



ผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับ
การทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก
ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

**The Effects of Meditation Integrated Cardiac Rehabilitation Program on Functional
Capacity and Well-being in Patients with
Myocardial Infarction before Discharge**

พัชรินทร์ นະนุ้ย

Pacharin Nanui

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner**

Prince of Songkla University

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ผู้เขียน	นางพัชรินทร์ นະนุ้ย
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ไหมไทย ศรีแก้ว)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ
..... (ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)	(รองศาสตราจารย์ไหมไทย ศรีแก้ว)
.....กรรมการ
(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)	(ดร.จารุวรรณ กฤตย์ประชา)
.....กรรมการ
.....	(ดร.ฐปรัตน์ รัศมีภานุสิทธิ์)
.....กรรมการ
.....	(พญ.จิรวรรณ ชูทิพย์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยปีนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(3)

ขอรับรองว่าผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือ

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางพัชรินทร์ นະนุ้ย)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางพัชรินทร์ นະนุ้ย)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ชื่อผู้เขียน	นางพัชรินทร์ นະนุ้ย
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

วิจัยทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จำนวน 60 คน ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแรก เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ โดยให้กลุ่มที่ศึกษามีเพศและอายุเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยให้ความรู้ สอนและสาธิตใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและความรู้ของโอเร็ม นำมาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิ และแนวทางวางแผนจำหน่าย 2) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) แผ่นซีดี ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 4) แบบวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย 5) แบบวัดความผาสุก ทดสอบความเที่ยงแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยวิธีการสอบซ้ำ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติทีอิสระ ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่ และสถิติทีอิสระ

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาธิ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

(2)

2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาชิก มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาชิก โดยใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและความรู้ของโอริเอม นำมาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิ และใช้แนวทางวางแผนจำหน่ายส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกเพิ่มขึ้น

Thesis	The Effects of Meditation Integrated Cardiac Rehabilitation Program on Functional Capacity and Well-being in Patients with Myocardial Infarction before Discharge
Author	Mrs. Patcharin Nanui
Major	Community Nurse Practitioner
Academic	2014

ABSTRACT

This quasi-experimental research study aimed to examine the effects of meditation integrated cardiac rehabilitation program on functional capacity and well-being in patients with myocardial infarction in the medical ward, Yala Hospital. Sixty subjects were purposively selected and assigned to either experimental or control group. Thirty controls subjects were assigned to the control group and received routine nursing care. Thirty subjects matched on gender and age were assigned to the experimental group and receive the meditation integrated cardiac rehabilitation program. The research instruments included: 1) the Meditation Integrated Cardiac Rehabilitation Program guided by Orem's educative supportive theory, 2) the Handbook of Cardiac Rehabilitation Program, 3) a Video, 4) the Functional capacity Questionnaire, and 5) Well – being Questionnaire. The validity of the program was verified by three experts. The reliability of the functional capacity questionnaire was examined using test-retest method, yielding a value of 0.92. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Chi-square test and t-test were used to examine the differences between experimental and control groups. The hypotheses were tested using paired-t-test and independent t-test.

The results revealed that:

1. The experimental group had significantly higher mean score of functional capacity and well-being than the control group ($p < .001$)
2. The experimental group had significantly higher mean score of functional capacity and well-being after participating in the program than before participating in the program ($p < .001$)

(4)

The results of this study indicate that the meditation integrated cardiac rehabilitation program can increase the functional capacity and well-being in patients with myocardial infarction.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถของผู้อื่น รวมทั้งได้รับความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างดี จากรองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว และ ดร.จากรุวรรณ กฤตย์ประชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และคอยสนับสนุนให้กำลังใจที่ดีตลอดมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะ รวมทั้งกรุณาตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของวิทยานิพนธ์ ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา โดยให้คำแนะนำช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม กราบขอบพระคุณเพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลศูนย์ยะลาทุกท่านที่เสียสละรับภาระงานแทนผู้วิจัย ขณะลาศึกษาต่อ รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา พี่น้อง สามี และบุตร ที่คอยเป็นกำลังใจ สนับสนุน ด้านการศึกษาตลอดมา ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งผู้พี่ยกล้ำเนื้อหัวใจตายและญาติผู้ดูแลทุกท่าน ที่เสียสละเวลาให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่ผู้พี่ยกล้ำเนื้อหัวใจตายทุกท่าน

พัชรินทร์ นะนุ้ย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	10
ความหมายและกลุ่มอาการ.....	10
ผลกระทบและความรุนแรงของโรค.....	12
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	14
ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	14
องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	14
โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับการทำสมาธิ.....	24
การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	31
สรุปบททวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	36

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	40
การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ.....	42
การศึกษานำร่อง	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	49
ผลการวิจัย.....	49
อภิปรายผลการวิจัย.....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
ข้อเสนอแนะ.....	65
บรรณานุกรม.....	67
ภาคผนวก.....	74
ก แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง.....	75
ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	77
ค เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	82
ง คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	84
จ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	92
ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ในการ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ.....	93
ช ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	97
ประวัติผู้เขียน.....	98

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	50
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความพึงพอใจของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม(N = 60)	53
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความพึงพอใจภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N = 60)	54

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่าย ร่วมกันการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก.....	7
2	แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	55
3	แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความผาสุก ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม.....	55

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั้งโลกรวมทั้งประเทศไทย นับเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่สำคัญ อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มสูงขึ้น และอัตราตายก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน จากรายงานพบว่าจำนวนผู้ป่วยในประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2550-2554 มีจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.8 ต่อปี (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ดังตัวอย่างสถิติผู้ป่วยที่พบในจังหวัดยะลา ระหว่างปี 2553-2555 ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นต่อปีเฉลี่ยร้อยละ 23.9 เฉลี่ยต่อประชากรหนึ่งแสนคน (หน่วยเวชระเบียนและสถิติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา 2553-2555) โรคหลอดเลือดหัวใจ หากมีการไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจอุดตัน ย่อมทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือด อาจนำไปสู่โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (วารสาร, 2551)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีผลในระยะเฉียบพลันคือ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมง หลังเกิดอาการของหัวใจ เช่น แน่นหน้าอก ใจสั่น ผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวนประมาณร้อยละ 48-63 หรือประมาณครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตแบบเฉียบพลัน (เกรียงไกร, 2554) และจากภาวะโรคดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อในระยะเรื้อรังต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายอีกด้วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (กุลวรรณ, 2554) ผลกระทบด้านร่างกายคือ ช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ (ผ่องพรรณ, 2550) นอกจากนี้ยังส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Handberg et al., 2006) ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า (วรรณิ, 2550) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุก ด้านสังคม ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ ทำให้เกิดความท้อแท้และแยกตัวจากสังคม (Dunderdale, Thompson, Mile, Beer & Furze, 2005) ส่วนผลกระทบทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิต ซึ่งค่ารักษาคิดเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (สุริย์, 2556) เมื่อเจ็บป่วยบางรายต้องออกจากงาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระของครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว จากผลกระทบดังกล่าว ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก

ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นจึงต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อส่งเสริมศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตทั้งทางด้านส่วนตัว ครอบครัวและสังคมได้อย่าง รวดเร็วที่สุด (คนละ, 2551)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีการศึกษาพบว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีความสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพทำให้เกิดความผาสุก มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 2) ด้านคลินิกทำให้ความสามารถในการ ทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น 3) ด้านเศรษฐศาสตร์ ช่วยลดค่ารักษาพยาบาล (Pashkow, 1996) สอดคล้อง กับการศึกษาของกันหา (2547) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายและ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจมีองค์ประกอบคือ การประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตใจและสังคม (American Heart Association: AHA, 2013) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้สมรรถภาพของหัวใจและ หลอดเลือดเพิ่มขึ้น (ภัทรารุช, 2553) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถลดอัตราการตายและการเกิด โรคซ้ำ รวมถึงลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้แก่การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง น้ำหนัก เกินและไขมันในเส้นเลือด (Lawler, Filion & Eisenberg, 2011) นอกจากนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจสามารถลดการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Heran, Chen & Ebrahim, 2011) จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ ลัดดา (2552) เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับผล การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ ประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สรุปได้ว่าการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างชัดเจน ตัวอย่าง งานวิจัยดังกล่าว จะเห็นได้ว่า โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นวิธีการที่ดี มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น ลดอัตราการตาย ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจจะมีอัตราการดลลงร้อยละ 25 เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (วรรณต, 2548) แต่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีจำนวนน้อย เนื่องจากขาดความรู้ ขาดการออก กกำลังกาย ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม (กนกอร, 2552) มีความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจตายซ้ำ ดังนั้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้เกิดผลประ โยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนและให้ความรู้จากพยาบาล

ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบการพยาบาลที่ ประเมินความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแล ตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการคิด และเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วย ของตนเอง แต่มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้น

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งวิธีการช่วยเหลือ ประกอบด้วย การสอน โดยให้ความรู้ ร่วมกับการสาธิต การชี้แนะ ในด้านที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การสนับสนุน โดยให้กำลังใจ และการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อการส่งเสริมพัฒนาทั้งด้าน กายภาพ จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลที่มีความครอบคลุมทั้งในด้านการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้าเนื้อหัวใจตาย เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง เตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ มีการศึกษาของจันทรจิรา (2551) ซึ่งศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวประเมินผลลัพธ์เฉพาะด้านคลินิก คือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แต่ขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพคือความผาสุก ซึ่งผลลัพธ์นี้เป็นตัวชี้วัดในการติดตามความก้าวหน้า และสะท้อนประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่แท้จริง (ปิยนุช, 2545; Pashkow, 1996)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การทำสมาธิมีผลต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีและเกิดความผาสุก (อมวาลี, 2547) ช่วยทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด เกิดความสงบ การทำสมาธิส่งผลดีต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง มีประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การทำสมาธิมีหลายรูปแบบ แตกต่างกันตามความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ฝึกใจให้ตั้งมั่น เพื่อความสงบของจิต (ธรรมปิฎก, 2546) ในประเทศอิหร่านมีการนำสมาธิเข้ามาใช้ ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลลัพธ์คือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hassanzadeh, Yari, Khouyinezhad, Maral & Bayazi 2013) จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี 1991-1999 เรื่อง ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบไทชิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าการฝึกไทชิสามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Tabor-Pliae & Froelicher, 2004) นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกไทชิช่วยลดภาวะเครียด ซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความผาสุกเพิ่มขึ้น (Wang, Zhang, Raynussen et al., 2009) จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีงานวิจัยที่นำไทชิเข้ามามีบูรณาการร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในประเทศไทยยังไม่พบการนำสมาธิโดยการฝึกไทชิ ประยุกต์มาใช้ในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมา ยังขาดการวางแผนจำหน่าย ไม่มีการกำหนดระยะเวลา และไม่มีการติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

การวางแผนจำหน่าย มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่วันแรกของการรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย (กฤษดา, ชีรพรและเรวดี, 2539) จากการศึกษาของสุมนา (2548) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนจำหน่ายจาก

โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ตลอดจนเกิดภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิชา (2548) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสมภายหลังการ จำหน่าย เลี่ยงต่อการเกิดหัวใจตายซ้ำ จากการศึกษาของสมิตและไลน์ (Smith & Liles, 2006) ศึกษา ความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล และแหล่งสนับสนุนก่อนจำหน่าย เสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึง ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสก็อตและทอมสัน (Scott & Thompson, 2002) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความต้องการข้อมูลในระดับสูง จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรม การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบงานวิจัย 2 เรื่องคือ การศึกษาของจุฑาภรณ์, วันเพ็ญ, อุษาวดีและพันธ์ศักดิ์ (2554) พบว่าการวางแผนจำหน่าย แบบมีโครงสร้างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีผลต่อการเพิ่มการพึงพอใจ และการกลับ เข้ารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของพัชรา (2547) เรื่องประสิทธิผล ของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ รับรู้คุณค่า ในการดูแลตนเอง และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จากการศึกษาดังกล่าวพอจะสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อให้เกิด ประโยชน์หลายประการ ดังนั้นหากพยาบาลขาดการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผล ให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายยังมีอัตรากลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังพบอัตราตาย สูง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดย วางแผนจำหน่าย ซึ่งการวางแผนการจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (กองการพยาบาล, 2539)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขึ้น จากการประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และประเมินความ พร้อมในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องการการดูแลที่จำเป็นในการปฏิบัติ กิจกรรมด้านฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นจึงนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเรียม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วย การสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม ผสานกับการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) ในเรื่องการประเมิน การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย การสนับสนุน ด้านจิตใจ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล (2539) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ มีการกำหนดระยะเวลาชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่วันที่แรกของการนอนโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่าย และนำการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ เข้ามานบูรณาการร่วมด้วย พร้อมทั้ง ประเมินผลลัพธ์ จากระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์โดยการเปรียบเทียบจากความสามารถในการ

ทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้รับประโยชน์สูงสุดและเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหรือไม่

