



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่ม
โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

**Factors influencing daily activities post hospital discharge in
acute coronary syndrome patients**

โดย

แสงเดือน กันทะขู
วรรรัตน์ มากเทพพงษ์
ปนัดดา อินทรลาวัณย์

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนโครงการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รศ. สุปราณี อัทธเสรี และ รศ.ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณพยาบาลและแพทย์ประจำศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่กรุณาช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย และขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลประกอบการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ทำให้การทำวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

แสงเดือน กันทะขู้



บทสรุปผู้บริหาร

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชากรไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรไทย โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 129.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2538 เป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2549 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 132,500 ราย หรืออัตรา 232.68 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี 2549 เป็น 159,176 ราย หรือ 276.826 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี 2551 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น จากการศึกษาของขนาด ไกรรัตน์เจริญ (2549) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับการรักษาล่าช้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติได้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายจึงลดลง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (functional capacity) (Leeper, et. al, 2011)

กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง และใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นเป็นเวลาหลายเดือนจึงจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ (Green, Newman, Shaffer, Davidson, Maurer, & Schwartz, 2013) ซึ่งชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2545) ได้กำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 3 เดือนแรก และ 6-12 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกล้ามเนื้อหัวใจยังฟื้นตัวไม่เต็มที่ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงจากเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ ปิ่นน้อย (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังกลับไปอยู่บ้าน 3 เดือนใช้พลังงานอยู่ในช่วง 5.5-8 METs (Metabolic Equivalent) ซึ่งน้อยกว่าคนปกติที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 9 METs และจากการศึกษาของศรีรัตน ศรีประสงค์ (2551) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดหลังกลับไปอยู่บ้าน เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล และงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ป่วยหลังกลับไปอยู่บ้านเป็นเวลา 1 เดือนซึ่งยังไม่ครอบคลุมระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามที่ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2545) กำหนดไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังกลับไปอยู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมาะสมต่อไป และเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ติดตามผลการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555

4. วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 100 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรม การเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างตัวทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล

5. ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับหนัก

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ($R^2 = 0.091$, $p < 0.05$)

ภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3 ($R^2 = 0.173$, $p < 0.05$)

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัย

ด้านการพยาบาล

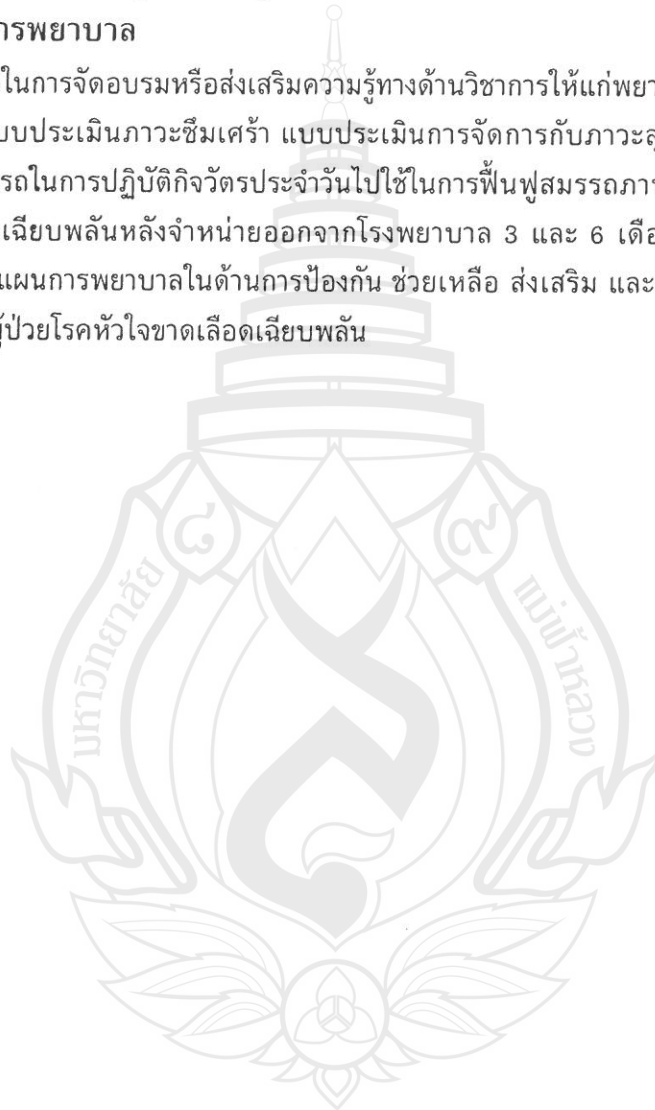
การวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับภาวะสุขภาพ โดยมีบุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้และให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติภายใต้ข้อจำกัดของโรค

2. นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางการพยาบาลในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน เช่น การสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน โดยมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ด้านบริหารการพยาบาล

1. เป็นแนวทางในการจัดอบรมหรือส่งเสริมความรู้ทางด้านวิชาการให้แก่พยาบาลในเรื่องความจำเป็นในการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการจัดการกับภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลในด้านการป้องกัน ช่วยเหลือ ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แสงเดือน กันทะขู้

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและปัจจัยที่มีอิทธิพล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนสิงหาคม 2554 ถึง เดือนกันยายน 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับหนัก หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ($\bar{X} = 7.02$, S.D. = 1.39), ($\bar{X} = 7.25$, S.D. = 1.99) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ($\bar{X} = 111.84$, S.D. = 14.30), ($\bar{X} = 111.87$, S.D. = 15.19) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\bar{X} = 107.60$, S.D. = 16.36), ($\bar{X} = 104.87$, S.D. = 17.46) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ($\bar{X} = 6.76$, S.D. = 6.74), ($\bar{X} = 7.61$, S.D. = 7.22) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ($\bar{X} = 33.70$, S.D. = 6.77), ($\bar{X} = 34.34$, S.D. = 8.02) ตามลำดับ

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ($p < 0.05$) และภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3 ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหัวใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ

คำสำคัญ : การทำกิจวัตรประจำวัน/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ / การจัดการกับภาวะสุขภาพ/
ภาวะซึมเศร้า/ ความวิตกกังวล

85 หน้า



Factors influencing daily activities post hospital discharge in acute coronary syndrome patients

SAENGDUAN KUNTHAKHU

ABSTRACT

The purposes of this predictive study were to examine the daily activities post hospital discharge in patients with acute coronary syndrome and its influencing factors. The samples comprised 100 patients with acute coronary syndrome at a tertiary level hospital. Data collection was performed from August 2011 to September 2012. The research instruments were a demographic questionnaire, The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), The Jalowiec Coping Scale (JCS), Thai depression inventory (TDI), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), and The Duke Activity Status Index (DASI). The data were statistically analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The study revealed that the sample had high level of daily activity at 3 month and 6 month post discharge ($\bar{X} = 7.02$, S.D. = 1.39), ($\bar{X} = 7.25$, S.D. = 1.99), respectively. Moderate level of illness perception at 3 month and 6 month post discharge ($\bar{X} = 111.84$, S.D. = 14.30), ($\bar{X} = 111.87$, S.D. = 15.19), respectively. Moderate level of stress coping at 3 month and 6 month post discharge ($\bar{X} = 107.60$, S.D. = 16.36), ($\bar{X} = 104.87$, S.D. = 17.46), respectively. Normal level of depression at 3 month and 6 month post discharge ($\bar{X} = 6.76$, S.D. = 6.74), ($\bar{X} = 7.61$, S.D. = 7.22), respectively. And normal level of anxiety at 3 month and 6 month post discharge ($\bar{X} = 33.70$, S.D. = 6.77), ($\bar{X} = 34.34$, S.D. = 8.02). There was a significantly negative relationship between daily activity and depression at 3 month and 6 month post discharge with the correlation coefficients of -0.301, 0.369 ($p < 0.05$), respectively. Depression accounted for the variance explained in the daily activity at 3 month post discharge by 9.1 % ($p < 0.05$), and depression and stress coping accounted for the variance explained in the daily activity at 6 month post discharge by 17.3 % ($p < 0.05$).

The study results have implications for nurses and other healthcare providers in regards to the development of daily activity interventions and the promotion of positive stress coping and protect depression concerning illness. In addition, the results provide patients with adequate cardiac rehabilitation that could enhance their daily activity post hospital discharge.

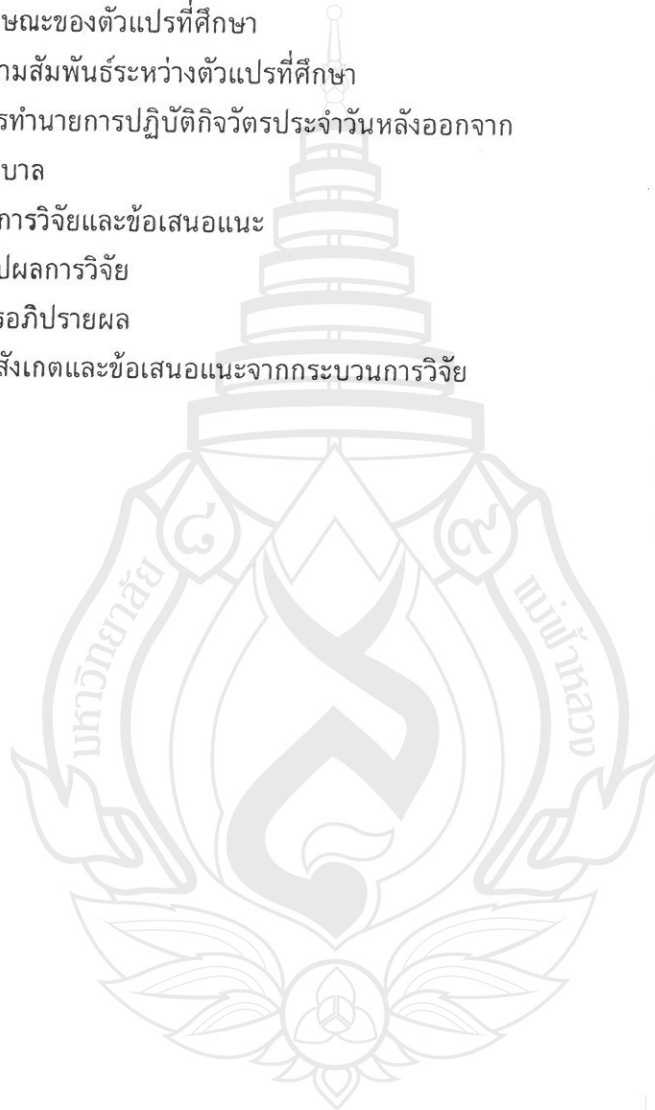
KEY WORDS: Daily activities / Illness perception / Stress coping / Depression / Anxiety

สารบัญ

		หน้า
บทที่ 1	บทนำ	
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 สมมติฐานการวิจัย	3
	1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
	1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	3
	1.5 ขอบเขตการวิจัย	5
	1.6 นิยามศัพท์	5
	1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2	การทบทวนวรรณกรรม	
	2.1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
	2.1.1 กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	7
	2.1.2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วย กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	9
	2.1.3 ความเครียดและการเผชิญความเครียดต่อการทำ กิจวัตรประจำวัน	15
	2.2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	
	2.2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ	17
	2.2.2 การจัดการกับภาวะสุขภาพ	18
	2.2.3 ภาวะซึมเศร้า	18
	2.2.4 ความวิตกกังวล	19
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย	
	3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
	3.2 เครื่องมือวิจัย	22
	3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
	3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	26

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4	ผลการวิจัย
4.1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
4.2	ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
4.3	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
4.4	การทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังออกจาก โรงพยาบาล
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ
5.1	สรุปผลการวิจัย
5.2	การอภิปรายผล
5.3	ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากกระบวนการวิจัย
เอกสารอ้างอิง	
ภาคผนวก	
ประวัติผู้วิจัย	



สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 4-1	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากร	27
ตารางที่ 4-2	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านสุขภาพ	29
ตารางที่ 4-3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	31
ตารางที่ 4-4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	32
ตารางที่ 4-5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	33
ตารางที่ 4-6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	33
ตารางที่ 4-7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	34
ตารางที่ 4-8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	34
ตารางที่ 4-9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	34
ตารางที่ 4-10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	35
ตารางที่ 4-11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	35
ตารางที่ 4-12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	35
ตารางที่ 4-13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (3 เดือน)	36
ตารางที่ 4-14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (6 เดือน)	37
ตารางที่ 4-15	ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	38
ตารางที่ 4-16	ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	39

	หน้า	
ตารางในภาคผนวก		
ตารางที่ 1	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	71
ตารางที่ 2	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	73
ตารางที่ 3	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	75
ตารางที่ 4	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	76
ตารางที่ 5	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล 3 เดือน	77
ตารางที่ 6	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล 6 เดือน	77
ตารางที่ 7	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล 3 เดือน	78
ตารางที่ 8	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล 6 เดือน	78
ตารางที่ 9	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน	78
ตารางที่ 10	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน	79

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดการวิจัย

หน้า

4



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชากรไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรไทย โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 129.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2538 เป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2549 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 132,500 ราย หรือ 232.68 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี 2549 เป็น 159,176 ราย หรือ 276.826 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี 2551 (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่พบว่าผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจาก 434 รายในปี 2550 เป็น 506 รายในปี 2552 (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2553) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกิดจากหลอดเลือดแดงหัวใจแข็งตัว เกิดการปริแตกของผนังหลอดเลือด (plaque ruptured) ทำให้มีการรวมตัวกันของเกล็ดเลือด (platelet aggregation) เกิดเป็นลิ่มเลือด (thrombus formation) อุดกั้นหลอดเลือด ถ้าลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นยังไม่ทำให้เกิดการอุดตันทั้งหมด เลือดยังสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้บ้าง (nonocclusive) ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก (unstable angina) หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ชนิด NSTEMI แต่ถ้ามีการอุดตันจนทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ (occlusive) จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (Rosen, & Gelfand, 2009) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเหมือนถูกกดหรือถูกบีบ มีอาการปวดบริเวณกราม ไหล่ แขนหรือหลัง แสบร้อนเหมือนอาหารไม่ย่อย เหงื่อแตก ตัวเย็น อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ ใจสั่น หน้ามืด คลื่นไส้อาเจียน ซึ่งอาการและอาการแสดงอาจเป็นอย่างไรอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน (Leeper, Cyr, Lambert, & Martin, 2011)

