรงพยาบาลตติยภูมิที่ไม่สามารถให้การรักษาด้วยการใส่สายสวนหัวใจได้ เนื่องจากขาดแคลนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ทีมแพทย์และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล จึงถูกส่งต่อมารักษาต่อในโรงพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาซึ่งมีห้องสวนหัวใจที่มีเครื่องมือสำหรับให้บริการใส่สายสวนหัวใจ ก็มารับบริการของโรงพยาบาลนี้ในรูปแบบของการถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อ

สำหรับการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นการตรวจรักษาทั้งในโรคทั่วไป และผู้ที่เป็นโรคหัวใจและได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันที่โรงพยาบาลที่ศึกษา หรือผู้ที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ก็สามารถมาใช้บริการที่นี่ได้ โดยผ่านช่องทาง การตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะโรค ซึ่งภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยันโดยปกติแล้วแพทย์จะนัดกลับมา ตรวจอีก 1 ครั้ง แต่หลังจากนั้นก็ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์หรือความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละราย บางรายหากมีภาวะแทรกซ้อนก็สามารถมาก่อนนัดได้ ส่วนผู้ป่วยที่มาใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งใช้สิทธิการรักษาจากหน่วยอื่นภายหลังจากทำผู้ป่วยจะได้รับการนัดตรวจ

อีก 1 ครั้งแล้วหลังจากนั้นผู้ป่วยก็สามารถกลับไปใช้บริการที่โรงพยาบาลที่ตนเองมีสิทธิการรักษา อยู่ แต่หากมีกรณีฉุกเฉินก็สามารถส่งต่อกลับมาที่นี่ได้

ผู้ให้ข้อมูล และการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล

คือผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวด ค้ำยันจากโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัด นครนายก ที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ ทำการศึกษาในระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559-สิงหาคม พ.ศ. 2559 โดยกำหนดคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยันเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีข้อจำกัดที่ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรม เช่น Stroke กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือกระดูกหัก

หรือกระดูกหัก

4. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

การได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูล

เริ่มจากผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ เพื่อติดต่อขออนุญาตดู รายชื่อผู้ที่มาตรวจตามนัดที่มีประวัติได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน แล้วมาตรวจตามนัด โดยมีหัวหน้าแผนกเป็นผู้ทาบตาม ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการ รักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยันและมีความยินยอมเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยหลังจากนั้นผู้วิจัย ทำการ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบและแนะนำตัวเพื่อสร้าง สัมพันธภาพเบื้องต้น และติดต่อขออนุญาตให้เป็นผู้ให้ข้อมูล โดยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเทปเสียง แจกการพิทักษ์สิทธิ์ และการดำเนินการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก็มีการให้เซ็นชื่อ ในแบบฟอร์มใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตัดสินใจเลือก วัน เวลา และสถานที่ ที่สะดวก ซึ่งอาจจะเป็นที่โรงพยาบาลหรือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลก็ได้

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล จะขึ้นอยู่กับจำนวนข้อมูลที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้มาก และครอบคลุมเพียงพอทุกมิติที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา ซึ่งจะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีความอิ่มตัวของข้อมูลเกิดขึ้นเมื่อมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย แต่ในระหว่างเก็บข้อมูลมีผู้ให้ข้อมูลเสียชีวิต 1 ราย ภายหลังการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 อันเนื่องมาจาก

ผู้ให้ข้อมูลมีระดับความรุนแรงของโรค Class 3 ร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ผู้วิจัยไม่ได้คัดผู้ให้ข้อมูลออกจากงานวิจัยเนื่องจากในการสัมภาษณ์มีประเด็นที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีความน่าสนใจอยู่ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันจนได้ข้อมูลอ้อมตัว โดยสรุปมีผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นจำนวน 15 ราย ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ 1-2 ครั้งต่อราย โดยผู้ให้ข้อมูลที่ได้รับการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง มีจำนวน 5 ราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 30-60 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสังเกต และแบบบันทึกข้อมูล โดยมีรายละเอียดในการเตรียมเครื่องมือ ดังนี้

1. ผู้วิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน เพื่อเป็นความไวในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.2 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้วิจัยศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 หน่วยกิต ในรายวิชาการวิจัยทางการแพทย์ จำนวน 16 ชั่วโมง และผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมจากการอ่านตำรา วารสาร ตลอดจนคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้นและเกิดทักษะสามารถนำไปปรับใช้ได้ถูกต้อง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาเชิงทฤษฎีในเทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต การจดบันทึกภาคสนามและการวิเคราะห์ข้อมูลจากตำรา วารสาร และคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมกับการฝึกปฏิบัติเก็บข้อมูลนำร่อง (Pilot study) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา นำร่อง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน จำนวน 2 ราย ที่โรงพยาบาลที่ศึกษา แล้วนำข้อมูลมาถอดเป็น

ภาษาเขียน วิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างทักษะจนเกิดความมั่นใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเตรียมความรู้เกี่ยวกับสถานที่ศึกษา ในเรื่องลักษณะของผู้รับบริการและการให้บริการทางการแพทย์และการดูแลทางการแพทย์ของโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก เพื่อเป็นข้อมูลในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. แนวทางในการสัมภาษณ์และการสังเกต

2.1 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามในการสนทนาครั้งแรกด้วยการรวบรวมบทบทวน และคัดเลือกประเด็นคำถามจากรายงาน ตำรา เอกสารวิชาการ บทความ และจากประสบการณ์การศึกษา นำร่อง โดยผ่านการแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งผู้วิจัยปรับแนวคำถามภายหลังจากการเก็บรวบรวม-วิเคราะห์-และบันทึกข้อมูลแต่ละครั้งบนพื้นฐานของประเด็นที่ได้จากการเก็บข้อมูลที่ผ่าน (รายละเอียดดังภาคผนวก ข) แล้วนำไปเก็บข้อมูลนำร่องจำนวน 2 ราย เพื่อหาความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยปรับแก้คำถามเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการข้อมูลเพิ่มเติมก่อนนำไปสัมภาษณ์จริง

2.2 แนวทางการสังเกต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลมาสนับสนุนกับคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลให้ความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งในครั้งนี้ใช้การสังเกตในขณะสัมภาษณ์ ทำให้รู้ถึงพฤติกรรมที่แสดงออกตามธรรมชาติ ทำให้ได้ข้อมูลโดยตรงตามสภาพความเป็นจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวทางในการสังเกต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในประสบการณ์นั้น แนวทางในการสังเกตนี้ใช้สังเกตลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกต่าง ๆ สีหน้า ท่าทาง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การปฏิบัติตัว สถานที่ (Setting) และบริบทหรือสิ่งแวดล้อม (Context) โดยทำการสังเกตในขณะสัมภาษณ์ (รายละเอียดดังภาคผนวก ค)

3. แบบบันทึกข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล มีเนื้อหาประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และบทบาทในครอบครัว และข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา ยาที่ได้รับการรักษา ในปัจจุบัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน (ภาคผนวก ง)

3.2 แบบบันทึกการถอดความจากเทปบันทึกเสียงและการให้รหัสเบื้องต้น เป็นแบบบันทึกที่ใช้เพื่อบันทึกข้อมูลและรหัสข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เจาะลึกเป็นรายบุคคล (ภาคผนวก ง)

3.3 แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ เป็นแบบบันทึกเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป และเป็นแบบบันทึกข้อคำถาม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป (ภาคผนวก ง)

3.4 แบบบันทึกภาคสนาม เป็นแบบบันทึกสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการสัมภาษณ์ พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อให้เห็นบริบทของประสบการณ์ที่ศึกษา และนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบในการบรรยายและอธิบายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น (ภาคผนวก ง)

3.5 แบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบผลกระทบจากความคิด ความรู้สึกความพร้อมของผู้วิจัยต่อผู้ให้ข้อมูล สถานการณ์ บริบทแวดล้อมนั้น ตลอดจนกระบวนการวิจัย รวมทั้งบันทึกปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางความคิดของตัวผู้วิจัย เพื่อทำการแก้ไข และป้องกันความอคติที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัย (ภาคผนวก ง)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 วิธี โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในวันที่มาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรคหัวใจ ซึ่งจะมีทุกวัน จันทร์-ศุกร์ โดยสถานที่ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นห้องพักเจ้าหน้าที่ประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรคหัวใจ และทำการสัมภาษณ์ระหว่างรอรับการตรวจจากแพทย์ ในครั้งแรกทำการสร้างสัมพันธภาพโดยจะซักถามพูดคุยถึงประวัติการเจ็บป่วย อาการของผู้ป่วยโดยทั่วไป การเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีท่าทีผ่อนคลายและรู้สึกเป็นกันเอง จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันตามแนวทางการสัมภาษณ์ โดยเริ่มสัมภาษณ์เมื่อผู้ป่วยพร้อม

ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคดังนี้ การสนทนาเป็นลักษณะเผชิญหน้า ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด สำหรับการตั้งคำถามผู้วิจัยใช้ทักษะของการนำแบบการนำทางอ้อม (Indirect leading) ด้วยการถามเรื่องราวกว้าง ๆ ไปสู่เรื่องที่เฉพาะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2538 อ้างถึงใน อังคณา ชนชนะ, 2550) ผู้วิจัยสัมภาษณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา ตามแนวทางการสัมภาษณ์ จากนั้นเริ่มใช้คำถามที่แคบเข้าเพื่อถามเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการเจาะลึกข้อมูล หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนคำถามอย่างรวดเร็วในกรณีที่ผู้ให้

ข้อมูลไม่ตอบคำถาม ซึ่งเกิดจากการไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยใช้เทคนิคการเงียบ ฟังอย่างตั้งใจ ปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลได้คิดสักครู่ไม่เร่งเอาคำตอบ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายโดยไม่เปลี่ยนความหมายของคำถาม หากผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบผู้วิจัยทำการเปลี่ยนข้อคำถามในการสัมภาษณ์ใหม่แล้วค่อยย้อนกลับมาพูดคุยประเด็นเดิมในภายหลัง ซึ่งในการสัมภาษณ์นี้ มีทั้งในบริบทที่อยู่ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน (เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล) โดยผู้วิจัยเลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ที่เป็นสัดส่วน หรือมีความเป็นส่วนตัวให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็น และในกรณีที่ต้องการสัมภาษณ์ที่บ้านเพิ่มเติม ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งทำการนัดหมายเวลาก่อนทำการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมในบริบทที่ต่างกับที่โรงพยาบาล และทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษามากที่สุด โดยก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยได้วางแผนก่อนว่าต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือตรวจสอบข้อมูลใดที่ยังไม่ชัดเจนในประเด็นไหนบ้าง สำหรับเวลาและจำนวนครั้งในการสัมภาษณ์นั้น แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ต่อรายขึ้นอยู่กับสภาวะของผู้ป่วย จำนวน 1-2 ครั้ง ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 ครั้ง เป็นจำนวน 10 ราย และสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 2 ครั้ง เป็นจำนวน 5 ราย ระยะเวลาเฉลี่ยในการสัมภาษณ์ครั้งนี้พบว่า การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ส่วนในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาทีในผู้ป่วยรายเดียวกัน

ระหว่างสัมภาษณ์ ได้ทำการบันทึกเทป (Tape-recorded interviews) โดยบันทึกรายละเอียดขณะสัมภาษณ์ ซึ่งอาจไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด และเพื่อประโยชน์ในการทบทวนประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในการบันทึกก่อนนำไปใช้งานในสถานการณ์จริง ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้เทคนิคการฟัง การสังเกต การประสานสายตา หรือการสัมผัสเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และรับรู้ที่ผู้วิจัยมีความสนใจฟังในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังทุกเรื่อง นอกจากนั้นไม่วิพากษ์วิจารณ์ ไม่ขัดจังหวะ ไม่เปลี่ยนเรื่องสนทนาหรือคว่นสรุปข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้พูดจนกว่าจะจบ ผู้วิจัยจึงเริ่มสนทนาต่อ แต่ถ้ามีเหตุการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ผู้วิจัยแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรคในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยก็ได้ชี้แจงให้ทราบว่าจะขออธิบายภายหลังจากการสัมภาษณ์แล้ว เพื่อให้การสัมภาษณ์มีความต่อเนื่อง

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ตอบคำถามในบางช่วงของการสนทนา ผู้วิจัยใช้ทักษะการเงียบเพื่อรอให้ผู้ให้ข้อมูลได้ใช้ความคิดสักครู่ แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลยังเงียบอยู่ก็จะกระตุ้นให้ได้พูดต่อไป โดยการกล่าวซ้ำข้อความหรือคำสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลพูดออกมาก่อนแล้ว นอกจากนั้นยังมีการใช้เทคนิคการถามซ้ำคำถามเดิมหรือปรับคำถามใหม่ให้เข้าใจมากขึ้น และถามถึงสาเหตุที่ไม่ตอบคำถามแล้วเปลี่ยนไปสนทนาในหัวข้ออื่น ช่วงที่ผู้ให้ข้อมูลมีความลำบากใจและเกิด

การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เสียใจ ขณะให้ข้อมูล ผู้วิจัยอยู่เป็นเพื่อนและให้การสัมผัสอย่างเอื้ออาทร และรอนผู้ให้ข้อมูลพร้อมพูดคุยต่อไป แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลยังคงอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมหรือประสงค์ที่จะยุติการสนทนา ผู้วิจัยถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเลือกเวลานัดหมายใหม่

ในการยุติการสัมภาษณ์ ได้ทำการสรุปประเด็นสนทนา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งแรก และนำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป การสัมภาษณ์ในครั้งที่สอง ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการทวนความ เพื่อประเมินความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย และเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเป็นระยะ เมื่อผู้วิจัยหมดคำถามที่จะสัมภาษณ์จะมีการสรุปประเด็นการสัมภาษณ์ในครั้งนั้น ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลฟังอีกครั้ง เพื่อช่วยยืนยันข้อมูลที่ได้ว่ามีความเข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลและกล่าวคำขอบคุณพร้อมนัดหมายการสัมภาษณ์อีกครั้งเมื่อยังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จะได้ทำการนัดผู้ให้ข้อมูลขอสัมภาษณ์ใหม่ในวันหลังตามความ สัมครใจ หรือสอบถามความสัมครใจเพื่อขอติดตามไปสัมภาษณ์ที่บ้าน ขอเบอร์โทรศัพท์ และให้เขียนแผนที่ให้ นัดเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปตามความเหมาะสม แต่ถ้าเป็นการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าประสบการณ์ที่ผู้วิจัยไม่ได้ถามและซักถาม ข้อสงสัยเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำในเรื่องปัญหาสุขภาพตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ

2. การเก็บข้อมูลโดยการสังเกต ผู้วิจัยได้ทำการสังเกตในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้วิจัยใช้ร่วมกับการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยผู้วิจัยทำการสังเกตปฏิกิริยา สีหน้าท่าทาง พฤติกรรมการแสดงออกขณะผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์ แล้วนำข้อมูลจากการสังเกตมาสนับสนุนกับคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

หลังจากนั้นจดบันทึกภาคสนาม (Field note) เป็นการจดบันทึกบรรยากาศในระหว่างการสัมภาษณ์ที่ได้จากการสังเกต เช่น ความเงียบ ร้องไห้ การแสดงสีหน้าของผู้ให้ข้อมูลและการรับรู้ความรู้สึกของผู้วิจัย ตลอดจนเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้ทำการบันทึกภาคสนามหลังการสัมภาษณ์ทันทีเพื่อป้องกันการลืมที่อาจทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2555) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการบันทึกประเด็นสำคัญที่ค้นพบขณะสัมภาษณ์ เช่น สิ่งแวดล้อมรอบข้าง สีหน้าท่าทาง คำพูด พฤติกรรม การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง และนำประเด็นเหล่านี้มาบันทึกรายละเอียดอีกครั้ง ก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลรายต่อไป

หลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปคำต่อคำ เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลหรือวางแผนเพื่อการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป จากนั้นมีการสะท้อนคิดของผู้วิจัย (Reflexive) โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบเกี่ยวกับความรู้สึกและอารมณ์ของผู้วิจัยมิให้เกิดอคติหรือไม่เป็นกลาง ซึ่งอาจมี

ผลกระทบต่องานวิจัยได้ รวมถึง เป็นการตรวจสอบปัญหาและอุปสรรคในระหว่างการวิจัย เพื่อนำมาหาแนวทางแก้ไขต่อไป ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลต่อไปจนกว่าข้อมูลมีการอิ่มตัว (Saturation of data) โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์หัวข้อ (Theme) ที่ได้ไม่เพิ่มจากเดิมที่มีอยู่หรือเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาไม่มีความแตกต่างกัน

สำหรับการเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในครั้งแรกที่เจอผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำความรู้จักและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โดยทำการสัมภาษณ์ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจอย่างน้อย 1 ครั้ง จนผู้ให้ข้อมูลรู้สึกคุ้นเคยและไว้วางใจในตัวผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ ในการวิจัยให้ทราบ พร้อมกับขอความร่วมมือในการทำวิจัย และทำการนัดหมายเพื่อขอเก็บข้อมูลในการวิจัยที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล (เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล) ซึ่งในการศึกษาคครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 5 ราย รายละ 1 ครั้ง โดยแต่ละรายใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การสังเกต และการจดบันทึกภาคสนาม ดังที่กล่าวมาตอนต้น ส่วนการตรวจสอบข้อมูลนั้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งทางโทรศัพท์

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยได้นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ผู้วิจัยได้นำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าวิชาการ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพื่อชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัย
3. ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ เพื่อสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือให้เป็นผู้ประสานงานในการแจ้งแก่ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดก้ำยัน 1 เดือนขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้มีคุณสมบัติตามที่กำหนดให้ได้ทราบว่ามินิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ที่กำลังทำการวิจัยขอพูดคุยและขออนุญาต

