

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถ
ในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย *

The Effectiveness of Transitional Care Program
on Functional Capacity and Depression in
Myocardial Infarction Patients

ฐิติรัตน์ ทองขาว, ** พย.ม.
สุภาภรณ์ ดั่งแพง, *** พย.ด.
วัลภา คุณทรงเกียรติ, *** พย.ด.

Titirat Thongkhao, M.N.S
Supaporn Duangpaeng, D.N.S
Wanlapa Kunsongkeit, Ph.D

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ทำการวัดผลของโปรแกรมโดยการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนการทดลอง ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติฟิชเชอร์ ค่าสถิติที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การเปลี่ยนผ่าน ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า

Abstract

The two-group post test quasi-experimental research was conducted to determine the effectiveness of transitional care program in myocardial infarction patients. Twenty patients with new myocardial infarction in the coronary care unit of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital, 10 of which, were intervention group and 10 of which, were control group. The intervention group received transitional care program and the control group received usual care. This program evaluate the functional

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ พิษณุโลก สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

capacity and depression at pre-program, pre-discharge, post-discharge 4 week and post-discharge 8 week. Data was analyzed using percentage, mean, standard deviation, Fisher's Exact Test, t-Test and Repeated Measure Analysis of Variance

The results of this study showed that : there was no statistically significant difference in functional capacity and depression in intervention group and control group. ($p > .05$)

Key words : Transition, functional capacity depression

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลายเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพและเป็นปัญหาใหญ่ของสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากมีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เพิ่มขึ้นทั้งรายใหม่และที่เกิขึ้นซ้ำ ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้ป่วยที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย รายใหม่ประมาณ 700,000 ราย ในขณะที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิขึ้นซ้ำ จำนวน 500,000 ราย (American Heart Association, 2003 cited in Devon & Ryan, 2005 : 232) สำหรับประเทศไทยจากการติดตามสถิติสาธารณสุขพบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งจัดเป็นกลุ่มหนึ่งของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างปี พ.ศ. 2538-2541 เท่ากับ 31.66, 40.73, 49.00 และ 59.96 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538; 2539; 2540; 2541) และจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งของภาคเหนือตอนล่าง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อัตราการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีจำนวนมาก ถือเป็นอันดับแรก

ของโรคหัวใจที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่าที่กลับเข้ามานอนในโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิม จากสถานการณ์ดังกล่าวได้ก่อการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และสร้างภาระต่างๆ ต่อครอบครัวและสังคม

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Wenger, Noughton, & Furberg, 1996) จากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทุกขใจ กังวลใจ กลัวตาย บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะรู้สึกกลัวเสียชีวิต กลัวอาการเจ็บหน้าอกซ้ำทำให้เกิดอาการซึมเศร้า (ทิพมาส ชินวงศ์ และ ช่อลดา พันธุเสนา, 2537) ซึ่งอาการซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยขาดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ส่งผลให้มีอัตราการเพิ่มขึ้น ปัจจุบันได้นำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเข้ามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549) ซึ่งการออกกำลังกายทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นและมีผลต่อการหลั่ง endorphins ในร่างกาย มีการยืนยันแน่นอนว่ามีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า (Carr, Bullen & Skinner, 1981 อ้างใน ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาวิศ วงศ์แพทย์, 2542) ดังนั้นถ้ามีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องน่าจะลดปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ แต่ในปัจจุบันพบว่ายังขาดการส่งต่อและการสื่อสารที่ดีในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Coleman & Berenson, 2004) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินก่อนจำหน่าย ไม่ได้รับข้อมูลในวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ปัญหาต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำต้องกลับเข้ารับการรักษาด้วยอาการฉับพลัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ

ผู้ป่วย โดยครอบคลุมการดูแลทั้งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรมีการฟื้นฟูสภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องจากที่ได้รับในระยะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดอัตราการตายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและลดการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับภาวะโรคที่ตนเป็นอยู่ สามารถกลับไปทำงานและเข้าสู่สังคมได้โดยรวดเร็ว ตลอดจนลดผลกระทบที่เกิดขึ้นทางจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านทางภาวะสุขภาพได้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นและสนใจที่จะศึกษาวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านทางภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ โดยการจัดทำโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสส์ร่วมกับทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น และภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมและดำรงบทบาทของตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