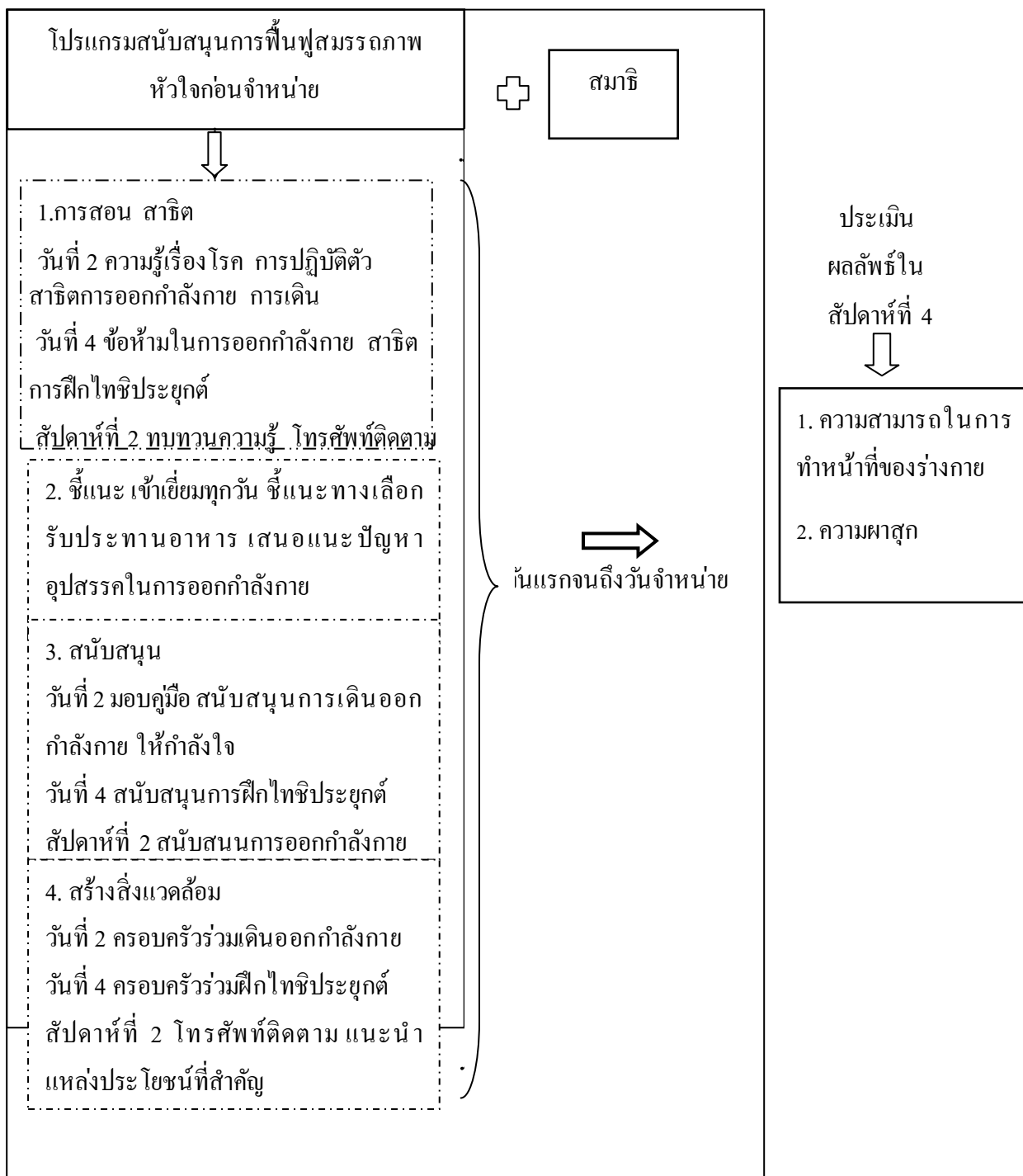
สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาธิ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาธิมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำทฤษฎีระบบการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง และประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการคิด และเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง แต่มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องอาหาร การปฏิบัติตัวและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตใจและสังคม มาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ผลลัพธ์ที่ได้คือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก โดยมีรายละเอียดในการให้การพยาบาลดังนี้ 1) การสอน ร่วมกับการสาธิต เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง 2) การชี้แนะ เป็นวิธีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเอง โดยให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ กรณีที่มีปัญหาหรืออุปสรรค ในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การสนับสนุน เป็นวิธีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ โดยมีส่วนร่วมในการรับรู้ เข้าใจ ให้กำลังใจ การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด ท่าทาง มีการมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องภายหลังออกจากโรงพยาบาล 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีช่วยเหลือ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ให้คำแนะนำ แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย หรือกรณีผู้ป่วยมีข้อสงสัย ควรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้น ให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับการใช้แนวทางวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล (2539) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กำหนดระยะเวลาชัดเจน เริ่มตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบผลของ โปรแกรมการสนับสนุน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและความผาสุกของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มา รับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้กรอบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) และแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจใน สหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) บูรณาการร่วมกับการทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิประยุกต์ และแนวทางการวางแผนจำหน่าย (กองการพยาบาล, 2539) ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย 1) การสอนและสาธิต โดยให้ความรู้เรื่องโรคและการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ 2) การชี้แนะ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยเสนอแนะทางเลือกในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรค ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การสนับสนุน โดยให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เตรียมพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ และใช้กระบวนการในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง โปรแกรมนี้ได้มีการกำหนดระยะเวลาชัดเจนคือ ตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ โดยการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการปฏิบัติที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง โดยที่การเดินของชีพจรไม่มีภาวะผิดปกติ ประเมินผลโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (Six minutes walk test) มีหน่วยเป็นเมตร (American Thoracic Society, 2002)

ความผาสุก หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต เป็นความรู้สึกว่าชีวิตมีความสุข สมบูรณ์ หรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประเมินโดยแบบวัดความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโดย

ใช้แบบวัดตามวิธีของแคนทริล (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan, Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลี, 2544) ซึ่งเป็นบันไดการประเมินตนเอง 10 ขั้น ให้ผู้ป่วยประเมินระดับคะแนนการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของตนเองแบบองค์รวม ครอบคลุมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางให้บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย นำโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพไปใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่าย ร่วมกับการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและ ความผาสุก ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาตาม หัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 1.1 ความหมายและกลุ่มอาการ
 - 1.2 ผลกระทบและ ความรุนแรงของโรค
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.2 องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.3 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
3. โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 3.1 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเริ่ม
 - 3.2 การใช้สมาธิเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 3.3 การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 3.4 โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 - 3.5 การประเมินผลของ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 3.6 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความหมายและกลุ่มอาการ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) หมายถึง การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (Necrosis) ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลัน โดยเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที (ผ่องพรรณ, 2553) หรือการขาดออกซิเจนในเวลาหนึ่ง

เนื่องจากหัวใจเป็นอวัยวะที่ต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีการอุดตันหรือการไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจติดขัด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการขาดเลือด ภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะที่มีอันตรายมาก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและอาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว (วารสาร, 2551) กลุ่มอาการของโรค แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (สมจิตต์และวาริ, 2549, ทศพลและ ภาวิทย์, 2551, ธรนิศ, 2553, ศรีนัย, 2553, อภิชาติ, 2553)

1. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (Stable Angina) ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีลักษณะอาการเฉพาะ คือ เจ็บบริเวณกลางหน้าอก อาจเจ็บร้าวไปที่แขนด้านใน คอ กรามหรือหัวไหล่ทั้ง 2 ข้าง อาการเจ็บเป็นแบบกดทับ จุกแน่น แสบ มากกว่าเจ็บแบบถูกเข็มแทง อาการส่วนใหญ่จะเกิดช่วงที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการเลือดมาเลี้ยงมากกว่าปกติเช่น ออกกำลังกาย หรือวิ่งเร็วๆ หรือขณะเบ่งถ่ายอุจจาระ อาการเจ็บหน้าอกมักจะเป็นอย่างประมาณ 5-10 นาที ถ้าได้พัก หรืออมยาใต้ลิ้นแล้วมักจะดีขึ้น ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอาการอาจรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ

2. กลุ่มอาการโรคหัวใจโคโรนารีเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome) ซึ่งมีอาการแสดงเป็น 2 ภาวะ คือ

2.1 ภาวะที่มีอาการที่เจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (Unstable Angina) เช่น มีอาการขณะพักอยู่เฉยๆ หรือนอนหลับ เจ็บหน้าอกบ่อยและนานมากกว่าปกติ และอันตรายที่สุด คือ มีโอกาสเกิดภาวะ หลอดเลือดอุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) หรือเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย

2.2 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction) เป็นอาการแสดงของหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีชั้นทันที ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่เลี้ยงด้วยหลอดเลือดแดงเส้นนั้นตายเฉียบพลัน อาการเจ็บหน้าอกชนิดนี้จะมีอาการเช่นเดียวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่อาการเจ็บจะรุนแรงและนานกว่า โดยทั่วไปจะนานกว่า 30 นาทีขึ้นไป และมักมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม บางรายอาจคลื่นไส้ อาเจียน ปัจจุบันแบ่งประเภทของโรคตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เกิดความผิดปกติ เป็น 2 ประเภท คือ

2.2.1 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (ST-elevation Myocardial Infarction) เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกแบบทันทีทันใด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบการเปลี่ยนแปลงของ เอสทียก มากกว่า 20 นาที การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก ในช่วงแรกผู้ป่วยควรได้รับยา แอสไพริน (Aspirin) ร่วมกับ โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) รับประทานทันที หากเจ็บหน้าอกมากขึ้นให้อมยาใต้ลิ้นไนเตรต (Nitrate) หรือยาฉีดมอร์ฟีน (Morphine) ร่วมกับการให้ออกซิเจน

2.2.2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST-elevation Myocardial Infarction) เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มี ภาวะเจ็บหน้าอกแบบทันทีทันใด ตรวจคลื่นไฟฟ้า

หัวใจ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในตอนแรก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพยาธิสภาพใกล้เคียงกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก การตรวจระดับโทรโปนิน (troponins) ในเลือด จะช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยชนิดเอสทีไม่ยก (Non- ST-elevation Myocardial Infarction) ซึ่งมีระดับโทรโปนินสูงผิดปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูเหมือนอาการที่มาพบแพทย์จะไม่รุนแรง เหมือนกลุ่มกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก เนื่องจากยังไม่เกิดหรือมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในปริมาณไม่มาก เพราะมีการอุดตันของหลอดเลือดไม่สนิทหรืออุดตันสนิทแต่เกิดในช่วงเวลาสั้นๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการน้อยกว่ากลุ่มแรก และมีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลต่ำกว่า แต่หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว พบว่าอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก มักได้รับการรักษาที่เร่งด่วน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายในเวลา 6 ชั่วโมง ยกเว้นในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้ยาเท่านั้น การรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก ประกอบด้วย การให้ยาที่สำคัญ 2 กลุ่ม ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด และยาต้านการแข็งตัวของเลือด หากมีอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยควรได้รับออกซิเจนและยาแก้ปวดมอร์ฟีนเพื่อลดอาการปวด การให้มอร์ฟีนควรติดตามดูการหายใจ และความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด

ผลกระทบและความรุนแรงของโรค

ผลกระทบของโรค

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงและเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายส่วนใหญ่คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจนิ่วขาดและกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำอีก ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ (ผ่องพรรณ, 2550) และเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติหรือมีการบีบตัวลดลง (อภิชาติ, 2543) ดังนั้นปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งย่อมลดลง ทำให้ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง รวมถึงประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายลดลงด้วย (วุฒิชัย, 2547) ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Handberg et al., 2006) เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเป็นสิ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย (คูใจ, 2546) ดังนั้นผู้ป่วยจึงเกิดภาวะอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระของครอบครัว ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ ผลกระทบด้านจิตใจ จากภาวะของโรคทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดความวิตกกังวล ความเครียดและภาวะซึมเศร้า (วรรณิ, 2550) รับรู้ช่วงเวลาของการ

เป็นโรคเป็นระยะเวลานาน (เป็น, 2550) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อถูกจำกัดด้วยอาการทางกาย และผลกระทบจากการรักษา ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมาดั่งนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุก (Dunderdale et al., 2005)

3. ด้านสังคม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัด ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และแยกตัวจากสังคม และแยกตัวออกจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุนในสังคม (Dunderdale et al., 2005)

4. ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่สูงมาก (สุรีย์, 2556) ผู้ป่วยที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยบางรายต้องออกจากงาน ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระของครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว

จากผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นจึงต้องศึกษา พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค

ความรุนแรงของโรค

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยจำแนกตามความรุนแรงตามแนวทางการจำแนกของคิลลิป (Killip Classification) โดยแบ่งเป็นระดับ 4 ระดับ (Killip & Kimball, 1967) คือ

Killip Class 1 คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีเสียงปอดผิดปกติที่แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งและไม่มีเสียงหัวใจเสียงที่สาม (S3 gallop) มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 3

Killip Class 2 คือ ผู้ป่วยที่มีเสียงปอดผิดปกติที่แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งแต่ไม่เกินครึ่งของปอดและอาจฟังเสียงหัวใจได้เสียงที่สาม มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 17

Killip Class 3 คือ ผู้ป่วยที่มีเสียงปอดผิดปกติที่แสดงถึงการมีภาวะน้ำคั่งเกินครึ่งของปอดแต่ละข้างและมีน้ำท่วมปอดชัดเจน (pulmonary congestion) มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 38

Killip Class 4 คือ มีภาวะช็อกจากหัวใจ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 81

สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยจำแนกความรุนแรงของโรคตามแนวทางการจำแนกของคิลลิป (Killip classification) ไม่เกินระดับ 2 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วยค่อนข้างน้อย และเกิดอัตราเสียชีวิตร้อยละ 17 (Killip & Kimball, 1967)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างต่อเนื่อง โดยรวมเข้าไว้ในแผนการรักษา ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การฝึกออกกำลังกายและกิจกรรมที่เหมาะสม การให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถประกอบอาชีพที่เหมาะสม และเป็นการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เกษัตริกร โภชนากร นักกายภาพ เป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มสมรรถนะของร่างกายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาวะที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2550; American Heart Association: AHA, 2013; American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation: AACVPR, 1995; Balady et al. 2007)

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) ประกอบด้วย 1) การประเมินผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว การควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การออกกำลังกาย 3) การดูแลด้านจิตใจและสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การประเมินผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย อาการของผู้ป่วย การประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรค และการวินิจฉัยที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การรับรู้คุณภาพชีวิต ที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ มีการวางแผนปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย สำหรับการประเมินในกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาในครั้งนี้ต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่สามารถตอบคำถามได้ สัญญาณชีพปกติโดยไม่มีอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก หรืออาการอื่นที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในระหว่างดำเนินการทดลอง

การให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัวและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

1. ด้านอาหารและโภชนาการ ประเมินจำนวนแคลอรีที่ได้รับทั้งหมดในแต่ละวัน พิจารณาในส่วนประกอบของอาหาร เช่น ไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอล รวมถึงสารอาหารที่ควรได้รับ ประเมินพฤติกรรมกรกิน กำหนดการจัดอาหารลดน้ำหนัก และอาหารเฉพาะโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ มีการให้ความรู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งครอบครัวด้านการควบคุมอาหารและวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสม

2. ควบคุมน้ำหนัก ประเมินโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว กำหนดหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยในผู้ชายที่มีรอบเอวมมากกว่า 40 นิ้ว และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กก./ม. ในผู้หญิงรอบเอวมมากกว่า 35 นิ้ว มีการกำหนดการลดน้ำหนักทั้งในระยะสั้น และระยะยาว โดยจัดการเรื่องอาหาร โดยปรับพฤติกรรมกรกิน ควบคู่กับการออกกำลังกายของผู้ป่วย

3. ควบคุมระดับความดันโลหิต ควรวัดขณะนั่งพัก และวัดความดันโลหิตมากกว่า 2 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า การวัดความดันโลหิตควรวัดทั้งในท่านอน ท่านั่งและท่านยืน หากความดันซิสโตลิกสูงกว่า 120 -139 มิลลิเมตรปรอทหรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 80-89 มิลลิเมตรปรอท ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการออกกำลังกาย เพิ่มการรับประทานผักผลไม้ อาหารที่มีไขมันต่ำ หากความดันซิสโตลิกสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท แนะนำให้รักษาด้วยยา ภายหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท แนะนำให้รักษาด้วยยา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. ควบคุมระดับเบาหวาน โดยประเมินจากประวัติการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับความรู้และทักษะ การเฝ้าระวังตนเองจากภาวะน้ำตาลสูง และน้ำตาลต่ำ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ

5. การหยุดสูบบุหรี่ ควรประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับปริมาณการสูบบุหรี่ในแต่ละวัน รวมถึงระยะเวลาที่สูบ มีการประเมินด้านจิตใจเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่ ให้กำลังใจช่วยเหลือ โดยการสอนและให้ความรู้เป็นรายบุคคล และสนับสนุนการหยุดสูบบุหรี่ หรือให้การรักษาด้วยยา

6. ควบคุมระดับไขมัน ประเมินโดยการวัดไขมันรวม (Total cholesterol) ไขมันแอลดีแอล (LDL) เอชดีแอล (HDL) และระดับของไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) พิจารณาร่วมกับการรับประทานยา ภาวะอื่นๆ ที่มีผลกับระดับไขมัน ให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เรื่องการรับประทานอาหาร

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ควรมีการประเมินตัวแปรต่อไปนี้ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ อาการและอาการแสดง การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเปลี่ยนแปลงระบบการไหลเวียนเลือด การรับรู้ความเหนื่อยในการออกกำลังกาย การออกกำลังกาย ควรพิจารณาตามความเสี่ยง และระดับกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยในแต่ละราย ในผู้ป่วยบางรายควรคำนึงถึงข้อห้ามในการออกกำลังกาย ตลอดจนข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกายด้วย ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาทีต่อวัน เป็นระยะเวลา 5-7 วัน ต่อ สัปดาห์ สามารถแบ่งการออกกำลังกาย เป็น 2-3 ช่วงในวันเดียวกันได้ การออกกำลังกายนั้นมีความสำคัญในการลดน้ำหนัก เนื่องจากเพิ่มการใช้พลังงาน การออกกำลังกายทุกวันทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น รวมถึงช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ นอกเหนือจากคำแนะนำในการออกกำลังกายในแต่ละวันแล้ว ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำที่จำเพาะมากขึ้นในกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก เช่น การยกของหนัก การขึ้นบันได การทำสวนหลังบ้าน หรือการทำงานบ้าน ซึ่งกิจกรรมบางอย่างสามารถทำได้ และบางอย่างควรหลีกเลี่ยง

การดูแลด้านจิตใจและสังคม

ประเมินเกี่ยวกับสภาพจิตใจ จากการสัมภาษณ์ หรือใช้เครื่องมือวัด เช่น ความซึมเศร้า ความเครียด ความผาสุกในชีวิต จัดการสอน โดยให้ความรู้ ให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ด้านการจัดการความเครียด ให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจ ทำให้เกิดความผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจ และพัฒนาภาวะทางจิตใจให้สามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีขึ้นได้

ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การศึกษาครั้งนี้ แบ่งระยะในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น 4 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2550)

ระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือระยะผู้ป่วยใน

ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้ตลอดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความสำคัญของการ

ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะนี้คือ จะเริ่มให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทันทีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ แพทย์เห็นสมควร หรือไม่มีข้อบ่งชี้ต่างๆ เช่น ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 8 ชั่วโมงแรก การออกกำลังกายที่เหมาะสมในระยะแรกคือการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก ซึ่งได้แก่การเดิน และ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่ใช้การเดินเป็นหลัก เนื่องจากง่ายและสะดวก กล้ามเนื้อไม่เกิดการบาดเจ็บ (ปิยนุช, 2546) การออกกำลังกายทุกครั้งควรมีการอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 นาที โดยการบริหารแขน ขา ลำตัว ทำอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง อย่าพยายามเกร็งค้างไว้ ควรทำท่าละ 10 ครั้ง สัปดาห์แรกหลังออกจากโรงพยาบาล เดินให้เร็วเต็มที่ โดยให้ความรู้สึกเหนื่อยใกล้เคียงกับการเดินในขณะนอน โรงพยาบาล เป็นเวลา 5 นาที สัปดาห์ที่ 2 เช่นเดียวกับสัปดาห์แรก แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินเป็น 10 นาที สัปดาห์ที่ 3 เช่นเดียวกับสัปดาห์แรก แต่เพิ่มระยะเวลาในการเดินเป็น 15 นาที สัปดาห์ที่ 4 เป็นต้น ไปพยายามเดินเร็วขึ้น โดยใช้ระยะเวลา 15 นาที เหมือนเดิม ซึ่งจะทำให้ได้ระยะทางเพิ่มขึ้นด้วยลักษณะสำคัญของโปรแกรมคือ มีการเพิ่มระดับของกิจกรรมการออกกำลังกายจากน้อยไปมากอย่างต่อเนื่อง ความถี่ในระยะ 4 สัปดาห์แรก ถ้าทำได้ควรเดินออกกำลังทุกวันหลังจากนั้น เมื่อสามารถเดินเร็วได้ถึง 20 นาที แล้วต่อไปอาจลดการเดินออกกำลังกายเป็นวันเว้นวัน หรือ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และเพิ่มระดับกิจกรรมภายใต้การควบคุมของผู้ฟื้นฟู นอกจากนี้ภายหลังจากออกกำลังกายควรมีระยะผ่อนคลาย เพื่อให้ร่างกายสามารถปรับตัวเพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติ อาจใช้ระยะเวลาและวิธีเดียวกับการอบอุ่นร่างกาย การเพิ่มกิจกรรมในช่วงนี้ ควรติดตามผลของการตอบสนองการทำงานของหัวใจต่อกิจกรรม ได้แก่ มีการเพิ่มของชีพจร 5 - 20 ครั้งต่อนาที ขณะพักมีการเพิ่มความดันโลหิตซิสโตลิก 10-40 มิลลิเมตรปรอท ขณะพัก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ และไม่พบการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ

ความแรงในการออกกำลังกายเป็นการกำหนดระดับในการออกกำลังกาย ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพทางด้านร่างกายในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ซึ่งการพิจารณาความแรงในการออกกำลังกาย อาจประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจ หรือประเมินจากการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย โดยใช้ค่าคะแนนความเหนื่อยเป็นตัวเลข 15 ระดับ มีช่วงคะแนน 6 - 20 คะแนน (Borg scale) การรับรู้ความเหนื่อยต่ำ จะเป็นสิ่งที่บอกความแรงในการออกกำลังกายด้วยตนเอง ซึ่งค่าคะแนนจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจในขณะออกกำลังกาย รวมถึงอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดด้วย ระดับความเหนื่อยที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือ ค่าคะแนน 12 - 13 และอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับระดับความเหนื่อยคูณด้วย 10 ดังนั้นอัตราการเต้นของหัวใจเท่ากับ 120 - 130 ครั้งต่อนาที (Heyward, 2002 อ้างตามฉวีริกา, 2551)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ด้วยการการเดินเป็นการออกกำลังกายในระยะแรกของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเริ่มในวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ขณะอยู่ใน

โรงพยาบาลหรือระยะผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ แพทย์เห็นสมควร หรือไม่มีข้อบ่งชี้ต่างๆ เช่น ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 30 นาที ต่อครั้ง ประกอบด้วยระยะอบอุ่นร่างกาย 10 นาที ระยะการเดิน 10 นาที และระยะผ่อนคลาย 10 นาที วันที่ 4 ของการนอนโรงพยาบาล เป็นการออกกำลังกายโดยการฝึกไทชิประยุกต์ ระยะเวลาในการออกกำลังกาย 20–30 นาที ความถี่ในการออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง มีการประเมินการรับรู้ความเหนื่อยในการออกกำลังกาย โดยใช้ค่าคะแนนความเหนื่อยของบอร์ก (Borg scale) ซึ่งกำหนดคะแนนการรับรู้ความเหนื่อยเท่ากับ 11-13 คะแนน เป็นข้อบ่งชี้ในการปรับระดับความหนักในการออกกำลังกาย ความถี่ในการออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตลอดจนการหยุดออกกำลังกาย (Buckley, Holmes, & Mapp, 1999) ใช้ในผู้ที่ไม่สามารถจับชีพจรด้วยตนเองได้ หากผู้ป่วยมีระดับความเหนื่อยเท่ากับ 13 ต้องให้ผู้ป่วยหยุดเดินทันที

สำหรับข้อบ่งชี้ในการหยุดการออกกำลังกายช่วงนี้คือ

1. ชีพจรขณะออกกำลังกายมากกว่า 130 ครั้งต่อนาที หรือ เพิ่มขึ้น มากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีจากชีพจรขณะพัก
2. ความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท
3. ความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท
4. ภาวะการเต้นหัวใจผิดปกติที่มีนัยสำคัญ (Significant ventricular and atrial arrhythmias)
5. ภาวะปิดกั้นหัวใจระดับสองหรือสาม (Second-or third degree heart block)
6. อาการหรืออาการแสดงของร่างกายที่ปรับตัวต่อการออกกำลังกายไม่ได้ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยมาก

ระยะที่ 2 ช่วงแรกในระยะผู้ป่วยนอก

เป็นระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรก จนถึงประมาณ 4-12 สัปดาห์ ระยะนี้ผู้ป่วยยังอยู่ภายใต้การดูแล และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อาจเป็นการโทรศัพท์ติดตามอาการ หรือการเยี่ยมบ้าน ระยะนี้มีความสำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องจากระยะแรก ย่อมสามารถป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ ดังนั้นการให้ความรู้ในระบายนี้อาจมีความครอบคลุมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่วนการออกกำลังกายในระยะ 4 สัปดาห์แรก ควรเดินออกกำลังทุกวันหลังจากนั้น เมื่อสามารถเดินเร็วได้ถึง 20 นาที แล้วต่อไปอาจลดการเดินออกกำลังกายเป็นวันเว้นวัน หรือ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยระยะนี้เน้นรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบจากรายงานวิจัยที่ศึกษาประสิทธิภาพระหว่างการได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านกับศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่ออัตราเจ็บป่วย อัตราตาย คุณภาพชีวิต และปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าไม่มีความแตกต่างเรื่องอัตราการเกิดโรคหัวใจซ้ำ ความสามารถในการออกกำลังกาย ปัจจัยเสี่ยง คุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่าย

ทางการแพทย์ในทั้งสองโปรแกรม (Dalal et al, 2007) ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านจึงมีประสิทธิภาพและปลอดภัย สามารถเพิ่มประสิทธิภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายได้ไม่แตกต่างจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในโรงพยาบาล (Jolly, Taylor, Lip & Stevens, 2006)

ข้อเสนอแนะทั่วไปสำหรับผู้ป่วยในการออกกำลังกายในช่วงนี้ คือ

1. อย่าหยุดเดินเร็วทันที เนื่องจากการไหลเวียนกลับของโลหิตน้อยลงควรให้เดินต่อไปช้าๆหรืออย่างน้อย แกว่งแขน ย่ำเท้าอยู่กับที่อีกอย่างน้อย 2-3 นาที
2. หากผู้ป่วยจับชีพจรเป็นหลังการเดินครบกำหนดให้จับชีพจรทันที
3. ระหว่างหรือหลังการเดินออกกำลังกายถ้ามีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ให้หยุดพักทันทีถ้าภายใน 5 นาที อาการแน่นไม่หาย หากมียาอมใต้ลิ้นเพื่อขยายเส้นเลือดหัวใจให้ใช้ทันที
4. ไม่ควรออกกำลังกายก่อนอาหารหรือหลังอาหารทันที ควรออกกำลังกายก่อนหรือหลังอาหารเกิน 1 ชั่วโมง

ระยะที่ 3 ระยะผู้ป่วยนอกระยะต่อมา

เป็นการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ระยะนี้ต่อจากระยะที่ 2 นานประมาณ 4-6 เดือน ถึงสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฝึกความทนในการออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง หรือติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากระยะนี้ผู้ป่วยมีอาการค่อนข้างคงที่มีความรู้ สามารถปรับความหนักเบาในการออกกำลังกายได้เอง

ระยะที่ 4 ระยะดำรงสภาพ

เป็นระยะต่อจากระยะที่ 4 ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตลอดชีวิตของผู้ป่วย มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพร่างกายดี สามารถคงสภาพเดิม โดยการปฏิบัติด้วยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย โดยไม่จำกัดช่วงเวลาและสถานที่ ความถี่ในการออกกำลังกายแล้วแต่ความสะดวกของผู้ป่วย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับคำแนะนำหรือแนวทางในการดำเนินชีวิตเพียงเล็กน้อยจากบุคลากรในทีมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบการพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อปรับแก้ความสมดุลระหว่างความสามารถในการ

ดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย และเป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ย่อมมีความสามารถในการคิด และสามารถเรียนรู้และเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง แต่มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ มีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (สมจิต, 2544) มีรายละเอียดคือ

1. การสอน เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยการให้ความรู้ รวมถึงครอบครัวเพิ่มทักษะในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่มีผลต่อภาวะของโรค เนื้อหาการสอนได้แก่ความรู้เรื่องโรค การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การออกกำลังกาย การประเมินความเหนื่อย การทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ ส่วนอุปกรณ์ในการสอน ประกอบด้วยคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แผ่นซีดีการฝึกไทชิประยุกต์ การสอนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายควรประเมินทั้งความรู้และความพร้อมในด้านการเรียนรู้ของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งอาจมีผลต่อการเรียนรู้ และสอนในเรื่องที่ผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ ปรับเนื้อหาและวิธีสอนให้เหมาะสมต่อความสามารถของผู้เรียน การสอนเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ดี การสอน โดยใช้คู่มือเป็นสื่อในการสอน ใช้สื่อวีดิทัศน์พร้อมสาธิตโดยให้ฝึกปฏิบัติตามเพื่อให้สามารถเรียนรู้จดจำได้ง่าย สอดคล้องกับหลักการสอนของทฤษฎีโอเรมว่า การเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติ (สมจิต, 2544) นอกจากนี้การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสอนให้เกิดขึ้นทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การสอนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสอนและสาธิต เป็นรายบุคคล ทั้งหมด 3 ครั้ง ในวันที่ 2, 4 ของการนอนโรงพยาบาล ส่วนสัปดาห์ที่ 2 เป็นการโทรศัพท์ติดตามภายหลังจำหน่าย โดยก่อนให้ข้อมูลและเนื้อหาในการสอน ต้องประเมินอาการผู้ป่วย รวมถึงความพร้อมในการเรียนรู้ พร้อมสาธิตโดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติตามเพื่อให้สามารถเรียนรู้จดจำได้ง่าย การสอนควรให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความตระหนักเห็นความสำคัญในการกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง

2. การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลที่จำเป็น หรือข้อเท็จจริงแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายและครอบครัว เพื่อให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลด้วยตนเอง ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการชี้แนะในด้านต่างๆ โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยขาดประสบการณ์ หรือต้องอยู่