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็ว โดยให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจหรือร่วมกับการสอดฝังดilatation หลอดเลือดหัวใจ (Leeper, et. al, 2011) การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดหรือการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดคือช่วง 90 นาทีแรก (Leeper, et. al, 2011) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษาช้ากว่าที่ควรจะเป็น จากการศึกษาของนุชนาด ไกรรัตน์เจริญ (2549) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้เวลาในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา

ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 309.47 นาที การได้รับการรักษาล่าช้า ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติได้ ผลที่เกิดขึ้นตามมา คือ เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นและกลายเป็นแผลเป็นหรือผังผืด (Rosen, & Gelfand, 2009) ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายจึงลดลง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional capacity) ลดลง (Leeper, et. al, 2011)

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (daily activities) และการดูแลสุขภาพ (maintain health and well-being) (Nguyen, Rigatelli, Pham, Nhan, & Eagle, 2007) จากการศึกษาของ Green และคณะพบว่ากลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลง และใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นเป็นเวลาหลายเดือนจึงจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ (Green, Newman, Shaffer, Davidson, Maurer, & Schwartz, 2013) ซึ่งชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2545) ได้กำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 3 เดือนแรก และ 6-12 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกล้ามเนื้อหัวใจยังฟื้นตัวไม่เต็มที่ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงจากเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ ปิ่นน้อย (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันใช้พลังงานอยู่ในช่วง 5.5-8 METs (Metabolic Equivalent) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ซึ่งน้อยกว่าคนปกติที่ใช้พลังงาน 9 METs ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลับไปพักฟื้นที่บ้านมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จากการศึกษาของศรีรัตน ศรีประสงค์ (2551) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมไม่เหมาะสมทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kriengsak และคณะ (Kriengsak, Pawana, Prajongit, & Num, 2010) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสมสามารถลดระดับโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ แอลดีแอล ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันซิสโตลิก แต่เพิ่มระดับความดันไดแอสโตลิก และเพิ่มระดับเอชดีแอล-โคเลสเตอรอล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดหลังกลับไปอยู่บ้านเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล และงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาใน

ผู้ป่วยหลังกลับไปอยู่บ้านเป็นเวลา 1 เดือนซึ่งยังไม่ครอบคลุมระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามที่ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2545) กำหนดไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เหมาะสมต่อไป และเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลสามารถทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

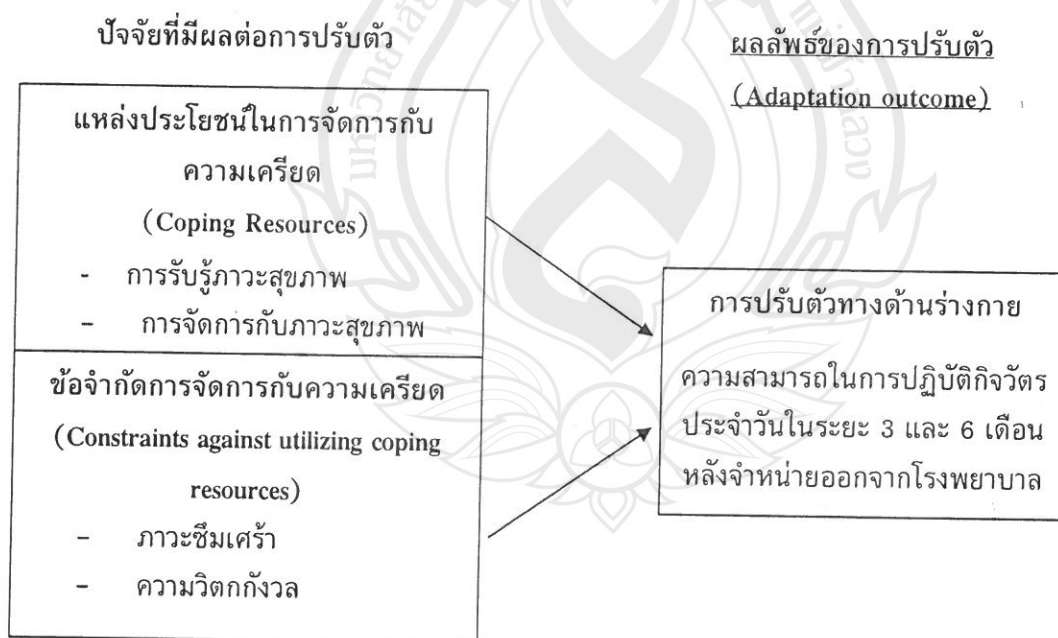
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ซึ่ง Lazarus และ Folkman ได้อธิบายว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลนั้นจำเป็นต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดที่มี ซึ่งแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ สุขภาพและพลังงาน ความเชื่อในทางบวก ทักษะในการจัดการกับปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ได้ศึกษาถึงแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพและพลังงาน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสมก็จะสามารถจัดการกับความเครียดได้ และการจัดการกับภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ด้านทักษะในการจัดการกับปัญหา เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไข ปัญหา การเลือกแนวทางและการวางแผนเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เผชิญกับความเครียดอาจมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ ข้อจำกัดด้านบุคคล ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม และระดับของการคุกคาม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงข้อจำกัดในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งเป็นระดับของการคุกคาม เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นว่าคุกคามต่อตนเองและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการกับภาวะสุขภาพ และข้อจำกัดในการจัดการกับความเครียด คือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาติดตามผลการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555

1.6 นิยามศัพท์

กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง สภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีลิ้มเลือดอุดตันบางส่วน (Partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันหัวใจตาย ถ้าลิ้มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI) (วิลโล พัววิล, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สุปรียา ธนมัย, ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์, สุรพันธ์ สิทธิสุข, เกรียงไกร เฮงรัศมี และคณะ, 2553)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ และการประเมินการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ Moss-Morris และคณะ (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron, & Buick, 2002) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การจัดการกับภาวะสุขภาพ หมายถึง การแสดงพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยการจัดการกับอารมณ์ มีการระบายอย่างเหมาะสม และมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างด้วยดี สามารถประเมินได้จากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (1979) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการรับรู้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและพฤติกรรม สามารถประเมินได้จากแบบประเมินสภาวะอารมณ์ ของมาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ กลัว และหวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยหาสาเหตุได้และไม่ได้ มีการแสดงออกทางกายและอารมณ์ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความวิตกกังวลของ Zung (1971) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งนฤมล นุ่มพิจิตร และคณะ (2542) ได้แปลและดัดแปลงมาจากดัชนีวัดความสามารถในการทำกิจกรรม (The Duke Activity Status Index, DASI) ของ Hlatky (1989) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นทำได้และทำไม่ได้

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้
2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

2.1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.1.1 กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1.2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.1.3 ความเครียดและการเผชิญความเครียดต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

2.2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.2.2 การจัดการกับภาวะสุขภาพ

2.2.3 ภาวะซึมเศร้า

2.2.4 ความวิตกกังวล

2.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วิลโลว์ พาวีโล และคณะ, 2553; Scirica, 2010)

2.1.1 กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS)

เป็นสภาวะของหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (Atherosclerosis) แล้วเกิดการฉีกขาดหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือดส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture, disruption) เกิด Raw surface ขึ้นที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เกิดเลือดจะเกาะกลุ่ม (Platelet aggregation) อย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด หลังจากนั้นจะมีการกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือด (Thrombus formation) อย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดกั้นบางส่วน (Partial occlusion) ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน เกิดอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) โดยยังไม่มีการอุดตันหัวใจตาย ถ้าลิ่มเลือดเกิดอุดตันโดยสมบูรณ์ (Complete occlusion) จะมีผลทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction, AMI)

1. ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้ก้อนไขมันเกิดรอยแตกแยก (Plaque fissuring and disruption rupture)

1.1. มี macrophages และ mast cells จำนวนมากถูกกระตุ้นที่ตำแหน่งของก้อนไขมันที่มีรอยกร่อน

1.2. มีเอนไซม์จำนวนมากที่เป็นพวก metalloproteinase enzymes เช่น collagenase, gelatinase และ stromelysin ซึ่งไปย่อยส่วนประกอบของส่วนป้องกันของ extracellular matrix

1.3. มีปัจจัยอื่นๆ ร่วม เช่น เกิดการตึงตัว (stress) ของหลอดเลือดจาก systolic blood pressure สูง, coronary vasomotor tone, tachycardia (cyclic stretching and compression) เกิดการฉีกขาดของ nutrient vessels นอกจากนี้มี plasma cortisol, plasma epinephrine exhibit circadian variation เป็นต้น

ผลจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทำให้เกิดกลุ่มโรค ดังนี้

1. ST elevation acute coronary syndrome ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของ ECG เป็น ST segment elevation อย่างน้อย 2 leads ที่เกี่ยวเนื่องกัน ผู้ป่วยจะมีหลอดเลือดที่อุดตัน (no epicardial coronary flow) หากนานกว่า 20 นาที และไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว มักจะเกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI, Q-wave MI)

2. Non ST elevation acute coronary syndrome ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation โดยพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบไม่เฉพาะเจาะจง (non-specific) เช่น พบ ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 20 นาทีที่จะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI)

3. Unstable angina อาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่การขาดเลือดไม่มากพอที่จะทำให้เกิด NSTEMI ยังไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีคลื่นไฟฟ้าเปลี่ยนแปลงคล้าย NSTEMI

การรักษากลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะเริ่มแรก

กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด acute ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ซึ่งเกิดจากการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดมี 2 วิธี ได้แก่ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด และการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจด้วยบอลลูน ส่วนการรักษา NSTEMI/UA จะให้การรักษาโดยการให้ยาต้านเกล็ดเลือด

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (วิล พาว์วิล, 2553) (Jneid, H., Anderson, L. J., Wright, S. R., Adams, C. D., Bridges, R. C., Casey, E. D., et al., 2013)

หยุดสูบบุหรี่ ไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่กำลังสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยเริ่มออกกำลังกายที่ละน้อย ถ้าออกกำลังกายแล้วเริ่มรู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกหรือเริ่มเหนื่อยให้หยุดพัก เมื่ออาการหายดีแล้วให้เริ่มเดินใหม่ รวมแล้วประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง ถ้าหยุดพักแล้วอาการไม่หาย เจ็บแน่นหน้าอกมากขึ้นให้มยาได้ลิ้น 1 เม็ดหรือพ่นยาไนโตรกลีเซอริน ถ้าไม่หายให้ช้ยาซ้ำได้ทุก 5-10 นาที ถ้า 20 นาทีไม่หายเจ็บแน่นหน้าอก ให้รีบมาพบแพทย์ทันที ซึ่งผู้ป่วยต้องมียามได้ลิ้นหรือยาพ่นไนโตรกลีเซอรินติดตัวตลอดเวลาพร้อมใช้ ถ้าเป็นความดันโลหิตสูงให้ควบคุมความดันโลหิตที่ระดับ 130/80 mm.Hg. หรือน้อยกว่า ถ้ามีเบาหวานควบคุมให้ระดับ HbA_{1c} น้อยกว่า 7%

2.1.2 ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) และใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ (coping resources) (Lazarus & Folkman, 1984)

Lazarus และ Folkman (1984) มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินภาวะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) เมื่อบุคคลเกิดความเครียดขึ้นแต่ละบุคคลจะตอบสนองโดยการแสดงออกเป็นความโกรธ ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกผิด หรือบางคนอาจรู้สึกกลัวทำหายนามากกว่าคุกคาม การรับรู้ที่แตกต่างกันนี้เนื่องจากแต่ละบุคคลมีประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาที่จะเลือกรับรู้แตกต่างกันตามประสิทธิภาพในการทำงานของระบบการใช้สติปัญญาของแต่ละคนที่จะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคามหรือทำหายนต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินตัดสินของบุคคลนั้นประกอบด้วย 2 ปัจจัยที่สำคัญคือ ปัจจัยด้านบุคคล (personal factors) และสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) (Lazarus & Folkman, 1984)

ปัจจัยด้านบุคคล

1. ข้อผูกพัน (commitments) เป็นการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นว่า มีความสำคัญหรือความหมายต่อตนเองมากเพียงใด ยิ่งมีมากก็จะยิ่งทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่าคุณค่าต่อตนเองมาก การมีข้อผูกพันมากต่อเหตุการณ์นั้นอาจจะทำให้เกิดแรงผลักดันในการกระทำเพื่อแก้ไขให้สถานการณ์ดีขึ้น

2. ความเชื่อ (beliefs) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ เช่น ความเชื่อในศาสนา หรือความเชื่อในความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล ถ้าเชื่อว่าสถานการณ์นั้นสามารถควบคุมได้จะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมในลักษณะทำลาย หรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการคิดแก้ไขสถานการณ์ต่าง ๆ แต่ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าไม่สามารถควบคุมได้อาจจะออกมาในลักษณะสูญเสียหรือคุกคามต่อตนเอง

ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า

1. ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายรุนแรงต่อชีวิตบุคคลย่อมประเมินสถานการณ์เป็นความเครียดที่คุกคาม เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอนาคตและความรู้ของบุคคลด้วย

2. ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ในอนาคต ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ บุคคลไม่เคยประสบมาก่อน ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตก็อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก

Lazarus และ Folkman (1984) ให้ความหมายของการเผชิญความเครียด (coping) ว่าเป็นความพยายามทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล ซึ่งจะสามารถจัดการได้ดีเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับพลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความพยายามนี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและตลอดเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1. กระบวนการของการพัฒนาการในการจัดการกับปัญหา
2. การผสมผสานกันระหว่างความคิดและการกระทำ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
3. ความแตกต่างของชีวิตประจำวันของแต่ละคน