ให้เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัย โดยขอความอนุเคราะห์พยาบาลในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ เป็นผู้สอบถามความสมัครใจเบื้องต้นก่อนที่ผู้วิจัยจะพบผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการ

4. ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามขั้นตอนที่กล่าวไปแล้วข้างต้น โดยคำนึงถึง จรรยาบรรณของนักวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล และการศึกษาข้อมูลพื้นฐานได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วยจากทะเบียนประวัติ ก่อนที่จะสร้างสัมพันธภาพ

5. ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ให้ข้อมูลแล้วสร้างสัมพันธภาพ โดยได้เข้าไปพูดคุยกับผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นจึงขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย และให้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลพร้อมที่จะให้ข้อมูลแล้ว หลังจากนั้นตกลงนัดหมายสถานที่และเวลาในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นที่โรงพยาบาล หรือที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยก็ได้ตามไปสัมภาษณ์ ซึ่งช่วยให้ได้ ข้อมูลตามวิถีชีวิตความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัวบอกวัตถุประสงค์ ในขณะที่สัมภาษณ์ผู้วิจัย แสดง ความตั้งใจ สนใจที่จะรับรู้ ความรู้สึก ปัญหาของผู้ให้ข้อมูลด้วยความจริงใจ ให้ความสำคัญ ให้เกียรติผู้ให้ข้อมูลได้อย่างเป็นธรรมชาติทั้งคำพูด สีหน้า แววตา กิริยา การสัมผัส และการ แสดงออกอื่น ๆ ทางบุคลิกภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกพอใจ และเต็มใจที่ได้พูดคุยกับผู้วิจัย

6. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการที่กำหนดไว้ เป็นราย ๆ ไป และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกันกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งสัมภาษณ์ผู้ให้ ข้อมูลครบ 15 รายก็พบว่าข้อมูลมีความอึดตัว หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสรุปผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์ ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลนั้น ได้กระทำทุกขั้นตอนของการวิจัย และในระยะเผยแพร่ งานวิจัย โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพความเป็นบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ระหว่างการทำวิจัย จะต้องมีการสัมภาษณ์เพื่อซักถามข้อมูล รวมทั้งความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ ข้อมูล ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความรู้สึกสูญเสีย ความหวาดระแวง เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและปฏิบัติดังต่อไปนี้ คือ

1. พยาบาลประจำคลินิกขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัย จึงเข้าพบ และแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลอย่างไม่ปิดบัง โดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบวิธีเก็บข้อมูล ลักษณะการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2. ขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตสัมภาษณ์และมีการบันทึกเสียงเพื่อความถูกต้อง ความชัดเจนของข้อมูล การสนทนา และการบันทึกเสียงช่วงใดที่ผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้บันทึกเสียง สามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ และเลิกบันทึกเสียงได้ รวมถึงบอกระยะเวลาการสัมภาษณ์ ประมาณ 45-60 นาที โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์ประมาณ 1-2 ครั้ง

3. ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ในการศึกษาครั้งนี้ไม่เกิดอันตรายกับผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากการพูดคุยสนทนาเท่านั้น ไม่ได้มีการปฏิบัติการพยาบาลแต่อย่างใด ทั้งได้เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ชักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัย ผลดีผลเสีย และการรายงานผลการวิจัยหรือแม้กระทั่งสามารถถอนตัวก่อนการวิจัยสิ้นสุด จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพที่ควรจะได้รับตามสิทธิที่มีอยู่ ผู้วิจัยขออนุญาตทั้งด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษร ตามแบบฟอร์ม (ภาคผนวก ก) หากผู้ให้ข้อมูลยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ผู้ให้ข้อมูลเซ็นชื่อไว้ในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยไว้

4. ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรคหัวใจและที่บ้าน โดยคำนึงถึงความสะดวกในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก และเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกที่จะตอบคำถาม ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบได้ และขอยุติการสนทนาการพูดคุยได้ตลอดเวลา ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิขอข้อมูลจากการบันทึกเสียงคืนได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการบันทึกเทปรวมทั้งนัดหมายเพื่อทำการให้สัมภาษณ์โดยในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวัน เวลา และสถานที่ การเลื่อนหรือยกเลิกนัด หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใด ๆ เช่นกัน

5. ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูล เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายหรือจิตใจ เช่นไม่สะดวกหรือเกิดความคับข้องใจ เกิดความรู้สึก สะเทือนใจ ร้องไห้ ผู้วิจัยได้เตรียมความช่วยเหลือโดยผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์แล้วให้การช่วยเหลือจนกระทั่งผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น และไม่เป็นอันตรายทางด้านร่างกาย และทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยจะปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบายความรู้สึก ผู้วิจัยจะรับฟังผู้ให้ข้อมูลด้วยความเห็นอกเห็นใจ ปลอดภัย จนกว่าผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกผ่อนคลายขึ้น จากนั้นยืนยันความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ถ้าผู้ให้ข้อมูลยินดีให้สัมภาษณ์ต่อจึงจะสัมภาษณ์ต่อไป แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมให้ข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายเวลาในครั้งต่อไป

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ ใช้อ้างอิงชื่อจริง นำผลการศึกษาที่ได้มาเผยแพร่เฉพาะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา นำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายในเชิงวิชาการ ในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลเท่านั้น ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลมีเพียงผู้วิจัย

และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่ทราบข้อมูล และทำการลบข้อมูลทั้งหมดเมื่อตีพิมพ์ และนำเสนอผลการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ตามแนวทางการวิเคราะห์ของ สุภาวงศ์ จันทวานิช (2555) โดยบรรยายเป็นเนื้อหาที่ปรากฏในข้อความ (Content analysis) วิเคราะห์ข้อมูลควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อม ๆ กันในแต่ละวัน โดยมีขั้นตอนวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม มาจัดหมวดหมู่โดยจัดให้ข้อมูลอยู่ในลักษณะเชิงบรรยาย มีการแยกประเด็นออกเป็นเรื่อง ๆ หากข้อมูลใดขาดหายหรือไม่ครบจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไป

2. มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดเทป ทำการถอดความข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายออกมาเป็นภาษาเขียน โดยถอดคำต่อคำ วลีต่อวลีไม่มีการสรุปหรือตัดแปลงข้อความใด ๆ แล้วนำข้อมูลที่บันทึกทั้งหมดมาวิเคราะห์อ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการบันทึกและข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปหลาย ๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจตามเนื้อหาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันภายใต้บริบทที่ศึกษาของแต่ละวัน โดยได้พิจารณาถึงความสอดคล้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

3. คัดเลือกหมวดหมู่หลักที่เป็นแกนสำคัญในแต่ละประเภท (Category) ของปรากฏการณ์ทั้งหมดที่รวบรวมได้ นำมาเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยเขียนความเข้าใจปรากฏการณ์อย่างต่อเนื่อง

4. หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากผู้ให้ข้อมูลทุกรายมารวมกัน เพื่อรวมหาข้อสรุปตามความเป็นจริงที่ปรากฏ และให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การศึกษาอีกครั้ง

5. ผู้วิจัยได้นำข้อสรุปที่ได้เขียนในลักษณะเชิงบรรยายประสบการณ์ทั้งหมด เพื่อสรุปเป็นแนวคิดของประสบการณ์จริงของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังใส่ขดลวดค้ำยัน

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัย

ผู้วิจัยคำนึงถึงการตรวจสอบความถูกต้องและที่น่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตลอดจนกระบวนการวิจัยจากแนวทางการสร้างที่น่าเชื่อถือที่พัฒนามาจาก Guba and Lincoln (1985) ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความถูกต้อง ความจริงของสิ่งที่ค้นพบ จะเกิดความน่าเชื่อถือได้เมื่อสิ่งที่ค้นพบนั้นแสดงถึงความเป็นจริงที่บุคคลอธิบายหรือแปลความหมายตรงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การสร้างที่น่าเชื่อถือของข้อมูลดังนี้

1.1 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันทั้ง 15 ราย ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกจากคุณสมบัติแบบเฉพาะเจาะจง

1.2 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยมีความสม่ำเสมอของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล และมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจ พุดคุยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ห่วงใยต่อผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งที่พบ จึงทำให้สร้างสัมพันธภาพได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลจึงจะรู้สึกว่าเป็นมิตร และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นอิสระ และหากต้องมีการขอสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป ผู้ให้ข้อมูลก็ยินดีให้สัมภาษณ์เพราะเกิดความรู้สึกคุ้นเคยกับผู้วิจัยมากขึ้นแล้วจะทำให้ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้ตามคำบอกเล่าครั้งแรกกลับมายืนยันยืนยันความเป็นจริงของข้อมูลอีกครั้งได้ด้วย

1.3 การตรวจสอบความตรงของข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบ ดังนี้

1.3.1 การตรวจสอบความตรงของข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ด้านวิธีการเก็บรวบรวมด้วยวิธีที่ต่างกัน (Methods triangulation) คือการสัมภาษณ์และการสังเกตในขณะสัมภาษณ์ แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่ามีความครอบคลุมหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจากสิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ว่าตรงกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่

1.3.2 การยืนยันข้อมูล (Member checking) ผู้วิจัยนำประเด็นที่สรุปได้เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมาทวนซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลได้บอกเล่าถึงประสบการณ์อีกครั้งซึ่งกระทำทุกราย และมีการตรวจสอบภายหลังจากการถอดเทปและวิเคราะห์ข้อมูลอีก จำนวน 5 ราย โดยนำประเด็นที่ได้จากการถอดเทปและวิเคราะห์ มาให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 จำนวน 5 ราย และผู้วิจัยได้ยืนยันข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทางโทรศัพท์อีก จำนวน 10 ราย

1.3.3 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คือผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ผลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและร่วม ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษา และมีความรู้ความชำนาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.4 ผู้วิจัยใช้การสะท้อนคิดของผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบ ความคิด ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงความคิด และแยกแยะความรู้สึกของผู้วิจัยออกจากบริบท ความรู้สึกที่ได้ไปสัมผัสโดยผู้วิจัย ไม่ได้นำความรู้สึก หรือความคิดเห็นของผู้วิจัยมาสรุปหรือตีความขึ้นเอง และข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้นำมาจากคำสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

2. ความสามารถในการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) ผู้วิจัยคำนึงถึงการนำไปใช้ได้ของข้อค้นพบจากงานวิจัยในบริบทที่นอกเหนือจากบริบทที่ผู้วิจัยศึกษา หรือสถานที่ศึกษาอื่น ภายใต้บริบทและเงื่อนไขที่มีลักษณะคล้าย ๆ กัน โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายถึงสถานที่ศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงของผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่มิประสบการณการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้สัมภาษณ์ โดยผ่านการศึกษานำร่องมาแล้วและมีการเขียนขั้นตอนต่าง ๆ ในขณะดำเนินการวิจัยไว้อย่างละเอียด เพื่อให้ผู้ที่อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน เพื่อการตัดสินใจนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่คล้ายคลึงกันได้

3. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยได้เขียนบรรยายข้อมูลที่ศึกษาและจัดเอกสารไว้อย่างเป็นระเบียบเพียงพอให้สามารถตรวจสอบได้ และเขียนบรรยายขั้นตอนการสัมภาษณ์ไว้ชัดเจนเมื่อผู้วิจัยอีกกลุ่มตรวจสอบเรื่องราวเหตุการณ์ตัดสินใจข้อมูลในเอกสารที่ผู้วิจัยบันทึกไว้แล้ว จะได้ผลการวิเคราะห์ที่ชัดเจนเหมือนกันไม่ขัดแย้งกัน และการดำเนินการสืบสวนข้อมูลอยู่ภายใต้การควบคุมของอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดทุกขั้นตอน ซึ่งเปรียบเสมือนผู้วิจัยอีกกลุ่มตรวจสอบเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษาครั้งนี้มีความคงเส้นคงวา เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถที่จะปฏิบัติตามและตรวจสอบได้

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการวัดความเป็นกลางหรือการไม่ลำเอียง การเป็นธรรมชาติ ศึกษาภูมิหลังอย่างเพียงพอ ภาษา วัฒนธรรม ซึ่งการยืนยันความเป็นจริงเกิดขึ้นได้เมื่อการวิจัยต้องมีขั้นตอนของความน่าเชื่อถือ การคำนึงถึงการนำไปใช้ และความคงที่ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูลการสัมภาษณ์ บันทึกการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การบันทึกส่วนตัวสะท้อนคิดสามารถนำมาอ้างอิงและตรวจสอบความตรงของข้อมูล รวมทั้งผู้วิจัยมีการใช้คำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบในรายงานเพื่อยืนยันผลการวิจัย ว่าเป็นความจริงเป็นการวัด

ความเป็นกลางและไม่เกิดความลำเอียง รวมทั้งบรรยากาศและสถานที่ขณะให้สัมภาษณ์ ในขณะที่เก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้กระทำทันทีที่สัมภาษณ์หรือสังเกตเสร็จ หรือภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้ มาทำการตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อรับคำแนะนำหรือข้อคิดเห็นเพิ่มเติมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนจะสรุปเป็นผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ซึ่งผู้อ่านสามารถตรวจสอบความถูกต้องซ้ำได้ตลอดเวลา นอกจากนั้นข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาต้องมีข้อมูลสนับสนุนทั้งสิ้น

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการดำเนินการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา นำเสนอผลการวิจัยเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้จำนวน 15 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง 8 ราย ชาย 7 ราย อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี 2 ราย อายุ 50-59 ปี 5 ราย และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 8 ราย นับถือศาสนาพุทธ 13 ราย และศาสนาอิสลาม 2 ราย สถานภาพคู่ 10 ราย และหม้าย/ หย่าร้าง 5 ราย สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา 7 ราย มัธยมศึกษา 3 ราย ประกาศนียบัตร 3 ราย และปริญญาตรี 2 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 10 ราย รับราชการ 2 ราย และรับจ้าง 3 ราย ส่วนบทบาทครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว 8 รายและเป็นสมาชิกในครอบครัว 7 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และบทบาทของครอบครัว ($n = 15$)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (ราย)
เพศ		
หญิง		7
ชาย		8
อายุ		
ต่ำกว่า 50 ปี		2
50-59 ปี		5
60 ปีขึ้นไป		8
ศาสนา		
พุทธ		13
อิสลาม		2
สถานภาพสมรส		
คู่		10
หม้าย/ หย่าร้าง		5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา		7
มัธยมศึกษา		3
ประกาศนียบัตร		3
ปริญญาตรี		2
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		10
รับราชการ		2
รับจ้าง		3
บทบาทในครอบครัวปัจจุบัน		
หัวหน้าครอบครัว		8
สมาชิกในครอบครัว		7

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

ผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาหลังได้รับการรักษา น้อยกว่า 1 ปี 2 ราย 1 ปีขึ้นไป-2 ปี 9 ราย 2 ปีขึ้นไป-5 ปี 3 ราย และ 5 ปีขึ้นไป 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะมีโรคร่วมทุกราย โรคที่เป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบ เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง เก๊าต์ ต่อมลูกหมากโต แบ่งตามกลุ่มโรคที่พบ ดังนี้ จำนวนโรคร่วม มี 1 โรค 3 ราย 2 โรค 3 ราย 3 โรค 6 ราย และ 4 โรค 3 ราย ส่วนความรุนแรงของโรค (New York Heart Association, 1994) Class 1 2 ราย Class 2 7 ราย และ Class 3 6 ราย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามระยะเวลาหลังได้รับการรักษา จำนวนโรคที่เป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และความรุนแรงของโรค (New York Heart Association, 1994) ($n = 15$)

ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยและการรักษา	จำนวน (ราย)
ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยัน	
น้อยกว่า 1 ปี	2
1 ปีขึ้นไป-2ปี	9
2 ปีขึ้นไป-5 ปี	3
5 ปีขึ้นไป	1
จำนวน โรคที่เป็นร่วมกับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบ เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง เก๊าต์ ต่อมลูกหมากโต แบ่งตามกลุ่มโรคที่พบ ดังนี้	
มี 1 โรค	3
มี 2 โรค	3
มี 3 โรค	6
มี 4 โรค	3
ความรุนแรงของโรค (New York Heart Association, 1994)	
Class 1	2
Class 2	7
Class 3	6

ส่วนที่ 3 ประสพการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การจะสามารถควบคุมอาการของโรคนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาทางยาและหัตถการเท่านั้น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในแต่ละบุคคลปฏิบัติเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยยับยั้งหรือชะลอการดำเนินความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค และลดการเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ต่างก็ประสบกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ มากมาย ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลจึงรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตประกอบด้วยประเด็นสาระที่สำคัญ 2 ประเด็นสาระหลัก คือ “เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ” และ “เสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด”

ประเด็นสาระที่ 1 เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันในทางบวกว่าเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์เผชิญกับอาการของโรคที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รวมถึงอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต เช่น ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม เหนื่อยง่าย ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เช่น การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การรับประทานอาหารที่เหมาะสมซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยให้อาการเจ็บหน้าอก และอาการรบกวนต่าง ๆ ลดลงหรือบางรายไม่มีอาการรบกวนใด ๆ ทำให้สามารถกลับมาทำกิจกรรมได้ทำงานได้ปกติเหมือนก่อนเจ็บป่วย จึงรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรว่ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ประสพการณ์ที่เผชิญกับอาการเจ็บป่วย เช่น ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ก็จะต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเองในทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นสาระย่อย คือ ทำทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ และทำบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ

1. ทำทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และเป็นผู้ที่เคยมีประสพการณ์ที่ต้องเผชิญกับอาการรบกวน ซึ่งรับรู้ว่าการของโรครุนแรงจนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ และทำให้เกิดความทรมาน ทำให้จะต้องหาวิธีการที่จะทำให้ตัวเองพ้นจากสภาวะนั้น จากประสพการณ์การจัดการกับอาการ เช่น ภายหลังจากได้ออมาได้แล้ว อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหายไป ทำให้รับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ ร่วมกับได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทาง

การแพทย์ว่าภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องของการรับประทานยา มาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน การเลิกบุหรี่ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการรบกวน ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลดีและประโยชน์ที่จะได้รับจึงพยายามทำทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวที่ว่า

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาแล้ว 1 ปี 7 เดือน กล่าวว่า

“เก็บ เก็บนี้จะไม่ได้อีก... ที่บ้านไม่กินแกงถุง...แกงถุงมีผงชูรสเยอะ...ห้ามกินของมันเดี๋ยวจะไปอืดแล้วเส้นจะตัน...มาตรวจให้เป็นปกติให้เราตรวจตลอดห้ามขาดเพราะจะได้รู้ว่าอะไรผิดปกติ ถ้าผิดปกติเค้าก็จะได้อูแลงัย ถ้าผิดปกติให้บอกเค้าให้ละเอียดเค้าจะได้ตรวจเราละเอียดเพราะเราทำหัวใจงัย...ไม่เคยลิมกินยา ไม่เคยผิคนัด...เค้า (แพทย์ผู้ทำการรักษา) บอกว่าให้รีบมาพบแพทย์เพราะเรามีเส้นลวดอยู่ที่นี้(ชี้ที่หน้าอกด้านซ้าย) เค้าบอกว่าเมื่อมันจะตีบจะตันอะไรอย่างเงี้ย (ถ้ามีอาการผิดปกติ)...กินยาตลอดไม่เคยขาดยา ป้าต้องกินยาตลอดนะห้ามขาดแม้แต่วันเดียวเพราะเดี๋ยวมันจะตันและมันก็จะอันตราย...ก็ทำงานอะไรที่เราทำได้ ที่เราพอทำได้... ก็ดีขึ้นทุกอย่ง ก็ดีขึ้นไม่น้อยแล้ว ไม่น้อยอย่างแต่ก่อน”

(ID003)

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 55 ปี ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาแล้ว 11 เดือน กล่าวว่า

“ก็เรื่องอาหารการกินก็อย่าไปกินพวกเค็มมัน...กินแบบปกติเลย ก็กินธรรมดาเนี่ยแหละ...ก็หมอให้ลดเค็มก็อย่ากินเลยดีกว่านะ...กินแต่ของจืด กินพวกปลาพวกเนื้อที่ไม่เค็มนะ...ไม่กินเหมือนแบบว่าแบบแต่ก่อนงัยก็คือว่าแต่ก่อนกินเยอะแต่ตอนนี้ไม่เอาแล้ว ไม่เอา...ก็กินยาตามนั้นมันอาจซ้ำบ้างอะไรมั่ง แต่ก็กินทุกวัน...มาตามนัดทุกครั้ง...คิดว่ามาตามนัดดีกว่านะ พะวงเดียวเป็นเดี๋ยวมันมาลำบาก...มันก็ดีกว่าเดิมเยอะ...คิดว่ามันช่วยได้เยอะนะ...คือมันโล่งงัยเราไม่ต้องไปวุ่นวายแล้วที่เราจะกลับมาอย่างแต่ก่อนที่ว่าเราเปลี้ย...ครับมันสบายใจขึ้น เราได้ปรับแล้วงัยดีกว่าตอนที่ยังไม่ได้ปรับงัย... ก็เหมือนตอนที่มันเป็นมันไม่เหมือนกะตอนนี้เราดูลักษณะเรายิ่งว่ามันคล่องกว่าเดิม แต่ก่อนมันเปลี้ยงัยเดินไม่ไหวนะขาห้ำไปหมดนะ”

(ID010)

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 50 ปี ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาแล้ว 1 ปี 1 เดือน กล่าวว่า

“พอกลับไปบ้านไหนอะก็เหมือนว่าเราต้องดูแลตัวเองนะไขมันเราก็ไม่ค่อยกินเท่าไร ไม่กิน กินน้อยลง...ก็คือต้องลดเลยแหละคือเราก็อยากอยู่กะลูกกะหลานไหนอะ ไปนาน ๆ ...กินยาสม่ำเสมอเลยเพราะกลัว...กลัวแบบอย่างเก่า...แบบสะเปะสะปะลิมมั่งไรเงี้ย ไม่ได้ลย หยุดแล้ว (ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน) ไม่เอาแล้วเหมือนกลัวมันเหมือนเดิมงัย...กลัวมีอาการเดิม ก็รักษาทาง

เดี๋ยวเลยดีกว่า...ไม่ทำงานหนักของอะไรอย่างเงี้ยนะ ...ก็ดีขึ้นหายใจดีขึ้น...มันก็ตื่นดี มันไม่เหนื่อยนะ มันไม่เหนื่อยเหมือนเดิม”

(ID012)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้ที่รับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในทางบวกคือ “เสมือนสิ่ง ที่ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ” พบว่าผู้ให้ข้อมูลตามลักษณะการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการ ใส่ชุดลดค่าขึ้น ซึ่งในกลุ่มนี้มักจะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ เป็นการปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตภายหลังออกจาก โรงพยาบาลซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักได้รับรู้เกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของ ตนเองว่า เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นโรคที่รักษาได้ยากถึงแม้ว่า จะได้รับการ ใส่ชุดลดค่าขึ้นแล้วก็ตามก็สามารถมีโอกาสที่อาการจะกลับเป็นซ้ำได้อีก หากยังไม่มีการปรับ เปลี่ยนวิถีชีวิตบางอย่างที่ส่งเสริมให้เกิดการกำเริบซ้ำของ โรค ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงมักได้รับ คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ชุดลดค่าขึ้นที่ เหมาะสม จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลถึงสาระสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ไปตรวจตามนัด

จากการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะมาตามนัดไม่เคยขาด เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล ได้รับรู้ข้อมูลจากแพทย์ ทำให้ทราบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่ไม่หายขาด ถึงแม้ว่าจะได้รับการใส่ชุดลดค่าขึ้นไปแล้วก็มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีก ผู้ให้ข้อมูลจึงให้ ความสำคัญกับการมาตรวจตามที่แพทย์นัด มาตามนัดไม่เคยขาด คือ พยายามมาทุกครั้งตามวัน เวลา ที่แพทย์นัด และรักษากับแพทย์เฉพาะทางซึ่งเป็นแพทย์คนเดิมอย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้เชื่อว่า หากมาตรวจตามนัด จะสามารถช่วยให้ความรุนแรงของโรคลดน้อยลง และเมื่อประเมินอาการ เจ็บป่วยภายหลังที่มีการมาตรวจตามนัด ผู้ให้ข้อมูลก็รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้นโดย ประเมินได้จากอาการรบกวนเกิดขึ้นน้อยลง ดังคำกล่าวที่ว่า

“มาตรวจให้เป็นปกติให้เราตรวจตลอดห้ามขาดเพราะจะได้รู้ว่าอะไรผิดปกติ ถ้าผิดปกติเค้าก็จะได้อูแลงัย ถ้าผิดปกติให้บอกเค้าให้ละเอียดเค้าจะได้ตรวจเราละเอียดเพราะเราทำ หัวใจงัย... เค้าบอกว่าให้รีบมาพบแพทย์เพราะเรามีเส้นลวดอยู่ที่นี่ (ชี้ที่หน้าอกด้านซ้าย) เค้าบอกว่า เผื่อมันจะตีบจะตันอะไรอย่างเงี้ย (ถ้ามีอาการผิดปกติ)... ไม่เคยผัดนัด”

(ID003)

“มาตรวจตามนัดตลอดอะ...กลัวผัดนัดเค้า (หัวเราะ)... ก็คิดเองแหละถ้ามาใหม่ ๆ มา ตรวจวันเนี้ยนะก็เหมือนเราไม่ได้ยาไปกินเราก็ต้องมาเริ่มกินพุงนี้แหละ พุงนี้ก็ต้องตั้งต้นใหม่... หมอก็ใหม่...เหมือนกะเราตั้งต้นรักษาใหม่...เราต้องซื่อสัตย์กะตัวเราเอง”

(ID006)

“มาตามนัดทุกครั้ง...คิดว่ามาตามนัดดีกว่านะ พะวงเคี้ยวเป็นเคี้ยวมันมาลำบาก... คิดว่าถ้าเกิดเราดูแลก็คงไม่เป็นนะ (ไม่กลับเป็นซ้ำ) ถ้าเราไม่ดูแลก็อาจจะเป็น...ถ้าเป็นก็ต้องรับมา... แต่ตอนนี้ก็ดีขึ้น”

(ID010)

1.2 ต้องกินยา

ผู้ให้ข้อมูลที่มีการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยรับรู้ว่าการกินยาตามแผนการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นเรื่องสำคัญและมีความจำเป็น เนื่องจากถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยันไปแล้วก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก หากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มักจะได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลยอมรับว่าการรับประทานยาเป็นวิธีที่สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญกับการรับประทานยาตามเวลาอย่างสม่ำเสมอรวมถึงการจดจำสรรพคุณของยาแต่ละชนิด รวมถึงการไม่รับประทานยาที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“พลาวิก แอสไพริน...ขาดไม่ได้หมอไม่ให้ขาด...เพียงแต่แนะนำอย่าขาดยา พลาวิก แอสไพริน ไม่ให้เว้นทุกวันต้องกินไม่ให้เว้น...ไม่หลงลืมงัย...มันมีกล่องอยู่ ประมาณ 11 เม็ด ถ้าได้หมดนั่นยาตามนัดก็หมดแล้ว”

(ID002)

“กินตลอด เข้าเย็น...คือว่าเราก็ต้องห่วงร่างกายเราเองด้วย แล้วยาหมอมื้อค่ำตั้งใจจะให้เรานะมันมีความจำเป็น ถ้าเราทานมั่งไม่ทานมั่งมันก็จะกลับมาเป็นอีก...กลับมาเป็นอย่างแต่ก่อน...เอ้าจริง ๆ ผมก็คิดแบบเนี่ย ก็คือเรารักตัวเองเราก็ต้องกินคือผมกินตลอด”

(ID008)

“สม่ำเสมอเลยเพราะกลัว...กลัวแบบอย่างเก่า...แบบสะเปะสะปะลืมมั่งไรเงี้ย ไม่ได้เลย ที่นี้พอรู้ว่ากินข้าวแล้วก่อนอาหารกินยาเม็ดนึงอะไรเงี้ยจืดยาก่อนเหนอะ (ซีที่บริเวณรอบสะดือ) (ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน) ไม่เอาแล้วเหมือนกลัวมันเหมือนเดิมงัย...กลัวมีอาการเดิม ก็รักษาทางเคียวเลยดีกว่า”

(ID012)

1.3 เลิกสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์พบว่า เหตุผลที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านการเลิกสูบบุหรี่เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการสูบบุหรี่นั้นทำลายหลอดเลือดหัวใจ ฉะนั้นถ้าไม่หยุดสูบบุหรี่ตามที่แพทย์ผู้ทำการรักษาแนะนำ หลอดเลือดหัวใจจะถูกทำลายมากขึ้น โรคก็จะรุนแรงขึ้นอีก

ทั้งขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่สามารถสูบบุหรี่ได้เพราะกฎระเบียบของโรงพยาบาล ฉะนั้นเมื่อออกจากโรงพยาบาลก็จะค่อย ๆ พยายามลดการสูบลงเรื่อย ๆ และหาวิธีการเพื่อลดความอยากสูบบุหรี่เช่น การรับประทานผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวเป็นต้น ส่วนเหตุผลที่เลิกส่วนใหญ่ เพราะ กลัวตาย กลัวความทรมาณ กลัวการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ฉะนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงมีการเลิกบุหรี่ตามที่แพทย์แนะนำ เพื่อต้องการให้ความรุนแรงของโรคลดน้อยลงและเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ดูดยาจนวินาศจากวันก็หลายมวนเหมือนกัน... หยุคเลยก็ตั้งแต่หมอนั้นก็หยุค (หมอสั่งห้าม) ก็หยุคเลยไม่ได้สูบลุย กลับจากโรงบาลก็ไม่ได้สูดเลย...เค้าบอกว่าบุหรี่ยมันทำให้เป็นโรคนี้อันโดยเฉพาะ(โรคหัวใจ)...กลัวความทรมาณนะ เพราะว่าบุหรี่ปอเวลาดูมันเข้ามาที่หัวใจ โดยเฉพาะเลย...เดี๋ยวมันเป็นขึ้นมาอีก”

(ID004)

“หมอสั่งห้าม...ท่านบอกถ้าไม่เลิกก็จบ เรายังตัวเราเราก็ต้องเลิก...บุหรี่ยี่เลิกสนิทปีครึ่งแหละ”

(ID008)

“เลิกเองนี่แหละหมอสั่งห้าม...ไม่กี่ไม่ได้หยุคทันทีหรอก ก็คือกลาง ๆ หายไป ไป ๆ ก็ลืมแล้วก็ไม่เอาเลยพอกันที...ก็ไม่นานนะ ไม่ถึงเดือนเพราะว่ามานอนโรงบาลนี่แหละคือมันไม่ได้คุยจ๊ว...กลับจากโรงบาลช่วงแรก ๆ ไม่ค่อยได้เจอใครอยู่กะแต่บ้านก็เลยไม่ค่อยเจอใครมาเยี่ยมมาคุยกันบางทีมันก็ไม่ได้จัดเอามาดูนิ...พอเปลี่ยปากก็อะไรที่เค้าเรียกอะมะม่วงหาวมะนาวโห่ ใฮ้เม็ดแดง ๆ เวลาแก่ดำ ๆ โอ้โฮ ขมเปรี้ยว ทำงานก็เอาซ้กสามเม็ดก็พอได้ซ้กพักหายไปเอง”

(ID009)

1.4 ปรับเปลี่ยนการบริโภค

ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับประทานอาหารเค็ม มันและหลีกเลี่ยงสารเสพติด ซึ่งเป็นสาเหตุของการกำเริบซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันก่อให้เกิดอาการรบกวน คืออาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยมากที่สุด ฉะนั้นหากผู้ให้ข้อมูลไม่มีความระมัดระวังในเรื่องของการบริโภคอาหาร ก็จะทำให้เกิดอาการรบกวนดังที่กล่าวขึ้นได้ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาณ ซึ่งการรับประทานอาหารที่เหมาะสมควรกระทำดังนี้ 1) งดเว้นอาหารเค็ม และ 2) หลีกเลี่ยงอาหารมัน 3) หลีกเลี่ยงสารเสพติด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

งดเว้นอาหารเค็ม

ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ให้งดเว้นอาหารที่มีรสเค็มก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งการงดเว้นอาหารเค็มตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน และยังส่งผลต่อการฟื้นฟูเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนกลับบ้านหมอเคี้ยวบอก...ห้ามกินของเค็มให้กินจืด จืด...จำกัดอาหารเค็ม ห้ามกินผงชูรส หลายอย่าง แต่ว่าบางครั้งบางคราวนะกินซอสเหมือนกัน แต่เป็นซอสขาวแต่น้ำปลาไม่ได้กินกินก็ใส่ชนิดน้อยจะได้หอม ๆ ...จำกัดอาหารเค็ม...ที่บ้าน ไม่กินแกงถุง...แกงถุงมีผงชูรสเยอะ”

(ID003)

“ผักต้มจืด ปลา ส่วนมากจะกินอย่างนั้นแล้วก็กินทุกวัน...เค็มก็ไม่ค่อยกินเท่าไร...เค็มก็ไม่ได้กินหรอก แต่ไปตามงานหนะอิสลามนะนะ เคี้ยวเนียงงีบซอมนึงแล้วซूपไม่เอาแล้วแต่ไม่ได้...ก็น้อยหนะน้อยคืองานแตงก็คือปมาหนะน้อยหนะซूपหนะน้อย...ต้องเชื่อหมอมจะได้ไม่เป็นอย่างอื่น”

(ID009)

“คุมเรื่องอาหารเค็มก็อย่างที่เห็นนะชะว่าพอกุมแล้วมันก็เรื่องอาหารนะมันก็จะทำให้ความดันของเราเนี่ยมันจะอยู่ในสภาพปกติ”

(ID013)

หลีกเลี่ยงอาหารมัน

ผู้ให้ข้อมูลมีการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมัน โดยผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันนั้นเกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ถึงการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ ขนมหวาน เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“พยายามอย่ากิน ไขมันมากก็เท่านั้นแหละ...ก็ไขมันมันจะไปอุดในหลอดเลือดนะสิ...ก็คิดว่าอย่างนั้นนะ เพราะว่าเราก็กิน ไม่ให้กลับมาเป็นอีก...เรารู้แล้วนิว่าเราไม่สบายเราก็หยุดกิน เรามาปรับปรุงตัวเราเอง...บางครั้งอาหารการกินมันก็ไม่ดี ไขมันอุดตันน้อยมันก็ตันแล้วเนี่ยขนาดเราระวังแล้วนะ”

(ID002)

“ห้ามกินของมัน เนื้อสัตว์ก็กินได้กินน้อย น้อย ก็ห้ามกินพวกหนังไก่ พวกไร เคี้ยวจะไปอุดแล้วเส้นจะตัน ห้ามกินกะทิ”

(ID003)

“พอมันรู้แล้ว (ทราบว่าเป็นโรคหัวใจ) ปุ๊ปมันก็จะเบรคตัวเองละคนนะไม่ต้องไปบอก
เค้าหрок มันจะเบรคตัวเอง โห ไอ้เนี้ยไม่ไหวว๊ายไขมัน ไขมันมันก็มีโห ไขมัน ๆ มันสามร้อยกว่า
ตอนแรกแต่ตอนนี้ลดลงแล้ว ลดลงเยอะแล้วปกติ”