ในสภาวะที่วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกในขณะที่เดินออกกำลังกาย พยายามต้องชี้แนะทางเลือกให้กับผู้ป่วย เช่น ควรพยายามได้ลื่นติดตัวไว้เสมอ หรือชี้แนะ โดยให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อรถพยาบาลฉุกเฉิน และตอบคำถามในเรื่องต่างๆ ที่ผู้ป่วยสงสัย รวมถึงควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการซักถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง

3. การสนับสนุน เป็นวิธีการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ มีกำลังใจ โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจตายซ้ำ สนับสนุนด้านข้อมูลที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย สามารถนำกลับมาทบทวนการปฏิบัติตัวภายหลังจำหน่าย เพื่อให้ปฏิบัติตามคู่มือที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พยายามควรให้กำลังใจ อาจเป็นคำพูด กริยา ท่าทางที่สุภาพ กล่าวชมเชย เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย การสนับสนุนทั้งร่างกายและจิตใจทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือ ชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง

4. การสร้างสิ่งแวดล้อมเป็นการเสริมแรงจูงใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมโดยเฉพาะภายหลังจำหน่าย เมื่อผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หรือมีบทบาททางสังคมน้อยลง พยายามควรเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวควรยอมรับ สามารถปรับเปลี่ยนอัตโนมัติ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ให้มีความเจ็บสงบ ปราศจากความเครียดที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอันส่งผลกับภาวะของโรค ให้คำแนะนำ แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย หรือกรณีผู้ป่วยมีข้อสงสัย ควรให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยในการติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดสิ่งแวดล้อมในการออกกำลังกาย ด้วยการเดินก่อนในวันที่ 2 ของการนอนโรงพยาบาล ส่วนวันที่ 4 เป็นการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ จัดสิ่งแวดล้อมมีความสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากการฝึกไทชิประยุกต์ต้องทำท่าทางและใช้สมาธิในการปฏิบัติ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามและสามารถปฏิบัติตาม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่สามารถคิด ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองได้ และมีความต้องการในการดูแลตนเอง อยู่โดยพื้นฐานของชีวิต แต่หากขาดการสนับสนุนหรือขาดแรงจูงใจ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ความรู้ และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง รวมถึงสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม

การใช้สมาธิเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ความหมายของสมาธิ โดยพื้นฐานคือ อากาที่ใจตั้งมั่นอยู่ในอารมณ์เดียวอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดความสงบและรู้สึกสบาย สมาธิเป็นความตั้งมั่นอยู่ในเรื่องที่ต้องการเพียงเรื่องเดียว โดยมีอาการของกายและใจประกอบกันไม่ฟุ้งซ่าน (วทีนันท, 2550) นอกจากนี้สมาธิอาจมีความหมายแตกต่างกันในด้านผลที่ได้รับ และลักษณะของการปฏิบัติ ในวิถีชีวิตประจำวัน มนุษย์ย่อมใช้สมาธิในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ให้สำเร็จลุล่วง อาจมีมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นสมาธิจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ การฝึกสมาธิมีประโยชน์ดังนี้ (ธรรมปิฎก, 2546)

1. ประโยชน์ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตาย

1.1 ช่วยทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หายเครียด เกิดความสงบ หายกระวนกระวาย จากความวิตกกังวล โดยเฉพาะจากภาวะของโรคกล้ำมเนื้อหัวใจตาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก

1.2 เป็นเครื่องเสริมประสิทธิภาพในการทำงาน การทำกิจทุกอย่างผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเมื่อมีสมาธิ ก็ย่อมมีสติในการตัดสินใจ หรือสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดในภาวะวิกฤตได้

1.3 ช่วยเสริมสุขภาพกาย และใช้แก้ไขโรคได้ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจอาศัยกันและมีอิทธิพลต่อกัน ผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจตายเมื่อร่างกายไม่สบาย จิตใจก็พลอยอ่อนแอเศร้าหมอง ไม่มีกำลังใจยิ่งทำให้ภาวะของโรคนั้นทรุดลงได้ การทำสมาธิส่งผลดีต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันโรค

2. ประโยชน์ในด้านสุขภาพจิตและการพัฒนาบุคลิกภาพ เช่น ทำให้เป็นผู้ที่มีจิตใจ และบุคลิกลักษณะเข้มแข็ง หนักแน่น มั่นคง สงบ เยือกเย็น

นอกจากนี้การทำสมาธิมีรูปแบบหลากหลายวิธี แตกต่างกันตามความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม แต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ ฝึกใจให้ตั้งมั่น เพื่อความสงบของจิต รูปแบบของการฝึกสมาธิแบบต่างๆ ในปัจจุบันนี้ มีวิธีการฝึกสมาธิหลากหลายรูปแบบ แต่สรุปรูปแบบหลักๆ ที่นิยมในการฝึกสมาธิมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ

1. การฝึกสมาธิแบบผ่อนคลายร่างกาย โดยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เป็นรูปแบบการฝึกสมาธิเพื่อเน้นการพัฒนาในด้านจิตใจโดยตรง เป็นการฝึกให้ใจจดจ่อ แน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งตลอดเวลา ในขณะที่ฝึกสมาธิอยู่ ซึ่งการฝึกสมาธิอาจกระทำได้หลายวิธี วิธีการต่างๆ เหล่านี้มีส่วนที่คล้ายกันคือการนั่งตัวตรง อาจนั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ หรือนั่งบนเก้าอี้ให้อยู่ในท่าที่สบาย อาจลืมตาหรือหลับตาก็ได้ แต่ส่วนใหญ่มักหลับตาให้ปิดสนิท วางมือทั้งสองข้างบนตักซ้อนกัน สถานที่ในการทำสมาธิควรเงียบสงบ ใช้การกำหนดจิตให้เกิดสมาธิ ด้วยการกำหนดรู้จากลมหายใจเข้าออก เช่นการทำสมาธิแบบอานาปานสติ สมาธิแบบทีเอ็ม เป็นต้น

2. การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวทางร่างกาย คือการฝึกสมาธิไปพร้อมกับการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งมีวิธีการฝึกหลายอย่าง เกิดประโยชน์ในการรักษาสุขภาพกายและสุขภาพใจไปควบคู่กัน คือใช้หลักการเคลื่อนไหวทางร่างกาย หรือออกกำลังกาย ซ้ำๆ ไปพร้อมกับการทำจิตใจว่างและเกิดสมาธิ โดยกำหนดการหายใจเข้า ออก พร้อมกับมีสติรับรู้การเคลื่อนไหวทุกอิริยาบถของร่างกายในขณะที่ฝึกอยู่เสมอ หรือจะกำหนดใจไปยังอวัยวะส่วนที่ไม่แข็งแรงให้กลับคืนสู่สภาพปกติก็ได้ ซึ่งรูปแบบการฝึกสมาธิอย่างนี้จะ มีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และจิตใจให้ผ่อนคลายความเครียด ความกังวล และให้ความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส เกิดความผาสุก และความพึงพอใจ เช่น การทำโยคะ การรำมวยจีน ไทชิ

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการทำสมาธิแบบเคลื่อนไหวร่างกาย เข้ามาบูรณาการร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยการฝึกไทชิประยุกต์ทั้งหมด 5 ท่า ใช้เวลา 20 นาที เนื่องจากเกิดประโยชน์ทั้งด้านการออกกำลังกาย และเกิดประโยชน์ในด้านสมาธิ เพื่อช่วยเสริมประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ไทชิ (Tai Chi)

ไทชิ เป็นการออกกำลังกายในลักษณะการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ แบบเบาๆ จิตใจก็จะเบาตามภาวะของร่างกาย ทำให้เกิดพลังแห่งความสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ เพิ่มการหมุนเวียนของโลหิตและการหายใจให้เป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งยังช่วยเพิ่มปริมาณเส้นเลือดฝอย และมีส่วนช่วยในการเพิ่มออกซิเจนของเซลล์หัวใจ หัวใจก็ทำงานได้ปกติ ไม่เกิดอาการตีบตันหรือหัวใจวาย (ชิตพงษ์, 2550) นอกจากนี้ยังเป็นการออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย ประหยัด โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากได้ประโยชน์ทั้งการออกกำลังกาย และได้ประโยชน์จากการฝึกสมาธิ ช่วยในการรักษาสุขภาพกายและสุขภาพใจไปควบคู่กัน ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำการฝึกไทชิประยุกต์ ซึ่งประกอบด้วยท่าทั้งหมด 5 ท่า โดยให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติท่าละ 6 ครั้ง ใช้เวลารวมทั้งหมด 20 นาที

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การวางแผนจำหน่าย เน้นให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู พยาบาลต้องมีการจัดระบบและวางแผนการพยาบาลรวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติ ได้แก่ แผนการสอน การวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่วันแรกของการรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายจากการศึกษาของสุมนา (2548) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายขาดความรู้ ความเข้าใจและมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของสุทิตา (2548) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ภายหลังจากจำหน่าย เสี่ยงต่อการเกิดหัวใจตายซ้ำ จากการศึกษาของสมิตและไลน์ (Smith & Liles, 2006) ซึ่งศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล และแหล่งสนับสนุนก่อนจำหน่าย และเสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสก๊อตและทอมสัน (Scott & Thompson, 2002) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความต้องการข้อมูลในระดับสูง

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ ต้องเน้นการวางแผนจำหน่าย (กองการพยาบาล, 2539) การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว มีการกระทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยทุกราย ให้บริการครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ (กฤษดาและคณะ, 2539; วันเพ็ญและอุษาวดี, 2546)

ขั้นตอนในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย 2) การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแล 3) การกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วย 4) การปฏิบัติพยาบาล 5) การประเมินผล (กฤษดาและคณะ, 2539) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย สิ่งสำคัญคือพยาบาลต้องมีทักษะในการประเมินและสามารถคาดการณ์สภาวะสุขภาพผู้ป่วย ตั้งแต่สภาพ

ร่างกาย จิตใจ และสังคม และกระทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันแรกของการนอน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย คือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Handberg et al, 2006) ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า (วรรณิ, 2550) ด้านสังคม เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมเปลี่ยนไป ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวภายหลังจำหน่าย แบบแผนชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไร ผู้ป่วยมีการรับรู้และความคาดหวังต่อการรักษา มีแรงจูงใจในการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านมากน้อยเพียงใด พยาบาลควรประเมินความสามารถของครอบครัวว่า ใครมีความเหมาะสมในการดูแล นอกจากนี้ควรแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการช่วยเหลือทั้งในภาวะฉุกเฉิน เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก และภาวะปกติ กรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่าย เมื่อประเมินปัญหาของผู้ป่วยและนำมารวบรวมข้อมูลแล้ว ควรวินิจฉัยว่าผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเฉพาะหน้าอย่างไร ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หากพยาบาลสามารถวินิจฉัยคาดการณ์ได้ล่วงหน้าเร็ว ก็จะนำไปสู่การกำหนดแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลโดยมีอาการคงที่สามารถเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้จนกระทั่งภายหลังจำหน่าย นอกจากนี้ พยาบาลควรวางแผน ฝึกทักษะให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแล เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง

3. การกำหนดแผนจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลต้องกำหนดแผนการจำหน่ายให้สอดคล้องกับภาวะของโรค ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรได้รับการกำหนดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อใด นอกจากนี้พยาบาลต้องทำหน้าที่ประสานงานที่ประสานงานที่ดีระหว่างทีมสุขภาพสามารถจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง รวมถึงประเมินปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และจัดการแก้ไข เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย แผนการจำหน่ายมีลักษณะเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย แต่ต้องเป็นกิจกรรมซึ่งพัฒนาความก้าวหน้าของผู้ป่วยและมีความต่อเนื่อง

4. การปฏิบัติการพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล ต้องได้รับการร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัว มีการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อการส่งต่อการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญในขั้นตอนนี้คือการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่มีภาวะเครียดจากภาวะของโรค และมีปัญหาซับซ้อน พยาบาลควรมีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่

ละราย วิธีปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วย การช่วยเหลือโดยการสอน สนับสนุน สร้างแรงจูงใจ เป็นที่ปรึกษา สร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

5. การประเมินผล การประเมินสามารถประเมินจากการตรวจร่างกาย การสังเกต การสอบถาม จากการพูดคุย กับผู้ป่วย เพื่อตัดสินว่าผู้ป่วยสามารถรับรู้ มีความก้าวหน้ามากขึ้นเพียงใด ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเมื่อได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก แตกต่างจากเดิมหรือไม่หากผลลัพธ์ที่ได้ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจต้องประเมินปัญหา วินิจฉัยวางแผนใหม่ เพื่อให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ ลัดดา (2552) เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบและผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตั้งแต่ปี 2540-2550 ผลการทบทวนงานวิจัย จากระายงานวิจัยจำนวน 17 เรื่อง พบว่า มีรูปแบบของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายเป็นหลัก 2) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการผสมผสาน สรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้ง 2 รูปแบบเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างชัดเจน และจากการศึกษาของกันหา (2547) เพื่อศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กรอบแนวคิดของชมรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีรูปแบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลัง ใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทั้งหมด 6 ครั้ง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค สอนการออกกำลังกาย ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฟังเพลงเสียงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งละ 60 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 12 เป็นการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ข้อดีของงานวิจัยนี้คือมีการวัดผลลัพธ์ทั้งด้านสุขภาพ คือคุณภาพชีวิตและ วัดผลลัพธ์ทางคลินิกโดยประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และมีการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ แต่ยังขาดการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีหลายรูปแบบ แตกต่างกันตามตัวแปรระยะเวลาในการศึกษา กรอบแนวคิด และการประเมินผลลัพธ์เป็นส่วนใหญ่ จากการศึกษ โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้านในผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี บุรณาการแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มีการสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 5 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1,2) เยี่ยมผู้ป่วยขณะนอนพักที่หอผู้ป่วย วันที่ 2 และวันที่ 3 สัปดาห์ที่ 2,3 (ครั้งที่ 3,4) ใช้โทรศัพท์สอบถาม ติดตามเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 5) ซึ่งขณะผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ให้ผู้ป่วยฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนกอร, 2552) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีข้อดีคือมีการสนับสนุนในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแต่ยังขาดการบูรณาการร่วมกับภูมิปัญญาตะวันออก โดยการทำสมาธิเข้ามาช่วยเสริมประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งการทำสมาธิส่งผลดีต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันต้านโรค (ธรรมปิฎก, 2546) มีความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีการนำสมาธิมาใช้ศึกษาผลของการลดระดับความเครียดในผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคทางจิตเวช สำหรับโรคหัวใจ พบว่ามีการศึกษาของ มารยาท, ญจวรรณ, สารรัตน์ และ สุนทรธา (2555) เกี่ยวกับผลของ โปรแกรมการฝึกไปโอพีดแบคและเทคนิคผ่อนคลายความเครียดต่อภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 60 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพ แบบประเมินความเครียด โปรแกรมการฝึกไปโอพีดแบค และ โปรแกรมการฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียด ซึ่งมี 2 ประเภท คือการฝึกสมาธิโดยปฏิบัติตามพระสงฆ์จากการดูวิดีโอ และฝึกสร้างจินตนาการ กลุ่มทดลองมีการทำสมาธิและใช้โปรแกรมการฝึกไปโอพีดแบค ระยะเวลาไม่เกิน 60 นาทีต่อคน เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จากนั้นประเมินภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย พบว่าการฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสมาธิ มีผลให้ภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อดีของงานวิจัยนี้คือ การฝึกเทคนิคผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกสมาธิใน 4 สัปดาห์แรกมีผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจมีจิตใจที่สงบ สุขาย ความเครียดลดลง เน้นการผ่อนคลายโดยการทำสมาธิ ฝึกสร้างจินตนาการ และฝึกโปรแกรมไปโอพีดแบคเพื่อวัตถุประสงค์การปรับตัวต่อความเครียด แต่ยังคงข้อบกพร่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมด้วย