กระบวนการเผชิญความเครียด (coping process)

กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (event or stressor) การประเมิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping)

1. เหตุการณ์ (event) สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นสิ่งที่บุคคลเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจหรือมีผลทำให้ขัดขวางการดำเนินชีวิตตามปกติ

2. การประเมิน (appraisal) ในกระบวนการเผชิญความเครียดสิ่งสำคัญ คือ การประเมินปัญหาซึ่งเป็นกระบวนการทางสติปัญญา (cognitive process) ที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม (emotional and behavior response) ซึ่งต้องการการทำงานของจิตใจรวมถึงการตัดสินใจ การแยกแยะปัญหา และการเลือกวิธีที่จะจัดการกับปัญหาโดยใช้ประสบการณ์เดิมเป็นส่วนใหญ่ การประเมินปัญหามี 3 แบบ ได้แก่

2.1. การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อตนเอง ซึ่งประเมินได้เป็น 3 ทาง คือ

2.1.1. ไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรเลย

2.1.2. เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (benign positive) คือ การที่บุคคลประเมินว่าผลจากเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับตน ทำให้ตนเกิดความสุข ความสนุกและความรัก

2.1.3. เกิดความเครียด (stress) เป็นภาวะที่บุคคลต้องดิ้นรนประนีประนอมมาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินว่าเป็นความเครียดนี้สามารถประเมินออกเป็น 3 อย่าง คือ

1. เกิดอันตรายหรือสูญเสีย (harm or loss) คือ บุคคลหมดความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือต่อสังคม การสูญเสียบุคคลที่ตนรักหรือสูญเสียความผูกพัน

2. การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้เกิดความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา

3. การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้นได้ อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความตื่นตัว ความร่าเริง เป็นต้น

การถูกคุกคามและการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เพราะการที่รู้สึกถูกคุกคามนั้นอาจมีความรู้สึกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งหวังที่จะหาวิธีในการเอาชนะหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นให้ได้

2.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นกระบวนการประเมินที่ซับซ้อนในอันที่จะตัดสินใจเลือกวิธีที่ได้ผลที่จะจัดการกับความเครียด โดยพิจารณาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่และวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้เคยกระทำมาแล้ว

2.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการประเมินโดยใช้ข้อมูลใหม่หรือข้อมูลเพิ่มเติมและ/หรือติดตามประเมินผลของวิธีการเผชิญความเครียดที่ได้กระทำไปแล้ว

3. การเผชิญความเครียด (coping) ในการเผชิญความเครียดแต่ละครั้งนั้นบุคคลจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์ ซึ่งสามารถแบ่งการเผชิญความเครียดเป็น 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused coping) ซึ่งในชีวิตประจำวันจะมีการใช้ทั้ง 2 แบบ เปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมินของบุคคล

3.1 การเผชิญความเครียดด้วยการมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นกลวิธีเช่นเดียวกับการแก้ปัญหาโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การกำหนดขอบเขตของปัญหา หาวิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี ชั่งน้ำหนักว่าวิธีใดจะให้ผลดีอย่างไร เลือกวิธีที่เหมาะสมลงมือแก้ปัญหา ซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่มีความกดดัน การหาแหล่งประโยชน์ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมซึ่งจะต้องหาข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมรวมทั้งการยอมรับสถานการณ์จริง

3.2 การเผชิญความเครียดด้วยการลดอารมณ์ตึงเครียด (emotion-focused forms of coping) เป็นกระบวนการเผชิญความเครียดด้วยการใช้ความคิดเช่นเดียวกัน แต่เป็นการลดอารมณ์ตึงเครียดเมื่อบุคคลประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ วิธีเหล่านี้ ได้แก่ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การทำให้เป็นเรื่องเล็ก (minimization) การถอยห่างจากเหตุการณ์นั้น (distancing) การเลือกสนใจเฉพาะสิ่ง (selective attention) การมองในสิ่งที่ดีของเหตุการณ์นั้น (positive comparisons) การมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น (wresting positive value from negative event) และวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การหาสิ่งสนับสนุนทางอารมณ์และการระบายความโกรธ

แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด (coping resources)

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลจำเป็นต้องหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลแต่ละคนจะเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน โดยจำแนกแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดที่ทำให้แต่ละบุคคลจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกันดังนี้

1. สุขภาพและพลังงาน (health and energy) บุคคลที่มีสภาพสมดุเป็นปกติการทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่บกพร่องจึงไม่เจ็บป่วย ในบุคคลที่เจ็บป่วยมักจะไม่มีความพอที่จะใช้วิธีการจัดการกับความเครียดให้สำเร็จ จึงต่างกับคนที่มีความสุขดีจะมีความแข็งแรงคงทนต่อปัญหา และภาวะเครียดต่างๆ

2. ความเชื่อในทางบวก (positive beliefs) ความเชื่อเป็นพื้นฐานของความหวังและความพยายามของบุคคลในการจัดการกับความเครียด แต่ไม่ใช่ความเชื่อทุกอย่างจะช่วยให้การจัดการกับความเครียดมีประสิทธิภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะช่วยให้บุคคลสามารถ

จัดการกับความเครียดได้ดีกว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับโชคชะตา ส่วนความหวังจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการจัดการกับความเครียด

3. ทักษะในการจัดการกับปัญหา (problem-solving skills) เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะรวมเอาความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุถึงปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา การเลือกแนวทางและการวางแผนเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ทักษะทางสังคม (social skills) ทักษะทางสังคมเป็นแหล่งในการจัดการกับความเครียดที่สำคัญของบุคคล ทักษะทางสังคมเป็นความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหา ทำให้บุคคลนั้นสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม (social support) การที่บุคคลได้รับกำลังใจ ข้อมูลข่าวสารหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นนั้นเป็นการเพิ่มแหล่งช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียด

6. แหล่งทรัพยากรทางด้านวัตถุ (material resource) ได้แก่ เงินและสิ่งของ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

ข้อจำกัดการจัดการกับความเครียด (constraints against utilization coping resources)

เมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดจะใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในการจัดการกับความเครียด ซึ่งการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีในการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับบุคคลนั้น ๆ ซึ่งมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดการจัดการกับความเครียดของแต่ละบุคคลดังนี้

1. ข้อจำกัดด้านบุคคล (personal constraints) ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคลในการยับยั้งการกระทำหรือความรู้สึกของตนเอง และเป็นข้อบกพร่องทางด้านจิตใจของบุคคลซึ่งเกิดจากการพัฒนาความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น

2. ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม (environmental constraints) เป็นข้อจำกัดที่มีผลต่อแต่ละบุคคลมากน้อยเพียงใดขึ้นกับบุคคลนั้น ๆ ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมสามารถเป็นตัวยับยั้งในการใช้แหล่งประโยชน์ที่มี เช่น การที่บุคคลหาเงินและต้องคิดว่าจะต้องจัดสรรการใช้เงินอย่างไรให้เพียงพอ ซึ่งข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีของบุคคล

3. ระดับของการคุกคาม (level of threat) การประเมินตัดสินการคุกคามนั้นสามารถจัดระดับเริ่มต้นเพียงเล็กน้อยจากภาวะความเครียดเพียงเล็กน้อยจนถึงภาวะความเครียดที่รุนแรง การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ความหวาดกลัว ซึ่งบุคคลจะประเมินความเครียดที่มีว่าการคุกคามต่อตนเองมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ

ผลลัพธ์ของการปรับตัว (adaptation outcome)

Lazarus และ Folkman (1984) มองผลของการประเมินตัดสิน (appraisal) และการเผชิญกับความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม (social function)ขวัญและกำลังใจ (morale) และภาวะสุขภาพ (somatic health)

1. การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง การคงไว้ซึ่งบทบาทและสัมพันธ์ทางสังคม การที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคามจะมีปัญหาในการทำหน้าที่ เช่น การหลีกเลี่ยงจากสังคม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ลังเลไม่แน่ใจ และไม่ประสบความสำเร็จในการทำหน้าที่ในสังคม ส่วนบุคคลที่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติจะบ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ขวัญและกำลังใจ หมายถึง ปฏิกริยาทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากการประเมินผลของการเผชิญความเครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสถานการณ์ที่มากระทบ หากบุคคลมีความพึงพอใจในผลของการเผชิญความเครียดและบรรลូវัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เกิดขวัญและกำลังใจที่ดีในการจัดการกับสถานการณ์ และบุคคลที่ใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาจะมีขวัญและกำลังใจในการจัดการกับสถานการณ์ดีกว่าใช้การเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตั้งเครียด

3. ภาวะสุขภาพ หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลต่อความเครียด หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี แต่ถ้การเผชิญความเครียดไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูง เกิดปฏิกริยาตอบสนองด้านร่างกายและจิตใจ เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น หัวใจเต้นแรง ใจสั่น ความดันโลหิตสูง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอและหลัง มีอาการสั้นกระตุกของกล้ามเนื้อ หรืออาจซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย นอนไม่หลับ ผื่นร้าย หงุดหงิดและโกรธง่าย วิตกกังวล เป็นต้น

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้เหตุการณ์นั้นเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) และใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัวที่มีอยู่อย่างเต็มที่ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดจะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติโดยไม่มีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้นั้น ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่มีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.1.3 ความเครียดและการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะได้รับการประเมินสมรรถภาพการออกกำลังกายขณะอยู่โรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องออกกำลังกายวันละ 30-60 นาที หรืออย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ออกแรงในระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การทำสวน การทำงานบ้าน ซึ่งระดับของการออกกำลังกายนั้นผู้ป่วยจะต้องปรึกษากับแพทย์ เพื่อป้องกันอันตรายจากการออกกำลังกาย การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความสำคัญต่อผู้ป่วย คือ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากการออกกำลังกายหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถลดอาการแสดงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด อีกทั้งยังเพิ่มความสามารถในการทำงานของหัวใจ และป้องกันความเสี่ยงของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ป้องกันร่างกายตื้อต่ออินซูลินและควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกาย (insulin resistance and glucose intolerance) ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หักโหม เช่น การยกของหนัก การขึ้นบันได การออกกำลังกายที่เหมาะสมนั้นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนั้นจะต้องออกกำลังกายให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60%-75% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum predicted)

การนำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ได้มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่บุคคลและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการการประเมินตัดสิน (cognitive appraisal) ซึ่งแต่ละบุคคลจะจำแนกการรับรู้สถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือทำลายต่อความมั่นคงปลอดภัยของชีวิตตามประสบการณ์และพัฒนาการทางสติปัญญาของแต่ละคน หากบุคคลเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นการทราบปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ก็จะสามารถจัดการกับปัจจัยที่สามารถจัดการได้ ทำให้และเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและภายหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ หรือการใช้ยาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและเผชิญกับความเครียดได้อย่าง

ไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแล แต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะต้องดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความเครียดจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในขณะดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขณะดูแลตนเองที่บ้าน คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพและพลังงาน การจัดการกับภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ด้านทักษะในการจัดการกับปัญหา และมีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดการจัดการกับความเครียด คือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลซึ่งเป็นระดับของการคุกคาม เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประเมินความเครียดที่เกิดขึ้นว่าคุกคามต่อตนเองและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการกับภาวะสุขภาพ และข้อจำกัดการจัดการกับความเครียด คือ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะดูแลตนเองที่บ้าน เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายขณะที่กล้ามเนื้อหัวใจยังฟื้นตัวไม่เต็มที่ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยลดลงจากเดิม (รพีพรรณ ปิ่นน้อย, 2551) อีกทั้งระดับความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดยังส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับต่ำ (Pitsavos, Arapi, Mantas, & Stefanadis, 2008) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันขณะดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงศึกษาถึงผลลัพธ์ของการปรับตัวที่มีต่อความเครียดที่เกิดขึ้นคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2.2.1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทางด้านแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดด้านสุขภาพและพลังงาน ซึ่งบุคคลที่มีความเจ็บป่วยจะมีกำลังในการจัดการกับความเครียดได้น้อยกว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง เมื่อบุคคลที่เจ็บป่วยเผชิญกับความเครียดจะใช้กลวิธีในการกำหนดขอบเขตของปัญหา ซึ่งอาจจัดการที่ตัวปัญหาและมุ่งแก้ที่ตัวเองหรือปรับสิ่งแวดล้อม (Lazarus, & Folkman, 1984) ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีพฤติกรรมความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์

ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันไป เนื่องจากการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทันทีทันใด ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่คาดคิด หรือเตรียมตัวมาก่อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับ และเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ผู้ป่วยอาจมีความเครียดจากการเผชิญความเครียดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และการประเมินการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

จากการศึกษาของ Grace และคณะ (Grace, Krepostman, Brooks, Arthur, Scholey, Suskin, et al. 2005) ในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 661 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดนั้น เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พันธุกรรม และความเครียด ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเหมาะสมจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าเป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต จะเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคได้ และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Broadbent และคณะ (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Petrie, 2009) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 103 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจำนวน 51 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 52 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค สาเหตุของโรค และมีส่วนร่วมวางแผนการดูแลตนเองกับบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่เหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค สามารถกลับไปทำงาน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติ อีกทั้งยังมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และจากการศึกษาของ Dickens และคณะ (Dickens, McGowan, Percival, Tomenson, Cotter, Heagerty, et al., 2008). ใน

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดครั้งแรกจำนวน 219 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่รุนแรงมาก เป็นโรคที่ใช้เวลาการรักษาานาน และเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยปฏิบัติเสถียรเข้าร่วมการฟื้นฟูสุขภาพและไม่แสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้สุขภาพของตนเองดีขึ้น และเมื่อติดตามการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล 6 และ 12 เดือน ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่ดี และกลับไปทำงานได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.2.2. การจัดการกับภาวะสุขภาพ

การจัดการกับภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทางแหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดด้านทักษะในการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูล การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อระบุถึงปัญหาซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา การเลือกแนวทางและการวางแผนเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus, & Folkman, 1984) เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เหมาะสมก็จะแสดงพฤติกรรมเพื่อควบคุมภาวะของโรคโดยการจัดการกับอารมณ์ มีการระบาย และมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Tung และคณะ (Tung, Hunter, Wei, & Chang, 2009) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยที่จัดการกับภาวะสุขภาพได้เหมาะสมนั้น จะสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีผู้อื่นให้ความช่วยเหลือหรือได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงเล็กน้อย ส่วนผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้เหมาะสมนั้น มีความคิดว่าตัวเองหายจากโรคที่เป็นอยู่ หลีกเลี่ยงการเผชิญกับปัญหาที่เป็นอยู่ แสวงหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือตัวเองให้หายจากโรค และตำหนิตนเองที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Arnold และคณะ (Arnold, Smolderen, Buchanan, Li, & Spertus, 2012) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 4,204 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้จะเกิดความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ส่งผลกระทบทำให้การฟื้นฟูสุขภาพของหัวใจและร่างกายหลังเกิดโรคได้ไม่ดี มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจากการดำเนินโรคที่ไม่ดีขึ้น

2.2.3. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทางข้อจำกัดการจัดการกับความเครียดด้านบุคคล ซึ่งเป็นข้อบกพร่องทางด้านจิตใจของบุคคลซึ่งเกิดจากการพัฒนาความเป็นตัวตนของบุคคลนั้น (Lazarus, & Folkman, 1984) เมื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และการรับรู้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและพฤติกรรม จากการศึกษาของ Dickens และคณะ (Dickens, et al., 2008) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดครั้งแรกจำนวน 219 ราย

ติดตามการรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล 6 และ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ไม่ดี และกลับไปทำงานได้ช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Allan และคณะ (Allan, Johnston, Johnston, & Mant, 2007) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 502 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 เดือน สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 เดือน และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 เดือน เป็นผู้ป่วยที่เคยมีภาวะซึมเศร้าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Myers และคณะ (Myers, Gerber, Benyamini, Goldbourn, Drory, 2012) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 632 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในขณะนอนรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้นจะมีระยะเวลาอนรับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถเลิกสูบบุหรี่เข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีมากกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

2.2.4. ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยทางข้อจำกัดการจัดการกับความเครียดด้านบุคคล ซึ่งส่งผลให้มีการแสดงออกทางกายและอารมณ์ เป็นภาวะไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ กลัว และหวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยหาสาเหตุได้และไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการแสดงออกทางกายและอารมณ์ตามความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ Bhattacharyya และคณะ (Bhattacharyya, Perkins-Porras, Wikman, & Steptoe, 2010) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 194 ราย พบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 12 และ 36 เดือน ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวลขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาของ Bauer และคณะ (Bauer, Caro, Beach, Mastromauro, Januzzi, & Huffman, 2012) ในผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 134 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคของตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล เมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวล

กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องนั้น

ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล แต่ยังไม่ชัดเจนว่า ปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ และการใช้ยาตามมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือร่วมกันที่ติดตามการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

- กลุ่มตัวอย่าง การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

3.1.1 คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถตอบแบบสอบถามวิจัยได้
2. ระดับความรุนแรงของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Functional class) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับ I และ II
3. มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

3.1.2 คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต
2. ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

3.1.3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้วิธี power analysis (Polit, & Beck, 2008) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดค่า power of test 0.80 ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) ในการคำนวณ 4 ตัวแปรต้น ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 86 ราย และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.4 สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยทั่วไป มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือดให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่ม

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการใช้ยาตามมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน

3.2 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์ แบบประเมินความวิตกกังวล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาโรคด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาที่ได้รับ ระดับความรุนแรงของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน Ejection Fraction และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ของ Moss-Morris และคณะ (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Home, Cameron, & Buick, 2002) เพื่อใช้กับผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง ครินรตัน ศรีประสงค์ (2551) ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Double Back-translation techniques) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยข้อคำถามทางด้านบวก 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย 3 คะแนน หมายถึง ไม่แน่ใจ 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางด้านลบจะมีเกณฑ์การให้คะแนนในทางกลับกัน โดยมีคะแนน 37- 86 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 87- 135 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 136- 185 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา (The Jalowiec Coping Scale; JCS) เป็นแบบสอบถามที่ Jalowiec (1979) ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) นิตยา สุทรยากร (2531) ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Double Back-translation techniques) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) จำนวน 15 ข้อ และวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-oriented coping) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยใช้

วิธีการนั้นเลย 2 คะแนน หมายถึง แทบจะไม่เคยใช้วิธีการนั้นเลย 3 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง 4 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการนั้นค่อนข้างบ่อย 5 คะแนน หมายถึง ใช้วิธีการนั้นบ่อยมาก โดยมีคะแนน 40- 93 หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 94- 146 หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 147- 200 หมายถึง มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสภาวะอารมณ์ (Thai depression inventory, TDI) โดยมาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2547) ได้พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (HRS-D), Zung Self-rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 คะแนน โดยมีคะแนน 0- 20 หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 21- 25 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน คะแนน 26- 34 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง คะแนน 35- 40 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง คะแนน 41- 60 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความวิตกกังวล (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) ของ Zung (1971) สร้างขึ้นเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง คันสนีย์ สมิตะ เกษตริน (2528) ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Double Back-translation techniques) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางด้านบวก 5 ข้อและข้อคำถามทางด้านลบ 15 ข้อ โดยประเมินด้านอารมณ์ 5 ลักษณะ และอาการทางกาย 15 ลักษณะ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 โดยข้อคำถามทางด้านลบ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเลย 2 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้งแต่ไม่บ่อย 3 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งแต่ไม่ตลอดเวลา 4 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ส่วนข้อคำถามทางด้านบวกจะมีเกณฑ์การให้คะแนนในทางกลับกัน โดยมีคะแนน 0- 20 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนน 21 - 25 หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย คะแนน 26 - 34 หมายถึง มีความวิตกกังวลชัดเจน คะแนน 35 - 40 หมายถึง มีความวิตกกังวลสูงมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินที่นฤมล นุ่มพิจิตร และคณะ (2542) แปลและดัดแปลงมาจากดัชนีวัดความสามารถในการทำกิจกรรม (The Duke Activity Status Index, DASI) ของ Hlatky (1989) ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ครอบคลุมในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การ

เคลื่อนไหวของร่างกาย การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรกมีจำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีจำนวน MET อยู่ระหว่าง 1.75-8.00 METs โดยคำถามข้อที่ 1 จะมีจำนวน MET ที่ต่ำสุด คือ 1.75 METs และจะเพิ่มขึ้นจนถึงข้อที่ 10 ซึ่งมีจำนวน MET มากที่สุด คือ 8.00 METs โดยในกิจกรรมแต่ละข้อสามารถปฏิบัติได้กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง แสดงว่าได้จำนวน MET เท่ากับข้อคำถามในข้อนั้น

3.2.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่น้อยกว่า 2 ปี จำนวน 2 คน ก่อนดำเนินการวิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3.2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	มีค่าความเชื่อมั่น 0.65
แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา	มีค่าความเชื่อมั่น 0.78
แบบประเมินสภาวะอารมณ์	มีค่าความเชื่อมั่น 0.83
แบบประเมินความวิตกกังวล	มีค่าความเชื่อมั่น 0.63

3.2.3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เมื่อผ่านการพิจารณา แล้วผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกยกเลิกได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มประชากร หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

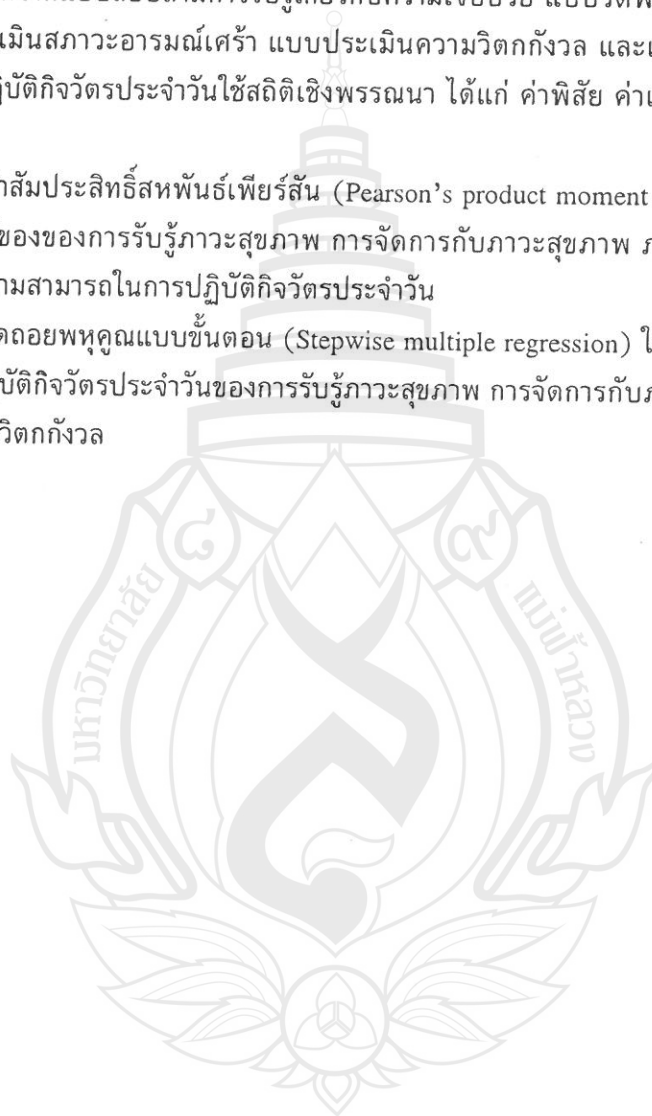
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงร่างการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้างานศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. สํารวจรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - 3.1 แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
 - 3.2 ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยเก็บข้อมูลอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลา 30-45 นาทีในช่วงรอรับยา กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัย หรือผู้ช่วยเก็บข้อมูลจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างรับฟังและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง
4. การติดตามการสอบถามกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน โดยมีกระบวนการติดตามผู้ป่วย ดังนี้
 - 4.1. ก่อนวันนัดมาพบแพทย์เพื่อติดตามการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจ 3 วัน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัด ในวันมาตรวจตามแพทย์นัดผู้วิจัยหรือผู้ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลเช่นเดียวกับข้อ 3.2
 - 4.2. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องติดตามการรักษาตามเวลาที่จะเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ หรือขออนุญาตเก็บข้อมูลที่บ้านตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก
5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ในการหาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล



บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มติดตามผลการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 จำนวน 100 ราย นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

- 4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
- 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
- 4.4 การทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย คิดเป็นร้อยละ มีอายุอยู่ในช่วง 44 ถึง 92 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.4 ปี (median = 69.6 =, S.D. = 11.42) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 54 ในจำนวนนี้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ คิดเป็นร้อยละ 75 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 63 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 40 และมีผู้ดูแลช่วยเหลือที่บ้านอยู่ในช่วง 0 ถึง 4 คน (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากร (n=100)

ลักษณะด้านประชากร	ร้อยละ
อายุ	
ค่าเฉลี่ย 67.4 ปี, ค่ามัธยฐาน 69.6 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.42, พิสัย 44-92	
เพศ	
ชาย	57
หญิง	43
สถานภาพสมรส	
คู่	77
หม้าย, หย่า, แยก	23

ตารางที่ 4.1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากร (ต่อ)

ลักษณะด้านประชากร	ร้อยละ
ระดับการศึกษา	13
ไม่ได้เรียน	76
ประถมศึกษา	6
มัธยมศึกษา	3
ประกาศนียบัตร	2
ปริญญาตรี	
ศาสนา	
พุทธ	99
คริสต์	1
จำนวนผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน	พิสัย 0-4
อาชีพ	
ทำงานบ้าน	3
รับจ้าง	3
ค้าขาย	8
ทำนา, ทำสวน, ทำไร่	27
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	54
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	
< 5,000	63
5,001 - 10,000	28
10,001 - 30,000	8
30,001 - 50,000	1
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	31
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	40
มีเงินเหลือเก็บ	29

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด UA คิดเป็นร้อยละ 45 NSTEMI คิดเป็นร้อยละ 32 และเป็นชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ 23 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ส่วนใหญ่มีตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านหน้า คิดเป็นร้อยละ 65.22 มีระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 91 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 96 มีพฤติกรรมสุขภาพ คือ สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 52 ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าคิดเป็นร้อยละ 86 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านสุขภาพ (n=100)

ลักษณะด้านสุขภาพ	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค	
UA	45
STEMI	32
NSTEMI	23
ระดับความรุนแรงของโรค	
ระดับที่ 1	91
ระดับที่ 2	7
ระดับที่ 3	2
สิทธิการรักษาครั้งนี้	
ประกันสังคม	5
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	86
เบิกจากต้นสังกัดหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	9
ปัญหาสุขภาพอื่นๆ	
ไม่มี	6
โรคร่วม (n = 94)	
เบาหวาน	38
ความดันโลหิตสูง	96
ระดับไขมันในเลือดสูง	67
กระเพาะอาหาร	1
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	
สูบบุหรี่	52

4.2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 113.78$, S.D. = 14.02) โดยให้คะแนนด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไปอยู่ในระดับเรื้อรัง ($\bar{X} = 20.18$, S.D. = 5.32) ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่อยู่ในระดับอาการเปลี่ยนแปลงคงที่ ($\bar{X} = 10.20$, S.D. = 5.22) ด้านการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง ($\bar{X} = 18.09$, S.D. = 6.17) ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสามารถควบคุมได้ ($\bar{X} = 18.56$, S.D. = 5.49) ด้านการรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสามารถควบคุมได้ ($\bar{X} = 20.14$, S.D. = 2.93) ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลังการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่เข้าใจความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 12.73$, S.D. = 4.74) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับด้านบวก ($\bar{X} = 13.88$, S.D. = 5.57) (ตารางที่ 4.3)

