

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-posttest Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 26 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 13 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนจึงค่อยคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบวัดความวิตกกังวลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งแบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทีอิสระและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ SPSS ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสถิติทีอิสระ และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.5) ประกอบอาชีพทำนา/ทำสวน (ร้อยละ 38.5) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5) มีอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 38.5) และมีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 38.5) มีตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ Anterior wall MI (ร้อยละ 76.9) ได้รับการรักษาโดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 69.2) มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.5) และส่วนใหญ่มีวิธีผ่อนคลายที่ใช้เป็นประจำ (ร้อยละ 69.3) ส่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธทุกราย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 92.3) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.8) และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.9) มีอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 30.8) และมีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 61.5) มีตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ Anterior wall MI (ร้อยละ

46.2) ได้รับการรักษาด้วยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 84.6) มีโรคร่วมคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.5) และส่วนใหญ่ไม่ใช้การฟ่อนคลายใด ๆ (ร้อยละ 76.9)

ทดสอบด้วยสถิติไค-สแควร์และสถิติที่อิสระพบว่าลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ.05 ยกเว้นแต่วิธีฟ่อนคลายที่ปฏิบัติประจำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเมื่อใช้ค่าสถิติ Fisher's Exact Test

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการรักษา 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองคือ 5.21 อยู่ในระดับปานกลางหลัง 12 ชั่วโมงไปแล้วมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 3.86 อยู่ในระดับน้อย หลัง 24 ชั่วโมง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 1.84 อยู่ในระดับน้อยมากหลัง 36 ชั่วโมงไปแล้ว มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 2.04 อยู่ในระดับน้อยและสุดท้ายเมื่อผ่าน 48 ชั่วโมงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล 1.44 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยมาก ส่วนในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองที่ 6.36 อยู่ในระดับค่อนข้างมาก หลัง 12 ชั่วโมงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล ลดลงเท่ากับ 3.61 อยู่ในระดับน้อย หลัง 24 ชั่วโมงค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 2.00 ยังคงอยู่ในระดับน้อย แต่หลัง 36 ชั่วโมงไปแล้วค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ .95 ซึ่งอยู่ในระดับน้อยมากและสุดท้ายเมื่อผ่าน 48 ชั่วโมงไปแล้ว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ .30 อยู่ในระดับน้อยมาก

ส่วนสาเหตุของความวิตกกังวลพบว่าการทดลองคือเรื่องโรคคิดเป็นร้อยละ 92.3 เมื่อผ่าน 12 ชั่วโมงไปแล้วยังคงวิตกกังวลในเรื่องโรคอยู่คิดเป็นร้อยละ 69.2 เมื่อผ่าน 24 ชั่วโมงเรื่องโรคยังคงเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.8 แต่พบว่าสาเหตุรองลงมาคือหน้าที่การงาน คิดเป็นร้อยละ 38.5 และพบว่ามีความไม่กังวลเลย คิดเป็นร้อยละ 7.7 เมื่อผ่าน 36 ชั่วโมงไปแล้วพบว่าสาเหตุของความวิตกกังวลส่วนใหญ่คือเรื่องหน้าที่การงานคิดเป็นร้อยละ 30.8 ซึ่งมีจำนวนเท่ากับไม่มีสาเหตุของความวิตกกังวลเลยและเมื่อผ่าน 48 ชั่วโมงไปแล้วพบว่าไม่มีสาเหตุของความวิตกกังวลเป็นส่วนมากคิดเป็นร้อยละ 53.8

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองเมื่อผ่าน 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Analysis of Variance) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อน

และหลังการทดลองเมื่อผ่าน 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมงและ 48 ชั่วโมงมีความแตกต่างกัน อย่างน้อยหนึ่งคู่ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่.05 ($F_{1,6,1}=49.96, p<.001$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ราย คู่ด้วยวิธี Bonferroni Technique พบว่าคู่ที่มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกัน มากที่สุดคือระหว่างก่อนการทดลองกับเมื่อผ่าน 48 ชั่วโมง ที่ระดับนัยสำคัญ.05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังได้รับการรักษา 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36
ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure Analysis of Variance) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($F_{1,1} = .274, p>.05$)

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับของผู้ป่วย
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t- test) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับสูงกว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t_{12,71} = 5.29, p<.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤต ณ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า สามารถอภิปรายผลการทดลองตามสมมติฐานของการวิจัยได้ ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 ชั่วโมง
24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงลดลง แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($F_{1,6,1}=49.96, p<.001$) ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กลัวและกังวลของบุคคลซึ่งเกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่าหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Spielberger & Diaz-Guerrero, 1976) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสาเหตุส่วนใหญ่ของความวิตกกังวลอยู่ที่เรื่องเกี่ยวกับโรค อันได้แก่สิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพมาส ชินวงศ์ และช่อลดา พันธุเสนา (2537) ที่พบว่าความวิตกกังวล

ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดจากความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตและการศึกษาของ Urban (1993) ที่พบว่า ผู้ป่วยกังวลจากการได้รับข้อมูลที่ไม่กระจ่างชัดเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษา เมื่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจึงทำให้เห็นว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไปซึ่งอธิบายตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมรายด้านดังนี้

1. ด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านข้อมูลที่ต้องการและเหมาะสมแก่ผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มการรับรู้ของระบบควบคุมส่วนกลางในสมองผู้ป่วยสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะประสบทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลลงได้ (Heitkemper, Dirksen, & Lewis, 2007) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นโดยผู้วิจัยใช้สื่อการสอนที่เป็นโปรแกรม Power point ในการสอนที่เพียงผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ชัดเจนเกิดความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับโรคที่มาคุกคามตนเองและทบทวนได้จากคู่มือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยในระยะวิกฤต ตลอดจนผู้ป่วยได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่ากลัว ข้อมูลเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือถ้าต้องการจึงสนับสนุนให้ความวิตกกังวลลง ดังเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลจะลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อผ่าน 24 ชั่วโมงไปแล้ว และสาเหตุของความวิตกกังวลก็เช่นเดียวกันคือผู้ป่วยจะ ไม่มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นเมื่อผ่าน 36 ชั่วโมงไปแล้ว ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคที่เป็นอยู่จากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคที่ตนเองเป็นเกิดความมั่นใจในวิธีการรักษา ระดับความวิตกกังวลจึงลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tel & Tel (2005) ที่พบว่าการให้ความรู้เป็นรายบุคคลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในกลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมได้นำเสนอวิธีคลายกังวลมาทำให้ผู้ป่วยเลือกใช้ตามความต้องการซึ่งมีหลายการศึกษาที่สนับสนุนวิธีนี้ (นิตยา คชศิลา, 2548; พิมพร ลิตะวัฒนากุล, 2546; อภิญา วังศ์พิริยะโยธา, 2535) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์เป็นส่วนใหญ่ซึ่งน่าจะมาจากผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ (100%) และเป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 61.6 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 53.9 ในกลุ่มทดลอง) ซึ่งคุ้นเคยกับการสวดมนต์ภาวนาทำให้เกิดกำลังใจ ศรัทธาและเชื่อมั่นจึงเกิดการผ่อนคลาย (สินีนานู ทิพย์มุสิก, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา วังศ์พิริยะโยธา (2535) ที่ศึกษาผลของการฝึกการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวลและความเจ็บปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่พบว่า

กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และสอดคล้องกับสินินาฏ ทิพย์มุสิก (2549) ที่พบว่าการเจริญสมาธิด้วยการสวดมนต์สามารถลดความวิตกกังวลได้ในผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด

นอกจากนี้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมยังให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนทางอารมณ์โดยให้คู่สมรสหรือบุตรเข้ามาดูแลผู้ป่วยด้วยการดูแลอำนวยความสะดวกเรื่องการรับประทานอาหาร ช่วยเหลือเรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการขับถ่ายร่วมกับผู้วิจัย จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจรับรู้ถึง การได้รับความรัก รู้สึกว่ามีคนห่วงใยและคอยดูแลอยู่ใกล้ ๆ (Moser et al., 2003) โดยอนุญาตให้สมาชิกครอบครัวเข้ามาเยี่ยมและอยู่ช่วยดูแลผู้ป่วยในเวลาที่เหมาะสมมากขึ้นจากปกติอีก 1 ชั่วโมงนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้การดูแลและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย แสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าพยาบาลมีความห่วงใย พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือ เข้าใจ เห็นใจปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับให้กำลังใจ ปลอบใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกออกมาอย่างอิสระ เป็นผู้รับฟังที่ดียอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก พร้อมทั้งให้ความมั่นใจ ความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ อบอุ่นใจและเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และช่วยบรรเทาความวิตกกังวล (วรรณวิมล คงสุวรรณ, สุริรัตน์ พิมพ์พงศ์, วรณี สัตยวิวัฒน์ และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2545) จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Petrie (2008) ที่พบว่าการให้คู่สมรสเข้ามาดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายและรับทราบข้อมูลข่าวสารร่วมกันมีผลในการลดความวิตกกังวลทั้งตัวผู้ป่วยและคู่สมรส สิ่งเหล่านี้จึงสนับสนุนการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

