



ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิก
ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิก
ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ



อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

EFFECTS OF TRANSITIONAL HEALTH MANAGEMENT PROGRAM
ON READINESS FOR DISCHARGE, ADAPTATION AND CLINICAL SYMPTOMS
AMONG ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS
WITH POST PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION



UTTHAWIT JANSIRI

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2023

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ อรรถวิทย์ จันทร์ศิริ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพิณิจ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส)

..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพิณิจ)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส)

..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา วิเสโส)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของ
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิหวัศ แจ่มเอี่ยม)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

64910030: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพ, ความพร้อมจำหน่าย, การปรับตัว, อาการทางคลินิก, ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

อรรถวิทย์ จันทศิริ : ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ. (EFFECTS OF TRANSITIONAL HEALTH MANAGEMENT PROGRAM ON READINESS FOR DISCHARGE, ADAPTATION AND CLINICAL SYMPTOMS AMONG ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS WITH POST PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ปณิชา พลพินิจ, ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส ปี พ.ศ. 2566.

ความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองภายหลังเกิดการเจ็บป่วย มีการดำเนินชีวิตและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 68 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน การติดตามเยี่ยมและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการช่วงเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย แบบสอบถามการปรับตัว แบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบสอบถามอาการทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Independence t-test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914, p < .001$) ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลัง

จำหน่าย กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.916, p < .001$ และ $t = 18.486, p < .001$ ตามลำดับ) กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.548, p < .001$ และ $t = 16.791, p < .001$ ตามลำดับ) และมีอาการทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญให้มีความพร้อม เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย และจัดการกับภาวะสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

64910030: MAJOR: ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: Transitional health management program, Readiness for discharge, Adaptation, Clinical symptoms, Acute coronary syndrome patients

UTTHAWIT JANSIRI : EFFECTS OF TRANSITIONAL HEALTH MANAGEMENT PROGRAMON READINESS FOR DISCHARGE, ADAPTATION AND CLINICAL SYMPTOMS AMONG ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS WITH POST PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION. ADVISORY COMMITTEE: PANICHA PONPINIJ, Ph.D. CHUTIMA CHANTAMIT-O-PAS, Ph.D. 2023.

Readiness for discharge has been emphasized as integral outcome of acute coronary syndrome care. It helps encourage patients to have confidence in managing themselves after illness as well as having an appropriate lifestyle and behavior change after being discharged from the hospital. This quasi-experimental two-group posttest design aimed to examine the effect of transitional health management program [THMP] on readiness for discharge, adaptation and clinical symptoms among first time acute coronary syndrome patients undergoing percutaneous coronary intervention. Sixty-eight patients who met inclusion criteria were recruited and randomly assigned into an experimental group (n=34) and control group (n=34). Those in an experimental group received a THMP which developed based on transition theory and related literature, while a control group received usual care. THMP consisted of assessment for readiness and related factors, promoting health management ability in transitional period, and continuing support. The study was conducted during May to July 2023. The research instruments were used to collect the data including the personal data, the health status and the Readiness for discharge questionnaire, Adaptation questionnaire, Cardiac anxiety questionnaire and Clinical symptoms questionnaire. The data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square test and Independence t-test.

The result revealed that after experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of readiness for discharge in comparison

with the control group ($t = 7.914, p < .001$). At 2- and 4-weeks post intervention, the experimental group significantly improved functional adaptation and health management ($t = 5.916, p < .001, t = 18.486, p < .001$ respectively), significantly decreased cardiac anxiety ($t = 9.548, p < .001, t = 16.791, p < .001$ respectively) and had fewer clinical symptoms in comparison with the control group.

The results suggested that the transitional health management program could be useful to promote readiness for discharge, develop confidence, coping and having appropriate health management in transitional care among acute coronary syndrome patients with post percutaneous coronary intervention.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความมุ่งมั่น ความตั้งใจของผู้วิจัยและได้รับความกรุณาอย่างดีเยี่ยมจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชุตินา ฉันทมิตรโสภาส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เสมอมา ซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีแนวทางการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน ที่กรุณาตรวจแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงธัญญาลักษณ์ โชตยาภรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ อาจารย์ ดร.ศรัทธา ประกอบชัย พว. ชนกพร อุตตะมะ และพว.จุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลนครพิงค์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ปฏิบัติหน้าที่ ณ แผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ และคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนขอขอบพระคุณอธิการบดี รองอธิการบดี ฝ่ายวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยพายัพ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพที่กรุณาสนับสนุนและผลักดันให้ผู้วิจัยมีโอกาสศึกษาต่อ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดความรู้และพัฒนาความคิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลระหว่างการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกท่านที่เข้าร่วมวิจัยและเสียสละเวลาในให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดาที่ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมทางด้านการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นความกตัญญูตเวทีแก่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จจนทุกวันนี้

เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

อรรณวิทย์ จันทร์ศิริ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	12
การจัดการภาวะสุขภาพภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	20
ทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน.....	33
โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
สถานที่ในการศึกษา.....	45

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	53
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัย	62
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	62
ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ	67
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	73
อภิปรายผลการวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	83
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	83
บรรณานุกรม.....	84
ภาคผนวก.....	93
ภาคผนวก ก	94
ภาคผนวก ข	96
ภาคผนวก ค	98
ภาคผนวก ง.....	102
ภาคผนวก จ	104
ภาคผนวก ฉ	107
ภาคผนวก ช	122

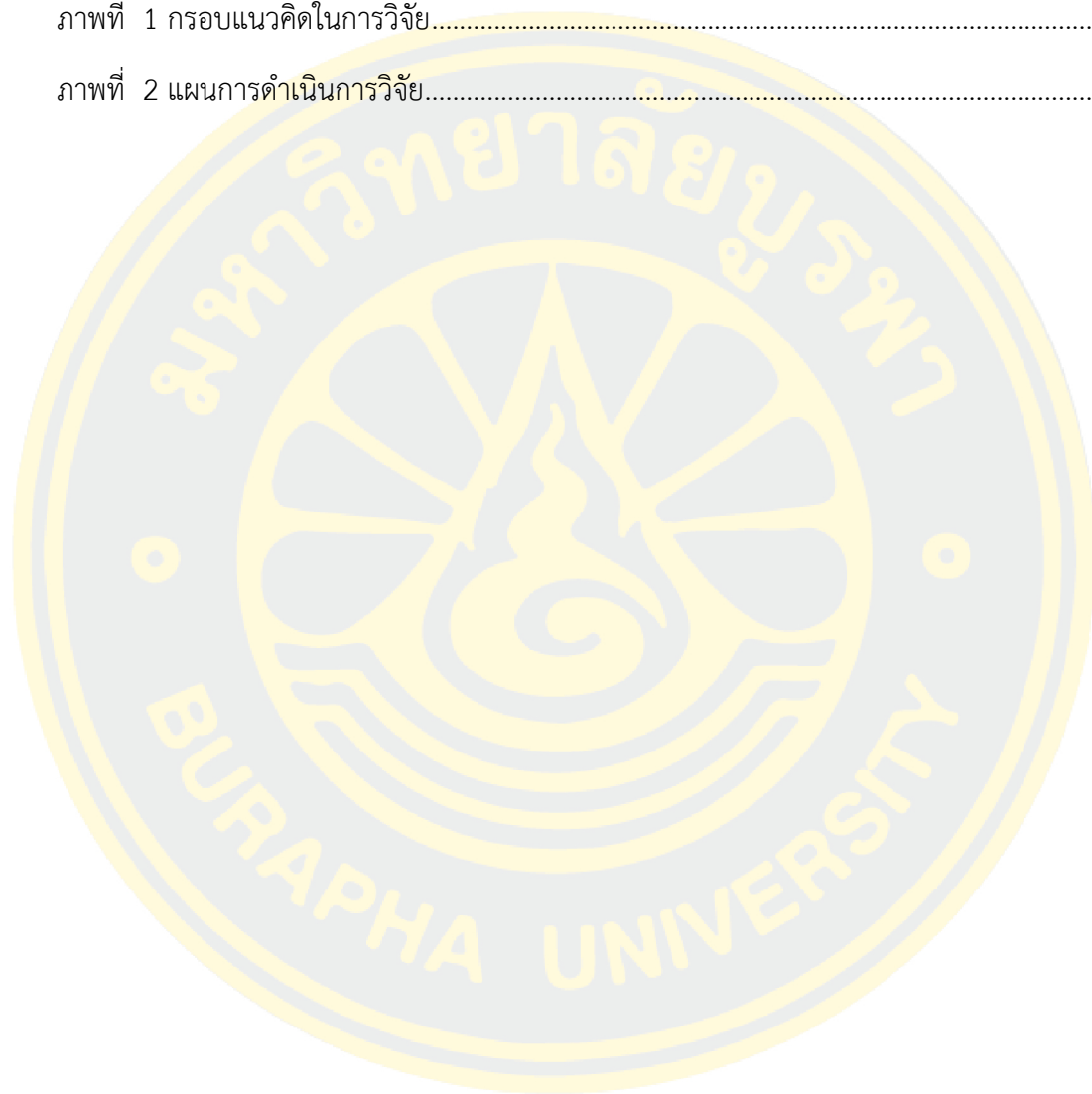


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 68).....	62
ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลภาวะสุขภาพ (n = 68).....	65
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความพร้อมจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68).....	69
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68).....	70
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68).....	71
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสัดส่วนของอาการทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68).....	72

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 แผนการดำเนินการวิจัย.....	60



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular diseases [CVDs]) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานสถิติการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ.2562 พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก ประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถึงร้อยละ 85 (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทยจากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 503.67 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 เป็น 535.29 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2563 และอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 31.91 รายในปี พ.ศ. 2559 เป็น 32.57 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2563 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจและการแพทย์ในเขตภาคเหนือตอนบนก็พบอัตราการป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 416.86 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2559 เป็น 438.65 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2563 และอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 26.73 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2559 เป็น 29.54 รายต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2563 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome [ACS]) เป็นภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดหัวใจที่คุกคามต่อชีวิต สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน จากการปริแตกของคราบไขมัน (Plaque rupture) ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (Khadse et al., 2020) โดยปัจจุบันการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นแนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิต ช่วยลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็ว (Liu et al., 2021) จากข้อมูลสถิติของกรมการแพทย์ สถาบันโรคทรวงอก พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นจาก 2,088 รายในปี พ.ศ.2561 เป็น 4,026 รายในปี พ.ศ. 2564

แม้ว่าการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ด้วยพยาธิสภาพและลักษณะการดำเนินของโรค ตลอดจนการบาดเจ็บหรือตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจดังกล่าว ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย และอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาได้ โดยเฉพาะในระยะแรกหลังจำหน่ายที่ยังคงมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่อันตรายได้ง่าย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจเกิดอาการทางคลินิกขึ้น โดยเฉพาะอาการเจ็บอก รวมถึงกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 30 วัน ถึงร้อยละ 6.8 – 9.8 (Sykes et al., 2021) และร้อยละ 3-15.8 (Kwok et al., 2020) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยของ เกศริน ศรีเพ็ชร และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำภายใน 30 วันถึงร้อยละ 10.2 ดังนั้น ผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ควรมีการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งด้านการรับประทานยา รับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Abreu et al., 2020; Ambrosetti et al., 2020) เพื่อลดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วย (Bellmann et al., 2020) ควบคุมอาการของโรค การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Hermann et al., 2019) รวมถึงเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

อย่างไรก็ตามด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน วิกฤตที่คุกคามต่อชีวิตและส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลและครอบครัวทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในช่วงระยะเวลาหลังจำหน่าย 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังคงมีอาการเจ็บอก มีความรู้สึกไม่สบาย (Vu et al., 2022) รู้สึกอ่อนเพลีย (Abel et al., 2021) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการดำเนินชีวิต (Mori et al., 2021) มีความรู้สึกไม่แน่นอน กลัวกลับเป็นซ้ำ มีความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า (Kim, 2022) ความรู้สึกมีคุณค่าลดลง เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการกลับไปทำงาน (Herawati et al., 2019) ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลงและรู้สึกเป็นภาระ (Saini et al., 2022) ลดการทำกิจกรรมต่างๆ การปรับเปลี่ยนบทบาทและการทำหน้าที่ของตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Li et al., 2019; Zhang & Qi, 2021) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยบางรายคิดว่าอาการหายเป็นปกติ และกลับไปทำงานได้ตามปกติ โดยไม่ได้คำนึงถึงบริบทของภาวะสุขภาพ (Bhattacharyya et al., 2016) ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ ดังนั้น เพื่อลดผลกระทบที่อาจ

เกิดขึ้นดังกล่าว การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เกิดการปรับตัวและดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในระยะหลังจำหน่ายในช่วง 1 เดือนแรก ซึ่งเป็นระยะที่ภาวะสุขภาพและหัวใจยังไม่ฟื้นหายอย่างเต็มที่ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Readiness for hospital discharge) เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมและความมั่นใจถึงความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ทั้งด้านร่างกาย (Physical Stability) สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว (Psychological ability) มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เพียงพอ (Adequate information & knowledge) รวมทั้งได้รับการสนับสนุน (Adequate support) (Weiss & Piacentine, 2006) ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Monfared et al., 2022; Weiss & Piacentine, 2006) เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพการบริการในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563) จากผลการศึกษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ที่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจะมีความมั่นใจ (Bagheri et al., 2022) มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันปัจจัยเสี่ยงได้ดีขึ้น (Michalski et al., 2020) ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Kosobucka et al., 2022) ควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองดีขึ้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 30 วัน (Liang et al., 2021) ช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Shih et al., 2020) ในทางตรงกันข้ามหากผู้ป่วยไม่พร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดความยากลำบากในการเผชิญปัญหาทั้งในด้านการปรับตัวในการทำกิจกรรมและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และเพิ่มโอกาสกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Khoiriyati et al., 2021; Silva et al., 2021)

แม้ว่าความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วยจะเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองภายหลังเกิดการเจ็บป่วย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดอาการของโรคซ้ำ รวมทั้งการเกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม (Monfared et al., 2022) แต่จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ร้อยละ 47.06 และ 27.45 ตามลำดับ (Hydzik et al., 2021) ส่วนการศึกษาของ Kosobucka et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อม

จำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 25.80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.20 นอกจากนี้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่ายังไม่พร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพราะยังมีอาการเจ็บอก หายใจลำบาก เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และกลัว (Khoiriyanti et al., 2021) สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 (สุพินดา ภู่อุ่น และคณะ, 2564) ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยได้

นอกจากนี้จากการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวและการดำเนินชีวิตในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพถึงร้อยละ 49 (Ansari et al., 2021) และขาดความมั่นใจในตนเองร้อยละ 70.1 (Bahall & Khan, 2018) ตลอดจนขาดความมั่นใจในการควบคุมน้ำหนักร้อยละ 35.2 การรับประทานอาหารร้อยละ 45.9 การงดบุหรี่ ร้อยละ 62.2 และการจัดการความเครียดร้อยละ 10.7 (Eshah, 2019) รวมทั้งมีการปรับตัวและจัดการภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง (Murad et al., 2022) มีการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสม (Oliveira et al., 2019) ขาดการทำกิจกรรมทางกาย (Amanda et al., 2019; Duran et al., 2019) ขาดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม (Kitakata et al., 2018) ยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (Bacquer et al., 2021) รวมทั้งมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า (Shajrawi et al., 2022) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Xia et al., 2022) จากผลการศึกษาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการเตรียมความพร้อมตลอดจนความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังคงเป็นปัญหา ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความพร้อมดังกล่าวเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมจึงยังมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเสริมสร้างความพร้อมในการจำหน่ายมีอยู่หลากหลายรูปแบบที่ให้ผลลัพธ์ที่ดี ทั้งโปรแกรมที่มีการให้ความรู้ การเสริมสร้างความมั่นใจ การฝึกทักษะรายบุคคล การให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม และจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังการจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยยังมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน (Haridas & ManiAsha, 2022) การจัดการอาการ รวมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Karadkar et al., 2022) นอกจากนี้ยังต้องการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ การ

สนับสนุนทางอารมณ์ (Tadas et al., 2021) และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน สังคม (Khoiriyati et al., 2021) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Pollack et al. (2016) ที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพและการสังเกตการณ์ในผู้ป่วยขณะที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังจำหน่ายพบว่า ในกระบวนการส่งเสริมผู้ป่วยมีการปรับตัวและจัดการตนเองที่ดี รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมภายหลังการจำหน่ายนั้น มีปัจจัยที่สำคัญ คือ ความรู้ ความมั่นใจ และแหล่งประโยชน์ ตลอดจนการสนับสนุนในด้านต่างๆ โดยคำนึงถึงบริบท ความสามารถในการปฏิบัติทักษะต่างๆ การคิด การตัดสินใจ และความต้องการที่จำเพาะของแต่ละบุคคล มีการสื่อสารที่เหมาะสม และมีการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (Pellet et al., 2020; Provencher et al., 2021) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (Dreyer et al., 2021) รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก ถือเป็นช่วงของการปรับตัวเข้าสู่สภาวะใหม่ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและจัดการปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งการดูแลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสม (Gane et al., 2022; Krook et al., 2020)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และศึกษาติดตามภายหลังจำหน่ายในช่วงระยะเวลา 1 เดือนยังคงมีน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย แต่ยังคงขาดการประเมินความต้องการการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ผลการให้ความรู้โดยใช้ D-METHOD ต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2561; อารียา สุพรรณดี, 2563) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ต่อการมีกิจกรรมทางกาย (พัชรี ราชิกฤษ และ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, 2562) และพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำ (ภัทรสิริ พจมานพงศ์ และคณะ, 2558) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวอาจจะยังมีข้อจำกัด ผลการศึกษาส่วนใหญ่อาจยังไม่สอดคล้องและครอบคลุมกับบริบทภาวะสุขภาพและประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลันครั้งแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในการปรับตัวด้านต่างๆ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิต การฟื้นฟู และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ด้วยบริบทการบริการสุขภาพปัจจุบัน ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มักจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 48-72 ชั่วโมง (Rathod et al., 2021) อาจส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมีองค์ประกอบคือ 1) การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การเสริมสร้างความรู้และความมั่นใจ และ 3) การติดตามเยี่ยมและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นระยะวิกฤตของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย ตลอดจนลดหรือป้องกันการเกิดอาการทางคลินิกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางพยาบาลสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนจำหน่าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังการจำหน่าย
3. เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนอาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังการจำหน่าย

สมมติฐานการวิจัย

1. ระยะก่อนจำหน่าย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมฯ มีสัดส่วนอาการทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของ Meleis et al. (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ที่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิตอาารมณ์ ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ แม้ว่าปัจจุบันแนวทางการรักษามีประสิทธิภาพสูง และให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดี โดยเฉพาะการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างไรก็ตามภายหลังการรักษา ผู้ป่วยควรมีการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทของภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่ายที่ยังคงมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่เป็นอันตรายตามมา การเตรียมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทของการเจ็บป่วยตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตอาารมณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ เหมาะสม ตลอดจนการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการที่สำคัญตามแนวทางการบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics) โดยคำนึงถึงบริบทและความต้องการของแต่ละบุคคล เริ่มตั้งแต่ 1) การประเมินความพร้อมจำหน่ายและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลกระทบ ความต้องการ และการวางแผนการดำเนินชีวิต การให้ความหมาย ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมถึงแหล่งประโยชน์ 2) การส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก โดยการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ รวมถึงการสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย และ 3) การกระตุ้น สนับสนุนและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการต่อเนื่องในระยะ 2 สัปดาห์ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวและความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก และหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 1

**โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน
สำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก
ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ**

- 1) การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน
 - การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลกระทบ ความต้องการ และการวางแผนการดำเนินชีวิต การให้ความหมาย ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งประโยชน์
- 2) การส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน
 - การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม
 - การสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย
- 3) การกระตุ้น สนับสนุนและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ความพร้อมจำหน่าย
การปรับตัว
อาการทางคลินิก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (Two groups, post-test design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน (Transitions theory) ของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสมและปลอดภัยสอดคล้องกับบริบทของการเจ็บป่วย ซึ่งดำเนินการกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินความพร้อมจำหน่ายและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) การส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม 3) การสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย และ 4) การกระตุ้นสนับสนุนและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติพยาบาลของเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การให้ความรู้และคำแนะนำรายบุคคลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เป็นต้น

ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความพร้อมกลับไปดำเนินชีวิตด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความมั่นใจ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง และการได้รับการสนับสนุนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามความพร้อมจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ Weiss and Piacentine (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การปรับตัว หมายถึง การตอบสนองของบุคคลต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจในด้านการคิดและอารมณ์ โดยแสดงออกในลักษณะของการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ที่ครอบคลุมการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย กิจกรรมยามว่างและการพักผ่อน กิจกรรมทางสังคมและการทำงาน ตลอดจนการจัดการภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรักษา ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) ของ Leidy (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสภาวะด้านจิตใจ ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามความ

วิตกกังวลในผู้ป่วยหัวใจ (the Cardiac Anxiety Questionnaire) ของ Eifert et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Inyoo and Polsook (2022)

อาการทางคลินิก หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ได้แก่ อาการเจ็บอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ใจสั่นและหัวใจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติ ตลอดจนอาการอื่นๆ ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามอาการทางคลินิกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.1 ประเภทของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.4 การวินิจฉัย
 - 1.5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะเฉียบพลัน
2. การจัดการภาวะสุขภาพภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.1 ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล
 - 2.2 การปรับตัวและการจัดการภาวะสุขภาพ
 - 2.3 ผลกระทบและประเด็นปัญหาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในช่วง 1 เดือนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. ทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน
4. โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง แบ่งตามลักษณะทางคลินิกและความรุนแรง เป็น 3 ประเภท (American Heart Association, 2021) ดังนี้

1. ภาวะเจ็บอกแบบไม่คงที่ (Unstable angina [UA]) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอกมากแม้ในขณะพัก (Angina at rest) โดยทั่วไปอาการไม่รุนแรงอาจเกิดอาการเพียง 10 นาที ไม่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจและผลการตรวจ Cardiac marker
2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST ไม่ยกขึ้น (non-ST Elevation Myocardial Infarction [NSTEMI]) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บอกเฉียบพลันนานกว่า 30 นาที ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบ ST segment elevation แต่พบ ST segment depression อาจมี T wave inversion หรือ flat T-waves และ pseudo ของ T waves ร่วมด้วย และพบการเพิ่มขึ้นของ Cardiac marker
3. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST ยก (ST Elevation Myocardial Infarction [STEMI]) หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกแบบเฉียบพลันและรุนแรง (Acute chest pain) และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี ST segment elevation อย่างน้อย 2 leads และพบการเพิ่มขึ้นของ Cardiac marker ซึ่งเกิดจากการอุดตันอย่างสมบูรณ์ของหลอดเลือดแดงโคโรนารีของผู้ป่วยหรือเกือบสมบูรณ์ (an Acute total or subtotal coronary occlusion)

นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งตามระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งปัจจุบันนิยมจำแนกตามแนวทางของ Killip Classification (Killip & Kimball, 1967) โดยแบ่งความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามภาวะหัวใจล้มเหลวที่พบร่วมแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- | | |
|---------|---|
| ระดับ 1 | ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย |
| ระดับ 2 | หัวใจวายปานกลาง จากการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว ซีพจรเต้นเร็ว ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียง S3 หลอดเลือดคอโป่งพอง |
| ระดับ 3 | ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หัวใจเต้นเร็ว และอาการแสดงของน้ำท่วมปอด |
| ระดับ 4 | เกิดภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) หรือความดันโลหิตต่ำ (Systolic BP < 90 mmHg) มีการหดเกร็งของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยจะมีอาการมือเย็น เหงื่อออก ซึม และปัสสาวะออกน้อย |

จากการรายงานของกรมการแพทย์ สถาบันโรคทรวงอก (2564) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคตาม Killip Classification อยู่ใน Class 1 ร้อยละ 78 Class 2 ร้อยละ 7 Class 3 ร้อยละ 4 และ Class 4 ร้อยละ 11 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hashmi et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีระดับความรุนแรงของโรคตาม Killip Classification ส่วนใหญ่อยู่ใน Class 1 ถึงร้อยละ 81.4 Class 2 ร้อยละ 9.5 Class 3 ร้อยละ 5.6 และ Class 4 ร้อยละ 3.5 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (In-hospital mortality) โดยพบว่า ผู้ป่วยใน Class 1 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 9.9 Class 2 ร้อยละ 8.7 Class 3 ร้อยละ 92.6 และ Class 4 ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Morasert and Wichian (2020) พบว่า ผู้ป่วยมี Killip class 4 ซึ่งมีโอกาสการเสียชีวิตถึง 5.64 เท่า

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และ 2) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Arnett et al., 2019; Visseren et al., 2021) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Non-Modifiable risk factor)

ประกอบด้วย

1.1 อายุ (Age) อายุเพิ่มมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในเลือด โดยระดับ LDL-cholesterol (LDL-C) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะเพิ่มเกิดการสะสมของ LDL-C เพิ่มขึ้น ซึ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสูงขึ้น (Mortensen & Nordestgaard, 2020)

1.2 เพศ (Gender) เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากในเพศหญิงมีระดับฮอร์โมน Estrogen ซึ่งมีผลป้องกันหัวใจ (Cardioprotective effect) แต่เมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน (Menopause) เพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมากขึ้นจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) (Haider et al., 2020; Ruberti & Rodrigues, 2020)

1.3 พันธุกรรม (Genetics) โดยจากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะเพิ่มโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 1.95 เท่า (Juan-Salvadores et

al., 2022) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (Wahrenberg et al., 2020) รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factor) เป็นปัจจัยที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย

2.1 ภาวะสุขภาพ

2.1.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) เป็นภาวะที่มีการเพิ่มขึ้นของ total cholesterol (TC) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mg/dl, LDL-C มากกว่า 130 mg/dl, Triglycerides (TG) มากกว่า 150 mg/dl และการลดลงของ high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) ที่น้อยกว่า 50 mg/dl ในเพศหญิง และน้อยกว่า 40 mg/dl ในผู้ชาย ภาวะดังกล่าวจะกระตุ้นให้เกิดการสะสมของคราบไขมันที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังกระตุ้นกระบวนการอักเสบของเซลล์ (Wahrenberg et al., 2020) ซึ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 1.85 - 2.18 เท่า (Jamil et al., 2021) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะไขมันในเลือดสูงถึงร้อยละ 27.1 - 48.6 (Rahman & Uddin, 2021)

2.1.2 ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) โดยมีค่าซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท (mmHg) และค่าไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากขึ้น รวมทั้งยังเพิ่มการสะสมของไขมันมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Konstantinou et al., 2019) โดยเพิ่มโอกาสเสี่ยงได้ถึง 2.52-3.16 เท่า (Guerrero-Pinedo et al., 2020) จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 47.9 - 57.5 (Samir et al., 2022)

2.1.3 เบาหวาน (Diabetes mellitus) เป็นผู้ป่วยที่มีค่า Fasting Blood Sugar (FBS) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) หรือมีค่า Post-Prandial Plasma Glucose (PPPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งภาวะนี้มีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง โดยกระตุ้นทำให้ Atherosclerotic plaque เพิ่มขึ้นและกระตุ้นการปริแตกและการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดแดงมากขึ้น (Babes et al., 2022) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีประวัติโรคเบาหวานร่วมด้วยถึงร้อยละ 32.2 - 37.5 (Nikolaev et al., 2022)

2.1.4 ภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic syndrome) โดยเพศชายมีรอบเอวมากกว่า 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร) และเพศหญิงมากกว่า 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร) (Rojas et al., 2020)

โดยภาวะนี้เกิดจากการเผาผลาญที่ผิดปกติ ทำให้มีการสะสมของไขมันมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีประวัติเป็นภาวะอ้วนลงพุงถึงร้อยละ 35.2-39.2 (Fanta et al.,
2021) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเพศหญิง ($p < .001$) ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ($p < .002$) (Zhou et al.,
2021)

2.2 พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Unhealthy behaviors)

2.2.1 การสูบบุหรี่ (Smoking) ทำให้เพิ่มปริมาณ Carbon Monoxide ในกระแส
เลือด ส่งผลทำให้ผนังหลอดเลือดเปราะง่าย ทำให้เพิ่มโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและกระตุ้น
การสะสมของคราบไขมันและแคลเซียมบริเวณหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ส่งผลทำให้หลอดเลือด
แดงหดตัวและเกิดลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้น (Kondo et al., 2019) โดยผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสการ
เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถึง 2.93 เท่า (Jamil et al., 2021) และพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลันมีประวัติสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 60.4 (Hu et al., 2020)

2.2.2 การดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol drinking) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น
ของ Total cholesterol และ LDL-C และการลดลงของ HDL-C ทำให้เกิดการสะสมของไขมันใน
หลอดเลือดแดง ส่งผลทำให้เพิ่มโอกาสเกิด Plaque formation ที่นำไปสู่เกิดโรคหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลัน ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดถึง 1.16 เท่า (Larsson et al.,
2020) ในทางตรงกันข้ามยังพบว่าการงดบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สามารถลดความเสี่ยงของ
การเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ถึงร้อยละ 47 (Persampieri et al., 2020)

2.2.3 กิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสมหรือน้อยกว่าปกติ (Physical inactivity)
หรือการบริหารร่างกายที่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้งและใช้เวลาไม่ถึง 20 นาที/ครั้ง ส่งผลให้ระดับ
ไขมันชนิด LDL-cholesterol สูงขึ้น ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย
ถึงร้อยละ 56.7 โดยร้อยละ 26.3 มีการทำกิจกรรมทางกายน้อยกว่า 1,000 METs ต่อสัปดาห์
(Matthias et al., 2018)

2.2.4 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ร้อยละ 78.6 และมีการใช้น้ำมันปริมาณมากในการปรุง
อาหารถึงร้อยละ 79.3 (Gebremedhin & Gebrekirstos, 2021) รวมถึงมีสารโฮโมซิสเทอีนในเลือด
สูง (Hyperhomocysteinemia) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 15 ไมโครโมลต่อลิตร ถึงร้อยละ
19.20-58.50 ซึ่งสารโฮโมซิสเทอีนเป็นกรดอะมิโนชนิดหนึ่งในร่างกาย ที่บ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหลอดเลือดหัวใจ (Muzaffar et al., 2021)

2.4.5 ความเครียด (Stress) ส่งผลกระทบต่อการทำงานของสารแคทีโกลามีนและระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายเกิดการหดตัวและเพิ่มการหลั่งกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Henein et al., 2022) โดยความเครียดเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 1.30 เท่า (Shin & Kim, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Satyjeet et al. (2020) พบว่า ความเครียดจากการทำงาน (work stress) เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 3.2 เท่า

จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งล้วนแต่เป็นพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลไกการเกิดแบ่งเป็น 3 ระยะที่เกิดอย่างต่อเนื่อง (Konijnenberg et al., 2020; Smit et al., 2020) ดังนี้

ระยะที่ 1 การสะสมของคราบไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดง (Fatty streak) เริ่มจากการสะสมของคอเลสเตอรอลและไขมัน โดยเฉพาะไขมันชนิด LDL-C ร่วมกับแมคโครฟาร์ก (Macrophage) จากนั้นก่อตัวสะสมจนจับกันเป็นแผ่นหนาตัวขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบลงอย่างช้าๆ และแข็งตัว (Atherosclerotic) ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดจนไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ในที่สุด

ระยะที่ 2 การก่อตัวของคราบไขมันเพิ่มขึ้น (Fibrous plaque) ในระยะนี้จะมีไขมันสะสมมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเกิดการรวมตัวกับคอลลาเจน (Collagen) เป็น Fibro fatty plaque ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการสร้างไฟบริน (Fibrin) ไฟบริโนเจน (Fibrinogen) เม็ดเลือดขาว (White blood cell) แคลเซียม (Calcium) และลิโปโปรตีน (Lipoprotein)

ระยะที่ 3 การปริแตกของคราบไขมัน (Ruptured plaque) อย่างเฉียบพลัน หลังจากนั้นคอลลาเจนจะกระตุ้นให้มีการสร้างเกล็ดเลือดให้มาจับกลุ่มมากขึ้น โดยการสร้างไฟบริน (Fibrin) ทำให้มีการเกาะกลุ่มกันเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) ซึ่งจะไปขัดขวางการไหลเวียนของเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง นำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1. การประเมินอาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บอก เป็นส่วนใหญ่ โดยประเมินตามหลักการ PQRST ดังนี้ P=Precipitating cause ปัจจัยกระตุ้นเกิดอาการ Q=Quality ลักษณะการเจ็บอก R=Refer pain ตำแหน่งที่มีการเจ็บ S=Severity ความรุนแรงของอาการโดยประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain scale) T=Time ระยะเวลาที่มีอาการ (Gulati et al., 2021) นอกจากนี้ยังต้องสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยหรือสิ่งที่ทำให้อาการรุนแรงขึ้นหรือทุเลาลง (American Heart Association, 2021; Stepinska et al., 2020) รวมทั้งผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังพบอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ อาการใจสั่น หัวใจเต้นแรงจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ภาวะช็อคจากหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock)

2. การตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การตรวจประเมินสภาพร่างกายตามระบบ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาด้วยอาการเจ็บอก จะต้องได้รับการตรวจร่างกายในระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การตรวจร่างกายทั่วไป (General appearance) การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) การตรวจระบบหายใจ (Respiratory syndrome)

2.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography [ECG]) ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยอาการเจ็บอกควรได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads และแปลผลเบื้องต้นให้ได้เร็วที่สุดภายใน 10 นาทีที่มาถึงโรงพยาบาล เพื่อประเมินความผิดปกติของคลื่นสัญญาณไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่สำคัญ ได้แก่ ST-segment T wave และมี Q wave ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่ขาดเลือดมาเลี้ยง โดยแบ่งความรุนแรงเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

2.2.1 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (Ischemia) เป็นภาวะที่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลง เป็นเหตุให้เซลล์ขาดออกซิเจนขนาดน้อย ซึ่งเป็นภาวะเริ่มแรกของกล้ามเนื้อหัวใจตาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบคลื่น T ลักษณะหัวกลับ และกว้างขึ้น (Symmetrically inverted T wave) จะพบ leads ตั้งแต่ V1 ถึง V6

2.2.2 กล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บ (Injury) เป็นภาวะที่เซลล์ของกล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน แต่ยังสามารถทำงานได้แต่ไม่สมบูรณ์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST ยกขึ้น (ST segment

elevation) หรือต่ำ (ST segment depression) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประจุไฟฟ้าในส่วนที่มีการบาดเจ็บอาจเร็วกว่าปกติหรือเฉื่อยชา ทำให้บริเวณนั้นยังคงมีประจุบวกอยู่ในขณะที่ส่วนอื่นเป็นประจุลบ เมื่อบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจในลีดที่หันเข้าสู่บริเวณที่มีการบาดเจ็บใกล้เคียงหัวใจหรือตลอดกล้ามเนื้อหัวใจ (Subepicardial injury และ Transmural injury) จะมีลักษณะเหมือนกันคือ ทำให้มีช่วง ST ยกขึ้น และใน Leads ที่ตรงกันข้ามกับตำแหน่งจะมี ST กดต่ำลง (Reciprocal change) และถ้าเป็นบริเวณที่มีการบาดเจ็บใกล้เคียงหัวใจ (Subendocardial injury) จะทำให้มี ช่วง ST กดต่ำลงและใน Lead ที่ตรงกันข้ามกับตำแหน่งจะมี ST ยกขึ้น (Reciprocal change)

2.2.3 กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Infarction) เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนมาก จะปรากฏคลื่นไฟฟ้าหัวใจ Q wave ที่กว้างมากกว่า 0.04 วินาที และลึกอย่างน้อย 1/4 ของ R wave ใน lead เดียวกัน

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3.1 การตรวจวิเคราะห์สารชีวเคมีในเลือดที่บ่งชี้ภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac biomarker)

1.1) Cardiac Troponin มีความไวและจำเพาะสูงต่อการบาดเจ็บของหัวใจ สามารถวินิจฉัยได้อย่างแม่นยำ ซึ่งมีค่าสูงขึ้นใน 3 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและคงอยู่ที่ 7-14 วัน ซึ่งในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะได้รับการวินิจฉัยร่วมกับ CK-MB

1.2) Creatine kinase- myocardial band (CK-MB) เป็น Sub isoform ของ CK ซึ่งมีความจำเพาะต่อภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด บาดเจ็บ และตาย โดยจะมีค่าสูงขึ้นภายใน 4-8 ชั่วโมงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและลดลงอยู่ในระดับปกติภายใน 3-4 วัน ซึ่งมีระดับสูงสุดประมาณชั่วโมงที่ 24 หลังมีอาการ

แนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เป้าหมายหลักของการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ เพิ่มการไหลเวียนให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่มีการขาดเลือด (Myocardial perfusion) ให้ได้เร็วที่สุด โดยระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการรักษา (Total ischemic time) ไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงหรือ 120 นาที (Gibler et al., 2018) เพื่อจำกัดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีบริเวณน้อยที่สุดและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต ดังนั้น ผู้ป่วยจึง

จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพของการรักษาในเบื้องต้นที่ต้องควบคุมเวลาให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

แนวทางการจัดการกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นการดูแลในระยะฉุกเฉิน (Emergency care) และการรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Reperfusion therapy) ที่เหมาะสมที่สุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เป็นระยะแรกของผู้ป่วยเกิดอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาที่เร่งด่วน เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างรวดเร็ว ช่วยลดความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือด สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแนวทางการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (Reperfusion therapy) ตามแนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2563) ประกอบด้วย 3 วิธี ดังนี้

1. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic therapy) เป็นการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อน ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ Primary PCI ได้ หรือต้องใช้เวลามากกว่า 120 นาที ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ Primary PCI หลังได้รับยา หากผู้ป่วยยังคงมีอาการแน่นอกและ/หรือ ST segment ที่ยกสูง ลดลง <50% จากเริ่มต้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วย PCI หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ทันที (Rescue PCI) ส่วนในกรณีมีอาการแสดงและ ECG บ่งชี้ว่าหลอดเลือดหัวใจเปิดแล้ว ควรส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI โดยเร็ว ไม่ควรเกิน 24 - 72 ชั่วโมงหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นหัตถการที่กระทำผ่านทางผิวหนังเข้าสู่หลอดเลือดหัวใจ โดยการเจาะหลอดเลือดผ่านทางผิวหนัง แล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดทาง Femoral หรือ Radial artery ไปยังหลอดเลือดหัวใจ เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจที่เกิดการอุดตัน (Doenst et al., 2019) วิธีนี้เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้าระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ Primary PCI (นับเวลาจาก การวินิจฉัย STEMI ถึง Wire crossing หน่วยเป็นนาที) น้อยกว่า 120 นาที ควรส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาโดยวิธี Primary PCI แต่ถ้าหากมากกว่า 120 นาที ควรให้การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2563)

โดยปัจจุบันการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรักษาที่ได้รับความนิยม และมีประสิทธิภาพในการรักษาสูง จากข้อมูลสถิติของกรมการแพทย์ สถาบันโรคทรวงอกระหว่างปี 2561-2564 เท่ากับ 2,088 3,951 2,439 และ 4,026 รายตามลำดับ ส่งผลให้ช่วยลดความเสี่ยงและ อัตราการเสียชีวิต ช่วยลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็ว (Chacko et al., 2020; Fernandez-Berges et al., 2020; Liu et al., 2021)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft [CABG]) สำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ควรทำเมื่อหลอดเลือดหัวใจที่เป็นต้นเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Infarct related artery [IRA]) ไม่ได้อุดตันทั้งหมด (Patent IRA) แต่หลอดเลือดหัวใจที่เป็นต้นเหตุไม่เหมาะสมกับการทำ PCI และหลอดเลือดดังกล่าวต้องเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเป็นปริมาณมาก (Large myocardial jeopardy) หรือมีภาวะระบบไหลเวียนล้มเหลวจากหัวใจ (Cardiogenic shock) (Lawton et al., 2022)

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีประสิทธิภาพสูงและส่วนใหญ่เกิดผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีต่อผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังคงทิ้งร่องรอยของพยาธิสภาพและเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านพ้นภาวะวิกฤติในระยะเฉียบพลันแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนแบบแผนดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ โดยบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือและให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถปรับตัวอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ และสามารถควบคุมโรคและผลกระทบต่างๆ ด้วยตนเองได้ดี ตลอดจนสามารถจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การจัดการภาวะสุขภาพภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและขยายหลอดเลือดหัวใจ

เป็นระยะของการดูแลผู้ป่วยเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติจนถึงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Post discharge phase) ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลระยะยาว (Long-term therapies) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ ลดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติและเต็มศักยภาพ ประกอบอาชีพที่เหมาะสม ช่วยเหลือผู้ป่วยเผชิญกับความเจ็บป่วยและความยากลำบากของสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต (Bellmann

et al., 2020) รวมถึงกระบวนการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ให้เกิดกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

โดยในช่วงระยะแรกมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและสามารถดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนและลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและสามารถจัดการภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รายละเอียดดังนี้ (Bellmann et al., 2020)

1. การรับประทานยา จากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งการรับประทานยาเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยง (Lawton et al., 2022) จากการศึกษาของ Chinwong et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่รุนแรง (Major adverse cardiovascular events [MACE]) ได้ถึง 0.47 เท่า

2. การปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยจะต้องค่อยๆ เพิ่มความแรง (Intensity) และระยะเวลา (Duration) โดยวันแรกๆ ที่ออกจากโรงพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ครั้งละ 5-10 นาที ประมาณ 3-4 ครั้งต่อวัน และแนะนำให้ผู้ป่วยค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาในการเดินจนกระทั่งสามารถเดินได้อย่างต่อเนื่อง 30 นาทีต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ขึ้นกับสภาพผู้ป่วย จนกระทั่งสามารถทำกิจกรรมในระดับ 5 METs ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายระดับหนัก และควรหยุดออกกำลังกายหากมีอาการเจ็บแน่นอกหรืออาการผิดปกติอื่นๆ (Pelliccia et al., 2021) จากการศึกษาของ Ji et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ช่วยลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้ถึง 0.63 เท่า และลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่รุนแรงถึง 0.49 เท่า

3. การควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Risk factor management) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำร้อยละ 96 (Wang et al., 2020) ดังนี้

3.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยควรควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 120/80 หรือไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท (Akram et al., 2022; Campbell et al., 2022) ซึ่งจะช่วยลดโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำได้

3.2 การควบคุมระดับไขมันในเลือด ผู้ป่วยควรควบคุมระดับไขมันชนิด HDL-cholesterol ให้มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับไขมันชนิด LDL-C ให้น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จากการศึกษาของ Zhu et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (< 1.4 มิลลิโมล/ลิตร) จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนถึง 1.63 เท่า และลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำถึง 1.70 เท่า

3.3 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Hyperglycemia) ผู้ป่วยควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงค่าปกติและควรมีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ต่ำกว่าร้อยละ 7 (Tardif et al., 2018) จากการศึกษาของ Riise et al. (2021) พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้ถึง 1.29 เท่า

3.4 การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวเกินควรพยายามลดน้ำหนักให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวเดิม โดยมีเป้าหมายให้ดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Powell-Wiley et al., 2021) จากการศึกษาของ Yui et al. (2020) พบว่า ผู้ที่มีสามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่รุนแรงถึง 2.15 เท่า

3.5 การงดสูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Cho et al. (2022) พบว่า การงดสูบบุหรี่ช่วยลดปริมาณ High-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้ถึง 0.67 เท่า (OR 0.67; 95%CI 0.50-0.92; $p < .05$) และจากการศึกษาของ Biery et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular mortality) ถึง 0.29 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่สูบบุหรี่ (HR 0.29; 95%CI 0.11-0.79; $p = .02$)

4. การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยจำกัดอาหารประเภทไขมันโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว จำกัดอาหารที่รสเค็มหรือเกลือโซเดียมสูง รับประทานโปรตีนที่มีไขมันต่ำและย่อยง่าย โดยเฉพาะการรับประทานเนื้อปลาหรือโปรตีนจากถั่วเหลือง ผักและผลไม้ที่มีกากใย คาร์โบไฮเดรตที่ไม่ผ่านกระบวนการ เช่น ข้าว แป้ง ธัญพืชต่างๆ และควรหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด (Butler et al., 2020; Lichtenstein et al., 2021) จากการศึกษาของ Muhammad et al. (2020) พบว่า การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ช่วยลดระดับ LDL-C ถึง 2.34 เท่า ช่วยควบคุมน้ำหนักถึง 2.18 เท่า และยังช่วยลดระดับความดัน

โลหิตถึง 0.19 เท่า ซึ่งพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีสัมพันธ์กับการได้รับคำแนะนำในช่วงจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($p < .001$) (Costa et al., 2019)

5. การดูแลด้านจิตใจและสังคม (Psychosocial health) ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินทางด้านจิตใจและสังคม ทั้งภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมถึงการให้ความรู้และคำปรึกษาทางจิตวิทยาและสังคม การจัดการความเครียด (Hughes et al., 2022) จากการศึกษาของ Magan et al. (2022) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทางด้านจิตใจ (Psychological intervention) ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 0.82 เท่า

ถึงแม้ว่าการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจะมีข้อดี อย่างไรก็ตามยังคงมีร่องรอยของพยาธิสภาพที่หลงเหลือจากการบาดเจ็บหรือการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษาดังกล่าวจึงมีข้อจำกัด คือ ภายหลังจากการรักษาอาจเกิดการกลับมาตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้ถึงร้อยละ 20.6 - 36.62 โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจะยิ่งเพิ่มโอกาสในการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ (Abdullayev et al., 2021; P. Wang et al., 2020) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมของตนเองในการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับข้อมูลความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการรับรู้ถึงความสามารถในดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมที่สอดคล้องกับการบริบทของการเจ็บป่วย

ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตามแนวคิดของไวส์และเพียร์เซ็นไทท์ (Weiss & Piacentine, 2006) คำนึงถึงประเด็นดังต่อไปนี้

1. **ความพร้อมด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม (Physical condition and functional status)** ประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical status) การที่ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีปราศจากอาการที่เจ็บป่วย ร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยรู้ว่าตนเองพร้อมในการกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน ถือว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของความพร้อมในการจำหน่าย

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำเป็นต้องได้รับการประเมินสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม รวมทั้งดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ (Stable physical state) ภาวะสุขภาพดีและสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่บ้านได้ตามปกติโดยปราศจากผู้ช่วยเหลือ มีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งปราศจากอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งทำให้สภาพร่างกายกลับคืนสู่ปกติได้เร็ว เพื่อเป็นเกณฑ์พิจารณาการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ซึ่งการส่งเสริมความพร้อมทางด้านร่างกาย สามารถทำได้โดยผ่านกระบวนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Yulia et al., 2020) จากการประเมินและรวบรวมข้อมูลทางด้านสุขภาพ ข้อมูลการเจ็บป่วยและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือผลการตรวจพิเศษต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Hydzik et al., 2021; Kosobucka et al., 2020) รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งช่วยให้สภาพร่างกายของผู้ป่วยมีความพร้อมมากยิ่งขึ้นและสามารถทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ

2. การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เพียงพอ (Adequate knowledge and information for self-care management) เป็นการรับรู้ถึงการมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ตามความเหมาะสมของข้อมูลที่ต้องการ เป็นองค์ประกอบของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความรู้และข้อมูลที่ได้รับจะทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งความพร้อมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะต้องได้รับความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน การจัดการอาการผิดปกติ การใช้ยา การขอความช่วยเหลือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำ ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การรับประทานอาการที่มีกากใย อาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการกับภาวะอารมณ์และความเครียด (Mabire et al., 2019; Michalski et al., 2020; Siow et al., 2019)

3. สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว (Psychological and coping ability) เป็นการรับรู้ถึงความสามารถการปรับตัวหรือการเผชิญกับปัญหา และการจัดการแก้ไข ปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งความพร้อมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นความพร้อมทางด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย (Patient's mental and emotional states) การยอมรับและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความรู้สึกลดตภัยและความมั่นใจในตนเอง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการประเมินความพร้อมด้านสภาพจิตใจ เช่น อาการซึมเศร้า ความสามารถในการปรับตัวหรือการเผชิญกับความเครียด (Changsuphan et al., 2018; Kaya et al., 2018; Malagon-Maldonado et al., 2015; Nurhayatiet al., 2019) เป็นต้น

4. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับข้อมูลที่ต้องการ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและแหล่งทรัพยากรในชุมชน (Availability of social support and accessibility to healthcare system and community resources) เป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ การเงินและสิ่งของ รวมถึงการเข้าถึงทรัพยากรแหล่งช่วยเหลือในชุมชนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งความพร้อมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการสนับสนุนทางครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) อย่างเพียงพอ การได้รับข้อมูลที่ต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและแหล่งทรัพยากรในชุมชน รวมถึงการติดตามดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Nurhayati et al., 2019; Zhao et al., 2020)

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแตกต่างกันตามการรับรู้ของตนเอง ณ ช่วงเวลาขณะจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ยังมีปัจจัยด้านอื่นที่เกี่ยวข้องต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นทั้งปัจจัยที่มีส่วนในการยับยั้งหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดการรับรู้ถึงความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการพยาบาล ประกอบด้วย

1. คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย โดยการสอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วงตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงก่อนจำหน่ายไปสู่นบ้าน คุณภาพการสอนด้านทักษะการสอน มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .586, p < .001$) (สุวารี นิระโส และคณะ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริกา โสไล และ

คณะ (2561) พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่าย ($r=.398, p < .01$) และสามารถทำนายความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 15.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=.158, p<.001$) และการศึกษาของ จิตตวดี เจริญทอง และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย (2564) พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .577, p <.01$) โดยเนื้อหาที่ได้รับและทักษะการสอน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .519, p < .01$; $r=.619, p < .01$) ตามลำดับ และการศึกษาของ รุจิรา ถูกใจ และคณะ (2563) พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .524, p < .01$)

2. การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย เป็นการดูแลแบบบูรณาการ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อ การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r = .578, p <.001$) และสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\beta =.381, p < .001$) (สุพนิดา ภู่อุ่น และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริกา ไสไล และคณะ (2561) พบว่า การประสานการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.212, p < .05$) และการศึกษาของ รุจิรา ถูกใจ และคณะ ที่ศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 52 ราย พบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r = .432, p < .01$)

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย เนื้อหาที่สอนก่อนจำหน่ายที่ต้องครอบคลุมสอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยและทักษะการสอน เป็นวิธีการสอนของพยาบาลในการสื่อสาร ให้ความรู้และข้อมูลในการปฏิบัติตัวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองภายหลังการจำหน่ายและการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลภายหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปสูที่บ้าน

ความสำคัญและประโยชน์ของความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Michalski et al., 2020) เกิดความร่วมมือในการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ (Kosobucka et al., 2022) ช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 1.79 (Weiss et al., 2019) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมโดยการติดตามและควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองอย่างต่อเนื่องในช่วงระยะเวลา 30 วันภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Liang et al., 2021) แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยไม่พร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงขึ้น (Kaya et al., 2018) นอกจากนี้ช่วยลดความวิตกกังวล (Baghaei et al., 2021) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยตนเอง (Coping ability) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนตามคาดหวัง และพัฒนาคุณภาพการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านได้อย่างดียิ่งขึ้น (Hu et al., 2020)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่าย เพื่อให้เกิดความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยเหมาะสมกับบริบทของโรค โดยพยาบาลถือว่ามีความสำคัญในการส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วย โดยการวางแผนและการประสานงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Coordinating) ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไข และพัฒนาความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายบุคคล (Coaching) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Education) รวมทั้งให้การสนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยและครอบครัวมีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม โดยเฉพาะการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ถือเป็นช่วงเปราะบางของผู้ป่วยภายหลังจากจำหน่ายโรงพยาบาล และยังเป็นช่องว่างจากระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 2 (Keessen et al., 2022) ส่งผลทำให้เกิดผลกระทบและประเด็นปัญหาด้านการจัดการภาวะสุขภาพขึ้นได้

ผลกระทบและประเด็นปัญหาภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการขยายหลอดเลือดหัวใจในช่วงระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย

ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยอาการมักเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือมีช่วงการเกิดอาการใน ระยะสั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวและไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการของโรคที่จะ เกิดกับตนเองในอนาคตได้และภายหลังการเกิดโรคผู้ป่วยเข้าสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังต่อไป ทำให้ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ และภาวะแทรกซ้อนตามมา ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม (Costa et al., 2022; Kaambwa et al., 2020; Pocock et al., 2021) รายละเอียดดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่พบอาการอ่อน ล้า เหนื่อยง่ายและไม่สุขสบาย (Vu et al., 2022) เป็นผลกระทบที่พบได้บ่อย (Julija et al., 2021) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเพศหญิงซึ่งมีอาการอ่อนเพลียมากกว่าเพศชาย (Johnston & Eckhardt, 2018) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Sepehrian et al., 2020; Spinka et al., 2019) มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living [ADL]) (Mori et al., 2021) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทางด้านอารมณ์ (Emotional role) และสังคม (Social adaptation) ของผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรก (Serrano-Rosa et al., 2021)

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการเครียดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการกลับซ้ำของโรค กลัวเสียชีวิต ความรู้สึกไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย (Uncertainty) เป็นอารมณ์และความรู้สึกทางด้านลบที่พบได้บ่อยในระยะวิกฤติถึงร้อยละ 32.7 (Xia et al., 2022) ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อมีอาการเจ็บอก ครั้งแรก รวมถึงความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลร้อยละ 7.8-41.3 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.6-28.40 (Sreenivesan et al., 2022) ส่งผลกระทบต่อรอนหลับของผู้ป่วย (sleep disturbance) โดยพบในช่วงเข้ารับการรักษา ร้อยละ 56.7 ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนร้อยละ 49.3 และ 12 เดือนร้อยละ 49.5 ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัว ($p=.026$) ภาวะซึมเศร้า ($p=.015$) และความรู้สึกสิ้นหวัง ($p=.034$) (Kanel et al., 2022)

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม

ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องเข้ารับบริการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามการรักษาและสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละช่วง ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน (Jang et al., 2020; Kwok et al., 2019) หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาซ้ำจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจาก 23,211 เป็น 37,524 ดอลลาร์สหรัฐ (Kwok et al., 2018) รวมทั้งเพิ่มค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ โดยจากการวิเคราะห์ต้นทุนการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยเท่ากับ 117,589.99 บาทต่อคน (อรพินท์ เจริญประภากร, 2564) เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถกลับไปทำงานได้เช่นเดิม ทำให้ขาดรายได้ มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทั้งในครอบครัว ที่ทำงาน และสังคม (Freak-Poli et al., 2022) ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาของ Conradie et al. (2022) โดยพบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงร้อยละ 69.8 สอดคล้องกับการศึกษาของ Musthofa et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำถึงร้อยละ 51.5

จะเห็นได้ว่า ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงที่ยังคงเปราะบาง ทั้งนี้ยังพบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลและปัญหาด้านการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยในช่วง 1 เดือนแรก ภายจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบ ประเด็นปัญหาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในช่วง 1 เดือน ดังนี้

1. ประเด็นปัญหาความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดยังคงมีปัญหาด้านความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากความก้าวหน้าของวิธีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 48-72 ชั่วโมง หรือภายใน 24 ชั่วโมงภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Same-day discharge [SDD]) (Rao et al., 2021) ส่งผลทำให้ระยะเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทาง

สุขภาพในหอผู้ป่วยมีจำกัด ซึ่งการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านโดยผู้ป่วยยังไม่มีความพร้อมอาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาล ทั้งในด้านการปรับตัวในการทำกิจกรรมและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่ต้องกลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Khoiriyati et al., 2021)

จากการศึกษาของ Hydzik et al. (2021) ซึ่งศึกษาความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 47.06 ระดับปานกลางร้อยละ 27.45 และระดับสูงร้อยละ 25.49 และจากการศึกษาของ Kosobucka et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลระดับต่ำ ร้อยละ 25.8 ระดับปานกลางร้อยละ 43.2 และระดับสูงร้อยละ 31 สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของสุพินดา ภู่อุ่น และคณะ (2564) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 48.9 มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง และระดับปานกลางร้อยละ 44.7 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์เพิ่มเติม (2.01) เป็นด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด นอกจากนั้นจากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ความไม่พร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลเนื่องมาจากความไม่พร้อมทางด้านร่างกาย เช่น อาการเจ็บอก หายใจลำบาก และด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวของผู้ป่วย (Khoiriyanti et al., 2021) ทศนคติและความเชื่อที่ไม่เหมาะสม (Rahman et al., 2018) ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Crawshaw et al., 2021) การได้รับความรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลตนเองที่บ้าน ขาดความร่วมมือในการรักษา รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบสุขภาพ (Hertz et al., 2019) นอกจากนี้พบว่า ยังขาดการมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยและญาติ รูปแบบการให้ข้อมูลไม่เหมาะสม มีความรู้และความเข้าใจไม่เพียงพอ ขาดการประเมินผล และขาดการรับฟังความกังวลและขาดการติดตามการดูแลที่บ้าน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2560)

2. ประเด็นปัญหาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่เหมาะสม

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไม่เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจถึงร้อยละ 52 (Borg et al., 2019) รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้าร่วมอย่างไม่ต่อเนื่องร้อยละ 16 - 28 (Ignacio et al., 2021) โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ถึงร้อยละ 35.34 (Cao et al., 2021) ซึ่งเพิ่มโอกาสการเกิด Cardiac event สูงขึ้นร้อยละ 20.4 (Sunamura et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน แบ่งเป็น 5 ด้านตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถหัวใจ ดังนี้

2.1 การจัดการภาวะสุขภาพด้านการรับประทานยา พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาลดลงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47 และระดับต่ำร้อยละ 8 ภายใน 7 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งลดลงอย่างมากเมื่อเวลาผ่านไป โดยในช่วง 1 เดือนลดลงเหลือเพียงร้อยละ 37 เกิดจากการหลงลืมร้อยละ 39.5 และขาดความรู้ร้อยละ 33.7 (Hussain et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Murad et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในช่วง 1 เดือนภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยละ 45.8 และจากการศึกษาของ Morita et al. (2020) ที่พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ-ปานกลางร้อยละ 19.8

2.2 การจัดการภาวะสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการออกกำลังกายถึงร้อยละ 42 (Ansari et al., 2021) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) ในระดับสูงร้อยละ 20.6 (ระยะเวลา 12.6 ± 0.8 ชั่วโมงต่อวัน) และระดับปานกลางร้อยละ 47.9 (ระยะเวลา 10.0 ± 0.7 ชั่วโมงต่อวัน) (Duran et al., 2019) รวมทั้งปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมถึงร้อยละ 20.37 (Oliveira et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amanda et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายระดับต่ำ (0-1 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 21 และระดับปานกลาง (2-4 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 29

2.3 การจัดการภาวะสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการควบคุมระดับไขมันอยู่ในระดับต่ำ (Kitakata et al., 2018) ขาดความมั่นใจในการควบคุมปริมาณโซเดียมร้อยละ 49 และควบคุมอาหารประเภทไขมันร้อยละ 48 (Ansari et al., 2021)

2.4 การจัดการภาวะสุขภาพด้านงดสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องร้อยละ 37 และไม่พยายามที่จะเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 51 (Bacquer et al., 2021) ซึ่งส่งผลทำให้ลดประสิทธิภาพของยาในกลุ่ม P2Y12 receptor inhibitors และทำให้ประสิทธิภาพการตอบสนองของเกล็ดเลือดลดลง (Gupta et al., 2019)

2.5 การจัดการภาวะสุขภาพด้านสภาพจิตใจและการจัดการความเครียด พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 10.4 - 18.8 โดยเฉพาะในช่วง 30 วันภายหลังจาก

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้เพิ่มโอกาสเข้ากลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 12.1-13.7 ($p=0.007$) และเพิ่มโอกาสการเสียชีวิต (All-cause mortality) ในช่วง 1 และ 2 ปีภายหลังการรักษา ซึ่งพบในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลระดับปานกลาง/รุนแรง ร้อยละ 8.2 และ 11.3 ตามลำดับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 2.55 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่อาการวิตกกังวล (Tran et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Li et al. (2020) ซึ่งเป็นการศึกษาระวบรวม (A meta-analysis) เกี่ยวกับความวิตกกังวลและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 17 เรื่อง พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเสียชีวิต (Mortality risk) ถึง 1.21 เท่า และมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ และยังพบว่าความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life [HRQoL]) (Kondo et al., 2021)

3. ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 86.1 การจัดการอาการร้อยละ 85.8 รวมถึงกายวิภาคและสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 84.2 (Qin et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haridas and ManiAsha (2022) พบว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติและภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 69 วิธีการดูแลตนเอง ร้อยละ 61 การออกฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา รวมถึงประเภทของอาหารที่ควรรับประทาน ร้อยละ 54 และจากการศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม Cardiac Patients Learning Needs Inventory (CPLNI) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง กายวิภาคและสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจ ยาที่รับประทาน การทำกิจกรรมทางกาย แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม การจัดการอาการ การดูแลทางด้านจิตใจ (Alsaqri et al., 2020; Karadkar et al., 2022b) และการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำและดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย (Khoiriyati et al., 2021) ตลอดจนการกลับไปใช้ชีวิตและทำงานได้ตามปกติ (Crawshaw et al., 2021) นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยยังมีความต้องการข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการและการรับประทานยาของผู้ป่วย (Huriani, 2019)

จากการศึกษาของ Mohammadi et al. (2019) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีการดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาลทั้งการทำกิจกรรม

ทางกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการติดตามการรักษา 2) ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียด ความวิตกกังวลและการป้องกันภาวะซึมเศร้า 3) ด้านสังคม เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและกลับไปทำงาน รวมทั้งกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นต้น 4) ด้านจิตวิญญาณ โดยความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอัตราเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 6.25 ภายใน 7 วันและเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 7.60-17.80 ภายใน 30 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Atluri et al., 2022) นอกจากนี้ทำให้เกิดอาการเจ็บอกซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลร้อยละ 6.7-38.1 (Kwok et al., 2020; Sykes et al., 2021; Vidula et al., 2018) จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยังคงมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการอธิบายของเมลิส (Meleis et al., 2000) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในช่วงการเปลี่ยนผ่านของความเจ็บป่วยมีโอกาสที่จะเผชิญกับปัญหาตามมาภายหลังและไม่สามารถก้าวผ่านความเจ็บป่วยได้อย่างดี (Unhealthy transition) ดังนั้น การส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน

ทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน (Transitions theory) ของ Meleis et al., (2010) เป็นทฤษฎีที่มุ่งประเมินและให้การช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ตลอดจนชุมชนให้สามารถจัดการต่อการเปลี่ยนแปลงจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่งได้และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งขั้นตอนในการบำบัดทางการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

1. การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (Assessment of readiness) โดยทำการประเมินทุกเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน ตลอดจนการประเมินปัจจัยส่วนบุคคลและแหล่งประโยชน์ที่จะเอื้อต่อการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่

1.1 การประเมินธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นมโนทัศน์ที่ประกอบไปด้วย

1.1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition) เป็นการแบ่งชนิดหรือปรากฏการณ์ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งของชีวิตหรือจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิต ซึ่งผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยวิกฤติหรือฉุกเฉิน ภายหลังการรักษาเข้าสู่ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/Illness transition) นอกจากนั้นผู้ป่วยบางรายอาจเกิดการเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) การเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ (Situational transition) หรือการเปลี่ยนผ่านตามระยะขององค์กร (Organizational transition) รวมด้วย

1.1.2 แบบแผนของการเปลี่ยนผ่าน (Pattern of transition) มีความแตกต่างในแต่ละบุคคลที่มีความหลากหลายและมีความสลับซับซ้อน เช่น บางคนมีประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านหลายอย่างในเวลาเดียวกันหรือเพียงอย่างเดียว (Multiple transitions or single transition) หรือการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นชนิดหนึ่งแล้วมีการเปลี่ยนผ่านอีกอย่างเกิดขึ้นต่อมาตามลำดับหรือเป็นการเปลี่ยนผ่านที่มากกว่าหนึ่งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นพร้อมกัน (Sequential or simultaneous transitions) รวมถึงเป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันหรือไม่เกี่ยวข้องกัน (Related or unrelated transitions) ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรพิจารณารูปแบบของการเปลี่ยนผ่านร่วมกับชนิดการเปลี่ยนผ่านเสมอ และควรให้ความสนใจในรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านของบุคคลมากกว่าชนิดของการเปลี่ยนผ่าน เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านของบุคคลเกิดขึ้นได้หลากหลายรูปแบบและมีความสลับซับซ้อน ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคลย่อมมีการเผชิญรูปแบบของการเปลี่ยนผ่านที่แตกต่างกัน

1.1.3 ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนผ่าน เป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย

1) การตระหนักรู้ (Awareness) เป็นการรับรู้ความเข้าใจและยอมรับในประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น โดยบุคคลที่กำลังเผชิญอยู่ในภาวะของการเปลี่ยนผ่าน จะต้องมีตระหนักรู้ว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โดยระดับของการตระหนักรู้จะสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและการตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2) การยอมรับการเปลี่ยนผ่าน (Engagement) เป็นระดับที่บุคคลแสดงความเกี่ยวข้องหรือเข้าไปสัมพันธ์ในกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งระดับของการตระหนักรู้มีอิทธิพลต่อระดับ

ของการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกาเปลี่ยนผ่าน โดยการเปลี่ยนผ่านจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าไม่มีการตระหนักรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือสิ่งแวดล้อม

3) การเปลี่ยนแปลงและความแตกต่าง (Change and Difference) เป็นการปรับตัวต่อบทบาทและสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างไปจากบทบาทเดิม ซึ่งความแตกต่างสามารถแสดงตัวอย่างได้จากการที่ไม่เคยพบหรือไม่เคยประสบมาก่อน (Unmet) หรือจากความหลากหลายของความคาดหวัง (Divergent expectation) ความรู้สึกที่แตกต่าง (Feeling different) การอยู่กับการรับรู้ที่แตกต่าง (Being perceived as different ways) หรือมีมุมมองต่อโลกที่เปลี่ยนไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างของบุคคล

4) ระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition time spam) ทุกการเปลี่ยนผ่านนั้นจะมีคุณลักษณะของการผ่านและมีการเคลื่อนที่ตลอดเวลา (Flowing and moving over time) หรือไม่อยู่หนึ่งมีจุดเริ่มต้นและการเคลื่อนผ่าน ระยะเวลาที่ไม่มั่นคง สับสนและตึงเครียด จนถึงสุดสิ้นสุดซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นหรือการเข้าสู่ระยะเวลาที่มั่นคงของสภาวะใหม่

5) จุดวิกฤติหรือจุดเปลี่ยนของเหตุการณ์ (Critical points and event) เป็นเหตุการณ์หรือสถานการณ์โดดเด่น ไม่นานอน หรือมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยเป็นการตระหนักรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความแตกต่างไปจากเดิม ตลอดจนการเข้าไปเกี่ยวข้องกับกาเปลี่ยนผ่านที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้จุดวิกฤติหรือเหตุการณ์วิกฤติจะหมดไป เมื่อบุคคลรู้สึกมั่นคงในสภาวะใหม่ มั่นคงในทักษะในแบบแผนการดำเนินชีวิตหรือในกิจกรรมการดูแลตนเอง

1.2 การประเมินเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition) เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านที่จะเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้นจะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือมีความยากลำบาก ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขส่วนบุคคล (Personal) ชุมชน (Community) และสังคม (Society) ทั้งที่เอื้ออำนวยให้การเปลี่ยนผ่านดำเนินไปด้วยดีหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไม่ประสบความสำเร็จ รายละเอียดดังนี้

1.2.1 เงื่อนไขส่วนบุคคล เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่อาจยับยั้งหรือสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1.1) การให้ความหมาย (Meaning) 1.2) วัฒนธรรม ความเชื่อและทัศนคติ (Cultural beliefs and attitudes) 1.3) สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) 1.4) การเตรียมความพร้อมและความรู้ (Preparation and knowledge)

1.2.2 เจื่อนใจจากสภาพชุมชน เป็นเจื่อนใจอีกประการหนึ่งที่สามารถส่งเสริมหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรทางสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เป็นต้น

1.2.3 เจื่อนใจจากสภาพสังคม เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคลที่สำคัญระหว่างที่มีการเปลี่ยนผ่าน และมีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

ซึ่งภายหลังการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน จะทำให้ได้ข้อมูลมาวางแผนการบำบัดทางการแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านที่มีความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล

2. การเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ (Preparation for transition) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การศึกษา (Education) เป็นการให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะ ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อม (Environment) เพื่อเตรียมความพร้อมที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่เป็นไปได้ง่ายขึ้น ตลอดจนการให้ทางการแพทย์เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านหรือการใช้บทบาทเสริม (Role supplementation) เป็นกระบวนการแสดงบทบาทที่เกิดขึ้นอย่างจงใจ นอกจากนี้ยังเป็นการบำบัดทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยทั้งส่วนของการป้องกัน (prevention) และการรักษา (therapeutic)

3. การประเมินผลลัพธ์ในระยะเปลี่ยนผ่าน (Evaluation of transition) ซึ่งเป็นการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์การเปลี่ยนผ่าน เพื่อประเมินและช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลเปลี่ยนผ่านสู่การมีสุขภาวะที่ดีหรือเปลี่ยนผ่านได้ประสบความสำเร็จ ประกอบด้วย

3.1 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indication) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) การมีความต่อเนื่อง (Feeling Connected) 2) การทำให้ผู้รับบริการมีปฏิสัมพันธ์ (Interesting) 3) การสร้างความเข้าใจในสถานที่และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Location and being situated) และ 4) การสร้างความเชื่อมั่นและการปรับตัว (Developing confidence and coping)

3.2 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indication) เป็นความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง (Mastery) และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ได้ ตลอดจนสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (Fluid integrative identities)

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แต่หากบุคคลเกิดการรับรู้และเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้นและทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน บุคคลจะสามารถจัดการกับปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้ง เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้อย่างง่ายขึ้น ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีดังกล่าวสามารถอธิบายประเด็นปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจนและสามารถนำไปใช้ประยุกต์เพื่อส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้

โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากประเด็นปัญหาความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ถือว่าเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน โดยให้การดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านของความเจ็บป่วยจากสภาวะหนึ่งไปยังอีกสภาวะหนึ่ง เป็นกระบวนการหรือช่วงเวลาของปรากฏการณ์ที่ดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง จากแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาจัดกิจกรรมการดูแลให้ผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเตรียมการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วย การให้ข้อมูลและฝึกทักษะในการจัดการตนเองในระยะเปลี่ยนผ่าน และการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย โดยพยาบาลถือว่าเป็นบทบาทสำคัญในการดูแลและตอบสนองความต้องการดูแลดังกล่าว ผ่านกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ (Weiss et al., 2007)

การส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการดูแลและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน รวมถึงการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย (Hayajneh et al., 2020) โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย (Individualized) ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered) ซึ่งมุ่งเน้นการเข้าถึง (Accessibility) ข้อมูลที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วย (Specific information) การสื่อสาร (Communication) การประสานงาน (Coordination) การเสริมสร้างความมั่นใจ (Confidence) และการมีส่วนร่วม (Participation) ในการตัดสินใจตลอดขั้นตอน ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนากระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

(Gane et al., 2022; Krook et al., 2020) รวมถึงการสอนก่อนจำหน่าย (Discharge teaching) ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วยบริบท (Context) กลไก (Mechanisms) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยคำนึงถึงเนื้อหาการสอนที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ทักษะการสอนของพยาบาล ความพร้อมของผู้ป่วยในการเรียนรู้ รวมทั้งแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Pellet et al., 2020) เพื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Candelaria et al., 2020) ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการดูแลต่อเนื่องที่สำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ที่ดี และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) ประกอบด้วยการรับประทานยา (Medication) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation) การให้ความรู้และคำแนะนำ (Education) และการติดตามการรักษา (Follow-up) รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการปัจจัยเสี่ยง (Risk factor modification) (Messerli et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการศึกษาของประเทศไทย อาทิเช่น ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 ราย (กลุ่มทดลอง 30 รายและกลุ่มควบคุม 30 ราย) ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 มีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้ D-METHOD และทบทวนความรู้ 1 วัน ก่อนจำหน่ายและประเมินความพึงพอใจ จากนั้นติดตามประเมินการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในวันที่ 28 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมดังกล่าว ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายสูงขึ้น ($p < .001$) และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ($p < .05$) (ลดาวัลย์ ฤทธิกล้า, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่ออัตราการกลับมา รักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยประยุกต์ D-METHOD ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Gagne) จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 104 ราย (กลุ่มทดลอง 52 รายและกลุ่มควบคุม 52 ราย) ดำเนินการโปรแกรม 5 ครั้ง ครั้งที่ 1 แจกคู่มือ เชิญเข้าร่วมกลุ่มไลน์ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตามรูปแบบ D-METHOD ครั้งที่ 2 ประสานสหวิชาชีพร่วมดำเนินการโปรแกรม ครั้งที่ 3 ทบทวนความรู้และสรุปเนื้อหา ครั้งที่ 4 โทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และครั้งที่ 5 โทรติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันลดลง ($p = .005$) (อารีญา สุพรรณดิ, 2563)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พฤติกรรมสุขภาพ และอาการเจ็บอกซ้ำในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญที่ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 3) การสนับสนุนทางสังคม 4) การเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การให้ความรู้

ความรู้ ถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Weiss et al., 2007) และเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการดูแลตนเอง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ($r=.17, p=.01$) (Michalski et al., 2020) รวมถึงมีความสัมพันธ์และทำนายต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.37, p<.001$) ($\beta=.42, p<.001$) (Jung & Yang, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สาเหตุ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การเลิกสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด โดยใช้รูปแบบการสอนรายบุคคล การสอนย้อนกลับ การติดตามให้คำปรึกษา การติดตามเยี่ยมบ้าน และการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรม ผ่านสื่อวิดีโอ สมุดคู่มือ แอปพลิเคชัน ดังเช่นการศึกษาของ Bagheri et al. (2022) ที่พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีการให้คำปรึกษาและความรู้ในรูปแบบ Face to face รวมถึงการติดตามผ่านทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ภายหลังจำหน่าย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Keshavaraz et al. (2021) เกี่ยวกับการให้ความรู้ผ่านรูปแบบการพยาบาลทางไกลใน 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Ebrahimi et al. (2021) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีการให้ความรู้และฝึกทักษะในช่วง 3 วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการศึกษาของ Ahmadi et al. (2022) เกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ผ่านสื่อมัลติมีเดียในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรับประทานยา การ

จัดการความเครียดและการปฏิบัติกิจกรรมทางกายผ่านสื่อวิดีโอในระยะจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

นอกจากนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Huriani et al. (2022) เกี่ยวกับกลยุทธ์การให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 19 เรื่อง พบว่า รูปแบบการให้ความรู้มีตั้งแต่การสอนรายบุคคล และการสอนรายบุคคลร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ผ่านสื่อภาพ แผ่นพับ โบรชัวร์ หนังสือเล่มเล็ก วิดีโอ และคู่มือ โดยมีการประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความรู้ ความวิตกกังวล ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความสามารถในการทำหน้าที่ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และ อาการทางคลินิกภายหลังการได้รับความรู้

2. การส่งเสริมความมั่นใจ

เป็นการรับรู้หรือความเชื่อของแต่ละบุคคลถึงความสามารถและความสำเร็จตามเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน จากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม ส่งผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และสามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ (Bandura, 1997) จากการศึกษาของ Wantiyah et al. (2020) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .307, p < .001$) และการศึกษาของ Shrestha et al. (2020) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($\beta = .432, p < .001$)

ดังเช่นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ความสำเร็จของตนเองและผู้อื่น การได้รับคำพูดชักจูง และการสนับสนุนของครอบครัว รวมถึงการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ดีขึ้น (พัชรี ราชิกฤษ และ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, 2562) และ การให้ความรู้ผ่านวิดีโอที่ค้นการ์ตูนแอนิเมชันและทบทวนความรู้ผ่านเกมส์ ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถแห่งตน ระยะเวลา 1 วัน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (จุฑาพร ศรีจันทร์ และคณะ, 2561) นอกจากนี้ยังมีการให้คำแนะนำและใช้คำพูดจูงใจ การเห็นตัวแบบประสบการณ์ของผู้อื่นผ่านสื่อวิดีโอที่ค้น และประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ร่วมกับโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ

Bandura พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (พรทิพย์ อ่อนเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2564)

3. การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ และการประเมิน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($p < .001$) (Kazukauskienė et al., 2021) ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Wang et al., 2019) โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลและกระบวนการตัดสินใจ ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Goldfarb et al., 2022) จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .366$, $p < .001$) (Zhou et al., 2022) และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($r = .639$, $p < .001$) (เอกพลพลเดช เดชแก้ว และคณะ, 2564) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .53$, $p < .001$) (Han & Won, 2022)

นอกจากนี้จากการศึกษาของ Tuna and Pakyuz (2022) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีกรให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมโดยครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานยาและการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และจากการศึกษาของ Su and Yu (2021) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วย eHealth ซึ่งมีกิจกรรมกำหนดเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามภายหลังจำหน่ายผ่าน e-platform รวมทั้งแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มผู้ป่วยผ่าน WeChat platform พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

4. การเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Empowerment for Patient/Family)

เป็นการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาพะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในทุก

ขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง โดยการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เริ่มตั้งแต่การรับรู้ความสามารถและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความรู้สึกควบคุมดูแลตนเองได้ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และการสร้างแรงจูงใจ (Kim & Shin, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r=.381, p<.000$) (Karner et al., 2018) นอกจากนี้การศึกษาของ Kuchi et al. (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกิจกรรมประกอบด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง ประเมินสาเหตุของปัญหา ตั้งเป้าหมาย พัฒนาแผนการดูแลตนเอง และการประเมินความสำเร็จตามเป้าหมาย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ ดำเนินการเป็นเวลา 3 วัน และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ผ่านทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาวะด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.001$)

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายหลังเกิดการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล และทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้ การส่งเสริมความมั่นใจ การสนับสนุนทางสังคม การเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมจำหน่าย เกิดความรู้และความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย

ดังนั้นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยบูรณาการทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis et al. (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการสอดแทรกกิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการสนับสนุนและด้านการได้รับข้อมูล/ความรู้ที่เพียงพอ เพื่อส่งเสริมความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทั้งด้านร่างกาย สภาพจิตใจ ความรู้ และการได้รับการสนับสนุน โดยผ่านกระบวนการของการเปลี่ยนผ่าน มีรูปแบบดังนี้

1. การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน เป็นการประเมินปัจจัยที่ผลการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ประเมินการรับรู้ ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยภายหลังเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด

เลือดเฉียบพลัน รวมทั้งการประเมินความต้องการทางด้านข้อมูลความรู้และการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว

2. การสร้างเสริมความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการดูแลตนเองที่เหมาะสมในช่วง 1 เดือนแรกภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการให้ความรู้รายบุคคลและครอบครัว ผ่านกิจกรรมรู้ทันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พยาธิสภาพของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผ่านคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. สร้างเสริมความมั่นใจในการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวริเริ่มการวางแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่การเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในแต่ละสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้ตารางวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันค้นหาทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ วางแผนปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมาย ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ รวมทั้งประเมินความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมทางกาย ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ตลอดจนการเสริมแรงและเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยกล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง

4. การกระตุ้นและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามเยี่ยมผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ภายใน 48 ชั่วโมงและสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากจำหน่าย และติดตามเยี่ยม ณ คลินิกโรคหัวใจ ในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่าย ซึ่งประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผนจากแผนปฏิบัติพฤติกรรม โดยเฉพาะในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยการสำรวจการปฏิบัติตามแผนในสัปดาห์ที่ผ่านมา และพิจารณาการบรรลุเป้าหมาย ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติกิจกรรมบางส่วน จากนั้นประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติตามแผนอีกครั้ง รวมทั้งกล่าวชมเชยและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

สรุป ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นตัวได้อย่างเต็มที่และสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งถือว่าการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ การเตรียมความพร้อมจำหน่ายเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ เกิดการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทของการเจ็บป่วย รวมทั้งการจัดการภาวะสุขภาพตามแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ลดหรือป้องกันการเกิดอาการของโรคซ้ำ รวมทั้งการเกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม แม้ว่าความพร้อมจำหน่ายจะเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง รวมทั้งยังมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต และการจัดการภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนภายหลังจำหน่ายซึ่งหัวใจยังฟื้นหายไม่เต็มที่และยังคงมีความเปราะบางเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่เป็นอันตรายได้ ดังนั้น การดั่งนั้น การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความพร้อมจำหน่าย รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็น

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยบูรณาการทฤษฎีเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมีองค์ประกอบคือ 1) การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ การเสริมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้และความมั่นใจ และ 3) การติดตามเยี่ยมและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นระยะวิกฤตของการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการปรับตัวที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย ตลอดจนลดหรือป้องกันการเกิดอาการทางคลินิกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

สถานที่ในการศึกษา

หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ให้การดูแลผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัจจุบันขยายหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเป็น 16 เตียง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ภายหลังได้รับการทำ PCI ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจเป็นระยะเวลา 3 วัน โดยพยาบาลจะประเมินสุขภาพขั้นต้นและตรวจร่างกาย ติดตามสัญญาณชีพเพื่อประเมินติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการทำหัตถการ เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาจะได้รับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจากแพทย์ ซึ่งกระบวนการจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยตามรูปแบบ D-METHOD สำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากนั้นประเมินผลลัพธ์ของการให้สุขศึกษา โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พัฒนาขึ้นโดยทีมให้สุขศึกษาของหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ และแจกคู่มือสมุดบันทึก อีกทั้งให้ผู้ป่วยหรือญาติเข้าร่วมกลุ่ม LINE official CCU เพื่อติดตามข่าวสารเรื่องโรคหรือหากมีอาการผิดปกติสามารถสอบถามได้ในเวลาทำการ

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังการทำ PCI ทุกรายจะมีการตรวจตามนัดภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ อาคารผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการประเมินอาการเบื้องต้น จากนั้นผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาโดยทั่วไปของผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งคลินิกดังกล่าว ให้บริการทุกวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี เวลา 8.00 - 12.00 น. จากนั้นตรวจตามนัดครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลนครพิงค์หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (Cardiac Care Unit [CCU]) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีจำนวนผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้นในทุกๆปีจาก 345 รายในปี พ.ศ.2560 เป็น 569 รายในปี พ.ศ.2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ (Cardiac Care Unit [CCU]) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าการวิจัย (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
2. อาการคงที่ โดยไม่มีอาการเจ็บอก (New/Recurrence) ใน 8 ชั่วโมง ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว (Uncompensated Heart Failure) และไม่มีคลื่นไฟฟ้าผิดปกติ (ที่เป็นอันตราย) ใน 8 ชั่วโมง
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอันตราย เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดอันตราย หรือความดันโลหิตสูงในระดับวิกฤต
4. ระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามเกณฑ์ของ Killip classification อยู่ในระดับ 1 หรือมีค่าประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction [EF]) มากกว่า 40%
5. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินจากการตอบคำถามรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) มากกว่า 16 คะแนน

6. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

7. มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบเฉียบพลันที่เป็นอันตรายระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย เช่น มีอาการหายใจหอบเหนื่อย เจ็บอก มีภาวะช็อคจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ

2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามที่โปรแกรมกำหนด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.6 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α ที่ระดับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งได้จากการคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจของภัทรสิริ พงมานพงศ์ และคณะ (2558) โดยใช้สูตรของ Cohen (1988) ดังนี้

$$E_s = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

เมื่อกำหนดให้ E_s = ขนาดอิทธิพล

\bar{x}_E = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

\bar{x}_C = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

นำคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของกลุ่มทดลอง (\bar{x}_E) เท่ากับ 97.08 และกลุ่มควบคุม (\bar{x}_C) เท่ากับ 92.42 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม (SD_C) เท่ากับ 6.80 มาคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตร

$$E_s = \frac{97.08 - 92.42}{6.80}$$

$$E_s = 0.68$$

ผลของการคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 ราย และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระหว่างการศึกษาอาจเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2012) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 68 ราย ซึ่งจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 34 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลนครพิงค์ ผู้วิจัยติดต่อพบผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขออนุญาตประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและขอเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยช่วยแจกใบประชาสัมพันธ์โครงการฯ

2. เมื่อมีผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบเพื่อดำเนินการชี้แจงข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ รวมทั้งขออนุญาตคัดกรองข้อมูลเบื้องต้น

3. เมื่อมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการลงนามในหนังสือแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองตามสัปดาห์ที่เข้ารับการรักษา โดยผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละสัปดาห์ว่าจะจะเป็นกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่กลับ (Sampling without replacement) เช่น ในสัปดาห์ที่หนึ่งของเดือนจับฉลากได้เป็นกลุ่มทดลอง ผู้ที่เข้ารับการรักษาในสัปดาห์นี้จะถูกจัดเข้ากลุ่มทดลอง ส่วนผู้ที่เข้ารับการรักษาในสัปดาห์ถัดไปจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุม ตามลำดับ โดยผู้วิจัยทำการจับฉลากและสลับสัปดาห์จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 68 ราย เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่างและเป็นอิสระจากกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ซึ่งผู้วิจัยบันทึกจากแบบบันทึกทางการแพทย์ (Medical record) ตามเกณฑ์ของ Killip classification ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย

ระดับ 2 หัวใจวายปานกลาง จากการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียง S3 หลอดเลือดคอโป่งพอง

ระดับ 3 ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หัวใจเต้นเร็ว และอาการแสดงของน้ำท่วมปอด

ระดับ 4 เกิดภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) หรือความดันโลหิตต่ำ (Systolic < 90 mmHg) มีการหดเกร็งของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยจะมีอาการมือเย็น เหงื่อออก ซึม และปัสสาวะออกน้อย

1.2 แบบสอบถามสภาพจิตจรรยา (Chula Mental Test [CMT]) พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) เพื่อใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความไวและจำเพาะในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลาย ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนไม่เท่ากัน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 19 คะแนน ซึ่งการแปลผล หากคะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน หมายถึง น่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function หากคะแนนสูงกว่า 16 คะแนน หมายถึง Cognitive function ปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ ทางผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ผู้ดูแล การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และสิทธิการรักษา

2.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งเป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การรักษา ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Ejection fraction: EF) โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการจัดการความเครียด

2.3 แบบสอบถามความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ Weiss and Piacentine (2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้ความพร้อมด้านร่างกาย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง จิตใจและความมั่นใจ และการได้รับการสนับสนุน

ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 11 ระดับ (0-10) โดย 0 หมายถึง ไม่มีความพร้อมด้านนั้นเลย และ 10 หมายถึง มีความพร้อมด้านนั้นมากที่สุด

คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0-250 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมจำหน่ายอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมจำหน่ายอยู่ในระดับสูง

2.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปรับตัวและการจัดการภาวะสุขภาพภายหลังเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.4.1 แบบสอบถามการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) ของ Leidy (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจต่อการดำเนินชีวิตภายหลังการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล ครอบคลุมการปรับตัวด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย กิจกรรมยามว่าง และการพักผ่อน กิจกรรมทางสังคมและการทำงาน ตลอดจนการจัดการภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรักษา

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อคำถามทางบวก

ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	ให้คะแนน	0
ปฏิบัติกิจกรรมนานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	1
ปฏิบัติกิจกรรมบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	2
ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	3

ข้อคำถามทางลบ

ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย	ให้คะแนน	3
ปฏิบัติกิจกรรมนานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	2
ปฏิบัติกิจกรรมบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	1
ปฏิบัติกิจกรรมบ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)	ให้คะแนน	0

คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0-117 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวอยู่ในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวอยู่ในระดับสูง

2.4.2 แบบสอบถามการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ) ของ Eifert et al., (2000) โดยแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลกลับ (Back translation) โดยอัมพิกา อินทรอยู่ และ ระพีณ ผลสุข (2565) เพื่อประเมินการปรับตัวด้านจิตใจของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งด้านความกังวลและกลัวด้านพฤติกรรมหลีกเลี่ยง ด้านความใส่ใจ และความปลอดภัยและการค้นหา

ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ดังนี้

ไม่เคยเลย	ให้คะแนน	0
นานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	1
บางครั้ง	ให้คะแนน	2
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน	3
ทำเป็นประจำ	ให้คะแนน	4

คะแนนของแบบสอบถามอยู่ในช่วง 0 - 72 คะแนน โดยการแปลผลคะแนน คือ คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลสูง

2.5 แบบสอบถามอาการทางคลินิก

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามอาการทางคลินิกของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อคำถามที่เป็น Dichotomous question จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อาการเจ็บอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก และอาการอื่นๆ ลักษณะคำตอบเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ การคิดคะแนนจะคิดจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางคลินิก หรือไม่มีอาการทางคลินิก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1 โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจมีการปรับตัว การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือน รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับการป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ โดยมีองค์ประกอบหลัก

ได้แก่ การประเมินความพร้อมและความต้องการในการเปลี่ยนผ่าน การส่งเสริมความสามารถการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน การเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม ในช่วงระยะ 1 เดือนแรก การสร้างเสริมความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และการกระตุ้นและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการโปรแกรมผ่านกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ภายหลังรับการรักษา (ช่วงเช้า) กิจกรรมที่ 1 การประเมินความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ (Assessment of readiness) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 2 วันที่ 1 ภายหลังรับการรักษา (ช่วงบ่าย) กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ครั้งที่ 3 วันที่ 2 ภายหลังรับการรักษา กิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของการเจ็บป่วย

ครั้งที่ 4 ภายหลังจำหน่ายระยะ 48 ชั่วโมง 1 และ 2 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Encouraging and ongoing support) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรก ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ และ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์

3.2 แผนการสอน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับเป็นแนวทางดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยแผนการสอน ประกอบด้วยเนื้อหา 3 เรื่อง ได้แก่ 1) สาเหตุ พยาธิสภาพ ผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) วิธีการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล 3) การส่งเสริมสมรรถภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรก ภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3.3 คู่มือวิธีการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic-book: E-book) เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เนื้อหาเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีการดูแลตนเองและการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลัง

ออกจากโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านการรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การเลิกบุหรี่ และการจัดการความเครียด ความวิตกกังวล ช่องทางติดต่อของแหล่งประโยชน์ต่างๆ

3.4 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและการติดตาม (Action planning & monitoring form) เป็นแบบบันทึกและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทของการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรม ตารางวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมในแต่ละวันตลอดช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล การประเมินความตั้งใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมถึงพิจารณาการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

3.5 แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) โดยสร้างในรูปแบบของไลน์ออฟฟิเชียลแอดแควนต์ หรือ ไลน์โอเอ (LINE Official Account/LINE OA) เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลตลอดระยะเวลา 4 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย และดำเนินกิจกรรมติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างของโปรแกรมวางแผนจำหน่ายใน 48 ชั่วโมงและสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยการวิดีโอคอล (Video call) และการพิมพ์ข้อความสื่อสารทางช่องข้อความ ซึ่งตั้งชื่อไลน์ว่า “Heart-Healthy” โดยมีสมาชิก ได้แก่ ผู้วิจัย ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยตรวจสอบเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย แบบสอบถามการปรับตัว แบบสอบถามอาการทางคลินิก และโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความเหมาะสมและความถูกต้องของเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและสื่อที่ใช้ในการดำเนินการโปรแกรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องร่วมกับ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและการใช้ภาษาก่อนนำไปทดลองใช้จริง