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 116.21$, S.D. = 15.46) โดยให้คะแนนด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไปอยู่ในระดับเรื้อรัง ($\bar{X} = 19.01$, S.D. = 5.09) ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่อยู่ในระดับอาการเปลี่ยนแปลงคงที่ ($\bar{X} = 6.20$, S.D. = 3.49) ด้านการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วยอยู่ในระดับรุนแรง ($\bar{X} = 18.79$, S.D. = 6.32) ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสามารถควบคุมได้ ($\bar{X} = 17.89$, S.D. = 5.48) ด้านการรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสามารถควบคุมได้ ($\bar{X} = 20.88$, S.D. = 3.16) ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลังการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่เข้าใจความเจ็บป่วย ($\bar{X} = 12.89$, S.D. = 4.48) ด้านการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับด้านบวก ($\bar{X} = 14.88$, S.D. = 5.16) (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	37-185	79 - 148	113.78	14.02	
ด้านระยะเวลาที่คาดว่าจะเจ็บป่วยจะดำเนินไป	6-30	9 - 29	20.18	5.32	เรื้อรัง
ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่	4-20	4 - 20	10.20	5.22	เปลี่ยนแปลงไม่คงที่
ด้านการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย	6-30	9 - 30	18.09	6.17	รุนแรง
ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	5-25	5 - 25	18.56	5.49	สามารถควบคุมได้
ด้านการรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	5-25	10 - 25	20.14	2.93	สามารถควบคุมได้
ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลังการเจ็บป่วย	5-25	5 - 25	12.73	4.74	ไม่เข้าใจความเจ็บป่วย
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	6-30	6 - 30	13.88	5.57	แสดงออกทางด้านบวก

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	37-185	83 - 149	116.21	15.46	
ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป	6-30	9 - 29	19.01	5.09	เรื้อรัง
ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่	4-20	4 - 12	6.20	3.49	อาการคงที่
ด้านการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย	6-30	10 - 30	18.79	6.32	รุนแรง
ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	5-25	5 - 25	17.89	5.48	สามารถควบคุมได้
ด้านการรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	5-25	14 - 25	20.88	3.16	สามารถควบคุมได้
ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลังการเจ็บป่วย	5-25	5 - 23	12.89	4.48	ไม่เข้าใจความเจ็บป่วย
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	6-30	10 - 30	14.88	5.16	แสดงออกทางด้านลบ

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 107.60$, S.D. = 16.36) โดยให้คะแนนในด้านวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 32.28$, S.D. = 6.52) และด้านวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 72.32$, S.D. = 11.72) (ตารางที่ 4.5)

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 104.87$, S.D. = 17.46) โดยให้คะแนนในด้านวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 34.55$, S.D. = 7.05)

และด้านวิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 70.32$, S.D. = 11.71) (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวม	40-200	72-136	107.60	16.36	ปานกลาง
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	15-75	19-50	32.28	6.52	ต่ำ
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	25-125	44-103	72.32	11.72	ปานกลาง

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวม	40-200	68-147	104.87	17.46	ปานกลาง
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	15-75	19-50	34.55	7.05	ต่ำ
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	25-125	49-103	70.32	11.71	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนภาวะซึมเศร้า 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 6.76$, S.D. = 6.74) (ตารางที่ 4.7) และให้คะแนนภาวะซึมเศร้า 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 7.61$, S.D. = 7.22) (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
สภาวะอารมณ์	0-60	0-28	6.76	6.74	ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4.8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
สภาวะอารมณ์	0-60	0-28	7.61	7.22	ไม่มีภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความวิตกกังวล 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล ($\bar{X} = 33.70$, S.D. = 6.77) (ตารางที่ 4.9) และให้คะแนนความวิตกกังวล 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล ($\bar{X} = 34.34$, S.D. = 8.02) (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ความวิตกกังวล	20-80	20-61	33.70	6.77	ไม่มีความวิตกกังวล

ตารางที่ 4.10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ความวิตกกังวล	20-80	20-61	34.34	8.02	ไม่มีความวิตกกังวล

กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรในระยะ 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับหนัก ($\bar{X} = 7.02$, S.D. = 1.39) (ตารางที่ 4.11) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรในระยะ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับหนัก ($\bar{X} = 7.05$, S.D. = 0.92) (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	1.75-8	3.35-8	7.02	1.39	หนัก

ตารางที่ 4.12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	1.75-8	3.35-8	7.45	0.92	หนัก

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.301, p < 0.05$) (ตารางที่ 4.13) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.061, p > 0.05$) (ตารางที่ 4.13) แสดงว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน

การจัดการกับภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.000, p > 0.05$) (ตารางที่ 4.13) แสดงว่าการจัดการกับภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.013, p > 0.05$) (ตารางที่ 4.13) แสดงว่าความวิตกกังวลไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน

ตารางที่ 4.13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (3 เดือน)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การทำกิจวัตรประจำวัน	1.000				
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.061 ^{ns}	1.000			
3. การจัดการกับภาวะสุขภาพ	.000 ^{ns}	.358**	1.000		
4. ภาวะซึมเศร้า	-.301**	.318 ^{ns}	.179 ^{ns}	1.000	
5. ความวิตกกังวล	-.013 ^{ns}	.243 ^{ns}	.212 ^{ns}	.234 ^{ns}	1.000

** $p < 0.01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.369, p < 0.01$) (ตารางที่ 4.14) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรได้น้อย

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.057, p > 0.05$) (ตารางที่ 4.14) แสดงว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน

การจัดการกับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.113, p > 0.05$) (ตารางที่ 4.14) แสดงว่าการจัดการกับภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.098, p > 0.05$) (ตารางที่ 4.14) แสดงว่าความวิตกกังวลไม่มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน

ตารางที่ 4.14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (6 เดือน)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การทำกิจวัตรประจำวัน	1.000				
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.057 ^{ns}	1.000			
3. การจัดการกับภาวะสุขภาพ	.113 ^{ns}	.398**	1.000		
4. ภาวะซึมเศร้า	-.369**	.501**	.203 ^{ns}	1.000	
5. ความวิตกกังวล	-.098 ^{ns}	.414**	.304**	.461**	1.000

** $p < 0.01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.4 การทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังออกจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (ตารางที่ 4.15) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ($R^2 = 0.091, p < 0.05$) และมีรูปแบบของสมการการทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

$$Y = 8.743 + (-0.146) x_1$$

โดยที่ Y = การทำกิจวัตรประจำวัน
 a = Constant (a) = 8.743
 x_1 = ภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4.15 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	R	R ²	F Change	b	Std.Error of the Estimate	Sig.
ภาวะซึมเศร้า	.301	.091	9.759	-.146	1.912	.002**

Constant (a) = 8.743, ** $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (ตารางที่ 4.16) พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ได้ร้อยละ 13.6 ($R^2 = 0.136$, $p < 0.05$) จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายคือ การจัดการกับภาวะสุขภาพเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 พบว่า ภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3 ($R^2 = 0.173$, $p < 0.05$) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมีรูปแบบของสมการการทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

$$Y = 6.472 + (-0.112)x_1 + (0.022)x_2$$

โดยที่ Y = การทำกิจวัตรประจำวัน

$$a = \text{Constant } (a) = 8.743$$

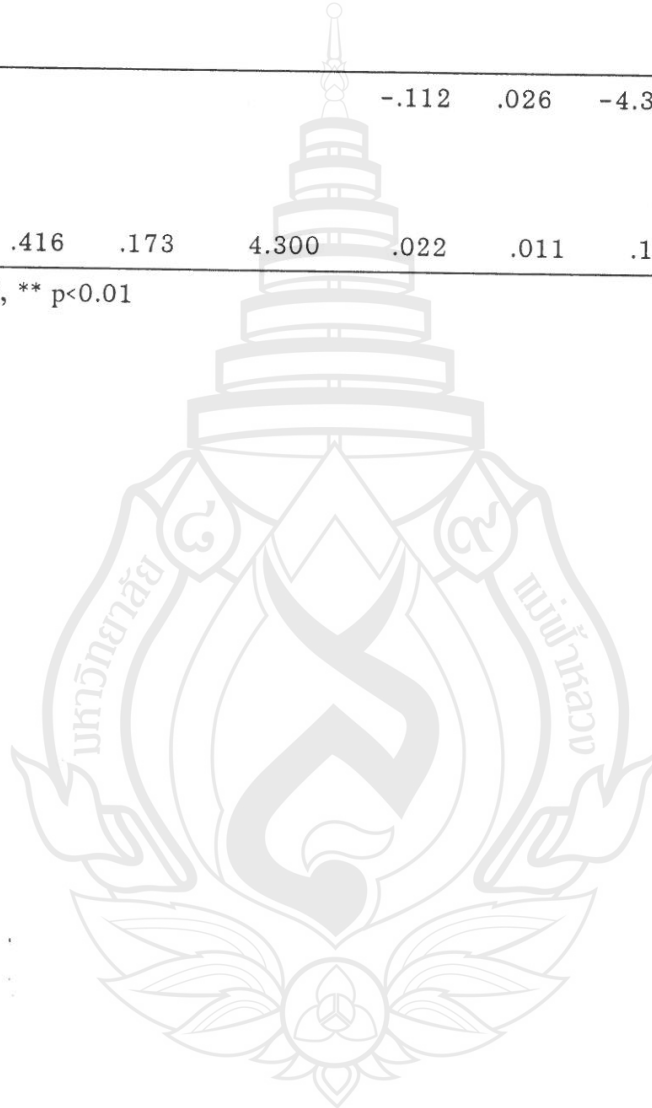
$$x_1 = \text{ภาวะซึมเศร้า}$$

$$x_2 = \text{การจัดการกับภาวะสุขภาพ}$$

ตารางที่ 4.16 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล 6 เดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	R	R ²	F	b	SEb	t	Sig.
Change							
ภาวะซึมเศร้า	.369	.136	15.442	-.101	.026	-3.930	.000**
ภาวะซึมเศร้า				-.112	.026	-4.333	.000**
การจัดการกับ							
ภาวะสุขภาพ	.416	.173	4.300	.022	.011	.196	.041

Constant (a) = 6.472, ** p<0.01



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายประชนุเคราะห์จำนวน 100 ราย ตั้งแต่เดือนเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เพื่อศึกษาการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงรายประชนุเคราะห์จำนวน 100 ราย ตั้งแต่เดือนเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2555 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรม การเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. หาค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

2. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมาใช้ในการวิเคราะห์คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบวัดพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหา แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน

4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างตัวทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย (ร้อยละ 57) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.4 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง < 5,000 บาท (ร้อยละ 63) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40) ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 50) มีระดับความรุนแรงของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 91) มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 67) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 38)

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ($\bar{X} = 113.78$, S.D. = 14.02) และ 6 เดือน ($\bar{X} = 116.21$, S.D. = 15.46) อยู่ในระดับปานกลาง ให้คะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ($\bar{X} = 107.60$, S.D. = 16.36) และ 6 เดือน ($\bar{X} = 104.87$, S.D. = 17.46) อยู่ในระดับปานกลาง ให้คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ($\bar{X} = 6.76$, S.D. = 6.74) และ 6 เดือน ($\bar{X} = 7.61$, S.D. = 7.22) อยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ($\bar{X} = 33.70$, S.D. = 6.77) และ 6 เดือน ($\bar{X} = 34.34$, S.D. = 8.02) อยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวล และคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 3 เดือน ($\bar{X} = 7.02$, S.D. = 1.39) และ 6 เดือน ($\bar{X} = 7.05$, S.D. = 0.92) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับหนัก

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.301, p < 0.05$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.061, p > 0.05$)

การจัดการกับภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.000, p > 0.05$)

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.013, p > 0.05$)

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.369, p < 0.01$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.057, p > 0.05$)

การจัดการกับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.113, p > 0.05$)

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.098, p > 0.05$)

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ($R^2 = 0.091, p < 0.05$)

ภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3 ($R^2 = 0.173, p < 0.05$)

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 ลักษณะผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57) มีอายุอยู่ในช่วง 44-92 ปี ($\bar{X} = 67.4, \text{median} = 69.6, \text{S.D.} = 11.42$) และร้อยละ 71 อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าในผู้ป่วยเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2551; แสงเดือน กันทะชู, 2552) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การสูบบุหรี่ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายสูบบุหรี่ร้อยละ 7 และเคยสูบบุหรี่มาก่อนร้อยละ 47 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 28 มากกว่าเพศหญิง แต่เมื่อพิจารณาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิง

สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Assiri, 2011)

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) มีโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96) ระดับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 67) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 38) และมีเพียงร้อยละ 6 ที่ไม่มีโรคร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กันทะขู้ (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดมีโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในจำนวนนี้ เกษียนายุราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 8) และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 13) จากการมีปัญหสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40) ทั้งนี้อาจเนื่องจากใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 86) ใช้สิทธิการรักษาเบิกจากต้นสังกัดหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 9) และใช้สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 5) จึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกอบกับส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77) และมีจำนวนผู้ให้การดูแล 1-4 คน คิดเป็นร้อยละ 79 ซึ่งให้การดูแลช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง สิ่งของเครื่องใช้ และเกื้อหนุนด้านการเงินเมื่อออกจากโรงพยาบาล ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีผู้ให้การดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่จะปฏิเสธการดูแลช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลเมื่อตนเองสามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว เมื่อบทบาทในครอบครัวเปลี่ยนไปจากผู้ให้การดูแลครอบครัวเป็นผู้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจึงทำให้ปฏิเสธการดูแลช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแล แต่จากการศึกษาของ Moriel และคณะ (Moriel, M., Tzivoni, D., Behar, S., Zahger, D., Hod, H., Hasdai, D., et al., 2008) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเพศหญิงเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น UA (ร้อยละ 45) NSTEMI (ร้อยละ 23) และ STEMI (ร้อยละ 32) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด และมีระดับความรุนแรงของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 91) ส่งผลให้ภายหลังออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 23 แพทย์นัดให้มารับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจภายหลังออกจากโรงพยาบาล และเมื่อได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตน ศรีประสงค์ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี

5.2.2 ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับหนัก ($\bar{X} = 7.02$, S.D. = 1.39) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับหนัก (ตารางที่ 13) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3 ที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเบา ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ ขาดความรู้ในเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกกำลังกาย และกลัวว่าอาการของโรคจะกำเริบขึ้นอีกครั้งเมื่อออกกำลังกาย จึงไม่ออกกำลังกาย และกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับหนัก ($\bar{X} = 7.45$, S.D. = 0.92) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับหนัก (ตารางที่ 14) ซึ่งไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับเบา ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้การดูแลได้รับคำแนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กันทะขู้ (2552) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการเตรียมความพร้อมออกจากโรงพยาบาล และได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจได้เร็ว และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่มีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนต้องกลับเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

จากการศึกษาในครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ในระดับหนัก แต่จากการศึกษาของ Thomas และคณะ (Thomas, King, Lui, Oldridge, Pina, Spertus, 2007) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังจำหน่ายจากออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี เมื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับหนัก แต่เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ใช้พลังงานสูงสุดเพียง 8 METs ซึ่งจากการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยพยาบาลเข้าไปส่งเสริมและติดตามการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่บ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่ม

มากขึ้นทุกครั้งหลังติดตามประเมินผล (Houlea, Doyonb, Vadeboncoeur, Turbidec, Diaz, & Poirier, 2011) ดังนั้นถ้ากลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมและติดตามการฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างอาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ใช้พลังงานได้สูงกว่า 8 METs

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับหนัก ทั้งนี้อาจเนื่องจากหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ 1-4 คน (ร้อยละ 79) รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (ร้อยละ 87) และออกกำลังกาย (ร้อยละ 77) ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ดีและปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ดี สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) คือ ผู้ป่วยเมื่อเผชิญกับความเครียดกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีการประเมินตัดสินและใช้แหล่งประโยชน์ในการปรับตัว ทำให้มีความสามารถในทักษะการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ ทำให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีหลังออกจากโรงพยาบาล

5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) $r = -0.061$ และ $r = -0.057$ ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91 และ 88 ตามลำดับ (ตารางที่ 8 และ 9) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไปอยู่ในระยะเรื้อรังหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 61 และ 55 ตามลำดับ จะพบว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าจะอยู่ในระยะเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงก่อนที่จะป่วยด้วยกลุ่มโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และไม่เกิดอาการแสดงของโรคจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างรับรู้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงคงที่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6

เดือน ร้อยละ 72 และ 63 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้วาระเวลาของการเจ็บป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนมีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 9 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวร้อยละ 4 มีอาการของโรคกำเริบจนต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และร้อยละ 5 แพทย์นัดทำการสวนหลอดเลือดหัวใจในช่วงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน จึงเกิดการรับรู้ว่าเป็นอยู่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่เนื่องจากบางครั้งอาการคงที่และบางครั้งมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนว่าเป็นโรคที่รุนแรงร้อยละ 45 และ 64 ตามลำดับ จะพบว่าจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เข้าใจผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลังการเจ็บป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 71 และ 72 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายยังไม่สามารถดูแลตนเองได้จากภาวะสูงอายุ ไม่ได้รับการศึกษา จึงต้องขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในเรื่องการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 78 และ 76 ตามลำดับ และรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 90 และ 91 ตามลำดับ จึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 79 และ 89 ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแลและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้นหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เฉลี่ย 7.02 METs เป็น 7.45 METs หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Alsen และคณะ (Alsen, Brink, Brandstrom, Kansson, & Persson, 2010) ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 204 ราย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าตนเองสามารถจัดการควบคุมภาวะสุขภาพของตนเองได้ จะมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดี สอดคล้องกับการศึกษา Broadbent และคณะ (Broadbent, et al., 2009) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 108 ราย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวกสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี กลับไปทำงานได้ตามปกติ และเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Staffor และคณะ (Staffor, Berk, Jackson, 2009) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันจำนวน 193 รายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวกจะสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ส่วนผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางลบจะมีอาการกำเริบของโรคบ่อยครั้ง เกิดภาวะซึมเศร้า และทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่ดี จะพบว่าการศึกษาวิจัยดังกล่าวการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กัน

แต่จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อติดตามประเมินผลหลังกลุ่มตัวอย่างจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ประกอบกับมีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือในการเจ็บป่วยครั้งนี้ และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางบวก จึงไม่มีอาการซึมเศร้าเกิดขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดผู้ป่วยจะหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยเลือกใช้แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียดที่มีอยู่เพื่อให้จัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

2) ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการกับภาวะสุขภาพกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การจัดการกับภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) $r = 0.000$ และ $r = 0.113$ ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงการจัดการกับภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 81 และ 84 ตามลำดับ (ตารางที่ 7 และ 8) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ (ร้อยละ 71) มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาคู่สมรสในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งส่วนใหญ่มีโรคร่วมซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 94) ส่งผลต่อความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Houle และคณะ (2011) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 65 ราย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจำนวน 32 รายที่ได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ส่งผลให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีหลังออกจากโรงพยาบาล 3, 6 และ 12 เดือน และจากการศึกษาของ Furber และคณะ (Furber, Butler, Phongsavanc, Mark, & Bauman, 2010) ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจำนวน 215 ราย เมื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน และโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้คำปรึกษา พบว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี และสามารถเพิ่มระดับการทำกิจกรรมได้เพิ่มมากขึ้นเมื่อติดตามประเมินผล 6 สัปดาห์และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53 และ 56 ตามลำดับ เนื่องจากไม่มีความรู้ความเข้าใจโรคที่เป็นอยู่ วางเฉยต่อปัญหาที่ตนเองกำลังเผชิญโดยปล่อยให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวแก้ปัญหาให้ แต่จาก

การศึกษาของศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 180 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82 และร้อยละ 91 ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มอย่างจะทำจิตใจให้สงบ ปลอบโยนให้เรื่องราวและปัญหาต่างเป็นไปตามโชคชะตา และยอมรับในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันไปตามแต่ละสถานการณ์ ซึ่งอาจเผชิญความเครียดโดยมุ่งจัดการกับปัญหาหรือมุ่งจัดการกับอารมณ์

3) ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) $r = -0.301$ และ $r = -0.369$ ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Myers และคณะ (Myers, et. al, 2012) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 632 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล จากการศึกษารังนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 93 และ 91 ตามลำดับ (ตารางที่ 9 และ 10) และมีกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นก่อนและขึ้นปานกลางหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ร้อยละ 7 และ 9 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรง คุกคามต่อชีวิต และรู้สึกท้อแท้กับโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง เพราะคิดว่าตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ ไม่สามารถจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ได้ ต้องการความช่วยเหลือและการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lewis และคณะ (Lewis, Li, Pfeffer, Solomon, Weinfurt, Velazquez, et. al, 2014) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 14,703 ราย พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรงและคุกคามต่อชีวิตจากประสบการณ์การเจ็บป่วย จะมีการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสนใจในการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่

กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้แรงพลังงานอยู่ในช่วง 3.5-5.5 METs ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 180 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ

ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Meurs และคณะ (Meurs, Zuidersma, Dickens, et. al, 2013) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 494 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี และมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดบ่อยครั้งกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อติดตามประเมินผลหลังจากออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน พบว่ามีภาวะซึมเศร่าลดลงเหลือเพียงร้อยละ 4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะซึมเศร่าอาจเนื่องจากการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นการรักษาที่ดีและเหมาะสม เพราะทำให้ไม่มีอาการแสดงของโรค เช่น อาการเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรง อาการอ่อนเพลีย และทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้เป็นปกติ สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีข้อจำกัดด้านบุคคล เช่น ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นความบกพร่องทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการจัดการกับความเครียดที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ แต่ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร่าก็จะสามารถจัดการกับความเครียดที่มีได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร่า

4) ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) $r = -0.013$ และ $r = -0.098$ ตามลำดับ ซึ่งหมายถึง ความวิตกกังวลไม่มีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhattacharyya (Bhattacharyya, Perkins-Porras, & Wikman, 2010) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 194 ราย พบว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 12 และ 36 เดือน ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลขณะอยู่โรงพยาบาลหรือหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่แตกต่างกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิตกกังวล และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นปกติ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยเมื่อออกแรง

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอยู่ในระดับชัดเจนร้อยละ 45 และ 49 ตามลำดับ (ตารางที่ 11 และ 12) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นอยู่ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ต้องมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และถ้าปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรค จะส่งผลให้อาการของโรคกำเริบได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน เกิดความกลัวที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ

ประกอบกับผู้ให้การดูแลหรือบุคคลในครอบครัวมีความวิตกกังวลว่าการออกแรงทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจส่งผลให้อาการของโรคกำเริบขึ้นเอง จึงคอยช่วยเหลือและจำกัดกิจกรรมบางอย่างแก่กลุ่มตัวอย่าง ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Roest และคณะ (Roest, Heifeveld, Martens, Jonge, & Denollet, 2013) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 418 ราย พบว่าความวิตกกังวลส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจไม่ดี และกลับเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ

การศึกษาในครั้งนี้นี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 46 และไม่ออกกำลังกายถึงร้อยละ 33 แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างวิตกกังวลว่าจะเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย เคยออกกำลังกายแล้วมีอาการเหนื่อยมากมีความวิตกกังวลและกลัวว่าจะส่งผลให้อาการของโรคกำเริบขึ้นอีกจึงหยุดออกกำลังกาย และไม่มีความรู้ว่าจะออกกำลังกายแบบไหนถึงจะเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ สอดคล้องกับจากการศึกษาของ DiGiacomo และคณะ (DiGiacomo, Davidson, Vanderpluym, Snell, Dip, & Worrall-Carter, 2007) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 117 ราย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6-14 เดือน มีระดับความวิตกกังวลปานกลาง ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) คือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีข้อจำกัดด้านบุคคล เช่น ความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความบกพร่องทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการจัดการกับความเครียดที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ แต่ในผู้ป่วยที่ไม่มีความวิตกกังวลก็จะสามารถจัดการกับความเครียดที่มีได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล

5.2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์สถิติพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ของการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลในการทำนายนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ($R^2 = 0.091$, $p < 0.05$) และภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ได้ร้อยละ 13.6 ($R^2 = 0.136$, $p < 0.05$) จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายคือ การจัดการกับภาวะสุขภาพเข้าไปในการวิเคราะห์

ขั้นที่ 2 พบว่า ภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3 ($R^2 = 0.173$, $p < 0.05$) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนได้ และผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้

ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนได้ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ความคิด และการกระทำของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ป่วยต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Broadbent และคณะ (Broadbent, et al, 2008) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันหลังออกจากโรงพยาบาล

การจัดการกับภาวะสุขภาพสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้ดีจะมีพฤติกรรมและการเผชิญกับปัญหาโดยคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ ปรึกษาปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน และพยายามควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Furber และคณะ (Furber, et al, 2010) ที่พบว่าผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้ดี จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปภาพที่ 1.1) ซึ่งได้นำทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Stress, appraisal, and coping model) ของ Lazarus และ Folkman (1984) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5.3 ข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากกระบวนการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน และภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองในการจัดการกับภาวะสุขภาพ โดยมีบุคลากรทางสุขภาพให้ความรู้และให้ความช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติภายใต้ข้อจำกัดของโรค

2. นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางการพยาบาลในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน เช่น การสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน โดยมีการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ด้านบริหารการพยาบาล

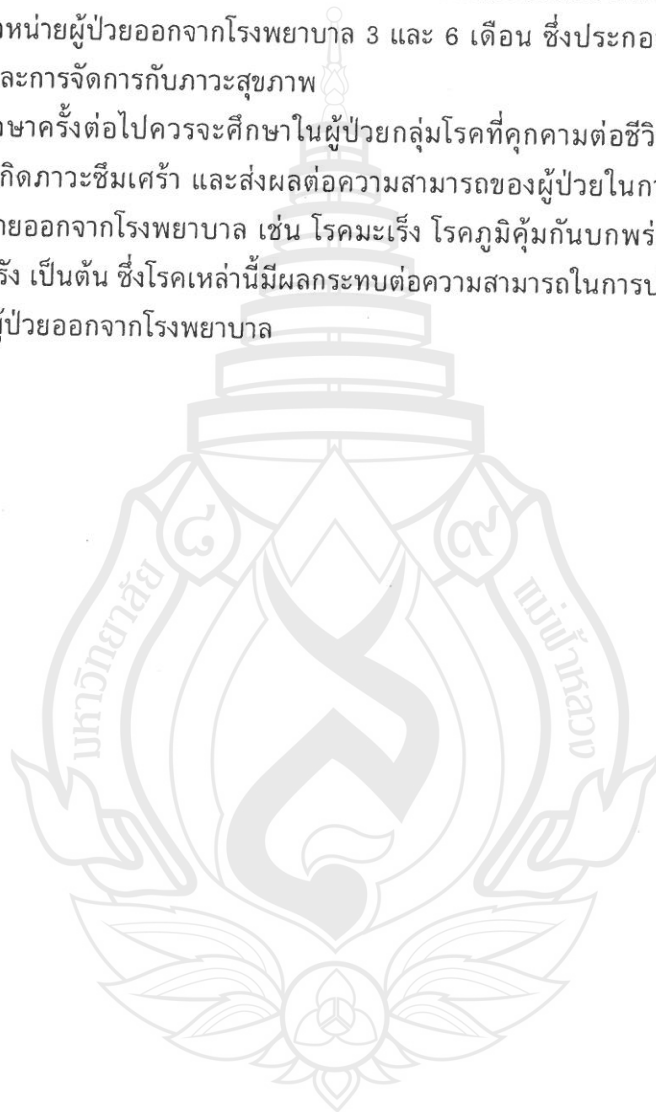
1. เป็นแนวทางในการจัดอบรมหรือส่งเสริมความรู้ทางด้านวิชาการให้แก่พยาบาลในเรื่องความจำเป็นในการนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการจัดการกับภาวะสุขภาพ และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลในด้านการป้องกัน ช่วยเหลือ ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเพิ่มเติม

การศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไปในเรื่องการจัดการภาวะสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตามกรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 อีกทั้งยังพบว่าภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับภาวะสุขภาพ

สามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3 จึงมีปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน แต่ไม่ได้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างแน่ชัด ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ตามกรอบทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) และการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ซึ่งประกอบไปด้วยการป้องกันภาวะซึมเศร้า และการจัดการกับภาวะสุขภาพ

การศึกษารุ่นต่อไปควรจะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือภาวะเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้มีผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. Retrieved October 6, 2010, from http://www.moph.go.th/ops/health_50/2548_2550.html
- ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2545). *Cardiac rehabilitation guideline*. Retrieved October 6, 2010, from <http://www.thaiheart.org/carethai/rehabguide.html>
- รพีพรรณ ปิ่นน้อย. (2551). *การประเมินผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไล พัววิไล, สมเกียรติ โภธิสต์, สุปรีชา ธนมัย, ชุมพล เปี่ยมสมบุรณ์, สุรพันธ์ สิทธิสุข, เกรียงไกร เสงี่ยม และคณะ (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใน วิไล พัววิไล และสุรพร คนละเอียด (บรรณาธิการ)*. กรุงเทพฯ: หจก. อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2553). *สถิติผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศิริราช*.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2551). *การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2553) ข้อมูลสถิติ Accessed 27 April 2010. URL:www.bps.ops.moph.go.th/tendeade51.pdf
- Yohannes, M. A., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2806–2813.
- Allan, J. L., Johnston, D. W., Johnston, M., & Mant, D. (2007). Depression and perceived behavioral control are independent predictors of future activity and fitness after coronary syndrome events. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 501–508.
- Alsen, P., Brink, E., Persson, L., Brandstrom, Y., Karlson, B. W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *Journal of Cardiovascular Nurse*, 25, 1–10.

- Alsen, P., Brink, E., Persson, L. (2008). Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5), 25-33.
- Arnold, S. V., Smolderen, K. G., Buchanan, D. M., Li, Y., & Spertus, J. A. (2012). Perceived Stress in Myocardial Infarction Long-Term Mortality and Health Status Outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1756 - 63.
- Assiri, A. (2011). Gender differences in clinical presentation and management of patients with acute coronary syndrome in Southwest of Saudi Arabia. *Journal of the Saudi Heart Association*, 23, 135-141
- Bauer, L., Caro, M., Beach, S., Mastromauro, C., Januzzi, J., & Huffman, J. (2012). Effects of Depression and Anxiety Improvement on Adherence to Medication and Health Behaviors in Recently Hospitalized Cardiac Patients. *American Journal Cardiol*, 109, 1266 -1271.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996) Comparison of beck depression inventories-IA and II in psychiatric out patients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*, 81(4), 352-358.
- Brown, N., Melville, M., Gray, D., Young, T., Munro, J., Skene, A. M., et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bhattacharyya, R. M., Perkins-Porras, L., Wikman, A., and Steptoe, A. (2010). The long-term effects of acute triggers of acute coronary syndromes on adaptation and quality of life. *International Journal of Cardiology*, 138, 246-252.
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 17-23.
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., et al. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 30, 414-420.

- DiGiacomo, M., Davidson, M. P., Vanderpluym, A., Snell, R., Dip, G., Worrall-Carter, L. (2007). Depression, anxiety and stress in women following acute coronary syndrome: Implications for secondary prevention. *Journal of Australian Critical Care*, 20, 69-76.
- Fawcett, J., Tulman, L., & Samarel, N. (1995). Enhancing function in life transitions and serious illness. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1(3), 50-57.
- Furber, S., Butler, L., Phongsavanc, P., Mark, A., & Bauman, A. (2010). Randomised controlled trial of a pedometer-based telephone intervention to increase physical activity among cardiac patients not attending cardiac rehabilitation. *Journal of Patient Education and Counseling*, 80, 212-218.
- Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., et al. (2005). Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 153- 160.
- Green, P., Newman, J. D., Shaffer, J. A., Davidson, K. W., Maurer, M. S., and Schwartz, J. E. (2013). Relation of Patients Living Without a Partner or Spouse to Being Physically Active After Acute Coronary Syndromes. *The American Journal of Cardiology*, 111(9), 1264-9.
- Houlea, J., Doyonb, O., Vadeboncoeur, N., Turbidec, G., Diaz, A., & Poirier, P. (2011). Innovative program to increase physical activity following an acute coronary syndrome: Randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 85, e237-e244.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Journal of Nursing Research*, 33(3), 157-161.
- Jneid, H., Anderson, L. J., Wright, S. R., Adams, C. D., Bridges, R. C., Casey, E. D., et al. (2013). 2012 ACCF/AHA Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(23), 179-347.
- Kriengsak. W, Pawana, W., Prajongit, C., Num, T. (2010). Effects of a Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Program on Modifiable Risk Factors in Coronary Heart Disease Patient. *Journal of Thai Heart*, 23(1), 22-33.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.

- Lewis, E., Li, Y., Pfeffer, M., Solomon, S., Weinfurt, K., Velazquez, E., et al. (2014). Impact of Cardiovascular Event on Change in Quality of Life and Utilities in Patients After Myocardial Infarction. *Heart Failure*, 2(2), 159-65.
- Leeper, B., Cyr, A. M., Lambert, C., & Martin, K. (2011). acute coronary syndromes. *Journal of Critical Care Nursing Clinics of North America*, 23(4), 547-557.
- Lukkarinem, H., & Hentinen, M. (1997). Quality of life in coronary artery disease. *Journal of Nursing Research*, 46(6), 337-343.
- Meurs, M., Zuidersma, M., Dickens, C., & Jonge, P. (2013). Examining the relation between post myocardial infarction depression and cardiovascular prognosis using a validated prediction model for post myocardial mortality. *International Journal of Cardiology*, 167, 2533-38.
- Moriel, M., Tzivoni, D., Behar, S., Zahger, D., Hod, H., Hasdai, D., et al. (2008). Contemporary treatment and adherence to guidelines in women and men with acute coronary syndromes. *International Journal of Cardiology*, 131, 97-104.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U., Drory, Y. (2012). Post-myocardial infarction depression: Increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 5-10.
- Nguyen, T. N., Rigatelli, G., Pham, L. P., Nhan, V. T., & Eagle, K. (2007). Care for Patients Undergoing Non-cardiac Surgery. In Nguyen, T. N., Hu, D., Kim, M., & Grines, C. L. (Eds.), *Management of Complex Cardiovascular Problems: The Evidence-Based Medicine Approach*. (2nd ed., pp. 103-127). MA: Blackwell Publishing.
- Pitsavos, C., Arapi, S., Mantas, Y., & Stefanadis, C. (2008). Physical Activity Status and Acute Coronary Syndromes Survival. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(21), 2034-2039.
- Pitsavos, C., Kavouras, S. A., Panagiotakos, D. B., Arapi, A., Anastasiou, C. A., Zombolos, S., et al. (2008). Physical Activity Status and Acute Coronary Syndromes Survival. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(21), 2034-9.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rosen, A. B., & Gelfand, E. V. (2009). Pathophysiology of acute coronary syndromes. In Gelfand, E. V., & Cannon, C. P. (Eds.), *Management of Acute Coronary Syndromes*. (pp. 1-12). NJ: Wiley-Blackwell.
- Scirica, M. B. (2010). Acute Coronary Syndrome: Emerging Tools for Diagnosis and Risk Assessment. *Journal of the American College of Cardiology*, 55(14), 1403-1405.
- Thomas, R. J., King, M., Lui, K., Oldridge, N., Pina, I. L., Spertus, J. (2007). AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services. *Circulation*, 116, 1611-42.
- Tung, H., Hunter, A., Wei, J., & Chang, C. (2009). Gender differences in coping and anxiety in patients after coronary artery bypass graft surgery in Taiwan. *Heart Lung*, 38(6), 469 - 479.
- Staffor, L., Berk, M., & Jackson, J. H. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes?. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 211-220.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.
- Zung, W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Journal of Psychosomatics*, 12, 371-379.



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเติมข้อความในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / ลงใน ที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ _____ ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย หย่า แยก	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
4. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม
<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
5. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตร
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโทหรือสูงกว่า
6. อาชีพปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> ทำงานบ้าน	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> ทำนา ทำสวน ทำไร่
<input type="checkbox"/> รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อยู่บ้านเฉย ๆ
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ _____	

9. ความเพียงพอของรายได้

- ไม่เพียงพอ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 มีเงินเหลือเก็บ

10. สิทธิการรักษาครั้งนี้

- เสียค่าใช้จ่ายเอง สังคมสงเคราะห์
 ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 เบิกจากงานที่ทำ _____ ราชการ, _____ รัฐวิสาหกิจ

11. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

- เคย ไม่เคย



ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค

 UA

 NSTEMI

 STEMI

2. ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

 ด้านหน้า (Anterior wall MI)

 ด้านล่าง (Inferior wall MI)

 ด้านหน้าและด้านข้าง (Antero-lateral wall MI)

 ด้านข้าง (Lateral wall MI)

 ด้านหลัง (Posterior wall MI)

 หลายด้าน (Extensive MI)

6. วันที่เข้ารับการรักษา _____

7. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล _____

8. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ

 ไม่มี

 ไม่ทราบ

 เบาหวาน

 สูบบุหรี่

 ความดันโลหิตสูง

 ระดับไขมันในเลือดสูง

 อื่นๆ ระบุ _____

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านกับข้อความเกี่ยวกับความเจ็บป่วยข้างล่างดังต่อไปนี้

ความเห็นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ความเจ็บป่วยของฉันจะหายในเวลาอันสั้น					
2. ความเจ็บป่วยของฉันอาจจะเป็นตลอดไปมากกว่าเป็นชั่วคราว					
3. ความเจ็บป่วยของฉันใช้เวลานานกว่าจะหาย					
4. ฉันจะผ่านความเจ็บป่วยไปได้อย่างรวดเร็ว					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
34. ความเจ็บป่วยที่เป็นทำให้ฉันรู้สึกโกรธ					
35. ความเจ็บป่วยของฉันไม่ได้ทำให้ฉันกังวลใจใดๆ					
36. ความเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้ฉันรู้สึกวิตกกังวล					
37. ความเจ็บป่วยที่ฉันเป็นทำให้ฉันรู้สึกหวาดกลัว					

แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / หรือ วงกลมลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าตั้งแต่กลับไปอยู่บ้านจนถึงขณะนี้ ท่านใช้วิธีการเผชิญกับปัญหาความเจ็บป่วยต่อไปนี้ หรือไม่และใช้มากน้อยเพียงใด

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นนาน ๆ ครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อย ๆ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเกือบทุกครั้งที่คุณรู้สึกเครียด

วิธีการเผชิญปัญหา	ไม่ เคย	นาน ๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อย ๆ	เกือบ ทุก ครั้ง
1. กังวลใจ					
2. ร้องไห้					
3. ระบายความเครียดโดยการทำกิจกรรมหรือ ออกกำลังกาย					
.					
.					
.					
.					
.					
37. เข้านอนโดยคิดว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้นในตอน เช้า					
38. กำหนดเป้าหมายเฉพาะเพื่อช่วยแก้ปัญหา					
39. ปลอบใจตนเองว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่ง ทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”					
40. ยอมรับในสิ่งที่ต้องลงมาจากสิ่งที่ต้องการ จริงๆ					

แบบประเมินความวิตกกังวล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / หรือ วงกลมลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าตั้งแต่กลับไปอยู่บ้านจนถึงขณะนี้ ท่านมีความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก	ไม่เป็นเลยหรือเป็นน้อยครั้ง	เป็นบางเวลาหรือบางครั้ง	เป็นค่อนข้างบ่อยครั้ง	เป็นเกือบหรือตลอดเวลา
1. มีความรู้สึกว่าตื่นเต้นกระวนกระวายมากกว่าปกติ				
2. มีความรู้สึกว่กลัวหรือกังวลโดยไม่มีสาเหตุ				
3. มีความรู้สึกว่าตกใจง่ายหรือตื่นตระหนก				
4. มีความรู้สึกว่วูบเหมือนตกจากที่สูง				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
17. มีความรู้สึกว่มือแห้งและอุ่น				
18. มีความรู้สึกว่หน้าร้อนวูบวาบ				
19. มีความรู้สึกว่หลับง่ายและหลับได้สบายตลอดคืน				
20. เคยฝันร้าย				

แบบประเมินสภาวะอารมณ์

คำชี้แจง: กรุณาวางกลมรอบข้อที่ตรงกับท่าน หรือใกล้เคียงมากที่สุด ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 1)
 - ก. ท้อแท้ใจมาก หมดหวังในอนาคต
 - ข. ท้อแท้ใจ มองอนาคตในแง่ร้าย
 - ค. ท้อแท้ใจบ้างบางครั้ง
 - ง. ไม่หมดหวัง

- 2)
 - ก. คิดวางแผนฆ่าตัวตาย
 - ข. คิดอยากตาย
 - ค. ชีวิตนี้ไม่น่าอยู่ คิดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ แต่ไม่ถึงกับอยากตาย
 - ง. ไม่ได้คิดถึงเรื่องการตาย

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- 19) อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ
 - ก. มีอาการเหล่านี้บ่อยมาก
 - ข. มีอาการเหล่านี้ค่อนข้างบ่อย
 - ค. มีอาการเหล่านี้บ้างบางครั้ง
 - ง. ไม่มีอาการทางร่างกายอะไร

- 20)
 - ก. ไม่สนใจใครเลย ใครจะเป็นอย่างไรก็ช่าง
 - ข. ไม่ค่อยสนใจใคร ไม่คิดอยากพูดคุยกับใคร
 - ค. สนใจคนอื่น ๆ รอบข้างน้อยกว่าเดิม
 - ง. ความสนใจต่อคนอื่นเหมือนเดิม