(ID009)

หลีกเลี่ยงสารเสพติด

นอกจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้านการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็ม แล้ว
ยังมีการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ได้แก่ เหล้า ชา กาแฟ และเครื่องดื่มชูกำลัง ที่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็น
สาเหตุร่วมในการทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการ
ใส่ขดลวดค้ำยัน โดยเชื่อว่าจะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักทำให้มีอาการใจสั่น บางรายคิดว่าเป็นสิ่งที่
ไม่มีประโยชน์กับร่างกายจึงควรหลีกเลี่ยง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนหน้านี่กินอาหารเสริมก็คือเอ็มร้อยห้าสิบก่อนหน้าวันนึงสองขวด เข้าเย็น เข้า
ประมาณสี่ห้าโมงเช้าเราก็กิน กินแล้วมันจะชื่นใจ...(หลังทำ) ไม่กินเองที่หยุดกินเพราะมันเปลี่ยน
แล้วก็หยุดก่อนที่มันจะวูบพอเป็นก็ไม้อะแล้ว เปลี่ยนเข้าไปในหัวใจกินไปยังไม่ถึงครึ่งขวดก็เลย
หยุด”

(ID004)

“ชากาแฟ เอ็มร้อย ไม่ค่อยได้กินแล้ว ไม่กินนานแล้ว... เหล้าเนอะเคยกินตอนสับแปดสิบ
เก้า พอเนี้ยแล้วก็เลิกไม่ชอบ บุหรี่นี่ก็เพิ่งจะเลิกเนี่ย (หลังจากใส่ขดลวดค้ำยัน) หมอเค้าห้าม”

(ID009)

1.5 ออกกำลังกายเป็นประจำ

ผู้ให้ข้อมูล ระบุว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง
เนื่องจากเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก เป็นต้น ฉะนั้นถ้าต้องการให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น แขนขามีกำลัง
มากขึ้น ไม่เหนื่อยง่ายก็ต้องออกกำลังกาย โดยชนิดของการออกกำลังกายก็แตกต่างกันไปแล้วแต่
ความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการเดินหรือวิ่งในตอนเช้า หรือบางรายใช้วิธีการ
ปั่นจักรยานหรือทำงานบ้าน ซึ่งภายหลังจากการออกกำลังกายเป็นประจำผู้ให้ข้อมูลระบุว่าร่างกาย
แข็งแรงขึ้นโดยประเมินได้จากไม่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยง่ายเหมือนเช่นเดิม
นอกจากนี้ยังช่วยให้ได้พบปะเพื่อนฝูงและเป็นการคลายความเครียด ดังคำกล่าวที่ว่า

“เราก็อยู่บ้านเลี้ยงหลาน ก็ทำงานที่เบาหน่อยอย่างเก็บกวาดเช็ดถูอะไรอย่างเงี้ยทำงานที่
เบาหน่อยที่เราทำได้ ก็เหมือนกับออกกำลังกายในตัว”

(ID003)

“แกว่งแขนนี้ร้อยครั้ง ทีละร้อยครั้ง ตบได้ขำนี้ข้างละยี่สิบ ยกขึ้นสิบครั้ง กางแขนอีกทีละสิบครั้ง...ที่โรงพยาบาลเค้าสอนมาที่โรงพยาบาลสระแก้ว เค้าก็มาพาออกกำลังกายได้เจอเพื่อนด้วยก็เพลินดี...ก็ทำประจำทุกวันคะ เช้า แล่ง (เช้า, เย็น)...แกว่งแขนนี้ร้อยครั้ง แล้วก็ไปข้างไปไรแล้วก็หมุน ประมาณยี่สิบนาทีนี่แหละ... ตอนเช้า ๆ ก็ออกกำลังกายกันตรงถนนหน้าบ้าน...โคดเชือกกันทุกวันนะนะ”

(ID006)

“ทำก็เดินกับปั่นจักรยานครับ...ก็สภาพเหมือนเดิมประมาณ 15 นาทีพอเริ่มเหนื่อยก็หยุดครับ...มันก็เป็นประโยชน์แบบว่าคือทำให้ร่างกายเรามาเป็นแบบมาเป็นปกติซัก 70 80 เปอร์เซ็นต์ก็ยังดีนะครับ”

(ID008)

1.6 หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก

ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดก็ยืนยันว่าร่างกายตนเองไม่แข็งแรง บั้นทอนกำลัง ทำให้เหนื่อยง่าย ใจสั่น เจ็บหน้าอก ผู้ให้ข้อมูลยอมรับต่อข้อจำกัดที่เกิดขึ้น และแก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน มีทั้งการเปลี่ยนงาน การปรับการทำงานให้เบาลงหรือไม่ทำงานหนัก สามารถทำงานที่ไม่หนักมาก งานที่ผู้ให้ข้อมูลพอทำได้ที่ทำพอไหว เช่น การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การรดน้ำต้นไม้ โดยเมื่อเริ่มทำไปซักระยะเมื่อรู้ว่าเหนื่อยหรือเริ่มแน่นหน้าอก ก็จะหยุดทำเพราะเกรงว่าอาการจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม ดังคำกล่าวที่ว่า

“เค้าก็บอกว่าทำได้ของที่เราพอทำไหว ก็ทำอะไรได้นิดนิตน้อยน้อยที่เราพอทำได้ อย่างเช่นกิจกรรม ไม่ใช่ไม่ให้ทำอะไรเลยนะ ต้องเข้าห้องน้ำเองอะไรเองถ้าเราเข้าห้องน้ำได้มันก็ดี แล้วก็ทำตัวแบบปกติ เดินมั่งอะไรมั่งไม่ให้เรานั่งอยู่กับที่...เพราะว่าเรามันก็ต้องดูแล ต้องดูแลตัวเรา อะไรอย่างเงี้ยไม่ให้มันเหนื่อยมากไม่ให้ไรมาก ให้ทำงานแบบว่าไม่ต้องยกอะไรมาก ๆ หนักหนักเนี่ยไม่ได้เลย อาจารย์บอกห้ามยกของหนัก เรายังต้องใช้ชีวิตอีกแบบแล้วแหละ เพราะมีโรคเยอะ”

(ID003)

“หยุดเองคือไม่ได้ทำงานอะไร ยกของหนักของหนักก็ไม่ได้ทำ...เหนื่อยคือเวลาเดินไปไหน ถีบจักรยานจักเ็นไรไม่ได้ ยกของหนักไม่ได้ไรเงี้ย”

“ไม่ทำงานหนักยกของอะไรอย่างเงี้ยนะ งานหนักที่มันเหนื่อยนะงานที่เราเคยทำ เราเคยเดินกระฉับกระฉ่งนะ เดินไวอย่างเงี้ยเราก็ต้องเดินช้าลง”

(ID012)

1.7 ทำจิตใจให้สงบ

ผู้ที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้สะท้อนถึงประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตนเอง โดยการทำให้จิตใจให้สงบ คือ การนำหลักคำสอนของศาสนา และปฏิบัติตามคำสอนของศาสนานั้น ๆ เพื่อให้โรคนี้นหาย ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันสามารถรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งจะช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง ปลอด ปล่อยวาง สงบ ผ่อนคลายได้ และสามารถที่จะยอมรับถึงสภาพของการเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้สภาพจิตใจดีขึ้น นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังมีการยึดเหนี่ยวจิตใจ โดยการยึดถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ตามความเชื่อ เช่น นึกถึงพระที่เคารพนับถือ บรรพบุรุษที่นับถือระลึกถึงพ่อ แม่ หรือเจ้าที่เจ้าทาง แล้วทำให้เกิดความสบายใจ อุ่นใจ และเกิดกำลังใจ ในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไปวัดหลวงพ่อที่อยู่ชยา ไปภาวนาขอให้หายโรคเจ็บโรคปวดทุกหมดเลยอะลูก...เราพูดแล้วมันก็ต้องดี มันต้องดีเราก็สบายใจขึ้น แล้วถ้าสวดมนต์แล้วป้าว่ามัน ไล่เหมือนอะไรไม่รู้ ถ้าไม่ทำแล้วมันก็ไม่ได้อ”

(ID001)

“คนที่แยกว่าเราเค้าก็มีนะ เราต้องสู้นะ ผู้ชีวิตจย คนแยกว่าเราเขาก็ยังสู้ เราก็ต้องทำตัวเราให้อยู่ได้กะลูก ก็บอกอย่างเนี่ย (น้ำตาคลอ) ทำตัวให้อยู่ได้กะโรคที่เป็น”

(ID003)

“คิดถึงแต่พ่อแม่ คิดถึงคุณพ่อคุณแม่ปู่ย่าตาทวดแหะระลึกอยู่ในใจอธิฐานอยู่ในใจให้ลูกหาย...มันก็ดีเหมือนกันแหละแล้วก็ไหว้เจ้าที่เจ้าทางไว้ เวลาเราหายเราก็เราก็ซื้อดอกไม้ธูปเทียนไปถวายพระถวายอะไร ผลไม้”

(ID005)

นอกจากคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังมีการแสวงหาแนวทางการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ดีขึ้นร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ คือมีการใช้ยาอื่นนอกจากการรักษาของแพทย์ ซึ่งยาที่ใช้ร่วมเป็นยาประเภทที่ซื้อตามร้านขายยา มีทั้งประเภทยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาสมุนไพร ยาแก้ปวด โดยเชื่อว่าจะสามารถช่วยควบคุม หรือรักษาอาการที่กำเริบ หรือบรรเทาอาการให้ลดลงได้ ทั้งนี้ การตัดสินใจเลือกใช้ยาแต่ละประเภทจะขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลและอาการที่เกิดขึ้น เช่น หากมีอาการเป็นไข้ ปวดเมื่อยก็จะใช้ยาประเภทยาแก้ปวด หรือยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณใช้เป็นยาแก้ปวด หากวิงเวียนศีรษะหน้ามืด จะเป็นลม ก็จะใช้ยาคุม ยาลม ยาหม่อง บางรายจะเลือกใช้ยาโดยรับรู้จากคำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว คำบอกเล่าของผู้ที่มีประสบการณ์เดียวกัน จากคำโฆษณาชวนเชื่อของผู้ที่ขายยาเหล่านั้น หรือการโฆษณาจากวิทยุ หรือโทรทัศน์ โดยอ้างถึงสรรพคุณรักษา ว่าสามารถลดหรือทุเลา

อาการรบกวนได้เป็นบางอาการ เช่น เป็นลม อาการปวด แต่ถ้าเป็นการรับประทานเพื่อรักษาโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้หายนั้นผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สมุนไพรแก่นตะวันมันดี กินแล้วไม่เป็นโรคหัวใจ...เค้าบอกเป็นสมุนไพรกินแก้ล้างไขมันในเลือด...วิทย์เค้าก็ออกลูก...สรรพ ศรทองอะเค้าดีนะ เค้าขายไอโซ มันออกวิทย์เราก็จ้างเค้ามากิน...ตอนนั้นกินเป็นลูกกลอน เป็นแคปซูลก็ ตอนนี้งานยาหอมของเค้าอย่างเดียวเข้ากับเข้ เวียนหัวก็กินกินแล้วมันก็โล่งหายเวียนหัว...เค้ากินกันหาย น้องสาวเค้าบอกเค้าเป็นโรคหัวใจเค้าไม่ต้องกินยาหอมเค้ากินยาสรรพ เค้าก็หาย”

(ID001)

“ไปกินยาเพิ่มเลือดนะกินเพราะว่าเลือดเราน้อย...ซื้อตามร้าน... เนี่ย ๆ ถ้ามือเรามันซิดเราก็ดมดแรง ดมดแรงต้องไปซื้อยาเพิ่มเลือดมากินกินแล้วที่นี้เรามันแรงดี ถ้ามือเราไม่มีสีเลือดเนี่ยเราจะต้องกินแล้วเพราะไม่มีแรง”

(ID007)

“ก็ ๆ เคยก็มีอยู่ครั้งนึงอะที่ใช้ยาสมุนไพรพวกเอ็นดีพวกอะไรมีอยู่ครั้งเดียว...ก็เค้าว่ารักษาได้ทุกโรคความดันอะไร ความดันเราอยากให้มันลง ถ้ามันลดแล้วหมอกองไม่ให้เรามาอีกมั้ง (หัวเราะ) อะไรอย่างเงี้ยแหละก็คิดไปในอย่างเงี้ยแหละกินไป...สองกระปุกคะ กระปุกละร้อยเม็ดกินไปได้สองเดือน...ก็มันแพงอะคะเงินก็ไม่ค่อยมีก็เลยเลิก...มันก็ลด (ความดัน โลหิต) นะคะ มาหาหมอเค้าก็ หมอเค้าก็บอกความดันลดดีเลย (หัวเราะ) เค้าก็ถามไปกินอะไรมาหรือเปล่า ก็บอกไม่ได้กินก็โกหกเค้าไปโกหกหมอมว่าไม่ได้กินอะไร”

(ID015)

2. ทำบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เริ่มต้นปรับหรือทำตามคำแนะนำเพียงบางเรื่อง เช่น ออกกำลังกาย ลดการรับประทานไขมันและอาหารเค็ม ทำให้ลดอาการรบกวน รู้สึกทำงานได้ตามปกติ โดยจะสม่ำเสมอบางเรื่องที่คิดว่าสำคัญและเมื่อเห็นผลก็ทำมากขึ้นจนรู้สึกว่าได้แล้วทำให้ดีขึ้น เลยเห็นว่ามิประโยชน์ก็เลยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลถึงสาระสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขาดนัดบ้างยามจำเป็น

จากการอธิบายของผู้ให้ข้อมูลว่าการขาดนัดบ้างยามจำเป็นนั้น จะเกิดภายหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกอย่างไประยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าอาการดีขึ้นคือ ไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่จำเป็นที่จะต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เช่นอยู่

ต่างจังหวัดไม่สามารถมาตรวจตามนัดได้ มีธุระ หรือแม้แต่ไม่มีญาติพามา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าจะต้องมีการเลื่อนนัดโดยจะโทรแจ้งพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และระหว่างนั้นก็ได้มีการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอ รวมถึงรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและรีบมาตรวจตามนัดให้เร็วที่สุดรวมถึงพยายามขาดนัดให้น้อยที่สุดเพราะรับรู้ว่าการมาตรวจตามนัดเป็นสิ่งสำคัญ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีผิอยู่สองวันเนี่ยแหละ เพราะว่าไปอยู่ต่างจังหวัดแต่ที่นี่ก็ไม่เคยพลาด... โทรเลื่อนเค้าเอาไม่เกินอาทิตย์...เพราะว่าถ้าเลื่อนเลื่อนไปวันสองวันมัน ไม่ได้ก็เลื่อนไปอาทิตย์หน้า พออาทิตย์หน้าก็มา...ไม่มีอาการผิดปกติอะไรนะ บางทีหมอเค้าให้ยาไปกินแบบกินวันสองวันก็เลยไม่มีอะไรเลยปกติ”

(ID009)

“เคยเลื่อนนัดทีเดียวนะ... ไปไหนนี่เดี๋ยวนี้ก่อนไปไหน... เออ... ไปแบบลูกชายไปทำอะไรไม่รู้มันไม่ว่าง เลทไปแค่อาทิตย์สองอาทิตย์แค่นั้น...ก็หมอ (แพทย์ผู้ให้การรักษา) บอกถ้าเลื่อนนัดแล้วขาดมาให้รีบมา”

(ID010)

“รู้สึกว่าจะเลื่อนนัดหมอโรคหัวใจนะเนี่ย เพราะว่าเราอยู่ต่างจังหวัด อยู่ต่างจังหวัดแต่ยามี่อยู่...ก็สิบห้าวันนะ เพราะต้องให้ตรงลือคเค้า (นัดตรวจกับแพทย์คนเดิม)...ครั้งเดียวเองยามี่คะ”

(ID012)

2.2 ไม่ได้กินยา

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความตระหนักในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพราะเชื่อว่า การรับประทานยาสามารถควบคุมอาการรบกวนต่าง ๆ ได้และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อรับรู้ว่าการดีขึ้นคือ ไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกอย่าง เช่น ลืมรับประทานยา หรือลืมพกยาติดตัวไปเวลาที่ต้องเดินทางไปทำงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อสองสามวันเนี่ยลืมซะวัน บอกว่าตาย ลืมกินยาแต่ยังไม่ตาย ก็ว่าพูดเล่นกันแล้วก็หัวเราะ (พูดไปหัวเราะไป) เอยยังไม่ตาย โห...ลืมไปมือนึงแล้ว ยังไม่ตายแล้วก็ไม่มีความเป็นอะไรก็ดีแล้วแหละจะได้อยู่กะลูกกะหลานต่อไปอีก”

(ID001)

“ก็คิดว่ามันเสี่ยง...ถ้าไม่กินยา ก็ไม่รู้ผมว่ามันเสี่ยงเพราะอีกอย่างยามันก็ต้องกินตลอด... มีครบมี บางทีลืมมันลืมเพราะว่าลืมเอาไป บางทีมันไปผัดวัน (ไปทำงาน) แล้วทางโรงงานยกเลิก

ว่าไม่ได้กลับ (ไม่ได้กลับบ้าน)...ใช่ บางทีโรงงานเค้าให้มาที่นี้องค์กรเค้าย้ายไปลงลำลูกกาเราก็ไม่ได้กลับบ้าน บางทีเรารู้ว่าไม่ได้เอาติดไปเพราะรู้ว่าต้องกลับมาบ้าน...ก็ไม่บอຍนะ...วันเดียวครบ ถ้าขาดก็ขาดแ่วันเดียว”

(ID011)