ภายหลังปรับแก้ไขเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมดังกล่าว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ส่วนแบบสอบถามความพร้อมจำหน่ายและแบบสอบถามการปรับตัว ผู้วิจัยนำไปคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของทุกแบบสอบถามเท่ากับ 1.0 ซึ่งบ่งชี้ว่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ (Davis, 1992) ส่วนโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมของการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง จากการศึกษาในร่อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจและได้สะท้อนคิดเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองภายหลังการเจ็บป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ตลอดจนกิจกรรมมีความเหมาะสมและเกิดประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาเหมาะสมและเพียงพอกับการทำกิจกรรม ส่วนสื่อ/อุปกรณ์ประกอบ ได้แก่ ภาพผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiography ; CAG) เป็นสื่อที่ดีและทำให้มองเห็นภาพและสร้างเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคในครั้งนี้ได้อย่างชัดเจน คู่มือการจัดการภาวะสุขภาพในรูปแบบ E-book เป็นคู่มือที่น่าสนใจและมีเนื้อหาที่ครบถ้วน การใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารที่เป็นประโยชน์และสะดวกในการใช้งานและรวมทั้งการติดต่อขอรับคำปรึกษาจากผู้วิจัย

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย แบบสอบถามการปรับตัว แบบสอบถามความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบสอบถามอาการทางคลินิกที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ซึ่งค่าที่ได้บ่งชี้ว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเป็นที่ยอมรับได้ (DeVellis, 2012) และวิเคราะห์โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย	เท่ากับ .97
2.2 แบบสอบถามการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตฯ	เท่ากับ .88
2.3 แบบสอบถามการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล)	เท่ากับ .85
2.4 แบบสอบถามอาการทางคลินิก	เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลนครพิงค์ ได้รับการรับรองรหัสจริยธรรม คือ G-HS007/2566 และ NKP No. 036/66 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนงานวิจัยแบบทดลองทางคลินิก (Thai Clinical Trials Registry: TCTR) ได้รับการรหัสลงทะเบียน คือ TCTR20230330003 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ จึงประชาสัมพันธ์โครงการฯและดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ

2. ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล เพื่อชี้แจงข้อมูลและรายละเอียดการวิจัย เมื่อสมัครเข้าใจร่วมการวิจัยครั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือให้ลงนามยินยอมในแบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล

3. ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การทำแบบสอบถาม และการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จะถูกเก็บความเป็นลับ เก็บไว้ในสถานที่มิดชิดและปลอดภัย โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างและมีเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ ในการนำเสนอข้อมูลและการตีพิมพ์เผยแพร่ จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลทั้งหมดทั้งในส่วนที่เป็นเอกสารแบบสอบถาม และการเข้าร่วมโปรแกรมจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่

4. หากเกิดอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นระหว่างการวิจัย เช่น เจ็บอก หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หน้ามืด ให้กลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าโปรแกรมทันทีและให้การพยาบาลเบื้องต้นจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการทุเลาพร้อมทั้งประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลการรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างรายใดเกิดอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวขึ้นระหว่างการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม รายละเอียดดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 0 ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 1 ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพอาการทางคลินิกและแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งดำเนินการก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความพร้อมทางด้านสภาวะร่างกายและจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง
2. หากกลุ่มตัวอย่างอาการคงที่ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัว เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัว (หากมี) แนะนำตนเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ระยะเวลาดำเนินการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัยครั้งนี้
3. ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 1 เป็นการประเมินความพร้อมและความต้องการในระยะเปลี่ยนผ่าน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ประเมินความพร้อมและความต้องการในการเปลี่ยนผ่าน (Assessment of readiness) ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 1 (ช่วงเช้า) ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

1. ผู้วิจัยประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น โดยสนทนากับประสบการณ์และการรับรู้การเจ็บป่วย รวมถึงความรู้ทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรักษาที่ได้รับ ตลอดจนประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน

กิจกรรมที่ 2 การเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 1 (ช่วงบ่าย) ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว (หากมี) ตามเวลาที่นัดหมาย จากนั้นทักทายและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวร่วมสนทนาและอภิปราย เกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อทัศนคติต่อการปฏิบัติตัวภายหลังเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรก

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มตัวอย่างร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (หากมี) ผ่านกิจกรรม “รู้ทันภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยให้ความรู้และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวร่วมอภิปรายเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในช่วง 1 เดือนแรก

กิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 2 ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 40-60 นาที

1. ผู้วิจัยประเมินความก้าวหน้าของอาการทางคลินิกหรือปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง โดยศึกษาจากแบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ในช่วงเวลาที่ผ่านมาก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม

2. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผ่านกิจกรรม “วางแผนดำเนินชีวิต สิ่งจำเป็นที่ต้องทำ” โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองและการวางแผนดำเนินชีวิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. ผู้วิจัยทบทวนแนวทางการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มต้นและสรุป ตลอดจนร่วมกันสำรวจปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งวิธีการหรือทางเลือกในการปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ในแต่ละวัน

4. ผู้วิจัยให้แรงเสริม โดยกล่าวให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่น แรงจูงใจและส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ รวมถึงเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

5. ผู้วิจัยแนะนำและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 และสอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วยอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

วันที่ 3 ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำการใช้คู่มือการดูแลและวางแผนดำเนินชีวิต การใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อใช้ในการติดตามเยี่ยม จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความพร้อมจำหน่าย (ครั้งที่ 1) ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนัดหมายการ

ติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทางแอปพลิเคชันไลน์ในวันที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายฯ ตามช่วงเวลาในกลุ่มตัวอย่างสะดวก

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

48 ชั่วโมงแรกและสัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมทาง แอปพลิเคชันไลน์และการให้สนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

1. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จากนั้นสอบถาม แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและความสามารถในการกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งความต้องการข้อมูล และการดูแลของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว

2. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความมั่นใจในการปฏิบัติ กิจกรรมต่างๆ อีกครั้ง รวมทั้งกระตุ้นและให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยม ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรคหัวใจ อาคารผู้ป่วยนอกใหม่ ชั้น 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

1. ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ จากนั้นประเมิน ความก้าวหน้าการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตตามแผนที่กำหนดไว้ และร่วมกันพิจารณาว่า บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

2. ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรค และสิ่งสนับสนุนต่อปฏิบัติกิจกรรมและการ ดำเนินชีวิต หากพบปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้นผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันหาทางเลือกหรือแนว ทางแก้ไขปัญหา/อุปสรรคและวางแผนปฏิบัติกิจกรรมใหม่อีกครั้งหรือเพิ่มเติมกิจกรรมบางส่วน ตลอดจนการปรับเปลี่ยนเป้าหมาย จากนั้นประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติติดตามแผนอีกครั้ง

3. ผู้วิจัยให้กำลังใจ สนับสนุนและชื่นชมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมและดำเนิน ชีวิตที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความพร้อมจำหน่าย (ครั้งที่ 2) การปรับตัว และอาการทางคลินิก (ครั้งที่ 1) ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

สัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามเยี่ยมและประเมินผล ผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประเมิน การปรับตัว และอาการทางคลินิก (ครั้งที่ 2) ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ ในการทำวิจัย แจ้งสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้และยุติสัมพันธภาพ

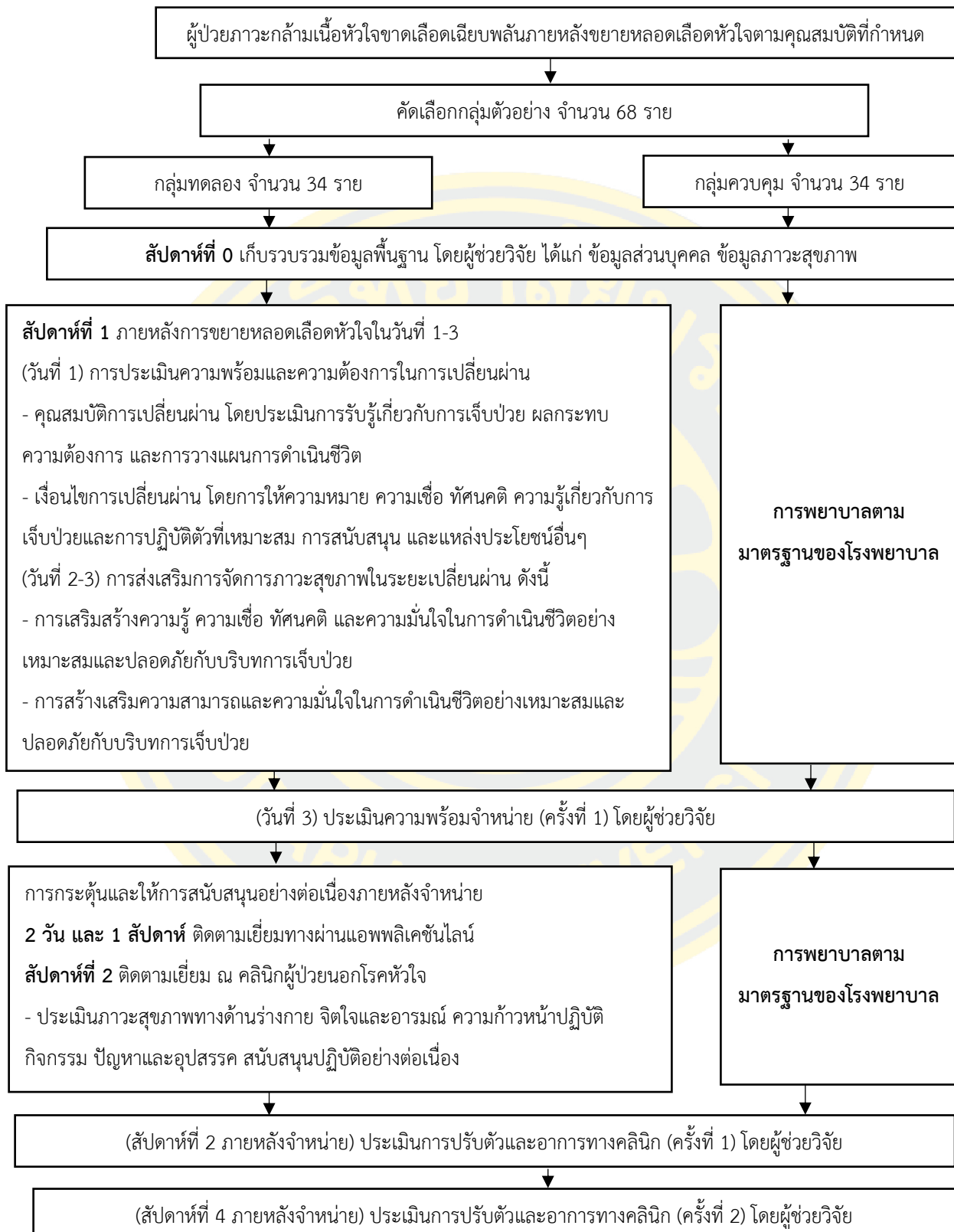
2. กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 ครั้ง และได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 0 ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 1 ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ จากนั้นแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลและรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมจำหน่ายและการปรับตัวตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลและให้การพยาบาลวางแผนจำหน่ายตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 1 ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจวันที่ 3 ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาที ผู้วิจัยทักทายและสอบถามอาการทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความพร้อมจำหน่าย (ครั้งที่ 1) ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างให้ทราบเพื่อติดตามในสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างระหว่างการมาตรวจตามนัด ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ อาคารผู้ป่วยนอกใหม่ ชั้น 3 โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยใช้เวลา 15-20 นาที โดยผู้วิจัยทักทายและซักถามอาการทั่วไป จากนั้นผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินความพร้อมจำหน่าย (ครั้งที่ 2) การปรับตัว และอาการทางคลินิก (ครั้งที่ 1) ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้วิจัยนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ตามช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวสะดวกที่สุด

สัปดาห์ที่ 4 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ตามวันและเวลาที่นัดหมาย โดยใช้เวลา 30-40 นาที ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทักทายและซักถามอาการทั่วไป หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยประเมินการปรับตัว และอาการทางคลินิก (ครั้งที่ 2) ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หลังจากดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวซักถามข้อสงสัยหรือข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยกล่าวแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยและได้แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างมีการดำเนินชีวิตและจัดการภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อไปโดยมอบคู่มือวิธีการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic-book: E-book)



ภาพที่ 2 แผนการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS Version 26 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างทางคุณลักษณะประชากรของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะจำหน่าย โดยใช้สถิติ Independence t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังการจำหน่ายโดยใช้สถิติ Independence t-test
5. เปรียบเทียบสัดส่วนอาการทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังการจำหน่าย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (Two groups, posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2566 จำนวนทั้งสิ้น 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 รายและกลุ่มควบคุมจำนวน 34 ราย วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 68)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	วิเคราะห์ สถิติ	p-value
เพศ				.500 ^c
ชาย	18 (52.9)	17 (50.0)		
หญิง	16 (47.1)	17 (50.0)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	วิเคราะห์ สถิติ	p-value
อายุ (Mean 59.4, SD 2.9, Min-Max 54-65)			$\chi^2 = .059$	.911
50 - 55 ปี	4 (11.8)	3 (8.8)		
56 - 60 ปี	19 (55.8)	19 (55.9)		
61 - 65 ปี	11 (32.4)	12 (35.3)		
ระดับการศึกษา			$\chi^2 = .682$	.711
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	10 (29.4)	13 (38.2)		
มัธยมศึกษาและประกาศนียบัตร	17 (50.0)	14 (41.2)		
วิชาชีพหรืออนุปริญญา				
ปริญญาตรีและสูงกว่า	7 (20.6)	7 (20.6)		
สถานภาพสมรส			$\chi^2 = .073$	.787
โสด/หย่า /หม้าย	9 (26.5)	10 (29.4)		
สมรส	25 (73.5)	24 (70.6)		
ผู้ดูแลหลัก			$\chi^2 = .075$	.963
สามีหรือภรรยา	19 (55.9)	18 (52.9)		
พี่หรือน้อง	5 (14.7)	5 (14.7)		
บุตรชายหรือบุตรสาว	10 (29.4)	11 (32.4)		
อาชีพ			$\chi^2 = .133$	.998
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (8.8)	3 (8.8)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (17.6)	6 (17.6)		
ธุรกิจส่วนตัว	7 (20.7)	8 (23.5)		
เกษตรกร	10 (29.4)	10 (29.5)		
รับจ้างหรือลูกจ้าง	8 (23.5)	7 (20.6)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (Mean 15,764.7, SD 7,987.1, Min-Max 8,000 - 35,000)			$\chi^2 = .686$	.710
น้อยกว่า 10,000 บาท	9 (26.5)	12 (35.3)		
10,001 - 20,000บาท	19 (55.9)	16 (47.1)		
มากกว่า 20,000 บาท	6 (17.6)	6 (17.6)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	วิเคราะห์ สถิติ	p-value
ความเพียงพอของรายได้				.256 ^C
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	4 (11.8)	7 (20.6)		
เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ	30 (88.2)	27 (79.4)		
สิทธิการรักษา			$\chi^2 = .132$	.936
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	23 (67.6)	24 (70.6)		
ประกันสังคม	5 (14.7)	4 (11.8)		
สวัสดิการข้าราชการ	6 (17.6)	6 (17.6)		

C= Fisher's exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลอง เป็นเพศชายร้อยละ 52.9 และเพศหญิงร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 56 - 60 ปี ร้อยละ 55.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญาร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.5 โดยมีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 55.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้างหรือลูกจ้าง และธุรกิจส่วนตัวในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 29.4 23.5 และ 20.6 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายได้ตั้งแต่ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55.9 ซึ่งเพียงพอและมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 88.2 ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 67.6 ส่วนกลุ่มควบคุม เป็นเพศชายและเพศหญิงในจำนวนที่เท่ากันคือร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 56 - 60 ปี ร้อยละ 55.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญาร้อยละ 41.2 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.6 โดยมีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้างหรือลูกจ้าง ในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 29.4 23.5 และ 20.6 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายได้ตั้งแต่ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.1 มีรายได้เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 79.4 ใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 70.6 นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลภาวะสุขภาพ (n = 68)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	วิเคราะห์ สถิติ	p-value
การวินิจฉัยโรค				
STEMI	32 (94.1)	31 (91.2)		
NSTEMI	2 (5.9)	3 (8.8)		
จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน			$\chi^2 = .302$	.582
Single vessel disease	10 (29.4)	8 (23.5)		
Double vessel disease	22 (64.7)	23 (67.6)		
Triple vessel disease	2 (5.9)	3 (8.8)		
ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (Mean 48.3, SD 2.9, Min-Max 42-58)			$\chi^2 = .302$	.582
40 - 49 %	24 (70.6)	26 (76.5)		
50 - 70 %	10 (29.4)	8 (23.5)		
ภาวะไขมันในเลือดสูง				.256 ^c
ไม่มี	7 (20.6)	4 (11.8)		
มี	27 (79.4)	30 (88.2)		
ภาวะความดันโลหิตสูง				.376 ^c
ไม่มี	7 (20.6)	5 (14.7)		
มี	27 (79.4)	29 (85.3)		
ภาวะเบาหวาน				.404 ^c
ไม่มี	16 (47.1)	14 (41.2)		
มี	18 (52.9)	20 (58.8)		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในครอบครัว				.404 ^c
ไม่มี	19 (55.9)	17 (50.0)		
มี	15 (44.1)	17 (50.0)		
การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค				.402 ^c
ไม่เคย	22 (64.7)	20 (58.8)		
เคย	12 (35.3)	14 (41.2)		

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	วิเคราะห์ สถิติ	p-value
ประวัติการสูบบุหรี่			$\chi^2 = .059$	.808
ไม่สูบบุหรี่	16 (47.1)	17 (50.0)		
สูบบุหรี่	18 (52.9)	17 (50.0)		
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์			$\chi^2 = .059$	.808
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	16 (47.1)	17 (50.0)		
ดื่มแอลกอฮอล์	18 (52.9)	17 (50.0)		
การออกกำลังกาย				.312 ^c
ไม่ได้ออกกำลังกาย	13 (38.2)	16 (47.1)		
ออกกำลังกาย	21 (61.8)	18 (52.9)		
ลักษณะการทำงาน			$\chi^2 = .568$	.753
ออกแรงระดับเบา	9 (26.5)	10 (29.4)		
ออกแรงระดับปานกลาง	10 (29.4)	12 (35.3)		
ออกแรงระดับหนัก	15 (44.1)	12 (35.3)		
การประกอบอาหาร				.232 ^c
ประกอบอาหารด้วยตนเอง	21 (61.8)	17 (50.0)		
ซื้อ/รับประทานนอกบ้าน	13 (38.2)	17 (50.0)		
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) (Mean 23.2, SD 1.3, Min-Max 20.6 - 26.6)			$\chi^2 = .059$	.808
ปกติ (18.5 - 22.9)	16 (47.1)	15 (44.1)		
มากกว่าปกติ (มากกว่า 23.0)	18 (52.9)	19 (55.9)		

C= Fisher's exact test

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการวินิจฉัยโรค STEMI ร้อยละ 94.1 โดยมีการอุดตันของหลอดเลือด 2 เส้น (Double vessel disease) ร้อยละ 64.7 ค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (EF) อยู่ระหว่าง 40 - 49% ร้อยละ 70.6 โรคประจำตัวส่วนใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 79.4 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 79.4 ส่วนโรคเบาหวานร้อยละ 52.9 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในครอบครัวร้อยละ 55.9 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคร้อยละ 64.7 ส่วนพฤติกรรมการสุขภาพ พบว่า ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 47.1 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ

50.0 ออกกำลังกายร้อยละ 61.8 ทำงานที่ออกแรงระดับหนักร้อยละ 44.1 ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 61.8 และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 47.1

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการวินิจฉัยโรค STEMI ร้อยละ 91.2 โดยมีการอุดตันของหลอดเลือด 2 เส้น (Double vessel disease) ร้อยละ 67.6 ค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ (EF) อยู่ระหว่าง 40 - 49% ร้อยละ 76.5 โรคประจำตัวส่วนใหญ่มีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 88.2 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 85.3 ส่วนโรคเบาหวานร้อยละ 58.8 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในครอบครัวเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคร้อยละ 58.8 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ไม่สูบบุหรี่และสูบบุหรี่มีอัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 50.0 ดื่มแอลกอฮอล์และไม่ดื่มแอลกอฮอล์อัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 50.0 ออกกำลังกายร้อยละ 52.9 ทำงานที่ออกแรงระดับปานกลางและหนักเท่ากัน คือ ร้อยละ 35.3 ซึ่/รับประทานอาหารนอกบ้านและประกอบอาหารด้วยตนเองเท่ากัน คือ ร้อยละ 50.0 และมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 55.9 ทั้งนี้ข้อมูลภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

ก่อนการทดสอบผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบเบื้องต้นของข้อมูลสำหรับการใช้สถิติ Independent t-test และ Chi-square test ซึ่งผลการทดสอบพบว่า ข้อมูลมีคุณลักษณะตามข้อกำหนดเบื้องต้นและมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ด้วยสถิติดังกล่าว ดังนี้ (รายละเอียดดังภาคผนวก)

1. ข้อมูลมีมาตรวัดอยู่ในระดับช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา โดยข้อมูลที่น่าวิเคราะห์ (ตัวแปรตาม) คือ ความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพและการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีระดับการวัดแบบช่วงมาตรา (Interval scale)
2. การแจกแจงของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพและการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) ซึ่งทดสอบด้วย Box-plot, Q-Q

plot และสถิติ Shapiro-Wilks (กลุ่มตัวอย่างจำนวนน้อยกว่า 50 ราย) แสดงถึงการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

3. ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวด้านการดำเนินชีวิต และการจัดการภาวะสุขภาพและการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Levene's test มีค่ามากกว่า .05 แสดงว่ามีความแปรปรวนเท่ากัน (Homogeneity of variance)

4. กลุ่มตัวอย่างมีการสุ่มมาจากประชากร (Randomness) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Runs test พบว่า มีค่า p (Asymp. Sig) มากกว่า .05 ดังนั้นแสดงว่า ข้อมูลมาจากการสุ่มจากประชากร

5. ข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกัน (Independence of observation) จากการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมจำหน่าย การปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพและการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) โดยใช้สถิติ Durbin-Watson พบว่า มีค่า Durbin-Watson coefficient ระหว่าง 1.5-2.5 ถือว่าข้อมูลมีความเป็นอิสระต่อกันหรือไม่เกิด Autocorrelation

2.1 ความพร้อมจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมจำหน่าย ($M = 194.35$, $SD = 4.36$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 185.74$, $SD = 4.62$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914$, $p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความพร้อมจำหน่ายในรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งความพร้อมด้านร่างกาย (กลุ่มทดลอง $M = 30.44$, $SD = 1.46$ / กลุ่มควบคุม $M = 29.38$, $SD = 1.04$) มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการตนเอง (กลุ่มทดลอง $M = 81.15$, $SD = 1.74$ / กลุ่มควบคุม $M = 77.09$, $SD = 3.37$) มีความพร้อมด้านจิตใจและความมั่นใจ (กลุ่มทดลอง $M = 52.00$, $SD = 3.21$ / กลุ่มควบคุม $M = 48.97$, $SD = 2.21$) และความพร้อมด้านการได้รับการสนับสนุน (กลุ่มทดลอง $M = 30.82$, $SD = 1.54$ / กลุ่มควบคุม $M = 30.32$, $SD = 1.87$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความพร้อมจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68)