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

คำชี้แจง:

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความสามารถในการทำกิจกรรมของร่างกายท่าน

กิจกรรม	ทำได้	ทำไม่ได้
1. เดินช้า ๆ รอบบ้าน		
2. นั่งเล่น		
3. ดูโทรทัศน์		
4. อ่านหนังสือ		
.		
.		
.		
.		
.		
48. หัวของหนัก 65-85 ปอนด์ (ประมาณ 29.5-38.5 กิโลกรัม)		
49. ปั่นจักรยานด้วยความเร็ว 12 ไมล์ต่อชั่วโมง (19.2 กิโลเมตร)		
50. เคลื่อนไหวเฟอร์นิเจอร์ชิ้นใหญ่		

ครั้งที่.....วันที่.....เท่ากับ.....METs

ภาคผนวก ข
เอกสารรับรองคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวช
ศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



ที่ ขร ๐๐๒๗.๑๐๗/๒๗๒๕๗



สำเนา
เลขที่..... 1095
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
วันที่ ๒๕/๑๑/๕๗
๓๐๓๗ ถนนสถานพยาบาล อีโก๋เมือง น.น.
จังหวัดเชียงราย ๕๗๐๐๐

๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณา

เรียน คณะคณาจารย์วิทยาลัย มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ตามที่นางสาวแสงเดือน กันทะภู อาจารย์ประจำสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ได้ส่งโครงการวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Factors influencing physical activities post hospital discharge in acute coronary syndrome patients)" เพื่อขอรับการพิจารณา ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลวิจัยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ความละเอียดทราบแล้วนั้น

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ ได้พิจารณาเอกสารดังกล่าวในการประชุมวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔ โดยมีมติที่ประชุมเห็นชอบขออนุญาตโดยหลักการให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลฯ ได้ เนื่องจากเป็นโครงการที่มีประโยชน์ และไม่ก่ออันตรายใดๆ ต่อตัวอาสาสมัคร โดย ยกเว้นการจ่ายค่าบริการจัดการ และค่าธรรมเนียมการพิจารณาโครงการ จึงได้ออกเอกสารรับรองจริยธรรมไว้เป็นหลักฐาน โดยมีช่วงระยะเวลาการรับรอง ระหว่างวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึง วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๕ โดยขอความกรุณาอภรรายงานผลการวิจัยให้โรงพยาบาลฯ จำนวน ๑ ฉบับ หลังเสร็จสิ้นโครงการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไปจักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทัศน์ ศรีวิไล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

วิไล อ. ศาสตราจารย์ ดร.
ก.ร. เชียงใหม่
อนุ
15 สิงหาคม

(ส่งเอกสารดังกล่าวไปยังที่ปรึกษา)

วันออกหมาย

- ๐.1๕๑1๐๖

งานวิจัยเพื่อการพัฒนา และการจัดการความรู้
ศูนย์การวิจัยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
โทร ๐ ๕๓๗ ๕๓๓ ๐๐ พับ ๒๓๔๕ E-mail: cih@research@hotmail.com

ที่ ขร ๐๐๒๗.๑๐๒/ ๒ ๓๒ ๕๖



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์คณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงราย
ประชานุเคราะห์ ขอรับรองว่า

โครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
(Factors influencing physical activities post hospital discharge in acute
coronary syndrome patients)

ผู้วิจัย : นางสาวแสงเดือน กั้นทะขู
สังกัด : สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ได้รับการพิจารณาแล้ว เห็นว่า ไม่มีการส่งละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่
อาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ตามขอบข่ายของ
โครงการวิจัย ที่เสนอได้ รับรอง ระหว่างวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๔ ถึง วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๕

ออกให้ ณ วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๔

ลงนาม..... พญ. ชันดี พงษ์ขันธ์

(แพทย์หญิงหทัย ชันดี พงษ์ขันธ์)

ประธานกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรม
ในการศึกษาวิจัยทางชีวเวชศาสตร์

ลงนาม..... นายแพทย์สุทัศน์ ศรีวิไล

(นายแพทย์สุทัศน์ ศรีวิไล)

ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

ภาคผนวก ค
การแปลผลข้อมูล

ตารางที่ 1 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	ต่ำ	37 - 86	2
	ปานกลาง	87 - 135	91
	สูง	136 - 185	7
ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป	เฉียบพลัน	6 - 18	99
	เรื้อรัง	19 - 30	61
ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	4 - 12	72
	เปลี่ยนแปลงไม่คงที่	13 - 20	28
ด้านการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย	ไม่ร้ายแรง	6 - 18	55
	ร้ายแรง	19 - 30	45
ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	ไม่สามารถควบคุมได้	5 - 15	22
	สามารถควบคุมได้	16 - 25	78
ด้านการรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	ไม่สามารถควบคุมได้	5 - 15	10
	สามารถควบคุมได้	16 - 25	90

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลัง การเจ็บป่วย	ไม่เข้าใจความ เจ็บป่วย	5 - 15	71
	เข้าใจความ เจ็บป่วย	16 - 25	29
	แสดงออก ทางด้านบวก	6 - 18	79
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ต่อการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	แสดงออก ทางด้านลบ	19 - 30	21



ตารางที่ 2 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	ต่ำ	37 - 86	3
	ปานกลาง	87 - 135	88
	สูง	136 - 185	9
ด้านระยะเวลาที่คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไป	เฉียบพลัน	6 - 18	45
	เรื้อรัง	19 - 30	55
ด้านระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่	ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	4 - 12	63
	เปลี่ยนแปลงไม่คงที่	13 - 20	37
ด้านการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย	ไม่ร้ายแรง	6 - 18	36
	ร้ายแรง	19 - 30	64
ด้านความสามารถในการควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	ไม่สามารถควบคุมได้	5 - 15	24
	สามารถควบคุมได้	16 - 25	76
	สามารถควบคุมได้		
ด้านการรักษาสามารถควบคุมความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	ไม่สามารถควบคุมได้	5 - 15	9
	สามารถควบคุมได้	16 - 25	91
	สามารถควบคุมได้		

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ด้านผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นตามมาหลัง การเจ็บป่วย	ไม่เข้าใจความ	5 - 15	72
	เจ็บป่วย		
	เข้าใจความ	16 - 25	28
	เจ็บป่วย		
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ต่อการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น	แสดงออก	6 - 18	89
	ทางด้านบวก		
	แสดงออก	19 - 30	11
	ทางด้านลบ		



ตารางที่ 3 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวม	ต่ำ	40 - 93	16
	ปานกลาง	94 - 146	81
	สูง	147 - 200	3
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	ต่ำ	15 - 35	53
	ปานกลาง	36 - 55	47
	ดี	56 - 75	0
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	ต่ำ	25 - 58	12
	ปานกลาง	59 - 91	83
	ดี	92 - 125	5

ตารางที่ 4 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการจัดการกับภาวะสุขภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
พฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวม	ต่ำ	40 - 93	21
	ปานกลาง	94 - 146	76
	สูง	147 - 200	3
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา	ต่ำ	15 - 35	56
	ปานกลาง	36 - 55	44
	ดี	56 - 75	0
วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	ต่ำ	25 - 58	15
	ปานกลาง	59 - 91	82
	ดี	92 - 125	3

ตารางที่ 5 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
สภาวะทางอารมณ์	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 - 20	93
	ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	21 - 25	4
	ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	26 - 34	3
	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	35 - 40	0
	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	41 - 60	0

ตารางที่ 6 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
สภาวะทางอารมณ์	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0 - 20	91
	ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน	21 - 25	6
	ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง	26 - 34	3
	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง	35 - 40	0
	ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก	41 - 60	0

ตารางที่ 7 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ความวิตกกังวล	ไม่มีความวิตกกังวล	0 - 20	0
	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย	21 - 25	26
	มีความวิตกกังวลชัดเจน	26 - 34	45
	มีความวิตกกังวลสูงมาก	35 - 40	29

ตารางที่ 8 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความวิตกกังวลหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ความวิตกกังวล	ไม่มีความวิตกกังวล	0 - 20	0
	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย	21 - 25	10
	มีความวิตกกังวลชัดเจน	26 - 34	49
	มีความวิตกกังวลสูงมาก	35 - 40	41

ตารางที่ 9 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	ระดับเบา	< 3	3
	ระดับปานกลาง	3 - 6	30
	ระดับหนัก	> 6	77

ตารางที่ 14 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	ระดับเบา	< 3	0
	ระดับปานกลาง	3 - 6	18
	ระดับหนัก	> 6	82



ประวัตินักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย/ ภาษาอังกฤษ)
นางสาวแสงเดือน กันทะขู้
Miss Saengduan Kunthakhu
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) หรือ รหัสบัตรประจำตัวประชาชน
รหัสบัตรประจำตัวประชาชน 3-5602-00283-13-8
3. ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail address
ตำแหน่ง อาจารย์
หน่วยงานที่ติดต่อได้สะดวก สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
โทรศัพท์ 0 -5391-6687 -2
E-mail address duan_ns@hotmail.com
4. ประวัติการศึกษา
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.
2544-2548
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2552
5. ประวัติการทำงาน
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ.
2548-2549
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิมหาบัณฑิต) ระบุสาขาวิชาการ
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

7. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรตรระบุชื่อเรื่องของผลงาน ชื่อการประชุม สถานที่ วัน เวลา ตามระบบสากล

-

8. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรตรระบุชื่อเรื่องผลงาน ชื่อวารสาร ตามระบบสากล

แสงเดือน กันทะขู้. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 27(2), 83-91.

9. ผลงานวิจัยที่ได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา หรือผลงานวิจัยที่อยู่ระหว่างการยื่นขอจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

-

10. ประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ โดยระบุตำแหน่งหน้าที่ในการทำการวิจัย ว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย และระบุสถานภาพของงานวิจัยด้วย

10.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัยและสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน การเผยแพร่ผลงานวิจัย

-

10.2 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัย และสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน และสถานภาพของงานวิจัย

-

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย/ ภาษาอังกฤษ)

นางวรรรัตน์ มากเทพพงษ์

Mrs Worarat Magteppong

2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) หรือ รหัสบัตรประจำตัวประชาชน

รหัสบัตรประจำตัวประชาชน 3-7305-00014-44-1

3. ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail address

ตำแหน่ง

อาจารย์

หน่วยงานที่ติดต่อได้สะดวก

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์

โทรศัพท์

0 -5391-6687 -4

โทรสาร

0 -5391-6686-7

E-mail address

wora_g@hotmail.com

4. ประวัติการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ.
2543-2547- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2552

5. ประวัติการทำงาน

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยไอซียู ศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ
เกียรติ พ.ศ. 2547-2549อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาล
สภากาชาดไทย 2552-2553

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดระบบหัวใจและทรวงอก

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม

7. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ชื่อเรื่อง EFFECTS OF BEHAVIOR CHANGE PROGRAM TO PHYSICAL ACTIVITY AND PHYSICAL FITNESS IN PATIENTS WITH POST CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

ผลของโปรแกรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการเคลื่อนไหวออกแรงและสมรรถภาพทางกายในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

การนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 4 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร วันที่ 12 มีนาคม 2553

8. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องผลงาน ชื่อวารสาร ตามระบบสากล

-

9. ผลงานวิจัยที่ได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา หรือผลงานวิจัยที่อยู่ระหว่างการยื่นขอจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

-

10. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ โดยระบุตำแหน่งหน้าที่ในการทำการวิจัย ว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละข้อเสนอการวิจัย และระบุสถานภาพของงานวิจัยด้วย

10.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัยและสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน การเผยแพร่ผลงานวิจัย

-

10.2 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อข้อเสนอโครงการวิจัย สัดส่วนที่ทำงานวิจัย (%) คณะผู้วิจัยและสถาบันร่วมวิจัย แหล่งทุน ปีที่ได้รับทุน และสถานภาพของงานวิจัย

-

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย/ ภาษาอังกฤษ)
นางสาวปณิตดา อินทรลาวัณย์ Miss Panadda Intralawan
2. รหัสประจำตัวนักวิจัยแห่งชาติ (ถ้ามี) หรือ รหัสบัตรประจำตัวประชาชน
รหัสบัตรประจำตัวประชาชน 3 5201 00698 077
3. ตำแหน่งปัจจุบัน หน่วยงานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก หมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร และ E-mail address
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงานที่ติดต่อได้สะดวก หน่วยงานหัวใจและหลอดเลือด
โทรศัพท์ 0 -5371-1300
โทรสาร 0 -5371-3044
E-mail address i_panadda@yahoo.com
4. ประวัติการศึกษา
- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนีลำปาง พ.ศ. 2526-2530
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2542-2544
5. ประวัติการทำงาน
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาล
เชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2530-2531
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาล
เชียงรายประชานุเคราะห์ พ.ศ. 2532-2533
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก พ.ศ. 2534-2539
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมในปี พ.ศ.
2539-2544
- พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจในปี พ.ศ. 2544-2548
- หัวหน้างานศูนย์โรคหัวใจ พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน
- หัวหน้างานหน่วยงานหัวใจและหลอดเลือดในปี 2553 ถึงปัจจุบัน

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด
การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ
7. ประวัติการนำเสนอผลงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ
ชื่อเรื่อง THE EFFECTS OF HOT COMPRESSION ON FATIGUE IN
PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
ผลของการประคบร้อนต่ออาการลำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
8. ประวัติการเผยแพร่ผลงานวิจัย ทั้งภายในและภายนอกประเทศ โปรดระบุชื่อเรื่องผลงาน ชื่อ
วารสาร ตามระบบสากล
-
9. ผลงานวิจัยที่ได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา หรือผลงานวิจัยที่อยู่ระหว่างการยื่นขอ
จดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา
-
10. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและต่างประเทศ โดยระบุตำแหน่ง
หน้าที่ในการทำการวิจัย ว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่
ละข้อเสนอการวิจัย และระบุสถานภาพของงานวิจัยด้วย
- 10.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :
-
- 10.2 งานวิจัยที่กำลังทำ :
-