

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจาก
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

The Effect of Educational Program on Perceived Skills to Manage Acute
Myocardial Ischemic Symptoms

อุดมรัตน์ ชโลธร^{1*}, ทิพมาส ชินวงศ์² และวิภา แซ่เซีย³

Udomrat Chalothorn^{1*}, Tippamas Chinnawong² and Wipa Saesia³

¹นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of educational program on perceived skills to manage acute myocardial ischemic symptoms. Samples were 31 patients with acute coronary syndromes (ACS) admitted to one regional hospital in the south of Thailand. Sixteen patients were assigned in a control group and fifteen patients were assigned in an experiment group. Control group was received usual care and the experiment group was received the educational program for 3 consecutive days. The experimental tools were 1) educational program focused on recognizing and managing myocardial ischemia symptoms and 2) handbook about ACS and How to manage myocardial ischemia symptoms. Data collecting tools were patients and health information questionnaire, and perceived skills of manage ACS symptoms questionnaire. The validity of the later tool was tested by using Cronbach's Alpha Coefficient, it showed the value of .96. Personal and health information data were analyzed by using descriptive statistics. Personal and health information between the experimental and the control group were compared by nonparametric and parametric statistic. Perceived skills to manage symptoms of ACS between the control and experimental groups were analyzed by using independent T-test.

The results showed the mean score of perceived skills to manage ACS symptoms in the experiment group (M = 152.60, SD = 11.62) was higher than in the control group (M = 95.87, SD = 29.18) with statistically significant (t = -7.02, p <.001). The result of this study can be used to encourage patients with ACS to recognize the emergence of myocardial ischemic symptoms and to manage its symptoms effectively, in both dominant and non-dominant symptoms.

Keywords: *educational program, perceived skills to manage acute myocardial ischemic symptoms, routine nursing care*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 31 รายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 16 รายและกลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ติดต่อกัน 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ 1) คู่มือการรับรู้และจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 2) แผนการสอนการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คือ แบบสอบถามการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้ สถิติอ้างอิงแบบใช้พารามิเตอร์และไม่ใช้พารามิเตอร์ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 152.60, SD = 11.62$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 95.87, SD = 29.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.02, p < .001$) ผลจากการศึกษานี้พยาบาลสามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้อาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างถูกต้อง ทั้งที่เป็นอาการที่เด่นชัดและไม่เด่นชัด เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลต่อการมารับการรักษาที่รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, ทักษะการรับรู้การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, การพยาบาลตามปกติ

บทนำ

ในประเทศไทยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้นมากที่สุดในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสถิติโรคพบว่ามีอัตราการตายเพิ่มขึ้นสูงมากในปี พ.ศ. 2550 – 2551 จากจำนวนร้อยละ 2.60 เป็นร้อยละ 6.70 ตามลำดับ แต่ก็มีแนวโน้มที่จะลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2554 เป็นจำนวนร้อยละ 6.70, 6.57, 6.28 และ 6.21 ตามลำดับ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) อัตราการตายที่ลดลงเป็นผลจากวิวัฒนาการทางการรักษาที่ก้าวหน้ามากขึ้น ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือดและการทำบอลลูนเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี (วิจิตร และ พวงผกา, 2551) เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 30 ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยมีอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การมารับการรักษาที่ล่าช้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนของการประเมินอาการและรับรู้อาการ (Bradley, & Krumholz, 2005) จึงทำให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการไม่เหมาะสม คือ รออาการและรักษาตนเอง มากกว่าการรีบไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล (จิราวรรณ, 2549; เป็น, 2550) ปัจจัย