3. ด้านการสนับสนุนทางสิ่งของและบริการ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีกิจกรรมให้ผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกครอบครัวช่วยสนับสนุนสิ่งของที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ทำความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหาร และร่วมมือกันดูแลผู้ป่วย และผู้วิจัยยังให้บริการดูแลผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัดระมัดระวัง ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะการเจ็บหน้าอกซ้ำซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวล (Beinart et al., 2003) เมื่อความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยลดลงตามเวลาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจึงสนับสนุนให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงและเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันยิ่งรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วเพิ่มมากขึ้นและอาการของโรคผู้ป่วยทุเลาผู้ป่วยจึงมีความมั่นใจในความปลอดภัยของชีวิตเพิ่มขึ้นความวิตกกังวลจึงลดลงตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ An et al. (2004) ที่พบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลืนเนื้อหิวใจตายเฉียบพลันจะสูงที่สุดคือ 12 ชั่วโมงแรก และยังคงอยู่จนเริ่มลดลงในวันที่ 5 และ ไม่พบวันที่ 7 หลังการรักษาแต่จากการศึกษาครั้งนี้

นี้ได้ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเข้ามาช่วยลดความวิตกกังวลในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤต 48 ชั่วโมงทำให้ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยลงได้เร็วมากขึ้นจนมีผู้ป่วยหลายรายที่ไม่มีความวิตกกังวลเลย

สมมติฐานวิจัยข้อที่ 2 ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังเข้ารับการรักษา 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังเข้ารับการรักษา 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมงจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานคือผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมหลังเข้ารับการรักษา 12 ชั่วโมง 24 ชั่วโมง 36 ชั่วโมง และ 48 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($F_{1,11}=.274, p=.60$) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบได้ในคนปกติเมื่อเวลาผ่านไปผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวได้ ความวิตกกังวลจึงลดลง ในผู้ป่วยกลุ่มทดลองพบว่ามีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองอยู่ในระดับค่อนข้างมาก เมื่อได้รับการสนับสนุนจากโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ความวิตกกังวลจึงลดลงเช่นเดียวกันดังนั้นจึงไม่เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนในทั้งสองกลุ่มและยังพบอีกว่าผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งสองกลุ่ม มีสาเหตุของความวิตกกังวลเหมือนกันคือเรื่องโรคเป็นส่วนใหญ่เมื่อประสิทธิผลของการรักษาคือการช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจดีขึ้นซึ่งในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาที่ไม่แตกต่างกันเมื่อประสิทธิภาพของการรักษาทำให้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยบรรเทาลง ผู้ป่วยไม่เกิดอาการแทรกซ้อนผู้ป่วยจึงรู้สึกปลอดภัยในชีวิตย่อมส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงตามมา (Gustad et al., 2008) จึงพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลง ถึงแม้ว่ากลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค ประกอบกับไม่มีอาการเจ็บหน้าอกจนทำให้ความวิตกกังวลลดลงหลัง 12 ชั่วโมงแรกแต่พบว่าผู้ป่วยก็ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงาน ครอบครัวมาแทนเพราะผู้ป่วยทราบแล้วว่าตนเองเป็นโรคอะไร และจะส่งผลถึงการดำเนินชีวิตต่อไปทำให้ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับหน้าที่การงานและครอบครัวเพิ่มเข้ามา และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชายทั้งหมดจึงมีความกังวลในหน้าที่การงานเนื่องจากเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น กังวลที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้และในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมยังขาด

กิจกรรมที่ช่วยลดความวิตกกังวลในเรื่องหน้าที่การงาน จึงทำให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้จะไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้แต่จากภาพกราฟที่ได้จากการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำกลับเห็นได้ชัดว่ากลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงเรื่อยๆจนเกือบมีคะแนนเป็นศูนย์คือไม่มีความวิตกกังวลเลยตามเวลาที่ผ่านไปและเป็นการลดลงอย่างต่อเนื่องตามลำดับซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ความวิตกกังวล ค่อย ๆ ลดลงในช่วงแรกแต่หลังจาก 24 ชั่วโมงไปแล้วกลับพบว่าไม่ลดลงและเพิ่มมากกว่าเดิมเห็นจากการศึกษาที่เวลา 36 ชั่วโมงและยังคงอยู่ระดับหนึ่งไปจน 48 ชั่วโมงเมื่อสอดคล้องกับข้อมูลที่รวบรวมได้ที่พบว่าเมื่อทดลองครบ 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไม่มีสาเหตุความวิตกกังวลเลยถึงร้อยละ 53.8 ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมยังคงมีความวิตกกังวลในเรื่องโรค ถึงร้อยละ 53.8