ในประเทศไทยยังไม่พบการนำสมาธิมาใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สำหรับงานวิจัยของต่างประเทศคือ ประเทศอิหร่านมีการนำสมาธิเข้ามาใช้ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพียงอย่างเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับสมาธิ โดยการกำหนดลมหายใจเข้าออก เป็นวิจัยแบบทดลอง มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 45 ราย โดยการสุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มแรกจะได้รับการฟื้นฟู

สมรรถภาพหัวใจเบื้องต้นเพียงอย่างเดียว กลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 20-25 นาที โดยจะทำหลังจากการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นแล้ว กลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่ได้ทำสมาธิทั้งหมด 10 ครั้ง ครั้งละ 20-25 นาที โดยทำหลังจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเบื้องต้นไปแล้ว นอกจากนี้กลุ่มที่ 2 และ 3 จะได้รับแผ่นซีดีไปฝึกทำที่บ้านอีก 3 ครั้ง เมื่อครบ 10 ครั้ง จึงจะประเมินผล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการทำสมาธิ สามารถลดความเครียด และสามารถลดอัตราการเต้นของหัวใจได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพียงอย่างเดียว (Hassanzadeh et al., 2013) นอกจากนี้มีการศึกษาประสิทธิผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอเมริกันผิวดำที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่ทำสมาธิ กับกลุ่มที่ได้รับความรู้เป็นวิจัยแบบทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิมีจำนวน 13 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการมีความรู้มีจำนวน 10 คน ในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมจะได้รับการฝึกสมาธิแบบทีเอ็ม ครั้งละ 15-20 นาที โดยทำ 2 ครั้งต่อวัน หลังจากนั้นมีการนัดเข้ากลุ่มเพื่อติดตามทุก 2 สัปดาห์ ในช่วง 3 เดือนแรก จะมีการนัดเข้ากลุ่มเดือนละครั้งใน 3 เดือนถัดมา มีการประเมินผลในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 6 ของการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมการทำสมาธิแบบทีเอ็ม มีค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Jayaderappa et al., 2007)

จากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การทำสมาธิมีประโยชน์หลายประการ ได้แก่ ลดระดับความเครียด ลดการเต้นของหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี มีค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวเน้นการทำสมาธิและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ยังขาดการสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่องและสัมฤทธิ์ผล

จากการศึกษาของ จันทิมา, พชรินทร์ และทัศนีย์ (2555) ผลของโปรแกรมสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ มีการให้ความรู้โดยการสอนใช้เวลา 25-30 นาที มีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ และเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มกลุ่มควบคุมและจากการศึกษาของ นิภาพร (2550) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม 23 คู่ กลุ่มควบคุม 24 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน ภาพพลิก เอกสารการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้ง เข้าพบที่หอ

ผู้ป่วย 2 ครั้ง ก่อนจำหน่าย ส่วนครั้งที่ 3,4,5 เป็นการโทรศัพท์สอบถามอาการและกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามคู่มือ พร้อมสนับสนุนให้กำลังใจภายหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม มีการเรียนรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นว่า มีข้อดีคือการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม มาไซ์ และมีการติดตามผู้ป่วยทาง โทรศัพท์ เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง แต่โปรแกรมดังกล่าวยังขาดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย จากการศึกษาของสมิตและไลนส์ (Smith & Liles, 2006) พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่าย มีความต้องการข้อมูล และแหล่งสนับสนุนก่อนจำหน่าย และเสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการนำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรม การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย พบงานวิจัย 2 เรื่อง ได้แก่ การศึกษาประสิทธิผลของ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของจุฬารักษ์และคณะ (2554) เป็นวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน กระบวนการวางแผนจำหน่ายมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูล การสร้างแผนจำหน่าย และการยืนยันแผนการจำหน่าย โดยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเป็นการประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแล วันที่ 2 ดำเนินการสอนและฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วันที่ 3 เป็นการทบทวนความรู้ มีการประเมินผลโดยการ โทรศัพท์ติดตามผลการศึกษาพบว่า การวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีผลต่อการเพิ่มการพึงพอใจ และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง การศึกษาดังกล่าวมีข้อดีคือมีการประเมินผู้ป่วย และมีการวางแผนอย่างชัดเจนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แต่ยังไม่ครอบคลุมการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการคิด และเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง แต่มีความพร่องในด้านการปฏิบัติกิจกรรม ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือโดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ส่วนการศึกษาของพัชรา (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วย แบบฟอร์มที่ใช้ในการวางแผนจำหน่าย คู่มือการสอนผู้ป่วย และกิจกรรมที่ใช้การสอนผู้ป่วยจำนวน 5 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยขณะนอนอยู่ที่โรงพยาบาล โดยการสอนเป็นรายบุคคล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังวางแผนจำหน่าย โดยใช้แบบสอบถามความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้คุณค่าในการดูแลตนเองและแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ รับรู้คุณค่าในการดูแลตนเอง และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากการศึกษาดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่าการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ คือ ผู้ป่วยมีกระบวนการรับรู้คุณค่าในการดูแลตนเองส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และการกลับเข้ารักษาซ้ำลดลง แต่เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว เน้นการให้ความรู้ ยังไม่ครอบคลุมองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ขาดการสนับสนุน เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรได้รับการสอนมากกว่าการให้ความรู้ทั่วไป นอกจากนี้ การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังย่อมต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง หากขาดการสนับสนุนและขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการสร้างเสริมแรงจูงใจ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องดังกล่าวแล้วย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอัตราเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล (2539) ร่วมกับการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) และกรอบแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง และประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การสอน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม และได้นำการทำสมาธิแบบเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการฝึกไทชิประยุกต์ มาบูรณาการร่วมด้วย โดยเริ่มในวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือระยะผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่แพทย์เห็นสมควร หรือไม่มีข้อบ่งชี้ต่างๆ เช่น ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 8 ชั่วโมงแรก เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

การออกกำลังกายด้วยการเดิน ในครั้งที่ 2 เป็นวันถัดไปอีก 2 วัน เป็นการทำสมาธิแบบเคลื่อนไหว ด้วยการฝึกไทชิประยุกต์ ซึ่งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 2 ใช้การโทรศัพท์สอบถามอาการโดยใช้เวลา 15 นาที ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการประเมินผลของโปรแกรมโดยการทดสอบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายวัดผลด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และประเมินความพึงพอใจ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่วันแรกของการเข้านอนในโรงพยาบาล มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การประเมินผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง นอกจากเป็นการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย ในการตอบสนองต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหรือไม่ซึ่งการประเมินผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบ่งได้ดังนี้ (ปิยะนุช, 2545; Pashkow, 1996)

1. การประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ อัตราตาย อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความพึงพอใจหรือคุณภาพชีวิต

2. การประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก เป็นผลลัพธ์ที่มองเห็นได้อย่างชัดเจน ได้แก่

2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิกขั้นต้น ซึ่งแบ่งออกเป็น

2.1.1 ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ อาการ และสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วย ซึ่งรวมทั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย หรือมีภาวะเจ็บหน้าอก สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ ซึ่งอาจประเมินจากการตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจวัดสมรรถภาพของหัวใจ การทดสอบด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที

2.1.2 ผลลัพธ์ทางจิตสังคม ได้แก่ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับสภาพจิตใจ และสังคมของผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสังคม เครื่องมือที่ใช้วัดเป็นแบบทดสอบ และแปลผลโดยจิตแพทย์

2.2. ผลลัพธ์ทางพฤติกรรมเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อการดำเนินโรค จุดประสงค์คือ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ช่วยควบคุมโรค เช่น การบันทึกเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกควบคุมความเครียด หรือความต่อเนื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3. การประเมินผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคุ้มค่าของค่าใช้จ่ายด้านการรักษาว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายทั้งด้านค่ายา และลด

อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน โรงพยาบาล รวมถึงสามารถเพิ่มรายได้ให้กับผู้ป่วย กรณีที่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้น

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ทางด้านคลินิก โดยดูผลลัพธ์ทางร่างกาย ซึ่งประเมินจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย วัดผลด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ประเมินความผาสุก

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมต่างๆ โดยการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นการปฏิบัติที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และใช้ออกซิเจนเป็นหลักในการให้พลังงาน ตามความสามารถในการทำงานของหัวใจ (คูจใจ, 2546) ซึ่งการใช้ออกซิเจนสูงสุดของกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นสิ่งที่ใช้บอกถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากปริมาณการใช้ออกซิเจนสะท้อนถึงความสามารถของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงระบบการหายใจที่ขนส่งออกซิเจนด้วยค่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้นภายหลังการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน การวิ่ง ว่ายน้ำ หรือการปั่นจักรยาน นอกจากนี้ค่าความสามารถในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ยังขึ้นอยู่กับปริมาณโลหิตที่สูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายและผลต่างของออกซิเจนระหว่างหลอดเลือดแดงกับหลอดเลือดดำ (วุฒิชัย, 2547)

เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เนื่องจากปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจในแต่ละครั้งของการบีบลดลง และอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลงด้วย ดังนั้นทำให้ความสามารถในการดึงออกซิเจนของกล้ามเนื้อไปใช้น้อยลง การลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งของการบีบ จะลดมากหรือน้อยขึ้นกับจำนวนและขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (คูจใจ, 2539)

การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ประเมินได้จากประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของร่างกาย โดยมีหน่วยวัดเป็นมิลลิเมตรของออกซิเจนที่ใช้ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อนาที หรือวัดเป็นเท่าตัวของการใช้ออกซิเจนในขณะที่พัก (คูจใจ, 2546) การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สามารถวัดได้ทั้ง โดยตรงและโดยอ้อม การวัดโดยตรงใช้เครื่องมือที่สามารถวิเคราะห์การใช้ออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ที่ออกมาทันที ทำให้สามารถวัดการใช้ออกซิเจนได้แบบลมหายใจต่อลมหายใจโดยใช้เครื่องมือ open circuit spirometry วิธีนี้ได้รับการยอมรับว่ามีความแน่นอนและแม่นยำในการนำมาประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ แต่ขั้นตอนในการตรวจสอบและวิเคราะห์มีความซับซ้อน ต้องอยู่ภายใต้

การควบคุมดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมทั้งการประเมินแต่ละครั้งมีค่าใช้จ่ายสูง (วิศาล, 2546) การวัดโดยอ้อมเป็นการประเมินประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดจากความสามารถในการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ ประเมินจากอัตราการเต้นของหัวใจของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การทดสอบร่างกายด้วยการปั่นจักรยานอยู่กับที่ หรือการออกกำลังกายบนลู่วิ่งสายพาน (คูใจ, 2539)

การประเมินด้วยระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (Six minutes walk test) (6MWT) เป็นการวัดระยะการเดินบนพื้นราบที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ในเวลา 6 นาที ซึ่งเป็นการประเมินการตอบสนองของร่างกายโดยรวมในทุกระบบที่เกิดขึ้นขณะที่มีอาการออกกำลังกาย ได้แก่ การทำหน้าที่ของปอด หัวใจและหลอดเลือด การไหลเวียนเลือดส่วนปลาย ระบบประสาท และการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ ซึ่งระยะในการเดิน 6 นาทีที่เพิ่มขึ้นแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่เพิ่มมากขึ้น ส่วนการประเมินผลระยะการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที มีหลายวิธี เช่น จากการทำกิจกรรม Activity Daily Living (ADL) ใช้พลังงานประมาณ 1-3 Metabolic equivalents (METs) หมายถึงพลังงานที่ใช้ไป เป็นค่าเฉลี่ยของการใช้ออกซิเจนขณะทำกิจกรรม ซึ่งปกติขณะพักร่างกายใช้พลังงาน 1.5 METs หากเดินด้วยความเร็ว 1 ไมล์ต่อชั่วโมงหรือ 60 นาที ใช้พลังงาน 1-2 METs (1 ไมล์เท่ากับ 1.67 กิโลเมตร หรือ 1670 เมตร) ดังนั้นในเวลา 6 นาที ได้ระยะทางเท่ากับ 167 เมตร ถ้าใช้กิจกรรม 2-3 METs ต้องเดินได้ 334 เมตรในเวลา 6 นาที หรือในผู้สูงอายุเพศชาย มีค่าเฉลี่ยเดินได้ 527-572 เมตรในเวลา 6 นาที ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยเดินได้ 471-538 เมตรในเวลา 6 นาที ปัจจุบันมีการพบว่าได้มีการนำ 6MWT มาใช้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือนำมาประเมินร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างแพร่หลาย (American Thoracic Society, 2002) การประเมินด้วยระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถทำได้และเป็นการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายที่ดี (วิล, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การทดสอบโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีเป็นตัวประเมินวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการวัด การใช้พลังงานของร่างกายที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรม และสะท้อนถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความปลอดภัยในการทดสอบ สามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย และนำไปปฏิบัติได้จริง โดยบันทึกระยะทางเป็นเมตร ระยะทางที่เดินได้มากกว่าแสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่า มีการกำหนดระยะทางที่ใช้ในการเดิน วัดระยะ 30 เมตรและทำเครื่องหมายบริเวณกึ่งกลางที่ระยะทาง 15 เมตร เพื่อสะดวกในการประเมินผลภายหลังสิ้นสุดการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที

การประเมินความผาสุก

แคนทริล (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan, Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลิ, 2544) ให้แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกในชีวิตว่า เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิตแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมายและการให้คุณค่าในตัวเอง รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกเป็นนามธรรม มีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิต