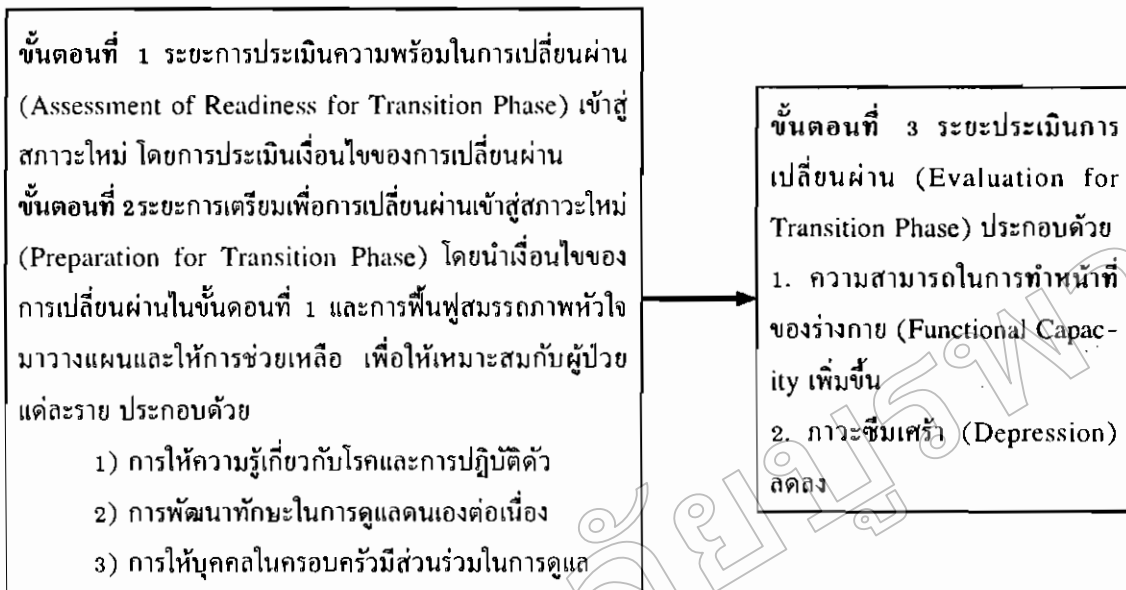
1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของชูเมคเกอร์และเมลิสส์ (Schumacher & Meleis, 1994) และเมลิสส์และคณะ (Meleis, et al, 2000) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549) ซึ่งในทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านนั้น การบำบัดทางการพยาบาลถือเป็นเงื่อนไขที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านทางภาวะสุขภาพได้ ประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่าน 2) การเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่ 3) การใช้บทบาทเสริมในที่นี้คือบทบาทผู้ดูแล ประกอบไปด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรค การรักษาพยาบาลและการให้การช่วยเหลือ เช่น การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม พร้อมทั้งให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านนั้นจะมีการประเมินทั้งเงื่อนไขส่วนบุคคล ชุมชน และสังคม ทั้งนี้เพื่อให้เข้าถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดขึ้นนั้น จะผ่านพ้นไปได้โดยง่ายหรือยากลำบาก เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแล จากนั้นจะเข้าสู่ระยะเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่ โดยนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเข้ามาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วย และการช่วยเหลือด้านจิตใจ จากนั้นจะเข้าสู่ระยะประเมินการเปลี่ยนผ่าน โดยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ซึ่งจะมีการประเมินเป็นระยะๆ คือ ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัตถุประสงค์หลังการทดลอง (two group posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการซักประวัติ การตรวจเปลี่ยนแปลงของระดับเอ็นไซม์จากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ตรวจพบในซีรัม และการเปลี่ยนแปลงของลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่บ่งชี้ถึงภาวะขาดเลือด และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2549 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2550 ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก สภาพร่างกายพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม โดยการประเมินร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ และแพทย์เจ้าของใบอนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ในกรณีผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะของโรคนั้นต้องอยู่ในสภาวะที่ควบคุมได้
3. ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจอยู่ในระดับ 1 (ผู้ป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อน คือ ไม่มีภาวะหัวใจวายหรือช็อก)
4. มีการรับรู้ดี ไม่มีปัญหาในด้านการได้ยิน

สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

5. เต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ของหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน โดยให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี ระดับการศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน และระดับความรุนแรง (Killip classification) อยู่ในระดับเดียวกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของชูเมกเกอร์และเมลิส (Schumacher & Meleis, 1994) และ เมลิสและคณะ (Meleis, et al, 2000) ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2549) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ระยะที่ 2 ระยะการเตรียมเพื่อการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ โดยในระยะนี้จะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบ

ด้วย การออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว และการช่วยเหลือด้านจิตใจ และระยะที่ 3 ระยะประเมินการเปลี่ยนผ่าน โดยการประเมินความรู้หลังการสอนผู้ป่วยและญาติและสังเกตการออกกำลังกายของผู้ป่วย ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.2 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นเอกสารการให้คำแนะนำ สำหรับให้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและพยาธิสภาพ การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค การดูแลตนเองในเรื่อง การออกกำลังกายที่บ้าน การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การปรับกิจกรรมการออกกำลังกายและการออกกำลังกาย การพักผ่อน การปฏิบัติตัวเพศสัมพันธ์ การขับถ่าย การจัดการกับอารมณ์และความเครียด การสังเกตอาการผิดปกติ และวิธีแก้ไขเบื้องต้นด้วยตนเอง

1.3 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นอุปกรณ์สำหรับการประเมินทางกายภาพ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัด Pulse Oximetry เครื่องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Monitor EKG) และ นาฬิกาไมโครเวฟ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและข้อคำถามปลายเปิด ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการ

ศึกษา อาชีพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคประจำตัวอื่นๆ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การมาตรวจนอกเหนือแพทย์นัดใน 1 เดือนที่ผ่านมา และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นทั้งให้เลือกคำตอบและเป็นข้อคำถามปลายเปิด ประกอบไปด้วย การประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความรู้เกี่ยวกับโรค แหล่งสนับสนุนของผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการสถานบริการสุขภาพ

2.2 แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เรียกว่า The Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ) คัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจของเมเยอร์ ดู เฮอร์เบิร์ต ริบิสล์ และ ฟรอลิเชอร์ (Myers, Do, Herbert, Ribisl, & Froelicher, 1994) ลักษณะของแบบประเมินนี้เป็นการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบกิจกรรมที่ทำได้เป็นค่า MET ในแบบประเมินมีการแบ่งช่วงคะแนนในการประเมินแต่ละระดับเท่ากัน คือห่างกันช่วงละ 1 MET โดยเริ่มตั้งแต่ 1 MET จนกระทั่งสูงสุดที่ 13 METs แบบสอบถามครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกและการออกกำลังกาย

2.3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory : BDI) (Beck, 1967) ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งหมดมี 63 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนของคำตอบแต่ละข้อเป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับ และนำมาแปลผลคือ 0-9 คะแนน

หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก และ 30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงภายใต้คำแนะนำของประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผลการวิเคราะห์ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92 หลังจากแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 3 ราย แล้วนำไปปรับปรุงเพื่อให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77 และ .72 ตามลำดับ

3. เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ตรวจสอบความตรงโดยช่างเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลเป็นประจำทุก 1 เดือน และก่อนการทดลองมีการตรวจ

สอบซ้ำอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยเมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของมหาวิทยาลัยบูรพาและโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกแล้ว ผู้วิจัยจึงประสานงานขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจเพื่อลงความเห็นว่าคุณป่วยสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ และคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย 1 คน ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยร่วมกับผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยการสอนการออกกำลังกาย การให้ความรู้และการช่วยเหลือด้านจิตใจกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและญาติ ตามโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาค่าร้อยละของเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นใน 1 เดือนที่ผ่านมา และเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอายุ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (VSAQ) และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Beck Depression Inventory : BDI) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง โดยใช้ Independent t-test ภายหลังการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนทำการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความ

สามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Analysis of Variance) ภายหลังการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นก่อนทำการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้ง 2 กลุ่มคือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ 55-59 ปี อายุ 65-69 ปี และอายุ 70-74 ปี จำนวนช่วงอายุละ 2 ราย (อายุเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 58.70 ปี ในกลุ่มทดลอง 59.60 ปี) ส่วนใหญ่การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.0 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพ สมรสคู่ ประกอบอาชีพรับจ้างและค้าขาย คิดเป็น ร้อยละ 100.0, 30.0 และ 300.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็น ร้อยละ 90.0 และ 40.0 ตามลำดับ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันของข้อมูลระหว่างกลุ่ม
2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มควบคุมทุกคนมีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ พฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีโรคประจำตัว และไม่มีอาการผิดปกติในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.0, 60.0 และ 80.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลองจำนวน 9 คน มีพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และไม่มีอาการผิดปกติในช่วง 1

เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 60.0, 40.0 และ 70.0 ตามลำดับ

3. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเป็นภัยคุกคาม ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา มีบุคคลคอยช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน มีความสะดวกในการไปรับบริการจากสถานบริการ โดยส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 50.0, 90.0, 60.0, 100.0, 100.0, 100.0 และ 80.0 ตามลำดับ ในกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเป็นปัญหาที่ทำให้แก้ไขและรู้สึกว่าเป็น ภัยคุกคามจำนวนเท่ากัน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา มีบุคคลคอยช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน มีความสะดวกในการไปรับบริการจากสถานบริการ โดยส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 50.0, 80.0, 10.0, 10.0, 70.0, 80.0, 90.0 และ 50.0 ตามลำดับ

4. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ เป็น 5.90, 6.90, 7.10 และ 7.30 METs ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ เป็น 4.50, 6.20, 7.40 และ 7.50 METs

ตามลำดับ

5. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ เป็น 8.90, 4.80, 4.10 และ 2.60 ส่วนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ เป็น 9.80, 5.30, 2.30 และ 1.00 ตามลำดับ

6. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในระยะก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.298$, $p = .034$) โดยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ($t = -.465$, $p = .674$) (ตารางที่ 1)

7. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในระยะก่อนทดลองจะเห็นได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลุ่มทดลองนั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปพบว่าทั้ง 2 กลุ่ม มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

8. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลดลงตามระยะเวลา แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (VSAQ) และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (BDI) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ

ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม (n = 10)		กลุ่มทดลอง (n = 10)		t	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (VSAQ)	5.90	1.524	4.50	1.179	2.298	18	.034
ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (BDI)	8.90	4.508	9.80	4.131	-1.465	18	.674

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนและเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (VSAQ) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

Source of variation	SS	df	MS	F	p-value
Within subjects					
Time	60.500	1.920	31.514	21.437	< .05
Treatment by time	9.700	1.920	5.053	3.437	< .05
Error	50.800	34.556	1.470		
Between subjects					
Group	3.200	1	3.200	1.405	.251
Error	41.000	18	2.278		

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนและเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (BDI) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ และระยะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

Source of variation	SS	df	MS	F	p-value
Within subjects					
Time	646.300	1.638	394.481	25.743	< .05
Treatment by time	29.300	1.638	17.884	1.167	.316
Error	451.900	29.490	15.324		
Between subjects					
Group	5.000	1	5.000	.382	.544
Error	235.700	18	13.094		

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในระยะก่อนทดลองจะเห็นได้ว่าความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลุ่มทดลองนั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปพบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ซึ่งจะช่วยให้ญาติผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน โดยดูแลทั้งการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประกอบด้วย การให้ความรู้หรือการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ ซึ่งภายในโปรแกรมจะประกอบด้วย การให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมและสอนการออกกำลังกาย และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งให้คู่มือการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านระยะผู้ป่วยนอกนี้มุ่งเน้นในเรื่องการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งประกอบไปด้วยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร ความเครียด เลิกบุหรี่ และที่สำคัญคือมาตรการต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้อย่างถาวร โดยในโปรแกรมนี้ได้ติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงสภาพ ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในระยะผู้ป่วยนอกได้ดำเนินการโดยการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เพื่อ

ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการออกกำลังกายทำให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้น (Miller, 1991) จึงส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในกลุ่มทดลองจากที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ปรับสูงขึ้นเท่าๆ กับกลุ่มควบคุมได้

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีภาวะซึมเศร้าลดลงตามระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มในระยะก่อนทดลอง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ระดับเล็กน้อย ซึ่งอาการก็จะหายได้เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2536) ประกอบกับความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ากลุ่มควบคุมมีความรู้มากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งทำให้กลุ่มควบคุมสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีระดับความรุนแรงของโรคที่ Killip I คือไม่มีอาการแทรกซ้อนโดยทั่วไปอาการของโรคจะค่อยๆ ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงตามระยะเวลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของศิริรัตน์ วิชิตตระกูลดารา (2545) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการทำกิจกรรม และสอดคล้องกับผลการวิจัยของวรรณิ จิวสิบพงษ์ (2550) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการณทำหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีแรง

สนับสนุนจากครอบครัวโดยส่วนใหญ่อยู่กับสามี/ภรรยาและมีบุคคลคอยช่วยเหลือเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่พฤติกรรมอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Uphold, 1991 อ้างถึงใน วรณี จิวสิบพงษ์, 2550)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถนำไปประกอบการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายไปเป็นแนวทางประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2. พยาบาลสามารถนำไปประกอบการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านไปเป็นแนวทางในการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น หน่วยกายภาพบำบัด เป็นต้นโดยจัดให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 2 หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2549). แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ. [โปรแกรมคอมพิวเตอร์]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheart.org/careshai/rehabguide.htm>

ทิพมาส ชินวงศ์ และ ช่อลดา พันธุ์เสนา. (2537). การศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาลเรื่องการรับรู้การเจ็บหน้าอกและการเผชิญปัญหาของผู้

ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 14, 14-21.

วรณี จิวสิบพงษ์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดำเนินงานที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิเชียร ทองแดง. (2541). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน จินตนา ศรินาวิณ, สุมาลี นิมนานันต์, และวันชัย วนะชีวานวิณ (บรรณาธิการ), *ภาวะฉุกเฉินทางอายุรศาสตร์* (หน้า 165-185). พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.

ศิริรัตน์ วิจิตระกูลदार. (2545). *ความหวังภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริอร สันธ. (2526). *ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2536). *มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. (2538). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : ทหารผ่านศึก.

_____. (2539). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : ทหารผ่านศึก.

..... (2540). *สถิติสาธารณสุข*.
กรุงเทพฯ : ทหารผ่านศึก.

..... (2541). *สถิติสาธารณสุข*.
กรุงเทพฯ : ทหารผ่านศึก.

อุมา จันวิเศษ. (2544). *การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Beck, A. T. (1967). *Depression : Clinic, experimental and theoretical aspects*. New York : Hoeber Medical Division.

Devon, H. A., & Ryan, C. J. (2005). Chest pain and associated symptoms of acute coronary syndromes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 232-238.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Miller, N. H. (1991). Cardiac rehabilitation. In M. R. Kinney, D. R. Packa, K. G. Andreoli, & D. P. Zipes (Eds.), *Comprehensive cardiac care* (pp. 447-458). St. Louis : Mosby.

Myers, J., Do, D., Herbert, W., Ribisi, P., & Froelicher, V. F. (1994). A nomogram to predict exercise capacity from a specific activity questionnaire and clinical data. *American Journal of Cardiology*, 73(15), 591-596.

Scalzi, C. C., Burke, L. E. & Greenland, S. (1980). Evaluation of an inpatient education program for coronary patients and families. *Heart & Lung*, 9(5), 846-853.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions : A central concept in nursing. *IMAGE : Journal of nursing scholarship*. 26(2), 119-127.

Wenger, N. K., Noughton, M. J., & Furberg, C. D. (1996). Cardiovascular disorder. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomic in clinical trials* (pp. 883-891). Philadelphia: Lippincott.