2.3 รับประทานอาหารที่ชอบ

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยจะทำบ้างไม่ทำบ้าง จะเกิดภายหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกอย่างไประยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าอาการดีขึ้นคือไม่มีอาการผิดปกติอะไรจึงไม่จำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกอย่างได้ และทำให้เกิดการละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมและกลับไปมีวิถีชีวิตการรับประทานอาหารแบบเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วย คือ ยังกินอาหารเค็ม และอาหารมัน โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเป็นวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ เช่น ความเคยชิน ติดในรสชาติ และการไม่สามารถเลือกรับประทานได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังเชื่อว่า การรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เพียงอย่างเดียวก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลพยายามควบคุมการรับประทานมันให้น้อยลงได้ แต่เนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจในปัจจุบันมีการแข่งขันสูงทำให้ต้องใช้ชีวิตด้วยความเร่งรีบผนวกกับฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่ดีของผู้ให้ข้อมูลบางรายทำให้ไม่สามารถจัดหาอาหารที่เหมาะสมมาบริโภคได้ต้องรับประทานตามบริบทความเป็นอยู่ของตนเอง ดังกล่าวที่ว่า

“กินนี่ชอบเค็ม...ยังกินอยู่ก็มันอร่อย (หัวเราะ)... ถ้าไม่อร่อยก็กินไม่ค่อยได้นะนะ ก็ยังกินธรรมดาอยู่แต่ก็กินไม่มาก...ก็กินตามที่มีนะนะ ลดเค็มหน่อย...ตามหลักนี้กินเค็มมาก มัน มันก็ไม่ค่อยกินเท่าไร กินหนักแต่เค็มเนี่ย ไม่เค็มไม่อร่อย”

(ID004)

“ก็จะกินพวก ของที่ชอบจริงเลขนะ คือขาดไม่ได้ก็คือปลา ร้า ถึงหมอห้ามยังจับผมก็ไม่ยอม...กินแต่กินน้อย น้อยคือว่าเราผสมให้มันมีกลิ่น มันกินเข้าไปแล้วมันเหมือนเรามีกำลังเนี่ย ของโปรด”

(ID008)

“ก็ไม่เห็นหมอห้ามอะไรผมนะ...ผมก็ทานแบบน้อย ๆ”

(ID013)

“ส่วนใหญ่ชีวิตมันเร่งรีบส่วนใหญ่ก็ผัดกะเพราครับ ผัดกะน้ำหมูกรอบ ผัดผัก ข้าวผัด... ไม่ทำครับ ไม่ได้ทำครับ ปกติทานอาหารจานเดียว ทานอาหารจานด่วนครับ...บางที่มันก็ไม่ได้มีตัวเลือกมันบังคับ”

(ID011)

2.4 ไม่ได้ออกกำลังกาย

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่ได้รับการใส่ชุดลดน้ำหนัก แต่ด้วยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาสมรรถภาพด้านร่างกายไม่เอื้ออำนวยทั้งยังมีอาการรบกวน จึงทำให้ไม่กล้าที่จะออกกำลังกายเกรงว่าอาการจะกำเริบ ถึงแม้ว่าก่อนหน้าที่จะเจ็บป่วยจะเคยออกกำลังกายมาตลอดก็ตาม รวมถึงความเข้าใจผิดในเรื่องของการออกกำลังกายที่เชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายแล้วจะมีผลทำให้ชุดลดน้ำหนักได้รับความเสียหายจึงไม่กล้าที่จะออกกำลังกาย บางรายก็มีอุปสรรคในการต้องประกอบอาชีพทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการออกกำลังกายจะต้องมีเพื่อน และต้องมีสถานที่เฉพาะ เช่น สวนสาธารณะ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยก็ทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็เคยเล่นกีฬา เล่นอะไรอยู่...ตอนนี้ไม่ไหวก็คือว่าเรามันจะเหนื่อยง่ายก็เลยเดินอย่างเดียว...เค้าบอกกันเค้าพูดกันหนะ.. เค้าบอกว่าถ้าเราออกกำลังกายมาก ๆ ปู๊ปไอ้เส้นลวดมันจะหลุด...เนี่ยเราก็กลัวกลัวเส้นลวดหลุด เราเลยต้องเดินเอา”

(ID008)

“ไอ้...น้อยมากครับ โอกาสออกกำลังกายน้อยมากเพราะชีวิตมันอยู่กับรถพอก้าวลงจากรถก็หลับก็นอน พอขึ้นรถไปก็ไม่ได้ทำอะไรก็ได้มีจ๊อบพวงมาลัยรถ (ทำท่าทางประกอบกรับรถ) ก็แค่วัยก็ไม่ได้ออกกำลังกาย (หัวเราะ) เพราะไม่มีเวลาครับ พอถึงก็ล้มตัวลงนอน”

(ID011)

“มันก็เหมือนกะเราไม่มีเพื่อนเหมือนเมื่อก่อนตอนอยู่ค่ายทหารเพื่อนเยอะ ตอนนี้เรามาอยู่หมู่บ้าน...บ้านใครบ้านมันเพื่อนที่จะไปวิ่ง ไม่มีก็เลยปล่อยไปเลยไม่ได้วิ่งเลยอะไรอย่างเงี้ย...สวนสาธารณะก็อยู่ไกลแล้วหมาในหมู่บ้านก็เยอะกลัว...ความกลัวหมาก็เลยไม่ทำเลย”

(ID015)

2.5 ไม่กล้าออกกำลังกายเพราะอาการกำเริบ

จากประสบการณ์การเผชิญกับอาการของโรคที่รุนแรง เช่น การเจ็บแน่นหน้าอก ร่วมกับการประสบกับภาวะแทรกซ้อนอื่นจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ชุดลดน้ำหนัก ส่งผลกระทบต่อความทนในการทำงาน ไม่สามารถทำงานหนักหรืองานที่ต้องออก

แรงมากได้ เช่น การยกของหนัก การทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมาก เพราะจะทำให้มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก จึงไม่กล้าออกแรงเพราะกลัวอาการกำเริบ ดังคำกล่าวที่ว่า

“มันเหนื่อยเวลาเรากลับบ้านไปเนี่ยนะบางทีมันเหนื่อย บางวันเหนื่อยหมดแรงเปอะเปะไปเลยทำอะไรไม่ได้เลย ถ้าทำเนี่ยนะกวาดบ้านเช็ดบ้านเนี่ยทำได้แต่มันเหนื่อย...หนัก ๆ ไม่ได้เลยทำไม่ไหว”

(ID007)

“ช่วงนี้ผมว่าผมไม่ค่อยไหว แต่ก่อนผมขับรถไปได้คนเดียวตอนยังไม่ป่วยผมขับรถไปคนเดียวเนี่ยสบายเลยแต่เดี๋ยวนี้ไปไม่ได้แต่ก่อนผมวิ่งไปจากสระบุรีไปนราธิวาสเดี๋ยวนี้ไปไม่ได้แล้ว...มันไม่ไหวร่างกายเรามันไม่ไหว มันเปลี่ยแล้วมันก็เหนื่อยมัน...คิดว่าไม่คุ้มเดี๋ยวมันเป็นขึ้นมาอีก”

(ID011)

“ไม่ทำงานหนักที่มันเหนื่อยนะงานที่เราเคยทำ เราเคยเดินกระฉับกระเฉงนะ เดินไว อย่างเงี้ยเราก็ต้องเดินช้าลง...เมื่อวานก็ถ่างหญ้าหน้าบ้าน...ก็มีเหนื่อยแน่น ๆ แต่เราก็อู้สึกตัวเราเอง เราก็หยุดเลย...ก็ไม่นานเท่าไรหรั่งลงพักผ่อนเป่าให้เย็น ๆ ชักพักนึงแต่ก็ไม่ทำต่อเนี่ยก็หยุด ชักพักใหญ่แล้วค่อยไปอาบน้ำไม่รู้ว่าเราเหนื่อยแล้วเรารีบไปอาบน้ำแล้วเหมือนกันกลัวข้างในนะมันปรับไม่ทัน”

(ID012)

ประเด็นสาระที่ 2 เสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด

แม้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันจะเป็นสิ่งที่สำคัญ แต่ในขณะที่เดียวกันก็มีบางกลุ่มที่มองว่ามันทำให้ชีวิตมีข้อจำกัด โดยในกลุ่มนี้จะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอในช่วงเริ่มต้น แต่พอทำไปไม่เห็นผลหรือได้ผลไม่ทันใจจึงละเลยในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาจนผ่านพ้นระยะวิกฤตของโรคแล้ว แต่ยังคงมีพยาธิสภาพและภาวะของโรคหลงเหลืออยู่ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงผู้ให้ข้อมูลบางราย มีประสบการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุซ้ำ ๆ สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตหลายอย่าง ทำให้ต้องอยู่กับข้อจำกัดตลอดเวลา เช่น การที่ต้องพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต จากความชอบและความเคยชิน ต้องพยายามควบคุมจิตใจของตนให้มั่นคงในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งข้อจำกัดเหล่านี้นำมาสู่ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย ห่อเหี่ยว หรือสิ้นหวังได้ใน

บางครั้ง จากผลกระทบกับวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วย ความชอบและความเคยชิน ทั้งด้านการดำเนินชีวิต การทำงาน ทำให้ขาดรายได้ และการเปลี่ยนแปลงบทบาททั้งบทบาทในครอบครัวและบทบาททางสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่กับข้อจำกัด ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเด็นสาระย่อย คือ ทำแล้วหยุดเพราะไม่ได้ผล และทำเมื่อมีอาการ

1. ทำแล้วหยุดเพราะไม่ได้ผล ผู้ที่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถช่วยลดอาการรบกวนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อปรับเปลี่ยนได้ชั่วคราว เมื่อผลที่ได้ไม่เป็นไปตามคาด กล่าวคือ ยังมีอาการรบกวน เช่น เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ในบางรายมีการตีบซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมักพบในผู้ที่มีโรคมีความรุนแรง (Function Class III-IV) จึงทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และนำไปสู่การละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามมา ดังคำกล่าวที่ว่า

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 68 ปี ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาแล้ว 8 เดือน กล่าวว่า

“ก็ให้ลดเค็ม งดมัน กินปลา กินไข่อย่างเนี่ยแหละ...มาตรวจตามนัดตลอดแหละ...ก็ทานยาตลอดสิกล้วนนี่อ้อ ขาดไม่ได้มันไม่ไหวขาดก็ตายสิโรคหัวใจเนี่ย...เค้า (แพทย์ผู้ทำการรักษา) ก็บอกว่ามันจะดีขึ้นแต่มันก็ไม่ดีขึ้นหรอก เหนื่อย ๆ ต้องใส่ออกซิเจนตลอด... มันวาระสุดท้ายแล้ว มันก็อยู่ไปวันวันก็เท่านั้นแหละ...หมอบอก...กินยาไป มันก็แค่ทุเลาลงไปเรื่อย ๆ”

(ID005)

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 77 ปี ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาแล้ว 1 ปี กล่าวว่า

“ช่วงแรกก็ทำ...ทำอย่างที่ผมบอก...มาตรวจตามนัดก็มา ยาจะหมดก็ต้องมา...หมอนัดก็มา หมอไม่นัดก็ไม่เคยมา...ของมัน ของเค็มก็ไม่ค่อยกินหรอก ...แต่หลังมานั้นเหนื่อยเวลาเรากลับบ้านไปเนี่ยนะบางทีมันเหนื่อย บางวันเหนื่อยหมดแรงเปอะเปะไปเลยทำอะไรไม่ได้เลยถ้าเหนื่อยเราก็กินไม่ไหว ไม่มีแรง...ก็ไม่อยากทำอะไรทำไปก็แค่นั้น”

(ID007)

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 57 ปี ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันมาแล้ว 1 ปี 6 เดือน กล่าวว่า

“กินเค็มมากไม่ได้เนี่ยอย่างน้ำปลาผมจะไม่เอา...กะทิก็กินน่ะ...มาตรวจตามนัดทุกครั้ง...กินยาตลอด เช้าเย็น...คือว่าเราก็ต้องห่วงร่างกายเราเองด้วย ...เหล้าบุหรี่เลิกหมดหมอบอก...ท่านบอกถ้าไม่เลิกก็จบ เรารักตัวเราเราก็ต้องเลิก... กลับไปจาก มศว. (โรงพยาบาล) เสร็จนะก็เจ็บมา ออด ออด แอด แอดนะเข้าออกเข้าออกโรงบาลตลอด... สองวันเข้าสามวันเข้า...มันเหนื่อยหายใจไม่ออก แล้วน้ำท่วมปอดมันจะไร้มั่ง...มันก็ไม่อยากทำไร่นะ”

(ID008)

2. ทำเมื่อมีอาการ ผู้ที่รับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคว่ามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เมื่อมีอาการรบกวนเช่น เจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงความจำเป็นของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างต่อเนื่องทั้งในเรื่อง การรับประทานยา มาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เมื่อไม่มีอาการเจ็บหน้าอกสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติจึงรับรู้ว่ายากจากการเจ็บป่วย ถึงแม้จะได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพว่ามีโอกาสเป็นซ้ำได้ แต่ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีโอกาสเกิดได้น้อย และรับรู้ว่าการรับประทานยา ตามคำแนะนำของแพทย์เพียงอย่างเดียวก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้จึงกลับไปมีวิถีชีวิตเดิมก่อนเจ็บป่วย ประกอบกับการมีชีวิตที่เร่งรีบจึงทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมได้ และรู้สึกว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตนั้นมันจำกัดมากเกินไปทำสม่ำเสมอไม่ไหวจึงทำให้ละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 รับประทานอาหารเหมือนเดิมก่อนเจ็บป่วย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารเป็นเรื่องสำคัญที่ปรับเปลี่ยนได้ยากเนื่องจาก เป็นความชอบและความเคยชินประกอบกับการมีชีวิตที่เร่งรีบ และไม่มีทางเลือกในการรับประทานอาหาร จึงทำให้ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม อีกทั้งยังรับรู้ว่าการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เพียงอย่างเดียวก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้จึงกลับไปรับประทานอาหารแบบเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วยดังกล่าวที่ว่า

“ก็ว่าก็กินกันธรรมดาเนอะนะ ไม่ได้เปลี่ยนอะไรกัน เค้าก็ให้ควบคุมอาหารอะแหละ ก็คุมไม่ค่อยอยู่...ก็ป่าทำเองจ้ะป่าคุมไม่ไหวหรอก น้ำปลาหรอก น้ำปลาร้า (หัวเราะ) ปลาร้าอร่อย ลูก เค้าห้ามกินเค็ม แต่ชอบกินปลาร้า”

(ID001)

“ส่วนใหญ่ชีวิตมันเร่งรีบจึงต้องรับประทานอาหารจานด่วนครับ...บางทีมันก็ไม่ได้มีตัวเลือกมันบังคับอะ... กินยาตามมือครับแต่บางทีมันจะช้าหน่อยมือกลางวันนะจะช้าถึงบ่ายสอง... เพราะบางทีเวลามันเร่งรีบ เพราะถ้าเรามาช้าเราจะ โคนปรับมันก็ต้องตามเวลา... แต่ผมก็ปกติครับ”

(ID011)

“ก็ไม่เห็นหมอห้ามอะไรผมนะ...ผมก็ทานแบบน้อย ๆ ...ไม่ปรับ...ปกติครับ...ไม่มีผล...ก็เรามียาอยู่อะครับ”

(ID014)

2.2 ลองขาดยา ลองไม่มาตรวจตามนัด

วิธีการนี้ผู้ให้ข้อมูลจะนำมาใช้ภายหลังการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทุกอย่างแล้วไม่เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติจึงรู้ว่าหายจากการเจ็บป่วยอีกทั้งยังรู้สึกว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตนั้นมันจำกัดมากเกินไปทำสม่ำเสมอไม่ไหว และจากความเบื่อหน่ายจากการได้รับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจลองทำแม้สิ่งนั้นบุคลากรทางการแพทย์จะห้ามแล้วก็ตาม ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ว่าจะลองจะขาดยาดีหรือเปล่าก็ไม่รู้...ก็มันปกติดีแล้วก็เลยว่าจะลองขาด อยากรู้ว่าถ้าเราไม่กินเนี่ยมันจะเป็น...ยังงัยก็อยากจะรู้เหมือนกัน...เนี่ยวันนี้ว่าจะคุยกะหมอยู่ ถ้าผมปกติอยู่เนี่ยผมอยู่ ๆ ผมไม่กินยาซักห้าวันหนะได้ไหม เพื่อจะลองมั่ง...มันก็ปกติเนะคือตอนนี้เนะมันดีขึ้นตรง ๆ อยู่ของมัน ไม่มีขึ้นมีลง”

(ID009)

“เราก็ไม่รู้ว่ามันเป็นยังงัยเราก็อยากจะหายคือไม่ต้องมาหาหมอ บางทีไม่อยากมาเลยอยากหยุดไปเลย...แต่ลูกสาวมาส่งก็ต้องมา... แต่ถ้าจริง ๆ ถ้าเค้าไม่ไปปรับเราก็คงไม่ได้มาเหมือนกัน เพราะว่ามันเบื่อ มันอยากจะตัดขาดจากการมาเป็นคนไข้เนี่ย (หัวเราะ) อยากจะคิดแบบนั้นเป็นอะไรก็เป็นไปอะไรอย่างเงี้ย...มันก็เบื่อเหอะถ้าพูดถึงมันก็เบื่อ...มันก็ถึงเวลาจะมามันก็คิดตลอด (หัวเราะ) คิดไม่อยากจะมาอะไรอย่างเงี้ยแต่ก็ลูกเค้าก็ให้มา”

(ID015)