การประเมินความผาสุก มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา กลุ่มที่มองความผาสุกเป็นภาพรวม ก็ใช้การวัดความผาสุกโดยรวม ส่วนกลุ่มที่มองความผาสุกเป็นองค์ประกอบหลายด้าน การวัดความผาสุกก็ใช้แต่ละด้านตามการศึกษา จากแนวคิดของแคนทริล (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan, Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลิ, 2544) มองว่าบุคคลเป็นองค์รวม มีความแตกต่างกันแต่ละบุคคล การให้ประเมินความผาสุก โดยเลือกตามหัวข้อหรือ สถานการณ์ ไม่สามารถทำให้บุคคลสามารถประเมินความผาสุกตามความจริงได้ การประเมินความผาสุก พบมี 2 ลักษณะได้แก่

1. การประเมินเชิงวัตถุพิสัย ซึ่งประเมินจากข้อมูลที่เป็นรูปธรรม สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน หรือประเมินจากทางกายภาพ เช่น จากพฤติกรรมของบุคคล จากข้อมูลความเป็นจริง เช่น ประเมินจากการศึกษา หรือ รายได้ เป็นต้น ซึ่งผู้ประเมินอาจเป็นตนเองหรือผู้อื่นก็ได้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกเชิงวัตถุพิสัย เช่น ดัชนีวัดความผาสุก ซึ่งใช้วัดความผาสุกตามลักษณะที่เป็นอยู่ของแต่ละบุคคล การวัดความสามารถในการทำกิจกรรมทางกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกาย

2. การประเมินเชิงจิตพิสัย ซึ่งประเมินจากความผาสุกของแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้สึก รับรู้ในด้านจิตใจของบุคคลนั้นๆ ตามสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ผู้ประเมินคือตัวเอง และประเมินตามความหมายหรือประเมินจากประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา เครื่องมือที่ประเมินเชิงจิตพิสัย เช่น แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองของแคนทริล (Cantril self-anchoring ladder scales) ซึ่งเป็นแบบวัดความผาสุกในภาพรวมทั้งหมด โดยบุคคลนั้นๆ เป็นผู้ตัดสินใจให้คะแนนระดับของความผาสุกด้วยตนเอง

แบบวัดความผาสุกของแคนทริล (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan, Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลิ, 2544) หรือที่เรียกว่าบันไดการประเมินตนเอง มีรูปแบบซึ่งอธิบายจุดสูงสุดและจุดต่ำสุดของตนเองบนบันไดทั้งหมด 10 ขั้น บันไดขั้นสูงสุดแสดงถึงภาวะความผาสุกที่ตนเองมีสูงสุด และบันไดขั้นต่ำสุดแสดงถึงภาวะความผาสุกที่ตนเองมีต่ำสุด แบบวัดนี้ได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพื้นฐานของความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 3000 คนใน 13 ประเทศ พบว่ามีความตรงและความเชื่อมั่น (content validity & reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan,

Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลี, 2544) สำหรับในประเทศไทย มีการแปลเป็นภาษาไทย และนำมาใช้โดย อัญชลี (2544) และได้้นำแบบประเมินนี้ไปใช้การศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกในผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 แบบ วัดความผาสุกด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดและเครื่องมือมาตรวัดขั้นบันไดของแคนทริล จึงมีการ นำมาใช้อย่างแพร่หลาย ในการประเมินความผาสุก คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดความผาสุกของแคนทริล (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan, Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลี, 2544) ซึ่งเป็นการวัดความ ผาสุกโดยรวม ซึ่งมีความเหมาะสมและครอบคลุมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้แก่

1. อายุ ในวัยสูงอายุสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงและความทนทานย่อมลดลงตามกระบวนการสูงอายุ โดยมีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ จากการที่ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวของร่างกายลดน้อยลงกว่าเดิม (วิลเล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ (2550) ซึ่งศึกษาระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อายุมาก ย่อมมีการลดลงของการทำหน้าที่ของร่างกายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่า

2. เพศ เนื่องจากเพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยกว่า ตลอดจนมวลและขนาดของกล้ามเนื้อน้อยกว่า ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยกว่า นอกจากนี้ ปริมาณเลือดจากการบีบตัวแต่ละครั้งของหัวใจและปริมาณฮีโมโกลบินน้อยกว่า ทำให้ความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดน้อยกว่าเพศชายสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยพบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายน้อยกว่าเพศชาย (วิศาล, 2547) ดังนั้นเพศชายที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจย่อมเกิดประสิทธิภาพมากกว่าเพศหญิง

3. รายได้ เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หากผู้ป่วยมีรายได้ต่ำ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าต่ำ เกิดความทุกข์ ท้อแท้ ทำให้ความผาสุกและคุณภาพชีวิตต่ำลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ (2550) ซึ่งศึกษาพบว่า รายได้มีความสำคัญทางบวกกับภาวะในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ที่มียาได้สูงย่อมทำให้นักคนสามารถแสวงหาความรู้ มีการติดต่อสื่อสาร

และสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (จิราพร, 2547) ดังนั้นผู้ที่มีรายได้น้อยย่อมมีการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย

4. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ (2550) ซึ่งศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะในการทำหน้าที่ต่างๆ ได้ดี สามารถทำความเข้าใจในภาวะของโรคและคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ได้มากกว่า ดังนั้นบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีความเข้าใจและต้องการพัฒนาตนเองในการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

5. สถานภาพสมรส โอเร็ม (Orem, 1995) ได้กล่าวไว้ในประเด็นของระบบครอบครัว หัวข้อแหล่งประโยชน์ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่อยู่ในระบบครอบครัวจะได้รับข้อมูลในการแก้ไขปัญหา ได้รับแหล่งสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่รักของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยคู่สมรสย่อมดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ (2550) ซึ่งศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ย่อมได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวในทางบวก ดังนั้น สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำให้บุคคลเกิดแรงสนับสนุนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

จากการทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้วิจัยพบว่าอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นผู้วิจัยต้องทำการควบคุมตัวแปรดังกล่าวโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะเหมือนหรือมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

สรุปทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีหลายรูปแบบ แตกต่างกันไปตามระยะเวลา ตัวแปรที่ศึกษา กรอบแนวคิด และการประเมินผลลัพธ์ ซึ่งแต่ละ โปรแกรมล้วนมีทั้งข้อดีและข้อเสียแตกต่างกันไป บาง โปรแกรม นำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง แต่ขาดการวางแผนจำหน่าย บาง โปรแกรมมีการวางแผนจำหน่ายแต่ขาดการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และบาง โปรแกรมมีการนำสมาธิมาใช้ร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งผลลัพธ์คือผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกเพิ่มขึ้น แต่ขาดการสนับสนุนและขาดการวางแผนจำหน่าย ถึงแม้

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นวิธีการที่ดี มีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ลดการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดอัตราตายได้ แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างสัมฤทธิ์ผล ย่อมอาศัยองค์ประกอบหลายๆ ด้าน จากการทบทวนดังกล่าว พบว่าสิ่งสำคัญคือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา โดยนำระบบสนับสนุนความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสามารถในการคิด และเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง แต่มีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยตนเอง เนื่องจากมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูตลอดชีวิต การสนับสนุนประกอบด้วย การให้ความรู้ทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ซึ่งมีวิธีช่วยเหลือ 4 วิธีคือ 1) การสอน สาธิตให้ความรู้เรื่อง โรคและการปฏิบัติตัว 2) การชี้แนะในด้านต่างๆ ที่เป็นปัญหาหรืออุปสรรค ในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การสนับสนุน โดยให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย เพื่อเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เตรียมพร้อมทั้งผู้ป่วยและ ครอบครัวก่อนจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำสมาธิแบบเคลื่อนไหวโดยการฝึกไทชิประยุกต์เข้ามาบูรณาการร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเริ่มในวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือระยะผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ แพทย์เห็นสมควร หรือไม่มีข้อบ่งชี้ต่างๆ เช่น ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอก ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 8 ชั่วโมงแรกของการนอนโรงพยาบาล เป็นการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และสาธิตการออกกำลังกาย ทั้งระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลายในการเดิน โดยใช้เวลา 30 นาที ในครั้งที่ 2 นับถัดไปอีก 2 วัน เป็นการสอนและสาธิตให้ผู้ป่วยทำสมาธิแบบเคลื่อนไหวด้วยการฝึกไทชิประยุกต์ หลังจากนี้ผู้ป่วยสัญญาณชีพกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก ซึ่งใช้เวลาในการทำกิจกรรม 20-30 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 ใช้การโทรศัพท์สอบถามอาการโดยใช้เวลา 15 นาที โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ นำมาผสมผสานกับแนวทางการจำหน่ายของ กองการพยาบาล (2539) โดยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตั้งแต่วัน

แรกของการเข้านอนในโรงพยาบาล มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการประเมินผลของโปรแกรมโดยการทดสอบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายวัดผลด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และประเมินความผาสุก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดก่อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง กำหนดขนาดกลุ่มผู้ป่วย 60 คน การเลือกกลุ่มผู้ป่วยเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 40 ขึ้นไป
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก และเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก่อน
3. เป็นโรคหัวใจโดยจำแนกความรุนแรงของโรคตามแนวทางการจำแนกของคิลลิป (Killip classification) ไม่เกินระดับ 2 ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมดำเนินการทดลอง
4. เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะคงที่สามารถตอบคำถามได้ และไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เช่น มีอาการหายใจลำบาก มีอาการเจ็บหน้าอก มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หรืออาการอื่นที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในระหว่างดำเนินการทดลอง ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ประเมินกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมดำเนินการทดลอง
5. สามารถรับรู้สื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษานี้คือ ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (กัณหา, 2547) ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.84 (ภาคผนวก จ) จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของโคเฮน (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 คน รวมทั้งหมด 52 คน และเพื่อป้องกันการถอนตัวหรือสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างดำเนินการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของผลการทดลองในทั้งสองกลุ่ม จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลองให้ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ และเพื่อควบคุมตัวแปรภายนอกที่มีผลต่อตัวแปรตาม จึงดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (match pair) โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด ในคุณสมบัติดังนี้ 1) เพศ และ 2) อายุ โดยให้มีความแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี (กนกอร, 2552)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ประวัติความเจ็บป่วยโรคหัวใจในครอบครัว

1.2 เครื่องมือวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยวัดระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 minutes walk test) วัดระยะทางเป็นเมตร ซึ่งระยะทางที่เดินได้มากกว่าแสดงถึงมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีค่าเฉลี่ยการ

เดินบนพื้นราบ 527-572 เมตรในเวลา 6 นาที ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยการเดินบนพื้นราบ 471-538 เมตรในเวลา 6 นาที (American Thoracic Society, 2002) มีอุปกรณ์ที่ใช้ 'ได้แก่'

1.2.1 นาฬิกาจับเวลาที่มีเข็มวินาที

1.2.2 พื้นซีเมนต์ราบที่มีขีดบอกระยะทางยาว 30 เมตร โดยให้ผู้ป่วยเดินจากจุดเริ่มต้นถึงจุดสิ้นสุดกลับไปมา

1.2.3 แบบบันทึกการวัดระยะทางในการเดิน 6 นาที โดยบันทึกระยะทางเป็นเมตร ระยะทางที่เดินได้มากกว่า แสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่า

1.3 แบบประเมินระดับของการรับรู้ความเหนื่อยในขณะออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (Borg scale) (ภาคผนวก ข) โดยใช้ค่าคะแนนความเหนื่อยเป็นตัวเลข 15 ระดับ มีช่วงคะแนน 6-20 คะแนน (Borg scale) การรับรู้ความเหนื่อย จะเป็นสิ่งที่บอกความแรงในการออกกำลังกายด้วยตนเอง ใช้ในผู้ที่ไม่สามารถจับชีพจรด้วยตนเองได้ ซึ่งค่าคะแนนจะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเต้นของหัวใจในขณะออกกำลังกาย รวมถึงอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดด้วย ระดับความเหนื่อยที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือ ค่าคะแนน 12-13 (Heyward, 2002 อ้างตามฉวีริกา, 2551) หากผู้ป่วยมีระดับความเหนื่อยเท่ากับ 13 ต้องให้ผู้ป่วยหยุดเดินทันที

1.4 แบบประเมินความผาสุก ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโดยใช้แบบวัดตามวิธีของแคนทริล (Cantril, 1965 as cite in Mckeehan, Cowling, & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลิ, 2544) ซึ่งเป็นบันไดการประเมินตนเอง 10 ขั้น ให้ผู้ป่วยประเมินระดับคะแนนการรับรู้ความผาสุกในชีวิตของตนเองแบบองค์รวม ครอบคลุมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นแบบมาตราส่วนแบบขั้นบันได ที่ผู้ถูกประเมินจะต้องเลือกระดับการรับรู้ความผาสุกด้วยตนเอง ที่แปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้โดย อัญชลิ (2544) และได้นำแบบประเมินนี้ไปใช้การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกในผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 โดยตัดสินระดับความผาสุกในภาพรวม มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-10 ตามขั้นบันได โดยที่คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความผาสุก และคะแนน 10 หมายถึง ระดับความผาสุกสูงสุด

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้แบ่งระดับคะแนนความผาสุกในชีวิต แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยการคำนวณหาอันตรภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัยจากคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด นำผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งคะแนน 3 ช่วงเท่าๆ กัน กำหนดระดับคะแนนความผาสุก ดังนี้

1-3.9 คะแนน มีความผาสุกในระดับต่ำ

4-6.9 คะแนน มีความผาสุกในระดับปานกลาง

7-10 คะแนน มีความผาสุกในระดับสูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมแพทย์โรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) โดยใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) นำมาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิประยุกต์ และใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย (กองการพยาบาล, 2539) ประกอบด้วย

2.1.1 คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การรับประทานยา การออกกำลังกาย ข้อบ่งชี้ในการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ วิธีการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ และแผ่นซีดี

2.1.2 แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย และการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้แก่ 1) โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ 2) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นดังกล่าวนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ 1 ท่าน โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาแก้ไขและปรับปรุงให้สมบูรณ์และเหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) เท่ากับ 1

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการเดินบนพื้นราบ ในเวลา 6 นาที (6 minutes walk test) ใช้วิธีการสอบซ้ำ (test-retest method) ผลการตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วย 3 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 และนาฬิกาจับเวลาในการเดิน ทดสอบความเป็นมาตรฐานของเครื่อง (calibrate) ก่อนนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง สำหรับแบบวัดความผาสุกของแคนทริล ผู้วิจัยไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเนื่องจากแบบวัดนี้เป็นมาตรวัดความรู้สึกของบุคคลที่มีความพึงพอใจในชีวิตตามการรับรู้และการให้คุณค่าตามความเชื่อของตนเอง เป็นการวัดเฉพาะบุคคล และมีเพียงข้อคำถามเดียว

การศึกษานำร่อง (pilot study)

ในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษานำร่อง (pilot study) โดยใช้รูปแบบการทดลองวัดผลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และทดลองใช้เครื่องมือต่างๆ ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 3 ราย ในการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือว่าสามารถใช้ได้ดีเพียงใด มีอะไรบ้างที่ต้องแก้ไข เพื่อให้งานวิจัยบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการดำเนินการทดลอง 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