หลักที่ทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินอาการ รับรู้อาการ และจัดการอาการไม่เหมาะสม ได้แก่ อาการที่เกิดขึ้นไม่ชัดเจน ทักษะในการจัดการอาการที่ไม่เพียงพอ วิตกกังวลต่ออาการที่เกิดขึ้น เกรงใจไม่ต้องการรบกวนผู้อื่นในการพามาโรงพยาบาล (เป็น, 2550; Kharim & Carey, 2009) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการประเมินการ รับรู้อาการและจัดการอาการได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการจัดการอาการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยต้องอาศัยความเข้าใจและจัดการอาการ 3 ด้านหลักๆ ดังนี้ 1) เข้าใจข้อมูลของอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น 2) ทราบวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดอาการ และ 3) มีการควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เหมาะสม (Alonzo & Reynolds, 1997) การให้ความรู้เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะไปเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการประเมินอาการ การรับรู้อาการและการจัดการอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (McKinley, Dracup, Moser, Riegel, Doering, Mieschke et al., 2009) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 2005) มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหัวใจขาดเลือดได้อย่างถูกต้อง อันจะช่วยลดระยะเวลาการมารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการทำบอลลูนเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี

วัตถุประสงค์

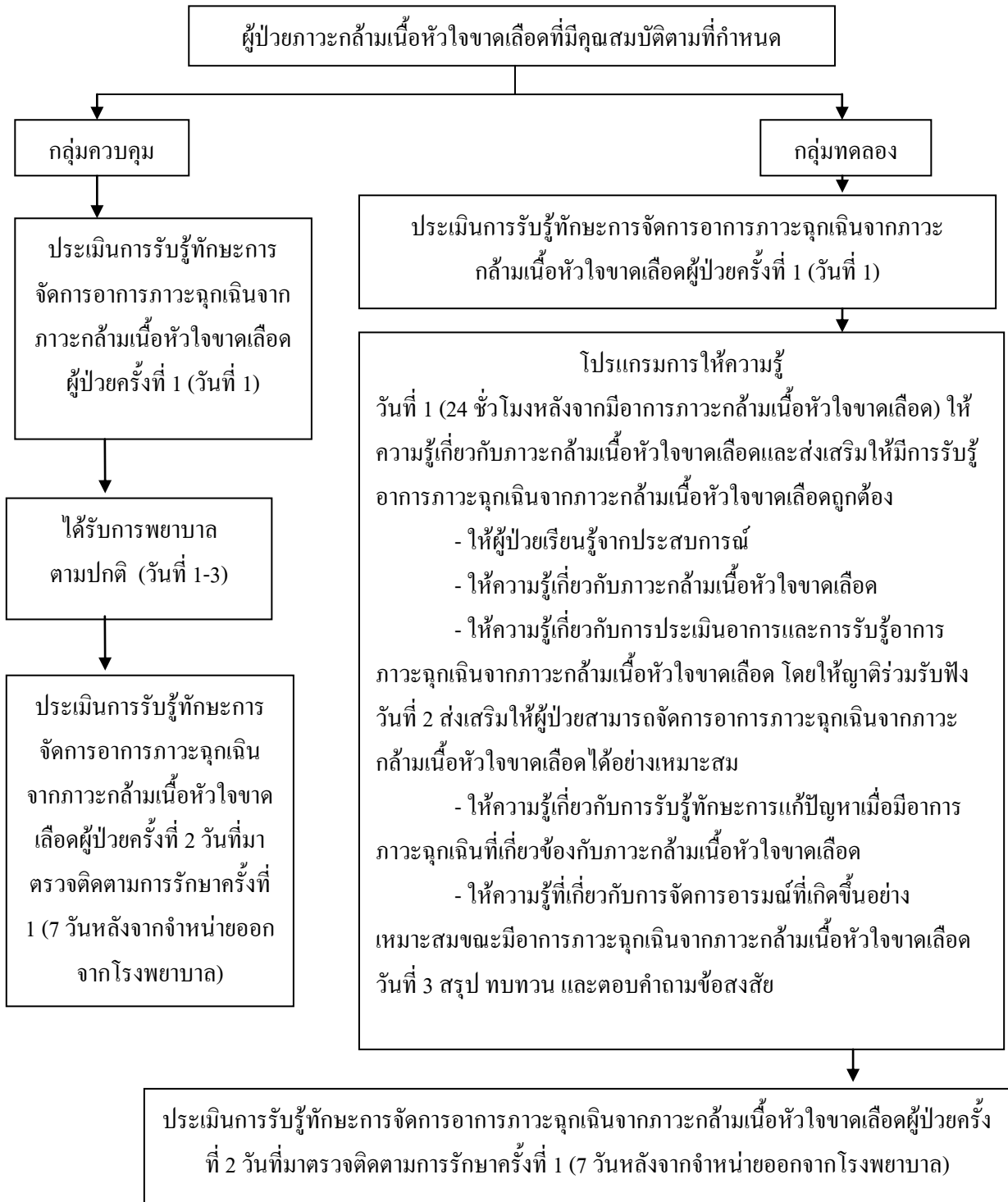
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิด ทฤษฎี กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Regulation Model: SRM) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 2005) ซึ่งได้อธิบายเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการตนเองเมื่อเจ็บป่วย ว่าบุคคลจะมีการจัดการตนเองอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับความรู้การเจ็บป่วย การให้ความหมายต่ออาการที่เกิดขึ้นจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยการรับรู้จะมีพื้นฐานจากประสบการณ์เดิมก่อนการเจ็บป่วยและลักษณะอาการที่เกิดขึ้นปัจจุบัน รูปแบบการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การรับรู้อาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้น (symptom identity/ illness representation) ได้แก่ การรับรู้ประสบการณ์อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นว่าเกี่ยวข้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรับรู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง การรับรู้สาเหตุและปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการ การรับรู้ถึงผลกระทบจากโรคที่จะเกิดขึ้น และการรับรู้ถึงวิธีการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนของการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมีการจัดการใน 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การแก้ปัญหา (cognitive coping/problem solving) และการจัดการอารมณ์ (coping with emotional response) และระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลของการจัดการอาการ เป็นการประเมินดูว่าผลลัพธ์ของการเลือกวิธีที่ผู้ป่วยนำมาใช้ในการตอบสนองต่อโรคและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นได้ผลหรือไม่ ในระยะที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยจะประเมิน

จากการพูดคุยจากประสบการณ์และจากเครื่องมือที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น เพื่อที่จะสามารถให้ความรู้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในแต่ละราย

วิธีการทดลอง/วิธีการวิจัย



ผลการทดลอง/ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (กลุ่มควบคุมร้อยละ 50 กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7) กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 38-75 ปี อายุเฉลี่ย 62.75 ปี กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 35-74 ปี อายุเฉลี่ย 57.20 ปี กลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 87.5) และกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธและอิสลามเท่ากัน (ร้อยละ 46.7) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 50 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.0 ตามลำดับ) ได้เรียนหนังสือ (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 68.8 กลุ่มทดลองร้อยละ 80) และสิทธิการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม (กลุ่มควบคุมร้อยละ 68.8 กลุ่มทดลองร้อยละ 80) และข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มควบคุมเคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว (ร้อยละ 50) กลุ่มทดลองไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 53.3) ออกกำลังกายนานๆ ครั้ง (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 43.8 กลุ่มทดลองร้อยละ 46.7) กลุ่มควบคุมไม่มีความเครียด/หงุดหงิด/ใจร้อน/เรงรีบ (ร้อยละ 50.0) กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีปานกลาง (ร้อยละ 53.3) ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดครั้งนี้เป็นครั้งแรก (กลุ่มควบคุมร้อยละ 56.3 กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7) มีโรคประจำตัว (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 87.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 93.8) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 53.3) มีความเชื่อมั่นในการรักษามาก (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 68.8 กลุ่มทดลองร้อยละ 93.3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลครั้งนี้ ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก (กลุ่มควบคุมร้อยละ 62.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 66.7) และได้รับการวินิจฉัยเป็น Acute Non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) (ร้อยละ 93.8 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.0 กลุ่มทดลอง) ระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม คือ ระดับ 2 (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 87.5 กลุ่มทดลองร้อยละ 86.7) ด้านการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในครั้งนี้ กลุ่มทดลองใช้วิธีนั่งหรือนอนพัก อดยาใต้ลิ้น และรีบไปโรงพยาบาล มากที่สุดในอัตราส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 18.8) กลุ่มทดลองเลือกใช้วิธีบีบนิ้วมากที่สุด (ร้อยละ 46.7) ด้านข้อมูลทั่วไปและข้อมูลภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้าน อายุ ศาสนา และความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่ พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงกว่า ($M = 152.60, SD 11.62$) ก่อนการทดลอง ($M = 73.80, SD 32.11$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.36, p < .001$) ดังตาราง 1