2.3 การปรับเปลี่ยนการทำงาน

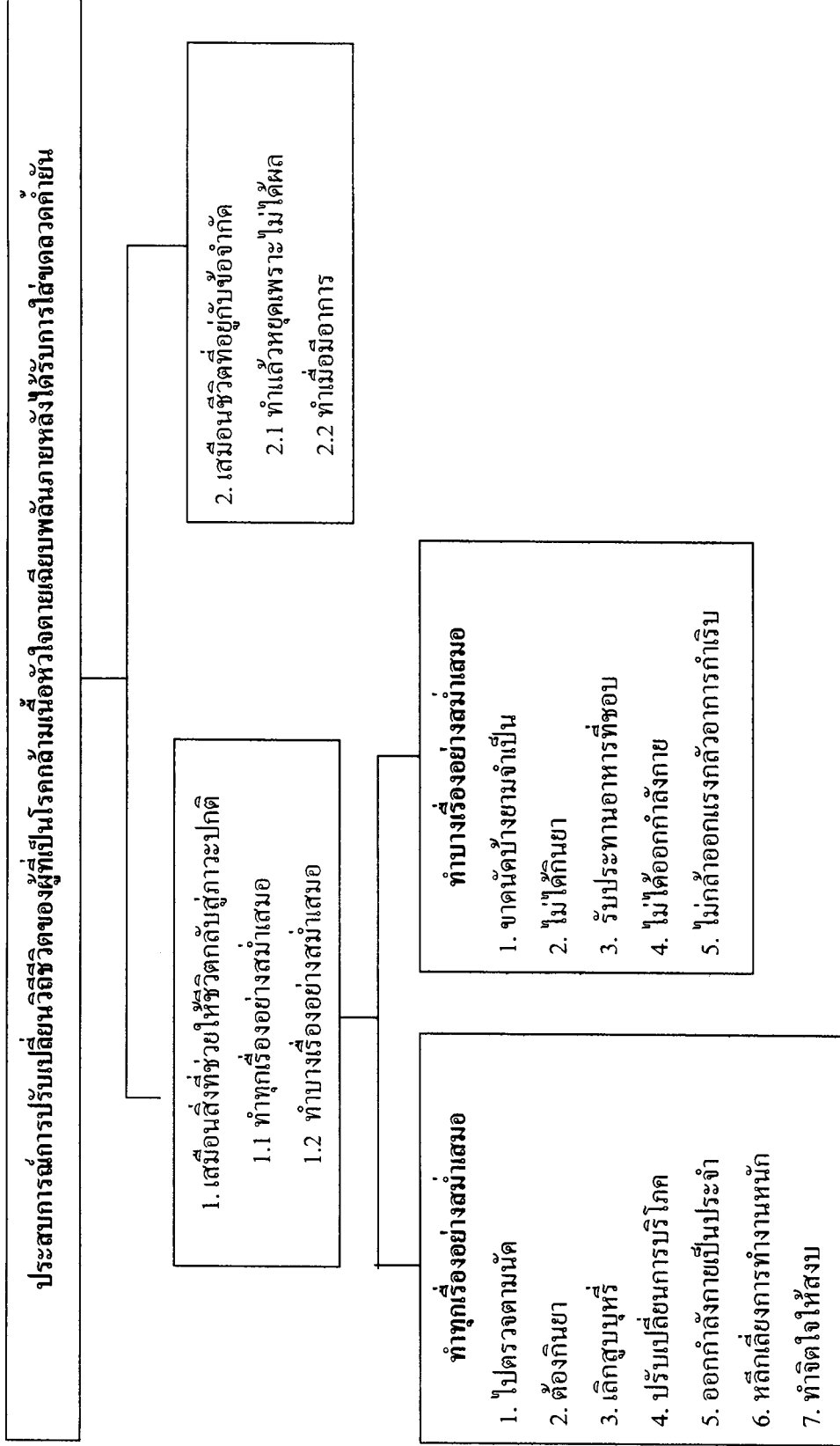
ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นวัยทำงาน ในบางรายมีการตีบของกล้ามเนื้อหัวใจไม่มาก อาการไม่รุนแรง หรือแทบจะไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้รับรู้ว่า โรคหายแล้วจึงกลับไปทำงานตามปกติ ในบางรายมีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมกับพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้หัวใจมีความสามารถในการใช้ออกซิเจนได้น้อยลงทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ทำให้มีข้อจำกัดทางสมรรถภาพทางร่างกาย ทำให้ทำงานได้ไม่เหมือนเดิม จึงปรับเปลี่ยนการทำงานโดยการหยุดงานทุกอย่างเพราะเกรงว่าจะเกิดการกลับเป็นซ้ำ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ผมรับเหมารถที่อยู่...ตอนนี้ผมหยุดกิจการหมดเลย...ครับตั้งแต่เป็น...คือร่างกายเรานั้นยังไม่เต็มร้อยอะ เพราะไปเราต้องตากแดดต้องอยู่กลางแจ้งฝุ่นอะไรอย่างเงี้ยมันก็ทำร้ายร่างกายเราเอง...ก็หยุดดีกว่า... เลือกสุขภาพเราเราต้องเอาชีวิตเราไว้ก่อน ใ้อภัยได้เมื่อไหร่เราก็...ร่างกายปกติเราก็ทำได้”

(ID008)

“เค้าก็ห้ามยกดของหนักก่อนช่วงแรกเพราะเส้นเลือดใหญ่มันไม่ได้ยืด ก็ออกกำลังกายทุกวันก็พอเริ่มปกติก็ออกกำลังกายเหมือนเดิม ปกติเหมือนเดิม...ทำเหมือนเดิมทำทุกอย่างเหมือนเดิม...แต่จังหวะมันมีจี้ด...พอเริ่มหมดแรงหัวใจจะเต้นแรงเวลาโรคนี้...ผมไม่ได้ตะเบงคือพอกำลังเริ่มอ่อนปล่อยเลย อะไรอยู่บ้างก็ทิ้งพักก่อน...ถ้ามันไม่ดีขึ้น ก็เข้าบ้านแล้วแต่ส่วนมากจะพักเลยตุ๊ป ๆ มาหยุดเลย”

(ID009)



ภาพที่ 1 สรุปภาพรวมประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยาย ประสพการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ในด้านการรับรู้ถึงประสพการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยัน ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก จำนวน 15 ราย ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์ จนข้อมูลมีความอิ่มตัว แล้วนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาซึ่งได้ผลการวิจัย ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นครั้งนี้จำนวน 15 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง 8 ราย ชาย 7 ราย อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 50 ปี 2 ราย อายุ 50-59 ปี 5 ราย และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป 8 ราย นับถือศาสนาพุทธ 13 ราย และศาสนาอิสลาม 2 ราย สถานภาพคู่ 10 ราย และหม้าย/หย่าร้าง 5 ราย สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 7 ราย มัธยมศึกษา 3 ราย ประกาศนียบัตร 3 ราย และปริญญาตรี 2 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 10 ราย รับราชการ 2 ราย และรับจ้าง 3 ราย ส่วนบทบาทครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว 8 รายและเป็นสมาชิกในครอบครัว 7 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีระยะเวลาหลังได้รับการรักษา น้อยกว่า 1 ปี 2 ราย 1 ปีขึ้นไป-2 ปี 9 ราย 2 ปีขึ้นไป-5 ปี 3 ราย และ 5 ปี ขึ้นไป 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะมีโรคร่วมทุกราย โรคที่เป็นร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบ เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อมลูกหมากโต แบ่งตามกลุ่มโรคที่พบ ดังนี้ จำนวนโรคร่วม มี 1 โรค 3 ราย 2 โรค 3 ราย 3 โรค 6 ราย และ 4 โรค 3 ราย ส่วนความรุนแรงของโรค (New York Heart Association, 1994) Class 1 2 ราย Class 2 7 ราย และ Class 3 6 ราย

ผลการวิจัยพบว่า การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันสะท้อนถึงการรับรู้ทั้งทางบวกและทางลบไว้ 2 ประเด็นสาระหลัก โดยการรับรู้ทางบวก คือ “เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ” และการรับรู้ทางด้านลบ คือ “เสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด” ผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายถึงการรับรู้ออกมาโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันว่าเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ โดยรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ถ้าไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ที่เป็นอยู่ อาการรบกวนที่เป็นปัญหาจะกลับเป็นอีก ทำให้ต้องทนกับอาการนั้น ๆ ส่งผลให้รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังส่งผลทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือทำงานได้ไม่เหมือนเดิม แต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้ว ปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้น ได้ทุเลาลงหรือหมดไป ช่วยให้ชีวิตกลับมาสู่ภาวะปกติเหมือนตอนที่ยังไม่เป็นโรค อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ว่ามีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปตามการรับรู้ประสบการณ์ที่เผชิญกับอาการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถแยกได้เป็น 2 ประเด็นสาระย่อย คือ ทำทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ และทำบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ

1.1 ทำทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ซึ่งรับรู้ว่าการของโรครุนแรง และทำให้เกิดความทรมาน ภายหลังจากได้ออกมาได้สั้น อาการเหล่านั้นทุเลาลงหรือหายไป ทำให้รับรู้ว่าการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ ร่วมกับได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องของการรับประทานยา มาตรฐานนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการรบกวน ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลดีและประโยชน์ที่จะได้รับจึงพยายามทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

1.2 ทำบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เริ่มต้นปรับหรือทำตามคำแนะนำเพียงบางเรื่อง เช่น ออกกำลังกาย ลดการรับประทานอาหารมันและอาหารเค็ม ทำให้ลดอาการรบกวน รู้สึกทำงานได้ตามปกติ เมื่อเห็นผลก็ทำมากขึ้นจนรู้สึกว่ามีแล้วทำให้ดีขึ้น เลยเห็นว่าประโยชน์จึงมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ

2. เสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันว่าเป็นเสมือนชีวิตต้องอยู่กับข้อจำกัด เนื่องจากภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเดิมของผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีการจำกัดในการรับประทานอาหารเค็ม อาหารมัน หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก การมาตรฐานนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแตกต่างจากวิถีชีวิตก่อนที่จะเป็นโรคจากสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงด้านลบของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ว่าส่งผลกระทบกับวิถีชีวิตเดิม

ของผู้ป่วย ทั้งด้านการดำเนินชีวิต การทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงาน ทำให้ขาดรายได้ ซึ่งจะพบได้ใน 2 ประเด็นสาระย่อย คือ ทำแล้วหยุดเพราะไม่ได้ผล และทำเมื่อมีอากาศ

2.1 ทำแล้วหยุดเพราะไม่ได้ผล ผู้ที่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถช่วยลดอาการรบกวนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อปรับเปลี่ยนได้ชั่วคราว เมื่อผลที่ได้ไม่เป็นไปตามคาด กล่าวคือ ยังมีอาการรบกวน เช่น เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ในบางรายมีการตีบซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งมักพบในผู้ที่มิ (function Class III-IV) จึงทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และนำไปสู่ การละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามมา

2.2 ทำเมื่อมีอากาศ ผู้ที่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างสม่ำเสมอมาตั้งแต่แรกแต่เมื่ออาการดีขึ้นรับรู้ว่าจะหายจากการเจ็บป่วยจึงละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต อธิบายได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน เป็นสิ่งที่จำเป็นทำให้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในเรื่อง การรับประทานยา มาตราวดตามนัด การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เมื่อไม่มีอาการเจ็บหน้าอกสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ จึงรับรู้ว่าจะหายจากการเจ็บป่วยจึงทำให้ละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน และผลการวิจัยพบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต 2 ประเด็นสาระหลัก คือ เปรียบเทียบสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ และเหมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

การรับรู้ถึงประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน
 การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามลักษณะใดก็ตาม ก็จะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันที่เกิดขึ้น เนื่องจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันเป็นกิจกรรมที่ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตัดสินใจปฏิบัติในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยตามการรับรู้สภาวะสุขภาพขณะนั้น เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดและความรุนแรงของโรค จึงส่งผลให้การฟื้นฟูของผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น (Smith et al., 2011) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงการรับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ทั้งทางบวกและทางลบ ประกอบด้วยประเด็นสาระที่สำคัญ 2 ประเด็น โดยการรับรู้ทางบวกคือ “เหมือนสิ่งที่

ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ” และการรับรู้ทางลบ คือ “เสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด” ซึ่งเป็นผลมาจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมักจะมีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง คือมีปัญหาในเรื่องอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก แต่เมื่อมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแล้ว ปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นได้ทุเลาลง ทำให้มีแรงมากขึ้นสามารถกลับไปทำงานประจำได้เหมือนเดิม เสมือนว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนการรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันในทางบวกว่าเป็นเสมือนสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในชีวิต ถ้าไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ อาการที่เป็นปัญหาจะกลับเป็นซ้ำ ทำให้ต้องทนกับอาการนั้น ๆ ส่งผลให้รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรทิม่า ศรีจันทร์ (2553) พบว่า ภายหลังจากได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยต้องเตรียมตัวเพื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลจากทีมการรักษาในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากข้อค้นพบในเรื่องของ “เสมือนสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ” ซึ่งเป็นกรรับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตว่าทำให้ชีวิตกลับมาเป็นปกติ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็นสาระย่อย คือ ทำทุกอย่างอย่างสม่ำเสมอ และทำบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพบว่าผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในทุกเรื่องอย่างสม่ำเสมอ จะพบได้ในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับอาการรบกวน ซึ่งรับรู้ว่าอาการของโรครุนแรงจนอาจนำไปสู่การเสียชีวิตได้ และทำให้เกิดความทรมาน ทำให้จะต้องหาวิธีการที่จะทำให้ตัวเองพ้นจากสภาวะนั้น ร่วมกับได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ผู้ให้ข้อมูลต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องของการรับประทานอาหาร มาตรวจตามนัด การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงาน การเลิกสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอาการรบกวน ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ผลดีและประโยชน์ที่จะได้รับจึงพยายามทำทุกอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวลัย แก้วอ่อน (2552) ที่พบว่าหากผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองยังไม่หายขาดและรับรู้ว่าต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสามารถช่วยควบคุมอาการรุนแรงของโรคได้ ผู้ป่วยจะพยายามหาข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะมาศ ชาชุมพร (2555) ที่ว่า ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมสุขภาพตามการรับรู้และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยงจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันหรือลดความเจ็บป่วยและเกิดประโยชน์ต่อตนเองเท่านั้น ซึ่งผู้ป่วยจะรับรู้ถึงประโยชน์หรือคุณค่าของการปฏิบัติและจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกในด้านการป้องกันการตีบซ้ำ

กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลรับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลภายหลังออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ จากการได้ลองปฏิบัติจริงและพบว่าจากที่มีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก อาการเหล่านั้นได้ลดลงหรือหมดไป โดยจากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ 7 ด้านได้แก่ ไปตรวจตามนัด ต้องกินยา ปรับเปลี่ยนการบริโภค ออกกำลังกายเป็นประจำ หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก เลิกสูบบุหรี่ และทำจิตใจให้สงบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จินฉัพัต ธนกิจวรบูลย์ (2554) พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลของการเจ็บป่วยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตามประสบการณ์ของตนเอง และข้อมูลที่ได้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ ผลการรับรู้ดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเพื่อการฟื้นฟู คือ ลดหรือเลิกบุหรี่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายตามสมรรถภาพของร่างกาย การใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ การรักษาต่อเนื่องและการจัดการกับความเครียด รวมถึงปัจจัยส่งเสริมการฟื้นฟู คือ ความหวังและกำลังใจ

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ ยังมีข้อมูลของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการแสวงหาแนวทางการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ดีขึ้นร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของแพทย์ โดยมีการใช้ยาหรือการรักษาอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ได้พยายามหาวิธีในการรักษาโดยคาดหวังว่าจะสามารถทำให้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันที่เป็นอยู่นั้นหายได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจของตนเองและบุคคลในครอบครัว โดยไม่ได้บอกให้แพทย์ผู้รักษาทราบ (วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, 2552) ข้อค้นพบที่ได้ เป็นความรู้ใหม่ ที่ทำให้เข้าใจในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของคนในกลุ่มนี้ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญและปรับปรุงเรื่องการให้ข้อมูลที่มากกว่าที่เป็นอยู่ เพราะหากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ มีการใช้ยาอื่นที่นอกเหนือจากการรักษาของแพทย์ โดยเฉพาะยาบางประเภท เช่น ยาหม้อ ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน และยาชุด ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากยาหลายชนิดมีผลต่อการแข็งตัวของเลือด อาจทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญในเรื่องของการแนะนำและให้ความรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงการใช้ยาดังกล่าวนั้น เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า มีผู้ป่วยอีกกลุ่มที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เริ่มต้นปรับหรือทำตามคำแนะนำเพียงบางเรื่อง เช่น ออกกำลังกาย ลดอาหารเค็มมัน การปรับเปลี่ยนงาน การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด ทำให้ลดอาการ

รบกวน รู้สึกทำงานได้ตามปกติ โดยจะทำสม่ำเสมอเพียงบางเรื่องที่สำคัญและเมื่อเห็นผลก็ทำมากขึ้นจนรู้สึกว่าได้แล้วทำให้ดีขึ้น เลยเห็นว่ามิใช่ประโยชน์ก็เลยมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ (2546) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อาการดีขึ้นภายหลังได้รับการรักษาจะทำให้เห็นประโยชน์จากการรักษา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางเรื่องอย่างสม่ำเสมอ 5 เรื่อง ได้แก่ งดสูบบุหรี่เป็นประจำ ไม่ได้กินยา รับประทานอาหารที่ชอบ ไม่ได้ออกกำลังกาย และไม่กล้าออกกำลังกายเพราะกลัวอาการกำเริบ สำหรับขาดนัดบ้างเป็นประจำ โดยจะเกิดภายหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกอย่างไป ระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าอาการดีขึ้นคือไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่จำเป็นต้องมาตรวจตามนัดทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยามาศ ชาชุมพร (2555) พบว่า การมาพบแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการมาพบแพทย์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ภายหลังได้รับการรักษาจนไม่มีอาการของโรคกำเริบแล้ว ทำให้มีบางส่วนทบทวนการต้องมาพบแพทย์เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง บางคนวางแผนจะไม่มา และหยุดมาพบแพทย์เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญต่อการติดตามการรักษาต่อเนื่อง และอาจขาดการรับรู้เรื่องการรักษาต่อเนื่องระยะยาวตลอดชีวิต