ความพร้อมจำหน่าย (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มควบคุม (n=34)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ณ วันจำหน่าย						
ด้านร่างกาย	30.44	1.46	29.38	1.04		
ด้านความรู้	81.15	1.74	77.09	3.37		
ด้านจิตใจและความมั่นใจ	52.00	3.21	48.97	2.21		
ด้านการได้รับการสนับสนุน	30.82	1.54	30.32	1.87		
โดยรวม	194.35	4.36	185.74	4.62	7.914	<.001

2.2 การปรับตัว

2.2.1 การปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพโดยรวม ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย ($M = 78.47, SD = 8.44$ และ $M = 100.68, SD = 7.45$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 64.85, SD = 10.44$ และ $M = 65.91, SD = 8.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.916, p < .001$ และ $t = 18.486, p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองยังมีคะแนนการปรับตัวด้านต่างๆ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งในระยะ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายมีคะแนนเพิ่มมากขึ้นกว่าในระยะ 2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนในการปรับตัวด้านต่างๆ ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังไม่แตกต่างกันมาก และต่ำกว่ากลุ่มทดลองในทุกด้าน ทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มทดลอง $M = 11.68, SD = 2.78$; $M = 16.56, SD = 3.01$ /กลุ่มควบคุม $M = 9.68, SD = 2.22$; $M = 9.79, SD = 2.11$) การออกกำลังกาย (กลุ่มทดลอง $M = 3.18, SD = .79$; $M = 4.18, SD = 1.11$ / กลุ่มควบคุม $M = 2.62, SD = .82$; $M = 2.68, SD = .84$) กิจกรรมยามว่างและการพักผ่อน (กลุ่มทดลอง $M = 9.09, SD = 1.42$; $M = 11.53, SD = 1.72$ / กลุ่มควบคุม $M = 8.53, SD = 1.48$; $M = 8.47, SD = 1.56$) การมีกิจกรรมทางสังคมและการทำงาน (กลุ่มทดลอง $M = 7.91, SD = 1.02$; $M = 10.26, SD = 1.11$ / กลุ่มควบคุม $M = 7.47, SD = 1.05$; $M = 7.88, SD = 1.12$) และโดยเฉพาะในการจัดการภาวะสุขภาพ ($M = 45.85, SD = 4.69$; $M = 58.15, SD = 1.11$ / กลุ่มควบคุม $M = 34.68, SD = 7.52$; $M = 37.09, SD = 6.39$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68)

การปรับตัว (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มควบคุม (n=34)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย						
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	11.68	2.78	9.68	2.22		
ด้านการออกกำลังกาย	3.18	.79	2.62	.82		
ด้านกิจกรรมยามว่างและการพักผ่อน	9.09	1.42	8.53	1.48		
ด้านกิจกรรมทางสังคม การทำงาน	7.91	1.02	7.47	1.05		
การจัดการภาวะสุขภาพ	45.85	4.69	34.68	7.52		
โดยรวม	78.47	8.44	64.85	10.44	5.916	<.001
4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย						
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน	16.56	3.01	9.79	2.11		
ด้านการออกกำลังกาย	4.18	1.11	2.68	.84		
ด้านกิจกรรมยามว่างและการพักผ่อน	11.53	1.72	8.47	1.56		
ด้านกิจกรรมทางสังคม การทำงาน	10.26	1.11	7.88	1.12		
การจัดการภาวะสุขภาพ	58.15	2.28	37.09	6.39		
โดยรวม	100.68	7.45	65.91	8.04	18.486	<.001

2.2.2 การปรับด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลโดยรวม ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย ($M = 33.79$, $SD = 8.44$ และ $M = 29.59$, $SD = 6.291$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 50.74$, $SD = 7.54$; $M = 58.71$, $SD = 7.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.548$, $p < .001$ และ $t = 16.791$, $p < .001$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองยังมีคะแนนความวิตกกังวลด้านต่างๆ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อีกทั้งในระยะ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายมีคะแนนต่ำกว่าในระยะ 2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลด้านต่างๆ ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังไม่แตกต่างกันมาก และสูงกว่ากลุ่มทดลองในทุกด้าน ทั้งด้านความกังวลและกลัว (กลุ่มทดลอง $M = 8.74$, $SD = 2.15$; $M = 7.62$, $SD = 1.94$ / กลุ่มควบคุม $M = 13.65$, $SD = 2.41$; $M = 16.00$, $SD = 2.34$) พฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง (กลุ่มทดลอง $M = 8.79$,

$SD = 2.13$; $M = 7.50$, $SD = 1.73$ / กลุ่มควบคุม $M = 14.21$, $SD = 2.74$; $M = 16.09$, $SD = 2.44$) ความใส่ใจ (กลุ่มทดลอง $M = 8.82$, $SD = 2.10$; $M = 7.56$, $SD = 1.81$ / กลุ่มควบคุม $M = 13.85$, $SD = 2.41$; $M = 16.00$, $SD = 2.77$) และความปลอดภัยและการค้นหา (กลุ่มทดลอง $M = 7.44$, $SD = 1.67$; $M = 6.91$, $SD = 1.48$ / กลุ่มควบคุม $M = 9.76$, $SD = .78$; $M = 10.62$, $SD = 1.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 68$)

ความวิตกกังวล (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n=34)		กลุ่มควบคุม (n=34)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย						
ด้านความกังวลและกลัว	8.74	2.15	13.65	2.41		
ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง	8.79	2.13	14.21	2.74		
ด้านความใส่ใจ	8.82	2.10	13.85	2.41		
ด้านความปลอดภัยและการค้นหา	7.44	1.67	9.76	.78		
โดยรวม	33.79	7.08	50.74	7.54	9.548	<.001
4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย						
ด้านความกังวลและกลัว	7.62	1.94	16.00	2.34		
ด้านพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยง	7.50	1.73	16.09	2.44		
ด้านความใส่ใจ	7.56	1.81	16.00	2.77		
ด้านความปลอดภัยและการค้นหา	6.91	1.48	10.62	1.05		
โดยรวม	29.59	6.29	58.71	7.73	17.032	<.001

2.4 อาการทางคลินิก

การเปรียบเทียบสัดส่วนความแตกต่างของอาการทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่ายกลุ่มทดลอง มีอาการทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยอาการที่พบมากที่สุดของกลุ่ม

ควบคุมในช่วง 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย คือ อาการหายใจลำบากร้อยละ 29.4 และ 32.4 ตามลำดับ ดังแสดงตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบสัดส่วนของอาการทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 68)

อาการทางคลินิก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย				
เจ็บอก	0	0.0	10	29.4
อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	0	0.0	5	14.7
หายใจลำบาก	0	0.0	8	23.5
ใจสั่น	0	0.0	0	0.0
4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย				
เจ็บอก	0	0.0	11	32.4
อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย	0	0.0	4	11.8
หายใจลำบาก	0	0.0	6	17.6
ใจสั่น	0	0.0	0	0.0

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพใน ระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยหนัก โรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัปดาห์ที่เข้ารับการรักษา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการ ภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของโรงพยาบาลนครพิงค์ เก็บรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความพร้อม จำหน่าย แบบสอบถามการปรับตัว แบบสอบถามความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ และ แบบสอบถามอาการทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) สถิติไคส แควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (the Fisher exact probability test) และสถิติ Independence t-test ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง จำนวน 34 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 52.9 เพศหญิงร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มี อายุในช่วง 56 - 60 ปีร้อยละ 55.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 41.2 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.5 มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 55.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 29.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.3 มีรายได้ เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 88.2 และใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 67.6

2. กลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย เป็นเพศชายและเพศหญิงในอัตราส่วนเท่ากันร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 56 - 60 ปีร้อยละ 55.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 35.3 มี สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 70.6 มีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 52.9 ประกอบอาชีพ เกษตรกรร้อยละ 29.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.3 มีรายได้เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บร้อยละ 79.4 และใช้สิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วน หน้าร้อยละ 70.6

3. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมจำหน่ายในวันจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914, p < .001$)
4. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.916, p < .001$ และ $t = 18.486, p < .001$ ตามลำดับ)
5. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจำหน่าย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.548, p < .001$ และ $t = 16.791, p < .001$ ตามลำดับ)
6. ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีสัดส่วนอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการเจ็บอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก ใจสั่น ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจำหน่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายเบื้องต้นได้ดังนี้

โปรแกรมฯ ตระหนักถึงการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ จากการเจ็บป่วยวิกฤตเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งยังคงฟื้นฟูไม่เต็มที่ และมีความเปราะบางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ตลอดจนการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วย ดังนั้นโปรแกรมฯ จึงมีการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยให้ความสำคัญกับบริบทของบุคคล และมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม การเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย ซึ่งนำไปสู่การตระหนักถึงความสำคัญของการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ การจัดการภาวะสุขภาพภายหลังจำหน่าย (Meleis et al., 2010) ผ่านกระบวนการประเมินปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน การเสริมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้ ความมั่นใจ และการสนับสนุน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความ

พร้อมจำหน่ายในระยะก่อนจำหน่าย และในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังจำหน่ายกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และการปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม รวมถึงมีสัดส่วนอาการทางคลินิกน้อยกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอภิปรายในรายละเอียดดังนี้

1. ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Readiness for hospital discharge)

จากผลการศึกษา พบว่า เบื้องต้นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก ภายหลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงมีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนได้รับการดูแลจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความพร้อมเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010) และความพร้อมจำหน่าย (Weiss et al., 2007) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมจำหน่ายโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914, p < .001$) รวมทั้งมีค่าคะแนนความพร้อมจำหน่ายในรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งความพร้อมด้านร่างกาย ด้านความรู้ ด้านจิตใจและความมั่นใจ และด้านการได้รับการสนับสนุน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

การเสริมสร้างการรับรู้บริบทของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งในส่วนของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ รวมถึงการทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและปลอดภัยตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ โดยเฉพาะในระยะแรกหลังจำหน่ายซึ่งยังคงมีความเปราะบางทางสุขภาพ ตลอดจนการเฝ้าระวังและจัดการอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความพร้อมจำหน่าย (Weiss et al., 2007) โดยคำนึงถึงบริบท ความพร้อมและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (Individualized approach) ตลอดจนการประเมินความพร้อมจำหน่ายในการจัดการภาวะสุขภาพภายหลังการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ครอบคลุมทั้งความรู้ ความมั่นใจ รวมถึงความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการภาวะสุขภาพ แผนการดำเนินชีวิตภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะแรกภายหลังจำหน่าย ตลอดจนปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อการจัดการภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลกระทบ การให้ความหมาย ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย เป็นต้น และนำข้อมูลส่วนนี้มาสนทนาร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงผู้ดูแล ในแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งการให้ข้อมูลในการจัดการภาวะสุขภาพที่

เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (Individualized needs) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายเกิดการรับรู้เกี่ยวกับบริบทของการเจ็บป่วย เกิดความเข้าใจ มั่นใจในการจัดการตนเอง และการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมภายใต้สถานการณ์นั้นๆ รวมถึงความพร้อมจำหน่าย (Meleis et al., 2010)

การรับรู้บริบทของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ เป็นการให้ความหมายหรือความเชื่อของบุคคลต่อภาวะการเจ็บป่วยนั้นๆ ทั้งในด้านลักษณะของการเจ็บป่วย อาการ สาเหตุ การจัดการและการรักษา ซึ่งจะมีผลต่อการตอบสนองของบุคคลทั้งในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ จะนำไปสู่การปรับตัว และการจัดการภาวะสุขภาพที่จำเพาะต่อสถานการณ์นั้นๆ (Leventhal, Phillips, & Burns, 2016) เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงความตระหนัก และนำไปสู่การปรับตัวและจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Meleis, 2010) หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง มีความเชื่อ ทศนคติ และความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยที่ดี จะนำไปสู่การจัดการภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ปลอดภัย ไม่คุกคามต่อชีวิต เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการจำหน่าย (Halawi et al., 2015; Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003)

นอกจากนั้นความพร้อมจำหน่ายในกลุ่มทดลองอาจเกิดจากกระบวนการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการให้ความรู้ การสื่อสารและการสอน รวมถึงการให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหา ความต้องการ และบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (Individualized approach) ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การสร้างเสริมความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และจัดการภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Meleis et al., 2010; Weiss, 2007) การเสริมสร้างความรู้โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Individualized approach/ patient-centered care) การนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการประเมินความพร้อมจำหน่ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มาสนทนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างผู้ดำเนินกิจกรรมและกลุ่มตัวอย่าง การมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจ การสะท้อนประเด็นปัญหา นำไปสู่การให้ความรู้ที่เหมาะสม สอดรับกับความต้องการ และบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ครอบคลุมทั้งการเจ็บป่วย การรักษา การดำเนินชีวิต และการจัดการภาวะสุขภาพอย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในระยะหลังจำหน่าย 1 เดือน ภายใต้แนวคิดของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Mabire et al., 2019; Michalski et al., 2020; Siow et al., 2019) นอกจากนี้ สื่อที่ใช้ในการให้ความรู้ ได้แก่ ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (Cardiac Catheterization) ที่สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นปัญหาและตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ รวมทั้งทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ

และการสอนของผู้ดำเนินกิจกรรม ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากยิ่งขึ้น เกิดการตระหนักรู้ เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และการจัดการภาวะสุขภาพภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะหลังจำหน่าย (Weiss et al., 2007)

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ประสิทธิภาพการสอน ความเหมาะสมของเนื้อหา และวิธีการสอน มีผลต่อความพร้อมจำหน่าย เช่น การศึกษาของ ศิโรรัตน์ สิมทราช และคณะ (2566) พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนก่อนจำหน่ายตามโปรแกรมมีคะแนนความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการศึกษาของ Michalski et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนความพร้อมจำหน่ายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นอกจากนี้ความพร้อมจำหน่ายที่สูงของกลุ่มทดลอง อาจเนื่องมาจากผลของการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และการเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิต การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Meleis et al., 2010; Weiss et al., 2007) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่การประเมินความพร้อมด้านสุขภาพกาย จิตใจ และบริบทสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการวางแผนและปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมและเกิดความพร้อมจำหน่ายได้ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมทางด้านร่างกาย สภาพจิตใจและอารมณ์ การยอมรับและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงความรู้สึกลดภัยและความมั่นใจในตนเองเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Changsuphan et al., 2018; Kaya et al., 2018; Malagon-Maldonado et al., 2015; Nurhayatiet al., 2019)

2. การปรับตัว (Adaptation)

2.1 ด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพ

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย กิจกรรมยามว่างและการพักผ่อน กิจกรรมทางสังคมและการ

ทำงาน ตลอดจนการจัดการภาวะสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจากจำหน่าย สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.916, p < .001$ และ $t = 18.486, p < .001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัย สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง ที่สูงขึ้นในระยะ 2 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย และยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย อาจเนื่องมาจากการเสริมสร้างการรับรู้บริบทของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยเริ่มต้นจากการประเมินความพร้อมและความต้องการในการจัดการภาวะ สุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อการจัดการภาวะ สุขภาพ ทั้งการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลกระทบ ความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกใน ครอบครัว รวมถึงแผนการดำเนินชีวิตภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและ การขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะการจัดการภาวะสุขภาพในระยะ 1 เดือนแรกภายหลังจากจำหน่าย ซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ รวมทั้งการให้ความหมาย ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และการรักษา ตลอดจนการสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งประโยชน์อื่นๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่ เอื้ออำนวยหรือยับยั้งต่อการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010)

การรับรู้บริบทของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ เป็นการให้ความหมายหรือความเชื่อและ ความคาดหวังของบุคคลต่อภาวะการเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตอบสนอง ของบุคคล การปรับตัว และการจัดการภาวะสุขภาพที่จำเพาะต่อสถานการณ์นั้นๆ (Leventhal, Phillips & Burns, 2016) หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง มี ความเชื่อ ทศนคติ และความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยที่ดี จะนำไปสู่การปรับตัว จัดการภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (Bonsaksen et al., 2015; Meleis, 2010; Zare et al., 2016) ซึ่ง จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการปรับตัวในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นทั้งในระยะ 2 และเพิ่มสูงมากขึ้น ในสัปดาห์ที่ 4 สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวภายหลังจากจำหน่ายได้ดีกว่า เมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้การสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้าน เนื้อหา วิธีการให้ความรู้ การสื่อสารและการสอน รวมถึงการให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหา ความ ต้องการ และบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย (Individualized approach) โดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับตัวในการดำเนินชีวิต การเผชิญปัญหา และจัดการภาวะสุขภาพอย่าง

เหมาะสมกับกับบริบทภายหลังการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Ashour et al., 2020; Bose et al., 2020) โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Khoiriyati et al., 2021) จากการศึกษาของ Kourbelis et al. (2020) พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนจำหน่าย ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ยังได้รับการส่งเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมและสามารถปรับตัวให้เข้ากับบริบทการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นการกำหนดเป้าหมายและร่วมกันวางแผนดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วยในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรก ภายหลังจากจำหน่ายฯ ตามบริบทของแต่ละบุคคล ซึ่งเริ่มตั้งแต่การประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย และจิตใจของกลุ่มตัวอย่างและการประเมินความก้าวหน้าของอาการทางคลินิก จากนั้นสอบถามแบบแผนการดำเนินชีวิตก่อนการเจ็บป่วยและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการวางแผนและกำหนดเป้าหมาย โดยเฉพาะการวางแผนดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันและการทำกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนการรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงบริบทความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งยังกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมสอดคล้องตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ซึ่งความมั่นใจมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Kargar et al., 2021) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 12 เรื่องของ Bailey et al. (2022) พบว่า ความมั่นใจในการดำเนินชีวิตตามบริบทต่างๆ ที่เหมาะสมทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย กิจกรรมยามว่าง กิจกรรมทางสังคมการทำงาน ตลอดจนการจัดการภาวะสุขภาพที่สอดคล้องกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและการรักษา และมีการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดูแลและการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย

ตลอดจนการสนับสนุน เสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายผ่านทางวิดีโอคอลแอปพลิเคชันไลน์ การสอบถามถึงประเด็นปัญหาต่างๆ หรือความต้องการเพิ่มเติม ขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัว ริเริ่มการดำเนินชีวิตเองที่บ้านภายหลัง

การจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ ตลอดจนเสริมสร้าง และสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจและการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัยและเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมทั้งด้านการวางแผนปฏิบัติและการควบคุมปฏิบัติ (Teleki et al., 2021) จากการศึกษาของ Turan & Canli. (2020) พบว่า การสนับสนุนด้วยการติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2 การปรับตัวด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล)

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจากจำหน่าย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.548, p < .001$ และ $t = 16.791, p < .001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองที่ต่ำในระยะ 2 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย และยังคงลดลงต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย อาจเนื่องมาจากกระบวนการเตรียมความพร้อม การเสริมสร้างการรับรู้ ความรู้ และความมั่นใจ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความพร้อมและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวในการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ตลอดจนปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความตระหนักรู้และรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลันและการรักษาที่ได้รับ การอภิปรายร่วมกันถึงประเด็นต่างๆดังกล่าว ผู้ป่วยเกิดการรับรู้เกี่ยวกับบริบทภาวะสุขภาพที่เหมาะสม เกิดความมั่นใจ รวมทั้งการปรับตัวในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ตลอดจนลดความวิตกกังวลและจัดการกับอารมณ์ (Ashour et al., 2020) ซึ่งการศึกษาของ Huijing et al. (2023) ในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการ การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค การรับรู้ทางอารมณ์ และการรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเฉียบพลัน และการศึกษาของ Jennings et al. (2022) พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากการสร้างเสริมความรู้ และความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และจัดการภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zhamaliyeva et al. (2023) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งด้านการรับประทานยา การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Suarningsih et al. (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการความรู้ผ่านทางหนังสือเล่มเล็กอย่างต่อเนื่อง 3 วันระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .05$) และการศึกษาของ Leifang & Leihua. (2021) ศึกษาผลของปฏิบัติการพยาบาลต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการพยาบาลแต่ละรายบุคคล ประกอบด้วย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลทางด้านร่างกาย และการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

อีกทั้งยังได้รับการสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมและบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ตลอดจนส่งเสริมความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม จากการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 (Beatty et al., 2023; Ambrosetti et al., 2020; Mehra et al., 2020) โดยผู้ป่วยที่มีความมั่นใจและรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ สูงมักจะทำให้เกิดการปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนั้นการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่าย เป็นการให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและปรับตัวในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามผลและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ร่วมกับคู่มือการดูแลและวางแผนดำเนินชีวิตในระยะ 1 เดือนภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อีกทั้งกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจกลุ่ม

ตัวอย่างในการปฏิบัติต่อไป ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Bifei et al. (2023) ศึกษาผลของการปฏิบัติกรพยาบาลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีองค์ประกอบการกิจกรรมในการติดตามอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายและให้การสนับสนุนทางสังคม ตลอดมีการติดตามผลการรักษาภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ณ คลินิกผู้ป่วยนอกและผ่านทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. อาการทางคลินิก (Clinical symptoms)

ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองมีส่วนอาการทางคลินิก ได้แก่ อาการเจ็บอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก และใจสั่น ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ภายหลังจำหน่ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

แม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI]) เป็นการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ (Gulati et al., 2021) ช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการเสียชีวิต ช่วยลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็ว (Chacko et al., 2020; Liu et al., 2021) ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจเท่ากับ 48.4 และ 48.3 ตามลำดับ รวมทั้งส่วนใหญ่มีการอุดตันของหลอดเลือด 2 เส้น (DVD) ร้อยละ 64.7 และ 67.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มควบคุมมีอาการทางคลินิก ซึ่งประกอบด้วยอาการเจ็บอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก และใจสั่น ตั้งแต่ร้อยละ 11.8 ถึง 32.4 ขณะที่กลุ่มทดลองไม่พบอาการทางคลินิกดังกล่าว ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการสร้างเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ความมั่นใจ รวมถึงการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ในระยะ 1 เดือนแรกภายหลังจำหน่าย สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1-2 ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมจำหน่าย มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต และจัดการภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมและปลอดภัยกับบริบทการเจ็บป่วย (Beatty et al., 2023; Ambrosetti et al., 2020; Mehra et al., 2020) ส่งผลให้สามารถลดหรือควบคุมไม่ให้เกิดอาการทางคลินิกของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซ้ำได้ (Salzwedel et al., 2020) จากการศึกษาของ จิราพร มณีพราย (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ครอบคลุมทั้งด้านการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการสนับสนุนด้านจิตสังคมอย่าง

ต่อเนื่องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล ระยะผู้ป่วยนอก และระยะต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยบูรณาการทฤษฎีเปลี่ยนผ่านของ Meleis et al. (2010) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญบริบทของบุคคลและมุ่งเน้นส่งเสริมการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรกภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผ่านกระบวนการ 1) การประเมินความพร้อมและความต้องการต่อการเปลี่ยนผ่าน 2) การส่งเสริมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน และ 3) การกระตุ้น สนับสนุนและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นโปรแกรม ที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมจำหน่าย รวมทั้งมีการปรับตัว และการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจสามารถนำโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้ในการส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งให้ความสำคัญกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและมีขั้นตอนอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินความพร้อมและความต้องการในระยะการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ การสร้างเสริมความรู้ การสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อม เกิดความมั่นใจและมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย และจัดการกับภาวะสุขภาพภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านไปศึกษาเพิ่มเติมโดยมีการติดตามการปรับตัวและความวิตกกังวล เพื่อลดอาการทางคลินิกและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 3, 6 เดือนหรือ 1 ปี
2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ในโรงพยาบาลหลายแห่ง เพื่อทดสอบความสามารถในการนำโปรแกรมไปใช้ในสถานการณ์อื่นที่ใกล้เคียงกันอย่างแพร่หลายได้

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดปี 2559-2563. <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020&searchText=&pn=1>.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). อัตราป่วยและตายด้วย 4 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อประชากรแสนคนปี 2559-2562. <http://thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020>.
- จุฑาพร ศรีจันทร์, จุฬารัตน์ กวีวิรัชชัย, นารีมาลย์ นีละไพจิตร และ ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตน และวิถีทัศนการณ์ตนเองต่อความรู้ความวิตกกังวล และการรับรู้ความสามารถแห่งตนของผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล* 33(1), 89-102.
- พรทิพย์ อ่อนเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 89-104.
- พัชรี ราชীগุช และ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารแพทยนาวิ*, 46(3), 653-668.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒราดุลย์ และ นวรัตน์ สุทธิพงษ์. (2560). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน: มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและญาติผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1), 142-153.
- ลดาวลัย ฤทธิกล้า. (2561). ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้ D-METHOD ต่อความพึงพอใจและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 3(3), 19-27.
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา และ ทิพนาส ชินวงศ์. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่บูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1), 49-66.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เนคสเทป ดีไซน์.