1.1 นำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากกณบดีคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุกรรมโรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อช่วยสำรวจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดและยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

1.4 แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาครั้งนี้ และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและแจ้งระยะเวลาในการเข้าร่วมศึกษา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา

1.5 เริ่มดำเนินการตามโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ ตามแผนปฏิบัติการซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2. ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ คือ ได้รับการติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ได้รับออกซิเจน และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ

รับประทานยา ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลเลือด ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต

2.1.1 เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอก ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

2.1.2 หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดหรือถ้าไม่ตรงตามนัดของแพทย์ ผู้วิจัยนัดพบผู้ป่วยเพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

2.2 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเป็นรายบุคคล ในขณะที่นอนพักอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

2.2.1 ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการสอนในการเก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูล โดยผู้ช่วยวิจัยจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยกลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม จากนั้นแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนผู้ช่วยวิจัยคนที่ 1 มีหน้าที่เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยคนที่ 2 มีหน้าที่เป็นผู้แปลภาษามลายู กรณีที่ผู้ป่วยเป็นมุสลิม

2.2.2 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และประเมินความผาสุกเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง

2.2.3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 1 คน เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการและให้คำชี้แนะทุกวัน ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งหมด 4 ครั้ง โดยครั้งแรกจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือระยะผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรืออาการอื่นที่แสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในระหว่างดำเนินการทดลอง และไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย เข้าพบครั้งที่ 2 เป็นวันถัดไปอีก 2 วัน ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้โทรศัพท์ติดตามภายหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน และครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งตรงกับการนัดมาตรวจซ้ำของแพทย์เพื่อทำการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 (ระยะที่ 1 หรือระยะผู้ป่วยใน) ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว หลังจากนั้นชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินสัญญาณชีพ บันทึกไว้ในตารางบันทึกกิจกรรม

2. ประเมินแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3. ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกก่อนใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

4. ผู้วิจัยให้ความรู้ร่วมกับสอนสาธิตตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ความรู้เรื่องโรคหัวใจ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายด้วยการเดิน และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม สร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสอน จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว

5. ชี้นำ ให้คำแนะนำ ตอบคำถามด้านต่างๆ ที่สงสัย ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เสนอทางเลือกให้แก่กลุ่มทดลอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร เลือกรอกกำลังกาย วิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

6. สนับสนุน มอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ ส่งเสริมให้เกิดความพยายามในการดูแลตนเอง โดยการเดินออกกำลังกาย ใช้ท่าทางคำพูดและการสัมผัส กล่าวชมเชยให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว

7. สร้างสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมเพื่อให้เอื้อกับการเดินออกกำลังกาย รวมถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง สร้างความมั่นใจโดยให้เบอร์ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์

8. หลังเสร็จสิ้น กิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัย นัดหมายวัน เวลา สถานที่ และการเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปซึ่งนัดวัน 1 วัน

ครั้งที่ 2 (นับจากวันแรก 2 วัน) ใช้เวลา 60 นาที

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วัตถุประสงค์
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง ข้อห้ามในการออกกำลังกาย สอนสาธิตการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ เปิดโอกาสให้ซักถาม สร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสอน จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน

3. ชี้นำ โดยการสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แนะนำแนวทาง เสนอทางเลือกให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้เหมาะสมกับตนเอง

4. สนับสนุน ส่งเสริมให้เกิดความพยายามโดยให้กำลังใจ ในการออกกำลังกายโดยการฝึกไทชิประยุกต์ การประเมินค่าความเหนื่อยในการออกกำลังกาย สาธิตการจับชีพจรด้วยตนเอง กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เพื่อเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้

5. สร้างสิ่งแวดล้อม แนะนำแหล่งประ โยชน์ที่จำเป็น ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม พร้อมเสริมแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6. หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวซักถามปัญหาและข้อสงสัย กล่าวให้กำลังใจผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยกล่าวอำลา นัดหมาย วัน เวลา สถานที่ และการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 (เวลา 15 นาที) ใช้โทรศัพท์ติดตาม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย
2. ทบทวนความรู้ที่ได้รับ ซักถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ
3. ชี้แนะทางเลือกในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง

4. สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเรื่องการออกกำลังกายด้วยการเดิน การทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ และทบทวนเนื้อหาจากคู่มือที่ได้รับ พร้อมทั้งกล่าวชมเชย เสริมแรงใจในการเรียนรู้ และปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง

5. สร้างสิ่งแวดล้อม โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก ซักถามปัญหาและอุปสรรคต่างๆ สร้างความมั่นใจโดยให้เบอร์โทรศัพท์ในการติดต่อข้อมูล เมื่อผู้ป่วยต้องการข้อมูลที่สำคัญ

สรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งต่อไปเมื่อครบเวลา 4 สัปดาห์ และย้ายการมาติดตามนัด โดยให้นำคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และตารางบันทึกกิจกรรมในการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาด้วย

3. ขึ้นประเมินผล โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งเป็นครั้งที่ 4 (หลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้ว 4 สัปดาห์)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วัดสัญญาณชีพ
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 minutes walk test) และทำแบบประเมินวัดความผาสุก หลังจากได้รับการตรวจ รักษาจากแพทย์แล้ว

3. ผู้วิจัยกล่าวสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง

4. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล จากคณะ บัณฑิตศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบมา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุมัติ ผู้วิจัยพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อทำให้การพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ โดยการประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมดำเนินการทดลอง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือให้พร้อม หากขณะสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะหยุดสอบถามและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล และนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมหรือลงลายมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม จำนวนผู้ป่วย 60 คน เข้าร่วมการวิจัยครบตามกำหนดเวลา วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติความเจ็บป่วยโรคหัวใจในครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ วิเคราะห์ โดยหาค่าคะแนนต่ำสุดและคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

4. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก ระหว่างกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และกลุ่มควบคุมหลัง ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อ 2-4 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติที คือ ทดสอบการแจกแจงของโค้งปกติ และทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน ภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ดังนี้ (ภาคผนวก ก)

1. ทดสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติ ของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและความผาสุก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจง ข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

2. ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของชุดข้อมูล ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Levene's test พบว่าชุดข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยทั้งสองชุด มีความแปรปรวนภายในกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

จากการทดสอบพบว่า การแจกแจงแบบโค้งปกติ และมีความเป็นเอกพันธ์ของ ความแปรปรวนของข้อมูลไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติทีต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดก่อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2557 ถึงเดือน กรกฎาคม 2557 ผลการวิเคราะห์ได้เสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชายร้อยละ 93.3 เพศหญิง ร้อยละ 6.7 เท่ากัน อายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 61- 70 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมา อายุระหว่าง 51- 60 ปี ร้อยละ 36.7 และอายุระหว่าง 45- 50 ปี ร้อยละ 13.3 เท่ากัน กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.3 กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.3 กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 30.0

เมื่อนำข้อมูลทั่วไป มาทดสอบความแตกต่าง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 1

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.351	.554
ชาย	28	93.3	28	93.3		
หญิง	2	6.7	2	6.7		
อายุ (ปี) (Min = 45, Max = 70, Mean = 59.40 , SD = 8.33)					.000	.100
45-50	4	13.3	4	13.3		
51-60	11	36.7	11	36.7		
61-70	15	50.0	15	50.0		
สถานภาพสมรส					2.069	.150
โสด						
สมรส	30	100.0	28	93.3		
หม้าย/หย่า/แยก	0	0	2	6.7		
ศาสนา					.000	.100
พุทธ	3	10.0	3	10.0		
อิสลาม	27	90.0	27	90.0		
อาชีพ					10.044	.074
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	6	20.0	1	3.3		
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	3	10.0	7	23.3		
รับจ้างทั่วไป	6	20.0	8	26.7		
เกษตรกร/ประมง	9	30.0	5	16.7		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	2	6.7	7	23.3		
อื่นๆ	4	13.3	2	6.7		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท/เดือน)					3.370	.498
< 5,000	8	26.7	8	26.7		
5,001-10,000	13	43.3	14	46.7		
10,001-20,000	5	16.7	7	23.3		
> 20,000	4	13.3	1	3.3		
ระดับการศึกษา					4.384	.356
ไม่ได้รับการศึกษา	4	13.3	2	6.7		
ประถมศึกษา	6	20.0	9	30.0		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	16	53.3	18	60.0		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1	3.3	1	3.3		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	10.0	0	0		
โรคประจำตัว					.635	.426
ไม่มี	17	56.7	20	66.7		
มี	13	43.3	10	33.3		
ประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ					.341	.559
ไม่มี	23	76.7	21	70.0		
มี	7	23.3	9	30.0		
มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย					0.00	1.00
ไม่เคย	30	100.0	30	100.0		
การได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจ					.000	1.00
ไม่เคย	30	100.0	30	100.0		
เคย	0	0	0	0		
มีผู้ดูแล					.000	.100
ไม่มี	3	10.0	3	10.0		
มีผู้ดูแล	27	90.0	27	90.0		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		X^2	p-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติประจำ					.669	.955
ไม่มี	20	66.7	21	70.0		
มี (ออกกำลังกาย,ทำสวน)	10	33.3	9	30.0		

ตาราง 2

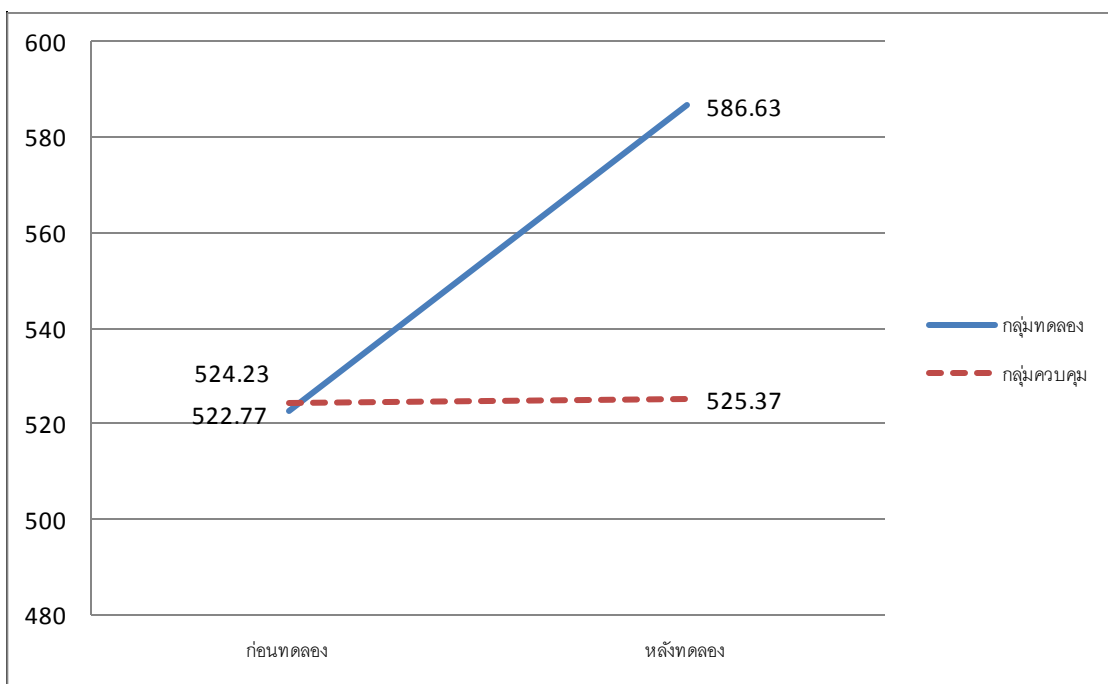
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง (N = 60)

ข้อมูล	ก่อนทดลอง						หลังทดลอง					
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	522.77	15.27	524.23	17.93	0.34	.754	586.63	14.19	525.37	17.12	2.77	.001
ความผาสุก	6.03	0.96	5.87	1.10	0.62	.536	7.84	0.69	5.97	0.85	9.22	.001

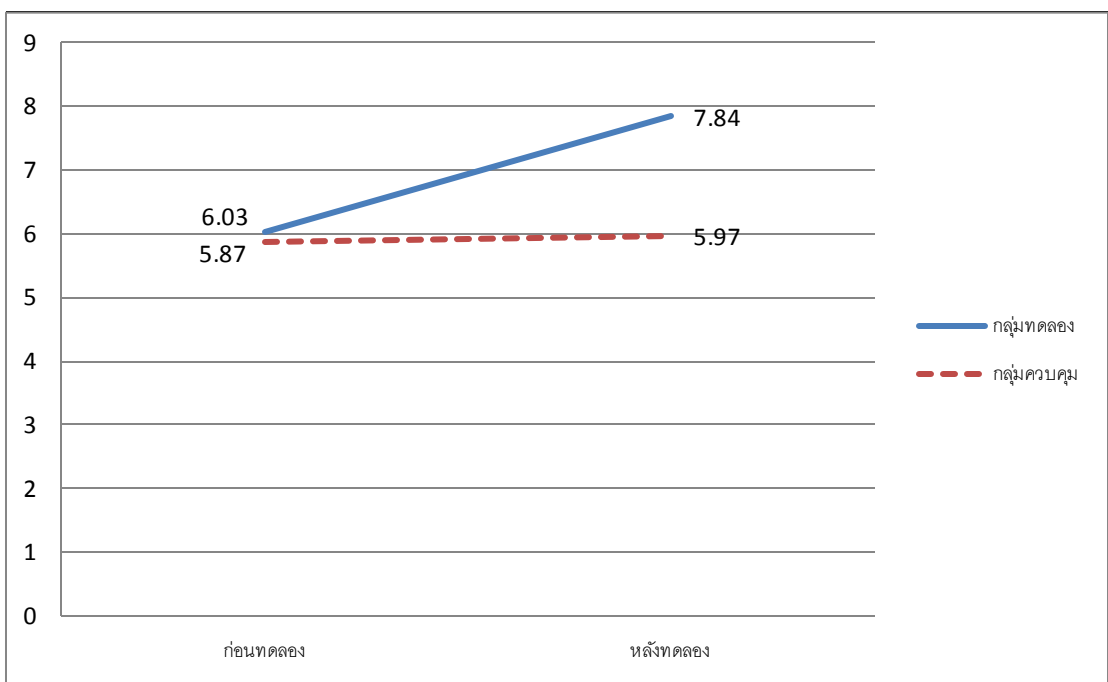
ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N = 60)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	522.77	15.27	536.63	14.19	12.71	.001	524.23	17.93	525.37	17.12	1.32	.195
ความผาสุก	6.03	0.96	7.84	0.69	12.24	.001	5.87	1.10	5.97	0.85	0.82	.415