สำหรับข้อค้นพบเรื่องไม่ได้กินยา ซึ่งจะเกิดภายหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกอย่างไป ระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าอาการดีขึ้นคือไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกอย่าง เช่น การลืมนับรับประทานยา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาไม่สม่ำเสมอ (สุทิษา สุวรรณศรี, 2548) และมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยของตนเองภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจ โดยใช้อาการเจ็บหน้าอกซ้ำ จึงรู้ว่าตนเองหายจากโรค และกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิม เนื่องจากไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และละเลยการปฏิบัติตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552; วิลาวัลย์ แก้วอ่อน, 2552) สำหรับข้อค้นพบเรื่องรับประทานอาหารที่ชอบ จะเกิดภายหลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามแผนการรักษาของแพทย์ทุกอย่างไป ระยะเวลาหนึ่ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้ว่าอาการดีขึ้นคือไม่มีอาการผิดปกติอะไรก็ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาทุกอย่าง ทำให้ละเลยการหลีกเลี่ยงอาหารเค็มมันและกลับไปรับประทานอาหารเค็มมันเช่นเดิม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) โดยยังรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมาก ๆ ไม่มีการควบคุมน้ำหนัก ดื่มน้ำน้อยกว่า 6-8 แก้วต่อวัน และยังคงดื่มน้ำอัดลม รุทเบียร์ (ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์, 2543) บางรายดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำ ไม่ควบคุม

อาหาร (ฉินฉัพต ธนกิจวรบุรุษ, 2554) สำหรับข้อค้นพบเรื่องไม่ได้ออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะรับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ที่ได้รับการใส่ชุดลดน้ำหนัก แต่ด้วยอาการของโรคที่รุนแรงร่วมกับเคยมีประสบการณ์ หมดสติ ซึ่อก นื่อก จึงทำให้ไม่กล้าที่จะออกกำลังกายเลย ถึงแม้ว่าก่อนหน้านี้ที่จะป่วยจะเคยออกกำลังกายมาตลอดก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริศนา วรพันธ์ (2541) พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าทำกิจกรรม รวมถึงกิจกรรมการออกกำลังกายเนื่องจากกลัวอาการเจ็บหน้าอกกำเริบ สอดคล้องกับ ทศนีย์ แคนขุนทด (2549) พบว่าภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเพราะกลัวกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม ห้ามออกกำลังกาย และสำหรับข้อค้นพบเรื่องไม่กล้าออกกำลังกายเพราะกลัวอาการกำเริบ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ภายหลังจกใส่ชุดลดน้ำหนัก ไม่สามารถทำงานหนักหรืองานที่ต้องออกแรงมากได้ เช่น การยกของหนักการทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมาก เพราะจะทำให้มีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย แน่นหน้าอก สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตญา ฤทธิเพชร (2556) พบว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ การทำงานของหัวใจที่ต่ำ ความสามารถในการสูบลมลดลง ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อย ทำให้มีอาการด้านร่างกายตามมา เช่น มีการคั่งของน้ำที่ปอด ทำให้เหนื่อยหายใจลำบาก

นอกเหนือจากการเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ ในขณะเดียวกันผู้ให้ข้อมูลต่างก็รับรู้ว่ เมื่อต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ชุดลดน้ำหนัก กลับเป็นเสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด เพราะจะต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดในการรับประทานอาหารเค็ม อาหารมัน หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างผาสุก มีอาการหรือปัญหาเพิ่มขึ้นมา ทั้ง ๆ ที่ก่อนได้รับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก็ไม่เคยพบปัญหาหรืออาการรบกวนดังกล่าว หรือถ้าพบปัญหาหรืออาการรบกวนดังกล่าวก่อนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ก็พบน้อยและไม่รุนแรง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้เป็นผลด้านลบของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ชุดลดน้ำหนัก ดังการศึกษาของ วิลาวลัย แก้วอ่อน (2552) พบว่า ภายหลังได้รับการทำหัตถการหลอดเลือดผู้ให้ข้อมูลต้องใช้ชีวิตอยู่กับข้อจำกัดซึ่งเป็นผลมาจากโรคเมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบแคบกล้ามเนื้อหัวใจก็จะได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยและอ่อนเพลียง่าย ทำให้สมรรถภาพร่างกายเสื่อมลง อันมีผลทำให้ต้องจำกัดกิจกรรม นอกจากนี้ยังพบว่า ภายหลังได้รับการใส่ชุดลดน้ำหนักทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง โดยต้องลดเว้นปัจจัยที่จะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และต้องจำกัดอาหาร รวมถึงการเกรงใจเพื่อน ๆ และมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการทำกิจกรรมลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร หอมทอง (2547) พบว่าภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้อง

รักษาตัวเป็นระยะเวลาานานและต่อเนื่องทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ตามปกติ เกิดความรู้สึกท้อแท้ รู้สึกไร้ค่าและเป็นภาระของผู้อื่นไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม

ข้อค้นพบในเรื่องของเสมือนชีวิตที่อยู่กับข้อจำกัด ทำให้ทราบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่แตกต่างกันตามการรับรู้ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใน 2 ลักษณะ คือ ทำแล้วหยุดเพราะไม่ได้ผล และทำเมื่อมีอาการ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถช่วยลดอาการรบกวนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จึงพยายามปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างสม่ำเสมอ แต่เมื่อปรับเปลี่ยนได้ซักระยะ เมื่อผลที่ได้ไม่เป็นไปตามคาด กล่าวคือ ยังมีอาการรบกวน เช่น ยังคงมีอาการรบกวนเช่นเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ในบางรายมีการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมักพบในผู้ที่มี Function Class III-IV จึงทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และนำไปสู่ การละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ นิซาภา สุขประเสริฐ (2558) พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระดับปานกลางอธิบายว่า เมื่อความรุนแรงของโรคมามากขึ้น จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่ของร่างกายลดลง ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าภายหลังจากใส่ขดลวดค้ำยัน สามารถทำงานที่ไม่หนักมาก งานที่ผู้ให้ข้อมูลพอทำได้ที่ทำไหว เช่น การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การรดน้ำต้นไม้ โดยเมื่อเริ่มทำไปซักระยะเมื่อรู้ว่าเหนื่อยหรือเริ่มแน่นหน้าอก ก็จะหยุดทำเพราะเกรงว่าอาการจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม สอดคล้องกับ ทศนีย์ แดงนุท (2549) พบว่า ภายหลังจากได้รับการใส่สายสวนหัวใจผู้ป่วยไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ หรือเลือกปฏิบัติเฉพาะกิจกรรมที่ออกแรงน้อยเพราะกลัวกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจกรรม

ในขณะที่เดียวกันก็มีผู้ที่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังจากได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างสม่ำเสมอมาตั้งแต่แรกแต่เมื่ออาการดีขึ้นรับรู้ว่าจะหายจากการเจ็บป่วยจึงละเลยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสม คือมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใน 3 เรื่องคือ รับประทานอาหารเหมือนก่อนเจ็บป่วยลองขาดยา ลองไม่มาตรวจตามนัด และการปรับเปลี่ยนการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ (2546) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ต้องรับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใส่ขดลวดค้ำยัน เพราะผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาดีขึ้น มีความเบื่อหน่ายต่อการดูแลตนเองต่อเนื่องยาวนานทำให้ขาดวินัยการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางรายรับรู้ว่าการรับประทานตามคำสั่งแพทย์เพียงอย่างเดียว ก็สามารถควบคุมอาการของโรคได้ จึงยังมีวิถีชีวิตด้วยการรับประทานอาหารแบบเดิมเหมือนก่อนเจ็บป่วย หรือมีการปรับลดวิถีชีวิตที่เสี่ยงเพียงบางส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวลัย แก้วอ่อน (2552) พบว่า ภายหลังจากได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว

6 ปี ไม่เคยมีอาการผิดปกติใด ๆ จึงรู้ว่าตนเองหายจากการเจ็บป่วยแล้ว แม้ว่าจะรับทราบข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าโรคนี้อาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ก็ตาม ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์เพียงอย่างเดียว ก็สามารถช่วยควบคุมอาการของโรคได้ ส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เพิ่มเติม หรือลดความระมัดระวังหรือละเลยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นเสมือนข้อจำกัดของชีวิต ส่งผลให้คนเหล่านี้รู้สึกเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่อยากปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น ส่วนการลองขาดยา ลองไม่มาตรวจตามนัด เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เสี่ยงสูงเพราะนอกจากบางครั้งจะแก้ปัญหาไม่ได้แล้วอาจส่งผลให้เกิดปัญหาใหม่ตามได้ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องของจิตใจ โดยเฉพาะเน้นเรื่องการสร้างเสริมกำลังใจ ส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย รวมถึงเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ชุดลดค่าอันที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ที่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับการใส่ชุดลดค่าอันมีผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เพิ่งได้รับการใส่ชุดลดค่าได้ไม่นาน พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดยังคงดีอยู่ ทำให้ไม่เคยมีอาการผิดปกติ อีกทั้งระดับความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ใน Class I-Class II ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความสุขสบายเหมือนคนทั่วไปขณะพักหรืออาจมีอาการเหนื่อยเพียงเล็กน้อยเมื่อทำกิจกรรม ทำให้สามารถทำงานได้ทุกอย่าง เช่น การยกของหนัก การทำงานบ้านที่ต้องออกแรงมาก ถึงแม้ว่าจะทำงานได้ทุกอย่าง แต่ผู้ให้ข้อมูลก็ยังระมัดระวังตนเอง โดยการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจหอบ แน่นหน้าอก อยู่เสมอรวมถึงปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำว่าทำได้หรือไม่ เพื่อให้แน่ใจว่ากิจกรรมนั้นจะไม่ทำให้อาการของโรคกำเริบซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ จิวสีบพงษ์ (2550) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของร่างกาย ถ้าความรุนแรงของโรคต่ำผู้ป่วยยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ แต่เมื่อระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมก็จะลดลง

สรุป ในการศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ชุดลดค่าอัน ทำให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพ เข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยมากขึ้น และทราบถึงการรับรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ชุดลดค่าอันตามการรับรู้ของผู้ป่วยเอง ซึ่งจะช่วยให้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การรักษาพยาบาลด้านต่าง ๆ

แก่ผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านการศึกษา และ 3) ด้านวิจัยทางการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยเบื้องต้นทำให้เกิดการรับรู้ต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถที่จะทำให้พยาบาลนำข้อมูลนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ อย่างเข้าใจมากยิ่งขึ้น

กลุ่มผู้ที่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสวงหาทางเลือกควบคู่กับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทำให้เข้าใจว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพเสมอไป แต่ผู้ป่วยเค้าจะมีวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เชื่อว่าเค้าจะดีขึ้นตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญและต้องไปสร้างเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องให้กับผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยของตน เพื่อจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กลุ่มผู้ที่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นเสมือนข้อจำกัดของชีวิต ส่งผลให้คนเหล่านี้รู้สึกเครียด ท้อแท้ สิ้นหวัง และไม่อยากปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น ส่วนการลองขาดยา ลองไม่มาตรวจตามนัด เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เสี่ยงสูงเพราะนอกจากบางครั้งจะแก้ปัญหาไม่ได้แล้ว อาจส่งผลให้เกิดปัญหาใหม่ตามมาได้ นำไปสู่ข้อเสนอแนะเรื่องการสร้างเสริมกำลังใจ ส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการดีขึ้นเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ที่รับรู้ว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นเสมือนสิ่งที่จะช่วยให้ชีวิตกลับสู่ภาวะปกติ

2. ด้านการศึกษา ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบ การสอนให้นักศึกษาพยาบาลเรียนถึงปัญหาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงเน้นให้เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ปอดฝ่งให้นักศึกษาคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่แยกส่วนการดูแล

3. ด้านการวิจัย ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน เช่น การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน การศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน และมีการศึกษาเชิงคุณภาพซ้ำเกี่ยวกับกระบวนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

บรรณานุกรม

- กรรทีมา ศรีจันทร์. (2553). *ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *ความเครียดคืออะไร*. เข้าถึงได้จาก www.rtafa.ac.th/science/article/pdf/bla_2_2551_Stress.pdf
- กอบกุล บุญปราศรัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- จาดศรี ประจวบเหมาะ, กัมปนาท วีรกุล และรังสฤษฎ์ กาญจนระวีชัย. (2547). *ทะเบียนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2547. เข้าถึงได้จาก <http://dspace.sri.or.th/dspace/handle/123456789/1191>
- จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จิตติมา ฐริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร หินทอง. (2551). *การจัดการกับความเครียด*. เข้าถึงได้จาก www.rtafa.ac.th/science/pdf/bla_2_2551_Stress.pdf
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2552). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชลิดา ปลาเงิน, กุษาวดี อัครวิเศษ และ พิษชุตติ วัชรพิณฑุ. (2550). *ประสบการณ์การเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 25(2), 35-46.
- ชาย โปธิลิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ*. คุษณินิพนธ์
 พยาบาลศาสตรคุษณิปบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
 หัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 การพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- คิลิก กิโยทัย. (2547). *การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับ Psychosocial factors กับโรคหัวใจ
 และหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.).
- ทัศนีย์ แคนุนทด. (2549). *ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการประยุกต์ทฤษฎี
 ความสามารถแห่งตนต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดโคโรนารี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
 การพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธนวัฒน์ เบญจานูวัตร และอภิชาติ สุคนธสรรรพ์. (2548). Percutaneous transluminal
 coronary angioplasty. ใน อภิชาติ สุคนธสรรรพ์ (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดหัวใจ
 โคโรนารี* (หน้า 55-90). เชียงใหม่: ไอเด้นตีตี้กรุ๊ป.
- ธนวัฒน์ เบญจานูวัตร และอภิชาติ สุคนธสรรรพ์. (2553). Percutaneous coronary intervention.
 ใน อภิชาติ สุคนธสรรรพ์ (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี* (หน้า 249-268).
 เชียงใหม่: ไอเด้นตีตี้กรุ๊ป.
- นุชนาด สุวรรณประทีป. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจ
 ขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
 คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิชากา สุขประเสริฐ. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยที่เป็น
 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
 ผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตญา ฤทธิเพชร. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ
 ความเข้มแข็ง ในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
 หัวใจตีบ ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส
 ราชนครินทร์*, 5(1), 16-34.

- นงลักษณ์ ทองอินทร์, เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนาและกิริพร ด้านธีระภากุล. (2554). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสาร*, 55(1), 77-86.
- ปภาพสวีร์ เจริญพัฒนากัก. (2556). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประวิชัย ต้นประเสริฐ. (2554). *ทำไมต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ*. *CMV health heart*, 29-30.
- ปราณี กาญจนาวรวงศ์. (2550). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 25(1), 24-34.
- ปริศนา วรรณันท์. (2541). พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยมาศ ชาชุมพร. (2555). การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 8). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พัชรินทร์ อินทร์ปรุง. (2551). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2549). Self management for chronic illness: Cardiovascular disease. ใน รายงานการประชุมวิชาการ เรื่อง *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังแบบผสมผสาน: การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล* (หน้า 76-86). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพลินดา พิพัฒน์สมบัติ. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใส่หลอดเลือดขยาย ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ภัทรสิริ พจนานพศ์. (2556). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มาลี มาลาอี. (2549). ผลของโปรแกรม การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อการรับรู้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เขาวภา บุญเที่ยง. (2546). การสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจหายเลือดคั่ง. *พยาบาลสาร*, 19(1), 108-120.
- รุ่งทิพย์ เป้าคุณ. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียดกับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณิ จิวสืบพงษ์. (2550). ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วราคนางค์ อุไรวงษ์. (2550). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ/ การปฏิบัติกิจวัตรด้านสุขภาพครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรวิมล รุ่งประดับวงศ์. (2558). *ตำราอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตรา กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง. (2556). ภาวะวิกฤติเกี่ยวกับหัวใจ และหลอดเลือด (Cardiac alterations). ใน วิจิตรา กุสุมภ์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 3), (หน้า 189-238). กรุงเทพฯ: สามัญนิติบุคคลสหประชาชาติ.
- วิชัย ตันไพจิตร. (2537). *แนวทางการวิจัยภาวะหลอดเลือดแข็ง*. กรุงเทพฯ: สภาวิจัยแห่งชาติ.
- วิรักรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วิลาวัลย์ แก้วอ่อน. (2552). การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้รับเพื่อการดูแลตนเองหลังเกิดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับหัตถการหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2552). โภชนาการและโภชนบำบัดทางการพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิไลพร หอมทอง. (2547). พฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลนครพิงค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลลักษณ์ พิมรินทร์. (2549). การรับรู้ภาวะไขมันในเลือดและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรัณย์ ควรประเสริฐ. (2546). แนวทางการรักษา Acute coronary syndrome (ACS). ใน อภิชาติ สุขนครินทร์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ. (บรรณาธิการ). *Coronary artery disease* (หน้า 221-236). เชียงใหม่: ไอแอมออแกไนเซอร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล: ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.
- ศิริวรรณ เจริญนท. (2551). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ต่อความรู้ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 19(2), 41-50.
- ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. (2543). ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 7(3), 58-65.
- ศรพิศ พรหมผิว. (2557). ผลของการให้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่สายสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2545). การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2540). การจัดการระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: การดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. เชียงใหม่: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพันธ์ หิญชีระนันท์. (2541). ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 47(2), 69-72.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2554). *Cardiac rehabilitation guideline*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheart.org/บทความสาระที่น่าสนใจ/guideline.html>
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติการตาย*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/index.htm>
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างบูรณาการ. *วารสารโรคหัวใจและทรวงอก*, 23(2), 43-58.
- สุดใจ บุรณพฤษยา. (2549). *พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุทธิชา สุวรรณศรี. (2548). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2555). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 20)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อริชา จันทนทัศน์. (2556). ความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 17-28.