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($M = 152.60, SD = 11.62$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 95.87, SD = 29.18$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.02, p < .001$) ดังตาราง 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) (N = 31)

ทักษะการรับรู้และการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ก่อนทดลอง (n = 16)		หลังทดลอง (n = 15)		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้อาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	20.20	9.38	49.80	4.77	-13.13	.000
การจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	49.20	22.78	96.00	7.22	-8.31	.000
การจัดการทางอารมณ์เมื่อเกิดอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	4.40	2.56	6.80	1.21	-4.75	.000
รวมรายด้าน	73.80	32.11	152.60	11.62	-10.36	.000

$p < .001$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) (N = 31)

ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	กลุ่มควบคุม (n = 16)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		df	t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ก่อนทดลอง (Pre - test)	83.25	17.37	73.80	32.11	29	.88	.38
หลังทดลอง (Post - test)	95.87	29.18	152.60	11.62	19.89	-7.02	.000

$p < .001$

การอภิปรายผล

โปรแกรมการให้ความรู้ต่อการรับรู้ทักษะการจัดการอาการภาวะฉุกเฉินจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ประยุกต์ให้มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Regulation Model: SRM) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984; Leventhal et al., 2005) เป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น ทั้งอาการที่เด่นชัดและไม่เด่นชัด โดยจะอาศัยจากประสบการณ์และเสนอแนะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคและอาการภาวะฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงไปถึงทักษะการจัดการอาการที่เหมาะสมกับอาการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ซึ่งจากการปฏิบัติเดิมทางตึกผู้ป่วยจะมีการแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวหลายๆเรื่องรวมกันและสอนด้านการจัดการอาการ โดยยังไม่ได้สอนตั้งแต่การรับรู้อาการ จากการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถรับรู้ได้ทุกเรื่องในเวลาเดียวกัน สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้

ความรู้ เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในส่วนหนึ่งของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- จิราวรรณ เสดอติชัย. 2549. กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เป็น รักเกิด. 2550. การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิจิตร กุสุมภ์ และพวงผกา กรีทอง. 2551. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพาณิชย์.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. คู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.
- Leventhal, H., Narenz, D. R., & Steele, D. J. 1984. Illness representations and coping with health threats. In A. Baum & J.Singer (Eds.), *A Handbook of Psychology and Health*, 4: 219-252.
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. 2005. Living with Chronic Illness: A Contextualized, Self-Regulation Approach. In Sutton, S., Baum, A., & Johnston, M (Eds.), *The SAGE Handbook of Health Psychology*, 8: 197-240.
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H., Aitken, L, M., et al. 2009. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46: 1037-1046.
- Nallamotheu, B. K., Bates, E. R., Herrin, J., Wang, Y., Bradley, E. H., & Krumholz, H. M., 2005. Times to treatment in transfer patients undergoing primary percutaneous coronary intervention in the United States: National Registry of Myocardial Infarction (NRM)-3/4 analysis. *Circulation*. 111: 761-767.
- Khraim, F. M & Carey, M. G. 2009. Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 75: 155-161