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับในระดับมากที่สุดในทุก 3 ด้าน โดยด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ($\bar{X} = 4.98, SD = .05$) รองลงมาคือด้านการสนับสนุนทางสิ่งของและบริการ ($\bar{X} = 4.95, SD = .11$) และด้านการสนับสนุนทางอารมณ์น้อยที่สุด ($\bar{X} = 4.76, SD = .22$) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับอยู่ในระดับมากในทุก 3 ด้าน โดยพบว่าด้านการสนับสนุนทางอารมณ์พึงพอใจมากที่สุด ($\bar{X} = 4.03, SD = .54$) รองลงมาคือด้านการสนับสนุนสิ่งของและบริการ ($\bar{X} = 4.01, SD = .70$) และด้านการสนับสนุนทางข้อมูลข่าวสารน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.96, SD = .63$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมได้รับการดูแลสนับสนุนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ได้รับการให้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาจากผู้วิจัยโดยใช้โปรแกรม Power Point ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาพการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหัวใจ

ตายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่ายและยังมีการให้คู่มือโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับผู้ป่วยในระยะวิกฤตกับผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยใช้อ่านทบทวนในสิ่งที่ไม่เข้าใจได้

นอกจากการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารแล้วการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จาก ผู้วิจัยที่เป็นทีมสุขภาพและสมาชิกครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส (ร้อยละ 92.3) ในการ แสดงออกทั้งทาง คำพูด การสัมผัส การดูแลช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกายและการช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดการผ่อนคลายสิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ รับรู้ได้ถึงการสนับสนุนที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าตนเองมีคนเข้าใจ รู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีความหวาดกลัว ไม่มีความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มากขึ้น มีความรู้สึกเข้มแข็งสามารถที่จะเผชิญกับปัญหาที่มาคุกคามได้ (Moser, 2007) ซึ่งแตกต่าง จากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากทีมสุขภาพที่ หมุนเวียนกันไปและสมาชิกครอบครัวก็ไม่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาช่วยดูแลทำให้ผู้ป่วยเกิดความ กลัว ความกังวลใจ รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยวเมื่อสอบถามความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมย่อมพึงพอใจมากกว่า

สิ่งเหล่านี้จึงชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมย่อมมีความ พึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับแตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทาง สังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ งานที่มีการนำโปรแกรมทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแล ผู้ป่วยแล้ววัดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมต่าง ๆ ทาง การพยาบาลจะมีความพึงพอใจมากกว่า (รพีพรรณ น้อยปิ่น, 2551; สุวพรี จันทรเจษฎา, 2547; Chien et al., 2005) ซึ่งการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยนี้แสดงให้เห็นถึงการดูแลที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพเพราะเป็นการวัดความรู้สึกกับรู้ด้านจิตใจที่เกิดจากความต้องการของผู้ป่วยที่ ได้รับการตอบสนอง (Lin, 1996) จึงเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถนำโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤตไปเป็นแนวทาง ประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลและยังส่งเสริมให้ความวิตกกังวล ลดลงโดยเฉพาะการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด
2. ควรมีการทบทวนระเบียบการเยี่ยมและข้อปฏิบัติของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันใหม่ในเรื่องของการจำกัดเวลาเยี่ยม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็น

ว่าการเพิ่มเวลาการเยี่ยมและให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสามารถเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับเป็นการเพิ่มคุณภาพทางการดูแล

3. พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นในหอผู้ป่วยวิกฤติเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยทุกรายเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเป็นการพัฒนาศักยภาพในการดูแล

4. เป็นแนวทางสำหรับนิสิต นักศึกษาพยาบาลในการจัดการเรียนการสอน การฝึกทักษะ และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อลดความวิตกกังวล

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะ ณ โรงพยาบาลแห่งเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมดโปรแกรมนี้จึงอาจไม่ครอบคลุมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมดจึงควรมีการขยายผลการใช้โปรแกรมนี้ไปศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายกว่าซึ่งจะทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปอ้างอิงได้กว้างขวางขึ้น

2. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่ได้มีการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันการศึกษาต่อไปจึงควรมีการวัดการรับรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับด้วยว่าอยู่ในระดับใดเพื่อช่วยในการวิเคราะห์ถึงความแตกต่างกันของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมกับไม่ได้รับโปรแกรม

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้ครอบคลุมขึ้นโดยเฉพาะการลดความวิตกกังวลในเรื่องหน้าที่การทำงานและควรศึกษาไปจนถึงระยะย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤติ ไปจนถึงระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้โปรแกรมสามารถใช้ได้ต่อไปอย่างต่อเนื่องและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยมากที่สุด

ข้อจำกัดในการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายทั้งหมดจึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถอ้างอิงในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งหมดได้