- อรนุช เขียวสะอาด. (2544). ผลของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non ST-Segment elevation. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(2), 2-15.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์ และชนวัฒน์ เบญจानุวัตตรา. (2553). Percutaneous Coronary Intervention. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี* (หน้า 249-268). เชียงใหม่: ไอเด็นตีตี้กรุ๊ป.
- อำพร มิ่งขวัญ. (2548). การปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุทัยทิพย์ รักจรยาบรรณ. (2540). การบริโภคการแพทย์และโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาโรคติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคณา ชนชนะ. (2550). ประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่เป็นโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Antman, E. (2008). ST-Elevation myocardial infarction management. In P. Libby, R. O. Bonow, D. L. Mann, & D. P. Zipes (Eds.), *Braunwald's heart disease* (pp. 1233-1317). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- American Heart Association [AHA]. (2015). *Heart and stroke facts statistics*. Dallas: American Heart Association.
- Bephage, G. (2005). Promoting quality sleep in older people: The nursing care role. *British Journal of Nursing*, 14, 205-210.
- Bravata, D. M., Gienger, D. M., McDonald, A. L., Sundaram, K. M., Perz, V., & Varghese, M. V. (2007). Systematic review: The comparative effectiveness of percutaneous coronary interventions and coronary artery bypass graft surgery. *Annals of Internal Medicine*, 147, 703-716.
- Dangas, G., & Kuepper, F. (2002). Restenosis: Repeat narrowing of coronary artery prevention and Treatment. *Circulation*, 105, 2586-2587.

- Fullwood, J., Butler, G., & Smith, T. (2002). New strategies in the management of acute coronary syndromes. *The Nursing Clinics of North America*, 35(4), 877-895.
- Giglioli, C., Vaente, S., Margheri, M., Romano, S. M., & Saletti, E. (2009). An angiographic evaluation of restenosis rate at a six-month follow-up of patients with ST-elevation myocardial infarction submitted to primary percutaneous coronary intervention. *International Journal of Cardiology*, 131(3), 362-369.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Philadelphia: Sage.
- Haak, S. W., & Huether, S. E. (1992). The person with myocardial infarction. In C. E. Guzzetta, & B. M. Dossey (eds), *Cardiovascular nursing. Holistic practice*. (pp. 78-92). St Louis: Mosby.
- Johnson, J. L., & Morse, J. M. (1990). Regaining control: The process of adjustment after myocardial infarction. *Heart & Lung*, 19(2), 126-135.
- Kang, S. H., Park, K. H., Choi, D., Park, K. W., Chung, W. Y., & Lim, C. (2010). Coronary artery bypass grafting versus drug-eluting stent implantation for left main coronary artery disease (from a two-center registry). *The American Journal of Cardiology*, 105(3), 343-351.
- Katz, D. L. (2001). CHD risk factors: A Framingham study update. *Hospital Practice*, 25, 119-127.
- Laviene, N. G., Bates, R. E., & Blankenship, C. J. (2011). 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for percutaneous coronary intervention a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation*, 124, e574-e651.
- LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). *Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care*. California: Addison-Wesley.
- Lucai, A., Dieter, M., & Klaus, L. (2010). Multifactorial lifestyle intervention in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and Type 2 diabetes mellitus: A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, 40, 49-64.

- Mckenna, K. T., Maas, F., & McEniery, P. T. (1995). Coronary risk factor status after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung, 24*, 207-211.
- McSweeney, J. C., Cody, M., OSullivan, P., Elberson, K., Moser, D. K., & Garvin, B. J. (2003). Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction. *Circulation, 108*, 1-5.
- Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., Melle, J. P., & Jonge P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *Gen Hosp Psychiatry, 33*, 203-216.
- Miller, P., Wikoff, R., McMahan, M., Garrett, M. J., & Ringel, K. (1990). Regimen compliance two years after myocardial infarction. *Nursing Research, 39*, 333-336.
- Moleerergpoom, W., Kanjanavanit, R., Jintapakorn, W., & Sritara, P. (2007). Costs of payment in Thai acute coronary syndrome patients. *Journal Medicine Association of Thailand, 90*, 21-31.
- Munden, J. (2007). *Cardiovascular system*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- National Cholesterol Education Program [NCEP]. (2001). Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adult. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adult (Adult Treatment Panel III), *The Journal of The American Medical Association [JAMA]; 285*, 2486
- Neville, K., Youshinobu, O., & Patrick, W. S. (2010). Coronary stent technology. In J. Haase, H. J. Schafers, H. Sievert, & R. Waksman (Eds.), *Cardiovascular interventions in clinical practice* (pp. 330-352). Oxford: Pergamon.
- New York Heart Association. (1994). *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels* (9th ed.). Boston: Little, Brown & Co.
- O' Brien, J. L., Moser, D. K., Riegel, B., Frazier, S. K., Garvin, B. J., & Kim, K. A. (2001). *Comparison of anxiety assessment between clinician and patients with acute myocardial infarction in cardiac critical care unit*. Retrieved from <http://www.ACN.org/AACN/Jmlajcc.nsf>

- Prasad, D. S., Kabir, Z., & Dash, A. K. (2009). Smoking and cardiovascular health: A review of the epidemiology pathogenesis, prevention and control of tobacco. *Indian Journal Medicine Science, 63*(11), 520-533.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton and Lange.
- Rich-Edwards, W. J., Mansen, E. J., Hemmeken, H. C., & Buring, E. J. (1995). The primary prevention of coronary heart disease in women. *The New England Journal of Medicine, 332*(26), 1758-1763.
- Shin, Y. (1999). The effects of a walking exercise program on physical function and emotional state of elderly Korean women. *Public Health Nursing, 16*(2), 146-154.
- Shemesh, E., Yehuda, R., Milo, O., Dinur, I., Rudnick, A., Vered, Z., & Cotter, G. (2004). Posttraumatic stress, nonadherence and adverse outcome in survivors of a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Medicine, 66*, 521-526.
- Smith, S. C., Feldman, T. E., Hirshfeld, J. W., Jacobs, A. K., Kern, M. J., & King, S. B., (2005). ACC/AHA/ACAI 2005 Guideline update for percutaneous coronary intervention guidelines. *Circulation Journal, 67*(1), 87-112.
- Smith, Jr, S. C., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L.T., Creager, M. A., & Franklin, B. A. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patient with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: A guideline from the american heart association and american college of cardiology foundation endorsed by the world heart federation and the preventive cardiovascular nurse association. *Journal of American College of Cardiology, 58*(23), 2432-2446.
- Spertus, J. A., Martha, J. R., Nathan, R. E., Edward, F. E., Erik, D. P., & Harlan, M. K. (2003). Cardiovascular disease and stroke cardiology first scientific forum on quality of care and outcomes research in working group of the American heart association/American college of myocardial infarction; Summary from the acute myocardial infarction. *Circulation, 107*(1), 1681-1691.
- Stern, M., Pascale, L., & McLoone, J. (1976). Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of Chronic Disease, 29*(8), 513-526.

- Van melle, J. P., Jonge, P., Kuyper, A. M. G., Honig, A., Schene. A. H., & Criins, H. J. G. M. (2006). Prediction of depressive disorder following myocardial infarction data from the myocardial infarction and depression-intervention. *Int J Cardiol*, 109, 88-94.
- World Health Organization [WHO]. (1996). Lifestyle and health. *Social Science and Medicine*, 22(2), 117-124.
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Cardiovascular disease*. Retrieved from http://www.who.int/eardivascular_disease/en/index.html.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Cardiovascular disease mortality*. Retrieved from http://www.gamapservers.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/cvd/atlas.html.
- Whooley, M. A., Jonge, P. D., Vittinghoff, E. Otte, C., Carney, R. M., Ali S., Dowray, S., Na. B., Feldman, M. D., Schiller N. B., & Browner, W. S. (2008). Depressive symptoms health behaviors, and risk of cardiovascular event in patients with coronary heart disease. *The Journal of The American Medical Association*, 300(20), 2379-2388.
- Zafari, A. M., Yang, E. H. (2011). *Myocardial infarction*. Retrieved from [http:// emedicine.com/article/155919-Overview#a0156](http://emedicine.com/article/155919-Overview#a0156).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มการขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ประสพการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-01-2559

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพรทิพย์ ไพบูลย์ธรรม

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาถึงการให้ความหมายของประสพการณ์ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ในผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามการรับรู้ของ ผู้ป่วย และตามประสพการณ์ตรงที่เกิดขึ้นกับคุณผู้ป่วยเอง ซึ่งเป็นการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความเชื่อเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของคุณภายหลัง ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

คุณได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก คุณมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลที่ เหมาะสม และสามารถสะท้อนถึงประสพการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา จำนวน 9 ข้อ แล้วจึงจะติดตาม เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

เมื่อคุณเข้าร่วมการวิจัยแล้ว คุณจะได้รับการสัมภาษณ์ประมาณ 1-2 ครั้ง โดยการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในสถานที่ที่จัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของ โรงพยาบาลและบ้านตามความสะดวกของคุณ ซึ่งในขณะที่พูดคุยดิฉันขอบันทึกเสียงการพูดคุย และจดบันทึกเพื่อป้องกันการลืม

ประโยชน์ที่คุณจะได้รับ คือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา ความรู้สึกของข้อมูล เกี่ยวกับประสพการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลัง ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน อย่างไรก็ตาม อาจมีความเสี่ยง หรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ได้แก่ คำถามบางคำถามอาจทำให้คุณรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความกังวลที่จะพูดถึง หากคุณต้องการ ความช่วยเหลือในการเผชิญกับความรูสึกนั้น ดิฉันพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ โดยให้คุณระบาย ความรู้สึกออกมาและดิฉันจะคอยแนะนำวิธีเพื่อลดสิ่งเหล่านั้นหรือแนะนำสถานที่ช่วยเหลือให้แก่

คุณ ส่วนผลการวิจัยโดยรวมจะถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา การวางแผนให้กิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และเป็นแนวทาง ในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป จึงเป็น โอกาสหนึ่งที่คุณจะได้สร้างประโยชน์ให้แก่ตนเอง ผู้ป่วยคนอื่นร่วมกัน

การเข้าร่วมวิจัยของคุณครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ คุณมีสิทธิที่จะตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และเมื่อคุณเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ภายหลังเกิดเปลี่ยนใจสามารถ ขอลถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า โดยไม่มี ผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลจากทีมสุขภาพที่ควรจะได้รับตามสิทธิที่มีอยู่ ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่เกิดอันตรายกับผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากการพูดคุยสนทนาเท่านั้น ไม่ได้มีการปฏิบัติการพยาบาล แต่อย่างใด คุณจะได้รับข้อมูลเป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อจริง นำผลการศึกษาที่ได้มาเผยแพร่ เฉพาะที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา นำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายในเชิงวิชาการ ในขอบเขต ที่ได้รับอนุญาตจากคุณเท่านั้น ข้อมูลของคุณมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่ทราบข้อมูล และทำการลบข้อมูลทั้งหมดเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นหากคุณสมัครใจเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ขอให้คุณ ลงชื่อท้ายข้อความนี้ด้วย

หากคุณมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวัน การรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวพรทิพย์ ไพศาลธรรม หมายเลขโทรศัพท์ 081-172-4553 ที่อยู่ โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จังหวัดนครนายก เลขที่ 62 หมู่ 7 อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก (26120) หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุภาภรณ์ คิ้วแพง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-814-3913 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อำเภอเมือง จังหวัด ชลบุรี (20131)

ผู้วิจัยขอขอบคุณที่คุณได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ (.....)

นางสาวพรทิพย์ ไพศาลธรรม

ผู้วิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ : เรื่องประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

วันที่คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้วข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(นางสาวพรทิพย์ ไพศาลธรรม)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้า ในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(นางสาวพรทิพย์ ไพศาลธรรม)

ภาคผนวก ข
แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งจะยืดหยุ่นและสามารถปรับเปลี่ยนตามบริบทในแต่ละสถานการณ์ เพื่อเอื้อต่อการติดตามข้อมูล ประเด็นคำถามและตัวอย่างคำถามเบื้องต้นในการเก็บข้อมูลครั้งแรก มีดังนี้

แนวคำถาม ในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้มาซึ่งความหมายของการรับรู้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน

วัตถุประสงค์	ประเด็นคำถาม
เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลบรรยายถึงประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน	<ol style="list-style-type: none">1. กรุณาเล่าถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของคุณ2. กรุณาช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะว่าวิถีชีวิตก่อนได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างไร3. กรุณาช่วยเล่าให้ฟังหน่อยได้ไหมคะว่ามีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันอย่างไรบ้าง เพราะอะไรจึงจะทำอย่างนั้น<ol style="list-style-type: none">3.1 การจัดการกับความเครียด3.2 การออกกำลังกาย3.3 การพักผ่อน3.4 การบริโภคอาหาร3.5 การปฏิบัติตัวด้านการรักษา3.6 การเลิกบุหรี่3.7 ด้านอื่น ๆ4. คุณมีความคิดเห็น หรือรู้สึกอย่างไรกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน5. ภายหลังมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน ส่งผลกระทบอะไรกับตัวคุณบ้างทั้งในขณะนี้และต่อไป

กรณีสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อเจาะลึกในประเด็นที่ขาดหายจากการสัมภาษณ์ครั้งแรก ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล บอกเล่าประสบการณ์เพิ่มเติมจากครั้งแรก โดยมีคำถามหลักดังนี้

คำถามหลัก จากประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของคุณ คุณมีเรื่องอะไรเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ต้องการเล่าเพิ่มเติม นอกเหนือจากการบอกเล่าครั้งแรกบ้าง

ภาคผนวก ค
แนวทางในการสังเกต

แนวทางในการสังเกต

แนวทางในการสังเกตต่อไปนี้จะสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสังเกตผู้ให้ข้อมูล ทั้งขณะสัมภาษณ์ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือขณะอยู่บ้าน เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต จะสามารถนำมาสนับสนุนคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลได้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือของ งานวิจัยมากขึ้น โดยมีแนวทางในการสังเกต ดังนี้

1. สังเกตสถานที่ (Setting) ลักษณะ โครงสร้างของสถานที่ บรรยากาศ แสงสี เสียง
2. สังเกตกิจกรรมที่เกิดขึ้น (Activities) สังเกตปฏิกริยา สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรม การแสดงออก ขณะผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าประสบการณ์
3. สังเกตบริบทหรือสิ่งแวดล้อม (Context)
 - 3.1 สังเกตสถานที่ และสิ่งแวดล้อมทั่วไป
 - 3.2 สังเกตการณ์มีปฏิสัมพันธ์ หรือสัมพันธ์ภาพของผู้ให้ข้อมูลกับบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์

ภาคผนวก ง
แบบบันทึกต่าง ๆ

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

วันที่.....รหัสผู้ให้ข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา พุทธ อิสลาม คริสต์ อื่น ๆ
4. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อนุปริญญา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานภาพสมรส คู่ โสด
 หม้าย/ หย่าร้าง แยกกันอยู่
6. อาชีพเดิมก่อนได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....
อาชีพหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....
7. รายได้ต่อเดือน.....
8. ลักษณะครอบครัว/ ชุมชนที่อาศัย.....
(ครอบครัวเดี่ยว/ ครอบครัวขยาย/ ชุมชนเมือง/ ชุมชนชนบท)
9. ผู้ดูแลใกล้ชิด.....
10. บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว
ก่อนได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....
บทบาทหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....
11. ภูมิลำเนา.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค.....
2. สิทธิในการรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ ประกันสังคม เบิกได้
3. ระดับความรุนแรงของโรค.....
4. โรคประจำตัวอื่น ๆ
5. ระยะเวลาที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันจนถึงปัจจุบัน.....
6. ชนิดของการใส่ขดลวดค้ำยัน.....
7. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน.....

8. จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....

9. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

1..... 2.....

3..... 4.....

5..... 6.....

7..... 8.....

9..... 10.....

แบบฟอร์มการจดบันทึกภาคสนาม

รายชื่อ.....การเยี่ยมชมครั้งที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สถานที่เยี่ยมชม.....เวลา.....

ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล.....

.....
.....
.....

สถานการณ์ขณะสัมภาษณ์.....

.....
.....
.....
.....
.....

ปฏิกิริยาหรือการแสดงออก ของผู้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

แบบบันทึกการสังเกต

รหัสผู้ให้ข้อมูล.....ครั้งที่.....

วันที่.....เวลา.....

ประเภทของเหตุการณ์.....

กิจกรรมที่ทำ	สถานที่	ความสัมพันธ์	ผู้ที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ

แบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย

วันที่.....ครั้งที่.....สถานที่.....

ปัญหาและอุปสรรค จากการสัมภาษณ์/ วิเคราะห์/ บันทึกข้อมูล	แนวทางการแก้ไข
1.....	1.....
2.....	2.....
3.....	3.....
4.....	4.....
5.....	5.....
6.....	6.....
7.....	7.....
8.....	8.....

ความรู้สึก อารมณ์ของผู้วิจัยต่อการสัมภาษณ์/วิเคราะห์/บันทึกข้อมูลครั้งนี้.....

.....

ข้อสรุป.....

.....