- สุพินดา ภู่อุ่น, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, อัจฉรียา พ่วงแก้ว และ ฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(2), 44-58.
- อรพินท์ เจริญประภากร. (2564). การวิเคราะห์ต้นทุนการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนในหน่วยปฏิบัติการสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 2(2), 61-70.
- อารีญา สุพรรณดี. (2563). การเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้นัดหมายก่อนและหลังใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร*, 29(1), 75-86.
- เอกพลผลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ และ เขมารดี มาสิงบุญ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(2), 72-80.
- Abdullayev, F. Z., Babayev, N. M., & Shikhiyeva, L. S. (2021). Late outcomes of percutaneous coronary interventions and subsequent life-quality in patients younger 40 years of age. *European Heart Journal*, 42(1), 2156.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab724.2156>
- Abel, W. M., Scanlan, L. N., Horne, C. E., & Crane, P. B. (2021). Factors associated with myocardial infarction reoccurrence. *Journal of Cardiovascular Nursing*.
<https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000796>
- Abreu, A., Frederix, I., Dendale, P., Janssen, A., Doherty, P., Piepoli, M. F., Völler, H., Davos, C. H., Prevention, t. S., & Reviewers:, R. S. o. E. (2020). Standardization and quality improvement of secondary prevention through cardiovascular rehabilitation programmes in Europe: The avenue towards EAPC accreditation programme: A position statement of the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 496-509.
<https://doi.org/10.1177/2047487320924912>
- Ahmadi, Z., Abolhassani, S., Hasheminia, A., & Kheiri, S. (2022). The effects of a multimedia education on self-efficacy and self-esteem among patients with acute coronary syndrome: A clinical randomized trial. *Iranian Journal of Nursing*

- and *Midwifery Research*, 27(3). https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_92_20
- Alsaqri, S. H., Alkuwaisi, M. J., Shafie, Z. M., Aldalaykeh, M. K., & Alboliteeh, M. (2020). Saudi myocardial infarction patients' learning needs: Implications for cardiac education program. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1208-1212. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.04.015>
- Ambrosetti, M., Abreu, A., Corra, U., . . . Zwisler, A. O. (2020). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European journal of preventive cardiology*, 28(0), 460-495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
- American Heart Association. (2021). 2021 AHA/ACC/AASE/CHEST/SAEM/SCCT/SCMR Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 144(22), e368-e454. <https://doi.org/doi:10.1161/CIR.0000000000001029>
- Ansari, M. R., Lakhani, R., & Patil, Y. (2021). A cross-sectional study to assess the patient's confidence regarding secondary lifestyle modification and knowledge of heart attack symptoms following percutaneous revascularization in selected hospitals of Navi Mumbai, India. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 13-23. <https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i64B35324>
- Bagheri, H., Shakeri, S., Nazari, A. M.,....., & Vlaisavljevic, Z. (2022). Effectiveness of nurse-led counselling and education on self-efficacy of patients with acute coronary syndrome: A randomized controlled trial. *Nursing Open*, 9(1), 775-784. <https://doi.org/10.1002/nop2.1129>
- Bahall, M., & Khan, K. (2018). Quality of life of patients with first-time AMI: A descriptive study. *Health Quality of Life Outcomes*, 16(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0860-8>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and company.
- Bellmann, B., Lin, T., Greissing, K., Rottner, L., Rillig, A., & Zimmerling, S. (2020). The

- beneficial effects of cardiac rehabilitation. *Cardiology and Therapy*, 9, 1-10.
<https://doi.org/10.1007/s40119-020-00164-9>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd, Ed.). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, I. d. C., Silva, D. G. d., Oliveira, J. L. M., Silva, J. R. S.,, & Sousa, A. C. S. (2022). Quality of life among patients with acute coronary syndromes receiving care from public and private health care systems in Brazil. *International Journal of Clinical Practice*, 12(4), 513-526. <https://doi.org/10.3390/clinpract12040055>
- Davis, K. A. (1992). Validity and Reliability in Qualitative Research on Second Language Acquisition and Teaching: Another Researcher Comments. *TESOL Quarterly*, 26(3), 605-608. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/3587190>
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications* (3rd, Ed.). London: Sage Publications.
- Duran, A. T., Garber, C. E., Cornelius, T., Schwartz, J. E., & Diaz, K. M. (2019). Patterns of sedentary behavior in the first month after acute coronary syndrome. *Journal of the American Heart Association*, 8(15), e011585.
<https://doi.org/doi:10.1161/JAHA.118.011585>
- Ebrahimi, H., Abbasi, A., Bagheri, H., Basirinezhad, M. H., Shakeri, S., & Mohammadpourhodki, R. (2021). The role of peer support education model on the quality of life and self-care behaviors of patients with myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 104(1), 130-135.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.002>
- Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J. (2000). The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behaviour Research and Therapy*, 38(10), 1039-1053.
[https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00132-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00132-1)
- Eshah, N. F. (2019). Readiness for behavior change in patients living with ischemic heart disease. *Journal of Nursing Research*, 27(6), e57.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000336>
- Gibler, W. B., Racadio, J. M., Hirsch, A. L., & Roat, T. W. (2018). Continuum of care for acute coronary syndrome: optimizing treatment for ST-elevation myocardial

- infarction and non-ST-elevation acute coronary syndrome. *Critical Pathways in Cardiology*, 17(3), 114-138. <https://doi.org/10.1097/hpc.000000000000151>
- Hashmi, K. A., Adnan, F., Ahmed, O., Yaqeen, S. R., Ali, J., Irfan, M., Edhi, M. M., & Hashmi, A. A. (2020). Risk assessment of patients after ST-segment elevation myocardial infarction by Killip classification: An institutional experience. *Cureus*, 12(12), e12209. <https://doi.org/10.7759/cureus.12209>
- Hayajneh, A. A., Hweidi, I. M., & Abu Dieh, M. W. (2020). Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: A systematic review. *Nursing Open*, 7(5), 1313-1320. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/nop2.547>
- Hertz, J. T., Kweka, G. L., Manavalan, P., Watt, M. H., & Sakita, F. M. (2019). Provider-perceived barriers to diagnosis and treatment of acute coronary syndrome in Tanzania: A qualitative study. *International Health*, 12(2), 148-154. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihz061>
- Hu, G., Zhou, M., Liu, J., Smith, S. C., Jr., Ma, C.,, & Zhao, D. (2020). Smoking and provision of smoking cessation interventions among inpatients with acute coronary syndrome in China: Findings from the improving care for cardiovascular disease in China-acute coronary syndrome project. *Global Heart*, 15(1), 72. <https://doi.org/10.5334/gh.784>
- Hughes, J. W., Serber, E. R., & Kuhn, T. (2022). Psychosocial management in cardiac rehabilitation: Current practices, recommendations, and opportunities. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 73, 76-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.12.006>
- Hussain, S., Jamal, S. Z., & Qadir, F. (2018). Medication adherence in post myocardial infarction patients. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad* 30(4), 552-557.
- Huriani, E. (2019). Myocardial infarction patient learning needs: Comparison of patient, family member and nurse perceptions. *International Journal of Nursing Sciences*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001>
- Hydzik, P., Kolarczyk, E., Kustrzycki, W., Kubiela, G., Kaluzna-Oleksy, M., Szczepanowski, R., & Uchmanowicz, B. (2021). Readiness for discharge from hospital after myocardial infarction: A cross-sectional study. *International journal of*

environmental research and public health, 18(13).

<https://doi.org/10.3390/ijerph18136937>

Inyoo, A., & Polsook, R. (2022). Validity and Reliability of the Thai Version of the Cardiac Anxiety Questionnaire-Revised Among Thai Cardiac Patients. *Journal of Health Science and Medical Research*, 40(6), 607-615.

<https://doi.org/10.31584/jhsmr.2022870>.

Keshavaraz, N., Firouzkouhi, M. r., Abdollahimohammad, A., Naderifar, M., & Jahantigh Haghighi, M. (2021). Effect of telenursing on stress, anxiety and depression in patients with myocardial infarction. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*, 16, 76-81. <https://doi.org/10.5114/nan.2021.108036>

Khadse, N., Wankhade, A., & Gaiki, A. (2020). Myocardial infraction: Etiology, risk factors, pathophysiology, diagnosis and management. *American Journal of PharmTech Research*, 10. <https://doi.org/10.46624/ajptr.2020.v10.i1.014>

Khoiriyanti, A., Sukartini, T., Kusnanto, K., & Kurniawati, N. D. (2021). Barriers in the process of care transition from hospital to home in post-acute coronary syndrome: patients' perspective. *Bali Medical Journal*, 10(3), 1308-1312. <https://doi.org/10.15562/bmj.v10i3.2908>

Khoiriyati, A., Kusnanto, K., Kurniawati, N. D., & Afik, A. A. (2021). Patient's transition experiences from hospital to home after an acute cardiac event. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(T4), 27-34. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5755>

Kim, J., & Shin, N. (2022). Concept analysis of the empowerment of patients with coronary artery disease using a hybrid model. *Advances in Nursing Science*, 45(1), 31-46. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000368>.

Kosobucka, A., Michalski, P., Pietrzykowski, L., Kasprzak, M., Fabiszak, T., Felsmann, M., & Kubica, A. (2022). The impact of readiness to discharge from hospital on adherence to treatment in patients after myocardial infarction. *Cardiology Journal*, 29(4), 582-590. <https://doi.org/10.5603/CJ.a2020.0005>

Kosobucka, A., Pietrzykowski, Ł., Michalski, P., Kasprzak, M., Siedlaczek, M., & Kubica, A. (2020). Impact of readiness for discharge from the hospital on the implementation of the therapeutic plan. *Medical Research Journal*, 5, 256-264.

<https://doi.org/10.5603/MRJ.a2020.0047>

Krook, M., Iwarzon, M., & Siouta, E. (2020). The discharge process from a patient's perspective. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960819900707.

<https://doi.org/10.1177/2377960819900707>

Kwok, C. S., Narain, A., Pacha, H. M., Lo, T. S., Holroyd, E. W., Alraies, M. C., Nolan, J., & Mamas, M. A. (2020). Readmissions to hospital after percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis of factors associated with readmissions. *Cardiovascular Revascularization Medicine*, 21(3), 375-391.

<https://doi.org/10.1016/j.carrev.2019.05.016>

Lawton, J. S., Tamis-Holland, J. E., Bangalore, S., Bates, E. R., Beckie, T. M., Bischoff, J. M., Bittl, J. A., Cohen, M. G., DiMaio, J. M., Don, C. W., Fremes, S. E., Gaudino, M. F., Goldberger, Z. D., Grant, M. C., Jaswal, J. B., Kurlansky, P. A., Mehran, R., Metkus, T. S., Nnacheta, L. C., . . . Zwischenberger, B. A. (2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for coronary artery revascularization. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(2), e21-e129. <https://doi.org/doi:10.1016/j.jacc.2021.09.006>

Leidy, N. K. (1994). Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Journal of Nursing Research* 43(4), 196-202.

Meleis, A.I. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York.

Michalski, P., Kasprzak, M., Siedlaczek, M., & Kubica, A. (2020). The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. *Medical Research Journal*.

<https://doi.org/10.5603/MRJ.a2020.0023>

Monfared, A., Dehghan Nayeri, N., Javadi-Pashaki, N., & Jafaraghaee, F. (2022). Readiness for discharge from hospital: A concept analysis. *Qualitative Research Journal*, 22(3), 415-432. <https://doi.org/10.1108/QRJ-02-2022-0022>

Mohammadi, E., Zarea, K., Alteren, J., & Sayadi, N. (2019). Care needs in the phase I of cardiac rehabilitation: A hybrid concept analysis. *Nursing and Midwifery Studies*, 8, 48. https://doi.org/10.4103/nms.nms_76_17

- Murad, H., Basheikh, M., Zayed, M., Albeladi, R., & Alsayed, Y. (2022). The association between medication non-adherence and early and late readmission rates for patients with acute coronary syndrome. *International Journal of General Medicine*, 15, 6791-6799. <https://doi.org/10.2147/ijgm.S376926>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th, Ed.). Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Pollack, A. H., Backonja, U., Miller, A. D., Mishra, S. R., Khelifi, M., Kendall, L., & Pratt, W. (2016). Closing the Gap: Supporting Patients' Transition to Self-Management after Hospitalization. *Proceedings of the SIGCHI conference on human factors in computing systems*, 2016, 5324-5336. <https://doi.org/10.1145/2858036.2858240>
- Rahman, M. M., & Uddin, F. (2021). Dyslipidemia and conventional risk factors in patients with acute coronary syndrome admitted in a CCU of a tertiary care hospital of Bangladesh. *Cardiovascular Journal*, 14(1), 24-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.3329/cardio.v14i1.55370>
- Sepehrian, E., Pooralmasi, M., Abdi, A., Rajati, M., Mohebi, S., Tavakol, K., & Rajati, F. (2020). Life after myocardial infarction: A qualitative study on experiences of Kurdish patients affected by Iran-Iraq War. *Patient Related Outcome Measures*, 11, 209-219. <https://doi.org/10.2147/prom.S265124>
- Su, J. J., & Yu, D. S.-f. (2021). Effects of a nurse-led eHealth cardiac rehabilitation programme on health outcomes of patients with coronary heart disease: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 104040. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104040>
- Sykes, R., Mohamed, M. O., Kwok, C. S., Mamas, M. A., & Berry, C. (2021). Percutaneous coronary intervention and 30-day unplanned readmission with chest pain in the United States (Nationwide Readmissions Database). *Clinical Cardiology*, 44(3), 291-306. <https://doi.org/10.1002/clc.23543>
- Tuna, S., & Pakyuz, S. C. (2022). The effectiveness of planned discharge education on health knowledge and beliefs in patients with acute myocardial infarction: a randomized controlled trial. *Irish Journal of Medical Science* 191(2), 691-698. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02601-7>
- Wang, Y., Xian, Y., Chen, T., Zhao, Y., Yang, J., Xu, B., & Li, W. (2020). Effect of lifestyle

- changes after percutaneous coronary intervention on revascularization. *BioMed Research International*, 2020, 2479652. <https://doi.org/10.1155/2020/2479652>
- Wantiyah, W., Saputra, M. R., & Deviantony, F. (2020). Self-efficacy and health status in coronary artery disease patients. *Journal Ners*, 15(1), 14-18. <https://doi.org/10.20473/jn.v15i1.17628>.
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-180. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical nurse specialists*, 21(1), 31-42. <https://doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008>
- Weiss, M. E., Yakusheva, O., Bobay, K. L., Costa, L., Hughes, R. G., Nuccio, S., Hamilton, M., Bahr, S., Siclovan, D., & Bang, J. (2019). Effect of implementing discharge readiness assessment in adult medical-surgical units on 30-day return to hospital: The READI randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 2(1), e187387. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7387>
- World Health Organization. (2021). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Zhang, T., & Qi, X. (2021). Greater nursing role for enhanced post-percutaneous coronary intervention management. *International Journal of General Medicine*, 14, 7115-7120. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S337385>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



ที่ อว ๘๑๓๗/๒๘๘๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

ด้วยนายอรรถวิทย์ จันทร์ศิริ รหัสประจำตัวนิสิต ๖๔๙๑๐๐๓๐ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ดร.ปณิชา พลพินิจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ "The Thai version of the Cardiac Anxiety Questionnaire" จากงานวิจัยเรื่อง "Validity and Reliability of the Thai Version of the Cardiac Anxiety Questionnaire - Revised Among Thai Cardiac Patients" ของ คุณอัมพิกา อินทร์อยู่ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข, ตีพิมพ์ใน *Journal of Health Science and Medical Research*, ๔๐(๖), ๖๐๗-๖๑๕, ๒๕๖๕

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามดังกล่าวใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๔-๒๒๓-๕๗๘๑ หรือที่ E-mail: 64910030@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณะบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th





ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. แพทย์หญิงธัญญาลักษณ์ โชตยาภรณ์ | นายแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. อาจารย์ ดร.ศรัทธา ประกอบชัย | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 4. พว.ชนกพร อุตตะมะ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ |
| 5. พว.จุฬาลักษณ์ เอกสุวรรณ | พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง
หน่วยวิจาาระบบหัวใจและหลอดเลือด
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |



ภาคผนวก ค

รายงานผลการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

สำเนา

ที่ IRB3-026/2566



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS007/2566

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายอรรถวิทย์ จันทร์ศิริ

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 1 วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form) แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 1 วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)
 - 6.1 โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ฉบับที่ 1 วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
 - 6.2 ประกาศประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 18 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566

วันที่รับรอง : วันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมร. แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา



NKP No. 039/66



โรงพยาบาลนครพิงค์
กระทรวงสาธารณสุข

ที่อยู่ 159 หมู่ 10 ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180 โทร. 0-5399200 ต่อ 1174

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อม
เจ้าหน้าที่การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาด
เลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นายอรรวิทย์ จันทร์ศิริ

สังกัดหน่วยงาน : โรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง : ข้อเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full Research Protocol)

ลงนาม *ดร. กฤษ-กฤษ*

(นางสุภาวิณี กาญจนะวัฒน์)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านงานวิจัย และนวัตกรรม
โรงพยาบาลนครพิงค์

ลงนาม..... *วชิรินทร์*

(นายวชิรินทร์ สุนทรลัมศิริ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลนครพิงค์

วันที่รับรอง : 24 เมษายน 2566

วันหมดอายุ : 23 เมษายน 2567

TCTR ID : TCTR20230330003

Overall Recruitment Status : Pending (Not yet recruiting)

OTHER ID :Prospective registration
This protocol was registered before enrollment of the first participant.**Tracking Information**

First Submitted Date : 29 March 2023
 First Posted Date : 30 March 2023
 Last Update Posted Date : 29 March 2023

Title

Public Title : Effects of Transitional Health Management Program on Readiness for discharge, Adaptation and Clinical symptoms among Acute Coronary Syndrome Patients with Post Percutaneous Coronary Intervention
 Acronym : No Data
 Scientific Title : Effects of Transitional Health Management Program on Readiness for discharge, Adaptation and Clinical symptoms among Acute Coronary Syndrome Patients with Post Percutaneous Coronary Intervention
 Sponsor ID/ IRB ID/ EC ID : IRB3-026/2566
 Registration Site : Thai Clinical Trials Registry
 URL : <https://www.thaiclinicaltrials.org/show/TCTR20230330003>
 Secondary ID : No Secondary ID

Ethics Review

1. Board Approval : Submitted, approved
 Approval Number : IRB3-026/2566
 Date of Approval : 24 March 2023
 Board Name : Burapha University Institutional Review Board Office
 Board Affiliation : Burapha University (Division of Research and Innovation)
 Board Contact : Business Phone : 038102620 Ext. No Data
 Business Email : research@buu.ac.th
 Business Address : Research and Innovation Administration Division Burapha University 169 Long-hard Bangsaen Rd., Saensuk, Mueang Chonburi, 20131 THAILAND

Sponsor

Source(s) of Monetary or Material Supports : Graduate School, Burapha University
 Study Primary Sponsor : Graduate School, Burapha University
 Responsible Party : Name/Official Title : Graduate School
 Organization : Burapha University
 Phone : 0658538270 Ext. No Data
 Email : grd.buu@go.buu.ac.th
 Study Secondary Sponsor : No Study Secondary Sponsor

Protocol Synopsis

Protocol Synopsis : Transitional care has been recommended as integral part of continuing care of acute coronary syndrome persons for minimizing disease progression and prevention further cardiovascular events. The purposes of this quasi-experimental research, Two group, post-test design were to test the effects of transitional health mangement program on readiness for hospital discharge, Adaptation and Clinical symptoms among acute coronary syndrome patients with post percutaneous coronary intervention. The 5-week program was developed based on Transition Theory (Meleis et al., 2010) Readiness for hospital discharge (Weiss et al., 2006) and cardiac Rehabilitation guideline. It consisted of assessment of readiness as a nursing therapeutic. the preparation for transition is suggested as a nursing therapeutic. The preparation of transition includes education, Collaborative goal-setting, action planning, self-monitoring and giving feedback as well as on-going support.

URL not available**Health Conditions**

Health Condition(s) or Problem(s) Studied : Acute Coronary Syndrome (ACS) is a common cause of cardiovascular deaths. Treatment of patients after a cardiac incident does not end in the hospital unit. Studies on readiness for discharge have shown that it



ภาคผนวก ง

เอกสารประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

ขอเชิญชวนผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ
 เข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง



"โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพ ในระยะเปลี่ยนผ่าน"

ดำเนินการวิจัย โดย
 นิสิตระดับปริญญาโท
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



(หมายเลขและวันที่ผ่านพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์)

โครงการวิจัยนี้เหมาะสำหรับผู้สนใจที่:

- ผู้ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ
- ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอันตราย
- สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้
- หากท่านมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ท่านจะได้รับการคัดกรอง
 ทั้งนี้ ท่านจะได้รับการคัดกรองคุณสมบัติเบื้องต้น

ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

รับสมัคร

**ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม
 จนถึง 31 ตุลาคม 2566**

ทั้งนี้ อาจมีการปิดรับสมัครก่อนระยะเวลาดังกล่าว หากมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการฯ ครบตามจำนวนที่กำหนด

"การเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้
 ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ และการตัดสินใจเข้าร่วม
 โครงการวิจัยขึ้นอยู่กับความประสงค์ของท่าน
 ไม่มีการบังคับ หรือมีข้อผูกมัดใดๆ"

สำหรับท่านที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

ผู้วิจัยโดยตรง โทร 084-223-5781

หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ อาคารผู้ป่วยใน 1 โรงพยาบาลนครพิงค์



เอกสารจากระบบการขอรับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก จ

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Participant Information Sheet)
(กลุ่มทดลอง)

รหัสโครงการวิจัย :

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ...ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ....
เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นายอรรถวิทย์ จันทร์ศิริ นิสิตหลักสูตรพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและการส่งเสริมการปรับตัวในด้านต่างๆ ตลอดจนการริเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่าย 1 เดือนแรก ซึ่งเป็นระยะที่ยังมีความเปราะบางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย การบริการสุขภาพ และการดำเนินชีวิตในสภาวะแวดล้อมของคนภาคเหนือ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งระยะเวลาใช้เวลาในการวิจัย 4 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือนแรก ดังนี้

ท่านจะได้รับการเยี่ยม ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและมีอาการคงที่) ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพ จากนั้นผู้วิจัยจะสอบถามความเชื่อ หักคนคิด ความรู้ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย โดยใช้เวลา 30-45 นาที



BUU-IRB Approved
24 Mar 2023

- 1 -

AF 06-03.1/v2.0



เอกสารแสดงความยินยอม
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย:

(งานมาตรฐานและจริยธรรมในการวิจัย กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้กรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง ...ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ...
ให้คำยินยอม วันที่ เดือน พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการสุขภาพ ตลอดจนสิทธิประการใด ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม พยาน

(.....)



BUU-IRB Approved

24 Mar 2023

- 1 -

ฉบับที่ 2.0 วันที่ 20 มีนาคม 2566

เอกสารจากระบบการขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ผลโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่าย การปรับตัว และอาการทางคลินิกในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบทุกข้อ ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

(สำหรับผู้ช่วยวิจัยหรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ)

- | | |
|---|--------------|
| 1.1) แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามเกณฑ์ของ Killip classification | จำนวน 1 ข้อ |
| 1.2) แบบสอบถามสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) | จำนวน 13 ข้อ |

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 8 ข้อ |
| 2.2) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ | จำนวน 9 ข้อ |
| 2.3) แบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย | จำนวน 25 ข้อ |
| 2.4) แบบสอบถามการปรับตัว | จำนวน 39 ข้อ |
| 2.5) แบบสอบถามอาการทางคลินิก | จำนวน 6 ข้อ |

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ถือเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

อรรถวิทย์ จันทศิริ

ผู้วิจัย

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบคัดกรองระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามเกณฑ์ของ Killip classification

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเป็นคำถาม เพื่อใช้คัดกรองระดับความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ตามเกณฑ์ของ Killip classification โดยประเมินจากซักประวัติจากนั้นทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่ตรงตามความจริงมากที่สุด

- [] ระดับ 1 ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย (ส่งต่อให้ผู้วิจัย)
- [] ระดับ 2 หัวใจวายปานกลาง จากการตรวจร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีอาการหายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียง S3
(ยุติการคัดกรอง)
- [] ระดับ 3 ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบ หัวใจเต้นเร็ว และอาการแสดงของน้ำท่วมปอด (ยุติการคัดกรอง)
- [] ระดับ 4 เกิดภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic shock) หรือความดันโลหิตต่ำ (Systolic < 90 mmHg) มีการหดเกร็งของหลอดเลือดส่วนปลาย โดยจะมีอาการมือเย็น เหงื่อออก ชีพ และปัสสาวะออกน้อย
(ยุติการคัดกรอง)

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเป็นคำถาม เพื่อใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยภาวะ
 กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยประเมินจากซักประวัติจากนั้นลง
 บันทึกคำตอบและพิจารณาคะแนนตามแบบประเมินฯ

คำถาม	บันทึก คำตอบ	คะแนน	คำตอบ/เกณฑ์ให้คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร			ถูก = 1, ผิด = 0
2. ขณะนี้เวลากี่โมง			ถูก = 1, ผิด = 0
3. ผู้ประเมินพูดว่า “ร่ม, กระจก, ประตู” ให้ฟังซ้ำๆ ซักๆ 2 ครั้ง แล้วบอกให้ผู้ถูก ทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที			- ไม่ถูก = 0 คะแนน - ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน - ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน - ถูก 3 ชื่อ = 3 คะแนน
4. เดือนนี้เดือนอะไร			ถูก = 1, ผิด = 0
5. คนนี้เป็นใคร			- ไม่ถูก 0 คะแนน - ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน - ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน
6. ข้าว 1 ถังมีกี่ลิตร/กิโลกรัม			ไม่ถูก 0 คะแนน ถูก 1 หน่วย = 1 คะแนน ถูก 2 หน่วย = 2 คะแนน
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่งที่บอก ต่อไป “ให้ตบมือสามทีแล้วกดออก”			ผู้ถูกทดสอบ: ตบมือ 3 ครั้งแล้วใช้มือ กดออกตนเองให้ 1 คะแนน ถ้าทำครบทุก ขั้นตอน
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”			ถูก = 1, ผิด = 0
9. บอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยค ต่อไปนี้ให้ดี เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที “ฉันทัน.....”			0 คะแนน ถ้าพูดผิดแม้แต่คำหนึ่ง ให้ 1 คะแนน ถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้ง ประโยค
10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า “ถ้าลืมกุญแจ			- ให้ 1 คะแนน

คำถาม	บันทึกคำตอบ	คะแนน	คำตอบ/เกณฑ์ให้คะแนน
บ้านจะทำอย่างไร”			- ให้ 0 คะแนน ถ้าตอบไม่มีเหตุผลเหมาะสม
11. บอกให้ผู้ทดสอบนับเลขจาก “10-20”			- 0 คะแนน ถ้านับผิดแม้แต่จำนวนเดียว - 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด
12. ชี้ไปที่นาฬิกา แล้วถามว่า คืออะไร/เรียกว่าอะไร ชี้ไปที่ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร/เรียกว่าอะไร			- ไม่ถูก 0 คะแนน - ถูก 1 ชี้อ = 1 คะแนน - ถูก 2 ชี้อ = 2 คะแนน
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง - 20-3 = a - 17-3 = b - 14-3 = c			0 = ไม่ถูกแม้แต่ครั้งเดียว 1 = ถูก 1 จำนวน 2 = ถูก 2 จำนวน 3 = ถูก 3 จำนวน
รวมคะแนนทั้งหมด ต่ำสุด = 0 คะแนน สูงสุด = 19 คะแนน			
เปรียบเทียบกับเกณฑ์ \leq 15 คะแนน หรือต่ำกว่า น่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function (ยุติการคัดกรอง) \geq 16 คะแนน หรือมากกว่า Cognitive function ปกติ (ส่งต่อให้ผู้วิจัย)			

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โปรดเติมเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง [] หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือ
อนุปริญญา
 ปริญญาตรี ปริญญาโทหรือสูงกว่า
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. สถานภาพสมรส โสด สมรส หย่าร้าง/หม้าย
5. ผู้ดูแล สามเณร/ภรรยา พี่/น้อง
 บุตรชาย/บุตรสาว บิดา/มารดา
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว
 เกษตรกรรม (ทำสวน/ทำไร่/ทำนา) รับจ้าง/ลูกจ้าง
 ทำงานบ้าน (พ่อบ้าน/แม่บ้าน) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว.....บาท
8. ความเพียงพอของรายได้ ไม่เพียงพอ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ
9. สิทธิการรักษา ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ประกันสังคม
สวัสดิการข้าราชการ จ่ายเงินเอง
 ประกันชีวิต

วันที่เก็บข้อมูล.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจากแฟ้มประวัติร่วมกับการซักประวัติผู้ป่วย จากนั้นทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความตามความเป็นจริง

1. ประเภทการวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [] STEMI [] NSTEMI
2. ประวัติการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 2.1 จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน
 - [] 1 เส้น (Single vessel disease: SVD)
 - [] 2 เส้น (Double vessel disease: DVD)
 - [] มากกว่าหรือเท่ากับ 3 เส้น (Triple vessel disease: TVD)
 - 2.2 ตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน
 - [] Left main coronary artery (LM) [] Left anterior descending artery (LAD)
 - [] Left circumflex artery (LCX) [] Right coronary artery (RCA)
3. ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ (Ejection fraction: EF)%
4. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - [] ไม่มี
 - [] มี ระบุ.....
5. พฤติกรรมการรับประทานยา [] รับประทานยาถูกต้องและครบถ้วนตามแผนการรักษา
 - [] รับประทานยาไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วนตามแผนการรักษา
6. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของบุคคลในครอบครัว
 - [] ไม่มี [] มี โปรตรระบุ.....
7. การได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
 - [] ไม่ได้รับข้อมูล [] ได้รับข้อมูล

(กรณีได้รับข้อมูล) แหล่งข้อมูลที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- [] แพทย์ [] พยาบาล [] ญาติ/เพื่อน [] ผู้ป่วยท่านอื่น
 [] ศึกษาด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ ข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต
 [] อื่นๆ โปรดระบุ.....

8. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

8.1 ประวัติการสูบบุหรี่ (เช่น บุหรี่มวนเอง/บุหรี่ไฟฟ้า ยาสูบ ใบจาก ชิการ์ ไปป์)

- [] ไม่เคยสูบบุหรี่
 [] เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว ระยะเวลาที่เลิกสูบบุหรี่.....ปี
 [] ปัจจุบันสูบบุหรี่ ระยะเวลาสูบบุหรี่.....ปี จำนวน.....มวน/วัน

8.2 ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (เช่น เหล้า เบียร์ เหล้าขาว สุรากลั่น ไวน์ วิสกี้ บรั่นดี)

- [] ไม่เคยดื่มเลย
 [] เคยดื่มแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว ระยะเวลาที่เลิกดื่ม.....ปี
 [] ปัจจุบันยังดื่ม ระยะเวลาดื่ม.....ปี ปริมาณ.....ขวด/ครั้ง
 ดื่มแอลกอฮอล์.....ครั้ง/สัปดาห์

8.3 การทำกิจกรรมทางกาย

8.3.1 การออกกำลังกาย

- [] ไม่ได้ออกกำลังกาย
 [] ออกกำลังกาย

8.3.2 ลักษณะการทำงาน

- [] ทำงานออกแรง/ออกกำลังกายระดับหนัก เช่น การยกของหนักๆ การก่อสร้าง
 [] ทำงานออกแรง/ออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น ก้าวเดินเร็วๆ ยกของเบาๆ
 [] ทำงานออกแรง/ออกกำลังกายระดับเบา เช่น นั่ง เดินระยะทางสั้นๆ

8.4 การรับประทานอาหาร

- [] ประกอบอาหารเอง [] ซื้อ/รับประทานอาหารนอกบ้าน

8.5 น้ำหนัก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI).....กิโลกรัมต่อเมตร²

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ○ ลงในตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่า
เมื่อท่านกลับไปอยู่บ้าน ท่านมีความรู้สึกพร้อมในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

ข้อคำถาม	ระดับการรับรู้ความพร้อม
ความพร้อมด้านร่างกาย	
1. ท่านคิดว่าขณะนี้ภาวะสุขภาพทางกาย.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่พร้อม พร้อมเต็มที่
2. ขณะนี้ท่านไม่มีอาการผิดปกติ.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีอาการ มีอาการรุนแรง
3.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีแรง แข็งแรง
4.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่พร้อม พร้อมเต็มที่
ความพร้อมด้านความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง	
5. ท่านมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีเลย มีมาก
6. ท่านมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับ.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มีเลย มีมาก
7.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ทราบเลย ทราบทั้งหมด
8.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ทราบเลย ทราบทั้งหมด
9.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ทราบเลย ทราบทั้งหมด
10.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ทราบเลย ทราบทั้งหมด
11.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ต้องการเลย ต้องการทั้งหมด
12.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ต้องการเลย ต้องการทั้งหมด



วันที่เก็บข้อมูล.....ครั้งที่.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้ เป็นการประเมินถึงอาการความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับท่านภายหลังการเจ็บป่วยด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจช่วงระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ว่าท่านสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ลดลงหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว



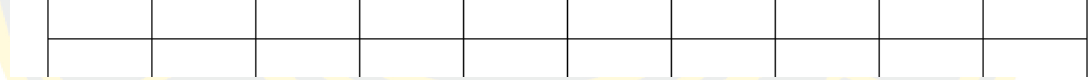
การปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ	เปรียบเทียบกับก่อนเกิดการเจ็บป่วย				ความถี่ในการปฏิบัติ (ต่อสัปดาห์)			
	ไม่ได้ทำ (เหตุผล)	ทำได้ น้อยลง	ทำได้ น้อยลง	ทำได้ น้อยลง มาก	ไม่ได้ทำ (เหตุผล)	นานๆ ครั้ง (1-2 วันต่อ สัปดาห์)	บางครั้ง (3-4 วันต่อ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อ สัปดาห์)
ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมในบ้าน และงานอื่นๆในครอบครัว								
1. ทำนุดูแลร่างกายตนเอง (เช่น การแต่งตัว ถอดเสื้อผ้า อาบน้ำ) บ่อยครั้งเพียงใด								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								



การปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ	เปรียบเทียบกับก่อนเกิดการเจ็บป่วย				ความถี่ในการปฏิบัติ (ต่อสัปดาห์)			
	ไม่ได้ทำ (เหตุผล)	ทำเท่าเดิม	ทำน้อยลง	ทำน้อยลงมาก	ไม่ได้ทำ (เหตุผล)	นานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์)	บางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์)	บ่อยครั้ง (5-7 วันต่อสัปดาห์)
37. ฉันทักทาย.....								
38.								
39. ทำนรู้สีกว่า.....								

ส่วนที่5 แบบสอบถามอาการทางคลินิก

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ไม่มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับอาการทางคลินิกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [] หน้าข้อความหรือเพิ่มข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือไม่ [] ไม่มี [] มี จำนวน.....ครั้ง
2. ท่านมีอาการเจ็บอกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือไม่ [] ไม่มี [] มี (ทำต่อในข้อ 2.1-2.4)
2.1 ความถี่ของอาการ ท่านมีอาการดังกล่าวๆ จำนวน.....ครั้งต่อสัปดาห์
2.2 ความรุนแรงของอาการ โปรดทำเครื่องหมาย X หรือ O ลงบนหมายเลขที่ตรงกับระดับความรุนแรงของอาการมากที่สุดของท่าน เมื่อ 0 หมายถึง ไม่มีอาการ และ 10 หมายถึง อาการรุนแรงมากที่สุด
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ [] ออกแรงเพิ่มขึ้น [] โกรธ/เครียด [] อยู่เฉยๆ [] อื่นๆ ระบุ
2.4 สิ่งที่ทำให้อาการทุเลาลง [] พัก/หยุดกิจกรรม [] อื่นๆ ระบุ..... [] อาการไม่ดีขึ้น
3. ท่านมีอาการอ่อนเพลีย หนื่อยง่าย
4. ท่านมีอาการหายใจลำบาก
5. ท่านมีอาการใจสั่น หัวใจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติ
6. ท่านมีอาการอื่นๆ ระบุ.....

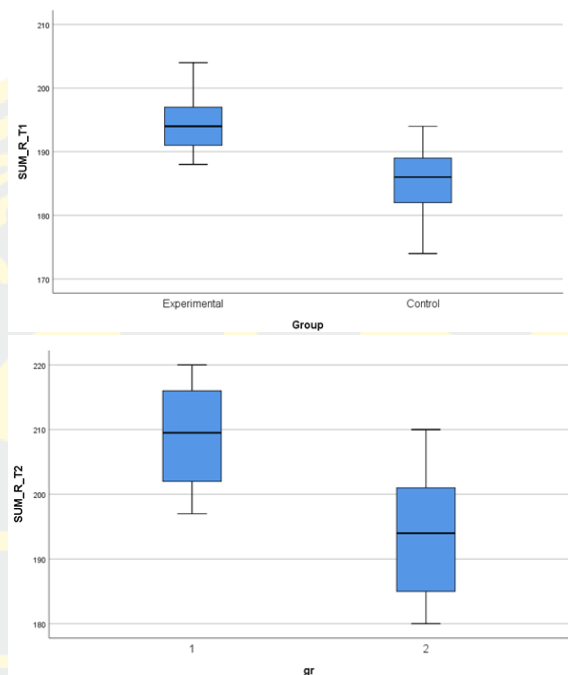


ภาคผนวก ช

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติ Independence t-test

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลในวันจำหน่ายและ 2 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย

1. ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution)



2. ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance)

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SUM_R_T1	Based on Mean	.076	1	66	.783
	Based on Median	.096	1	66	.758
	Based on Median and with adjusted df	.096	1	65.794	.758
	Based on trimmed mean	.090	1	66	.765

Test of Homogeneity of Variance					
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SUM_R_T2	Based on Mean	.572	1	66	.452
	Based on Median	.488	1	66	.487
	Based on Median and with adjusted df	.488	1	65.996	.487
	Based on trimmed mean	.583	1	66	.448

3. ประชากรทั้ง 2 กลุ่มต้องเป็นอิสระต่อกัน (Independence)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.698 ^a	.487	.479	4.490	1.674

a. Predictors: (Constant), Group

b. Dependent Variable: SUM_R_T1

Model Summary^b

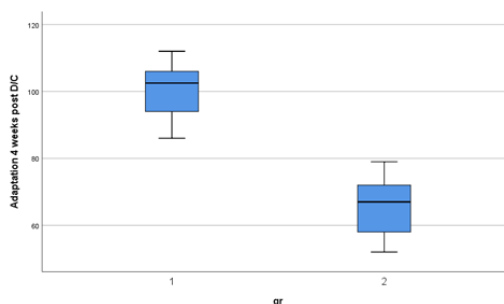
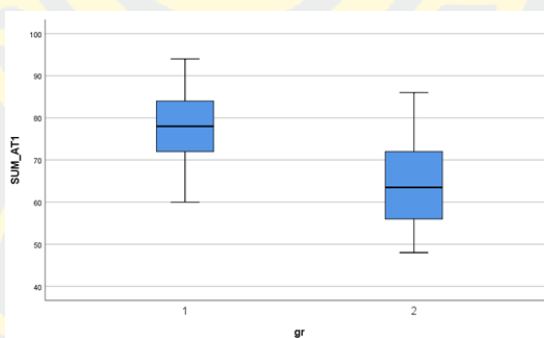
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.719 ^a	.517	.510	7.794	2.004

a. Predictors: (Constant), gr

b. Dependent Variable: SUM_R_T2

ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย

1. ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution)



Tests of Normality

gr	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
SUM_AT1	1	.075	34	.200 [*]	.982	34	.834
	2	.127	34	.183	.955	34	.168

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

gr	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Adaptation 4 weeks post D/C	1	.122	34	.200 [*]	.956	34	.186
	2	.128	34	.169	.943	34	.078

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance)

Test of Homogeneity of Variance

SUM_AT1		Levene	df1	df2	Sig.
		Statistic			
SUM_AT1	Based on Mean	2.626	1	66	.110
	Based on Median	2.262	1	66	.137
	Based on Median and with adjusted df	2.262	1	64.747	.137
	Based on trimmed mean	2.545	1	66	.115

Test of Homogeneity of Variance

Adaptation 4 weeks post D/C		Levene	df1	df2	Sig.
		Statistic			
Adaptation 4 weeks post D/C	Based on Mean	.211	1	66	.648
	Based on Median	.192	1	66	.663
	Based on Median and with adjusted df	.192	1	65.980	.663
	Based on trimmed mean	.219	1	66	.641

3. ประชากรทั้ง 2 กลุ่มต้องเป็นอิสระต่อกัน (Independence)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.589 ^a	.347	.337	9.491	2.014

a. Predictors: (Constant), gr

b. Dependent Variable: SUM_AT1

Model Summary^b

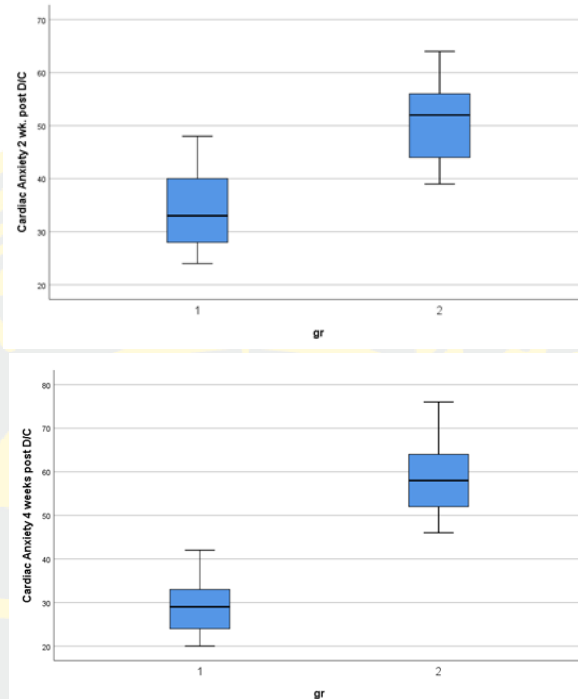
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.915 ^a	.838	.836	7.754	2.282

a. Predictors: (Constant), gr

b. Dependent Variable: Adaptation 4 weeks post D/C

ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระยะ 2 และ 4 สัปดาห์ภายหลังจำหน่าย

1. ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มีการแจกแจงเป็นปกติ (Normal distribution)



Tests of Normality

gr	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Cardiac Anxiety 2 wk. post D/C	1	.146	34	.063	.938	34	.053
	2	.138	34	.102	.942	34	.070

a. Lilliefors Significance Correction

Tests of Normality

gr	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Cardiac Anxiety 4 weeks post D/C	1	.100	34	.200*	.946	34	.096
	2	.100	34	.200*	.971	34	.488

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

2. ความแปรปรวนของประชากรทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน (Homogeneity of variance)

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Cardiac Anxiety 2 wk. post D/C	Based on Mean	.268	1	66	.606
	Based on Median	.101	1	66	.752
	Based on Median and with adjusted df	.101	1	64.831	.752
	Based on trimmed mean	.281	1	66	.598

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Cardiac Anxiety 4 weeks post D/C	Based on Mean	1.503	1	66	.225
	Based on Median	1.190	1	66	.279
	Based on Median and with adjusted df	1.190	1	60.244	.280
	Based on trimmed mean	1.448	1	66	.233

3. ประชากรทั้ง 2 กลุ่มต้องเป็นอิสระต่อกัน (Independence)

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin- Watson
1	.762 ^a	.580	.574	7.316	2.369

a. Predictors: (Constant), gr

b. Dependent Variable: Cardiac Anxiety 2 wk. post D/C

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin- Watson
1	.900 ^a	.810	.807	7.179	1.663

a. Predictors: (Constant), gr

b. Dependent Variable: Cardiac Anxiety 4 weeks post D/C

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายอรรถวิทย์ จันทร์ศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	15 มิถุนายน 2540
สถานที่เกิด	51 หมู่ 5 ต.สำราญราษฎร์ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	51 หมู่ 5 ต.สำราญราษฎร์ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	อาจารย์คลินิกประจำคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