ภาพ 2 แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำน้ำที่ของร่างกาย ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง



ภาพ 3 แผนภูมิเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพอใจ ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง

จากตาราง 2 และ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยวัดระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (เมตร) พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะทางเดินบนพื้นราบเฉลี่ย 536.63 เมตร (SD = 14.19) และกลุ่มควบคุมมีระยะทางเดินบนพื้นราบเฉลี่ย 525.37 เมตร (SD = 17.12) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความผาสุกในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความผาสุก 7.84 (SD = .69) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความผาสุก 5.97 (SD = .85) ผลการทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวคล้ายคลึงกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ (ร้อยละ 76.7 และร้อยละ 70) สอดคล้องกับการศึกษาของเป็น (2550) พบว่าประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ ร้อยละ 87.2 และร้อยละ 82.2 และการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีสาเหตุจากกรรมพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลร้อยละ 90 เท่ากัน สำหรับกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเป็นประจำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยกิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเป็นประจำไม่แตกต่างกัน เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยวัดจากการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที ไม่แตกต่างกัน และความผาสุกก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้เอง โดยสรุปสำหรับการศึกษารั้งนี้พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนทดลอง มีลักษณะคล้ายคลึงกันมาก นอกจากนี้ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง มีทุกช่วงของอายุที่เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีอายุต่ำสุดคือ 40 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงสามารถนำไปอ้างอิงตัวแทนประชากร ซึ่งเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

2. ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

2.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาชิก มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาชิก มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยวัดระยะทางเดินบนพื้นราบใน 6 นาที (เมตร) กลุ่มทดลองมีระยะทางเดินบนพื้นราบเฉลี่ย 536.63 (SD = 14.19) และกลุ่มควบคุมมีระยะทางเดินบนพื้นราบเฉลี่ย 525.37 (SD = 17.12) ทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.7, p < .001$)

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้แก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและสัมฤทธิ์ผล โดยใช้แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA, 2013) มาตรฐานการร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ ร่วมกับการใช้แนวทางวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล (2539) ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีกำหนดระยะเวลาชัดเจน โดยเริ่มตั้งแต่วันแรกของการนอนโรงพยาบาลซึ่งมีวิธีช่วยเหลือ 4 วิธีคือ

1. การสอน ผู้วิจัยให้ความรู้ ข้อมูลเรื่อง โรคหัวใจและการปฏิบัติตัว การออกกำลังกาย การประเมินความหนักในการออกกำลังกาย รวมถึงข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะของโรค เพื่อให้กลุ่มทดลองตระหนักและเห็นถึงประโยชน์ต่างๆ ในการออกกำลังกาย เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สอนเรื่องการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ ผู้วิจัยสอน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มการสาธิตโดยให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติตามเพื่อให้สามารถเรียนรู้จดจำได้ง่าย สอดคล้องกับหลักการสอนของทฤษฎีโอเร็มว่า การเรียนรู้ให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นเกิดจากการมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติ (สมจิต, 2544) นอกจากนี้ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่ดีในการสอนให้เกิดขึ้นโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสงบ ไม่มีสิ่งรบกวน มีความเป็นส่วนตัว เนื่องจากการฝึกไทชิประยุกต์ต้องทำท่าทางและใช้สมาธิในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การสอนร่วมกับการสาธิตการฝึกไทชิประยุกต์ จากการศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบตั้งแต่ปี 1991-1999 เรื่อง ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบไทชิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย พบว่าการฝึกไทชิสามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Tabor-Pliae, Froelicher, 2004) สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเรื่อง การออกกำลังกายแบบไทชิสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง พบว่า การออกกำลังกายแบบไทชิสามารถเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่าการฝึกไทชิช่วยลดภาวะเครียด ซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดความผาสุกเพิ่มขึ้น (Wang, Zhang, Raynussen et al., 2009) จากการสังเกตกลุ่มทดลองมีความกระตือรือร้น ให้ความสนใจ เนื่องจากเนื้อหาที่สอนเป็นเรื่องที่ต้องการเรียนรู้ มีส่วนร่วมซักถาม และสามารถฝึกปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง การสอนทำให้กลุ่มทดลองและครอบครัวมีการรับรู้การดูแลที่จำเป็นและเรียนรู้การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันตนเอง

2. การชี้แนะ สร้างสัมพันธภาพที่ต่อเนื่อง เพื่อสร้างความไว้วางใจ ในการซักถามปัญหาต่างๆ เป็นผู้รับฟังที่ดี และตอบคำถามในเรื่องที่กลุ่มทดลองสงสัย รวมถึงความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการ ปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กรณีขาดประสบการณ์ต่างๆ และไม่สามารถตัดสินใจได้ เสนอแนะทางเลือกต่างๆ เพื่อให้กลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ได้แก่ ทางเลือกในการรับประทานอาหาร ปัญหาและอุปสรรคในการออกกำลังกายเปิดโอกาสให้ซักถาม ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองมีข้อสงสัย เนื่องจากไม่สามารถจำท่าทางในการฝึกไทชิได้ครบทุกท่า ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนร่วมกับสาธิตย้อนกลับ ให้คำชี้แนะว่าการฝึกไทชิไม่จำเป็นต้องทำให้ครบทุกท่า อาจเลือกท่าที่จำได้ง่ายเพียง 5 ท่า แต่ให้ทำครบระยะเวลาอย่างน้อย 20 - 30 นาที ก็ได้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน พร้อมมอบแผ่นซีดีการฝึกไทชิประยุกต์ให้ ซึ่งประกอบคำอธิบายท่าทางการฝึก และประโยชน์ในแต่ละท่า เพื่อให้สามารถเข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น พร้อมชี้แนะ ให้กลุ่มทดลองบางรายที่ไม่ได้รับการศึกษา ไม่สามารถอ่านเขียนได้ ผู้วิจัยเสนอแนะให้ดูจากภาพประกอบในคู่มือ หรือเสนอแนะให้ครอบครัวอ่านทบทวนให้ฟัง นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เข้าเยี่ยมกลุ่มทดลองทุกวัน ระหว่างนอนโรงพยาบาล นอกเหนือจากการพบกลุ่มทดลองในการเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อให้คำแนะนำ ชี้แนะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

3. การสนับสนุน ผู้วิจัยสนับสนุนด้านข้อมูลที่เป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย สามารถนำกลับมาทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายหลังจำหน่าย คอยดูแลเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมโปรแกรม ให้กำลังใจ ตอบสนองความต้องการของกลุ่มทดลองในการดูแลตนเองเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง แม้กลุ่มทดลองจะมีความเครียด ทุกข์ทรมานกับภาวะ โรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตาย สร้างความมีคุณค่าให้กับตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ โดยมีผลกระทบต่อชีวิตน้อยที่สุด กล่าวชมเชยเมื่อกลุ่มทดลองปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เพื่อเสริมแรงจูงใจในการเรียนรู้ และส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็นรวมถึงแหล่งสนับสนุนในการตอบสนองความต้องการภายหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของสมิตและไลน์ (Smith & Liles, 2006) ซึ่งศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่าย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูล และแหล่งสนับสนุนก่อนจำหน่าย และเสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ เพื่อให้เอื้อกับการออกกำลังกายภายหลังจำหน่าย ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยการเดิน และการฝึกไทชิประยุกต์ สร้างแรงจูงใจ ให้คุณค่าในการดูแลตนเอง ได้แก่ดูแลและป้องกัน โรครวม โรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ตามความต้องการ ในการให้คำปรึกษา หรือกรณีมีข้อสงสัย สร้างความมั่นใจ โดยให้เบอร์ติดต่อสอบถามทางโทรศัพท์ เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือ และได้รับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมาและคณะ (2555) ผลของโปรแกรมสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ใช้ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ มีการให้ความรู้โดยการสอนใช้เวลา 25-30 นาที มีการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้กลุ่มทดลองและครอบครัว มีการรับรู้การดูแลที่จำเป็นและเรียนรู้การดูแลตนเองให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวันตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกอร (2552) ผลของ โปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้าน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม แนะนำให้กำลังใจผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาครั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเกิดจากได้รับความรู้จากพยาบาลในแต่ละเวรแตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาการ (maturity) เพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความผาสุก ของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อน ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเกิดจากกลุ่มควบคุมสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นกว่าระยะแรกของการนอนโรงพยาบาล ซึ่งเป็นระยะที่ผ่านช่วงวิกฤตมาก่อน

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เริ่มให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทันที ที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 หรือภาวะคงที่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 8 ชั่วโมงแรก ไม่มีภาวะเจ็บหน้าอก สัญญาณชีพปกติ โดยการให้ความรู้ตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหัวใจ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 33.3 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 30 มีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายเป็นประจำ ได้แก่ การเดิน การออกกำลังกายด้วยการปลูกต้นไม้ ทำสวน เมื่อทดสอบโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที พบว่ามีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่า ผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกาย เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้สมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น (ภัทรารุช, 2553) ทั้งนี้ในระหว่างดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินค่าความเหนื่อยของบอร์ก ซึ่งกำหนดคะแนนการรับรู้ความเหนื่อยเท่ากับ 11-13 คะแนน เป็นข้อบ่งชี้ในการปรับระดับความหนักในการออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตลอดจนการหยุดออกกำลังกาย (Buckley, Holmes & Mapp, 1999) ใช้ในผู้ที่ไม่สามารถจับชีพจรด้วยตนเองได้ หากผู้ป่วยมีระดับความเหนื่อยเท่ากับ 13 ต้องให้ผู้ป่วยหยุดเดินทันที ก่อนทดลองพบว่า มีกลุ่มควบคุม 3 ราย กลุ่มทดลอง 5 ราย เดินได้ไม่ครบ 6 นาที เนื่องจากมีค่าความเหนื่อยมากกว่า 13 ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างหยุดเดินทันที และภายหลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสามารถเปรียบเทียบประเมินค่าความเหนื่อย ได้ไม่เกิน 13 และสามารถเดินได้ครบ 6 นาทีทุกราย

2.1.2 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาชิก มีความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 7.84 (SD = .69) เมื่อแปรค่าคะแนนพบว่ามีความพึงพอใจในระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 5.97 (SD = .85) เมื่อแปรค่าคะแนนพบว่ามีความพึงพอใจในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบโดยใช้สถิติทีอิสระ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.2, p < .001$)

องค์ประกอบหนึ่งของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือการดูแลด้านจิตใจและสังคม ผู้วิจัยได้นำสมาธิเข้ามามีส่วนร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นการทำสมาธิแบบเคลื่อนไหวโดยการฝึกไทชิประยุกต์ ซึ่งมีความแตกต่างจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ผ่านมา เพื่อให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทำสมาธิส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง มีประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีการศึกษาของประเทศอิหร่าน โดยนำสมาธิเข้ามาใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลลัพธ์คือ เกิดความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hassanzadeh et al., 2013) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนการทำสมาธิด้วยการฝึกไทชิประยุกต์ โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นลักษณะการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ แบบเบาๆ พร้อมกำหนดลมหายใจลึกยาวตามท่าทาง จิตใจก็จะเบาตามภาวะของร่างกาย ทำให้เกิด

พลังแห่งความสมดุลระหว่างร่างกายและจิตใจ เพิ่มการหมุนเวียนของโลหิต และการหายใจให้เป็นไปอย่างราบรื่น ทั้งยังช่วยเพิ่มปริมาณเส้นเลือดฝอย และมีส่วนช่วยในการเพิ่มออกซิเจนของเซลล์หัวใจ หัวใจก็ทำงานได้ปกติ เมื่อเปรียบเทียบความผาสุก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความผาสุกสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพผลของการเข้าร่วมโปรแกรมการทำสมาธิที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยอเมริกันผิวดำที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมการทำสมาธิแบบทีเอ็ม มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Jayaderappa et al., 2007) ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ ทั้งหมด 5 ทำ วันละ 20 - 30 นาที ถึงแม้กลุ่มทดลองบางรายไม่สามารถจดจำทำการฝึกไทชิได้ทั้ง 5 ทำ ในคราวเดียว ผู้วิจัยได้สอนและสาธิตซ้ำ พร้อมเน้นย้ำให้ปฏิบัติทุกวัน โดยระยะเวลาในการปฏิบัติ 20 - 30 นาทีต่อวัน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และพบว่าภายหลังจากศึกษาระยะเวลา 4 สัปดาห์กลุ่มทดลองที่ทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ สามารถลดระดับความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเกิดความผาสุกสูงขึ้น

2.2 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาธิ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ได้นำมาผสมผสานกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล (2539) เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องภายหลังจำหน่าย ย่อมมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และกลับมารักษาซ้ำก่อนวันนัด สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาภรณ์และคณะ (2554) ที่ศึกษาประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ดังนั้นผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวจึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แสดงความสนใจและตั้งใจฟัง เนื่องจากต้องการทราบวิธีปฏิบัติตัวและข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะของโรค เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ภายหลังจากจำหน่าย มีการโทรศัพท์ติดต่อ ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของสมิตและไลน์ (Smith & Liles, 2006) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนจำหน่าย มีความต้องการข้อมูล และแหล่งสนับสนุนก่อนจำหน่าย และเสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายจึงมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการวางแผนจำหน่าย ในการศึกษาครั้งนี้มีการวางแผนการจำหน่ายเริ่มตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ในการศึกษาโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้กรอบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเรียม (Orem, 2001) และแนวคิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (AHA, 2013) บูรณาการร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ และแนวทางการวางแผนจำหน่าย ของกองการพยาบาล (2539) ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์จากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก โดยวัดระยะเวลาการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองสามารถเดินบนพื้นราบได้จนครบ 6 นาที และได้ระยะทางที่มากกว่า ส่วนการดูแลด้านจิตใจมีการทำสมาธิ เป็นการประเมินผลลัพธ์จากความผาสุก ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ให้กลุ่มทดลองทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิประยุกต์ 5 ท่า อย่างน้อยวันละ 20 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และภายหลังการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความผาสุกมากขึ้น สรุปได้ว่าผลการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและมีความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ มีการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยวัดระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (เมตร) และความผาสุก ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (match pair) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่ได้วางไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ประวัติความเจ็บป่วยโรคหัวใจในครอบครัว 2) เครื่องมือวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยวัดระยะทางเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที มีอุปกรณ์ที่ใช้ได้แก่ นาฬิกาจับเวลา พื้นซีเมนต์ที่มีขีดบอกระยะทาง แบบบันทึกการวัดระยะทางในการเดิน 6 นาที (เมตร) 3) แบบประเมินระดับของการรับรู้ความเหนื่อยเป็นตัวเลข 4) แบบประเมินความผาสุก ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโดยใช้แบบวัดตามวิธีของแคนทริล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) นำมาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ 2) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การรับประทานยา การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ และข้อห้ามในการออกกำลังกาย วิธีการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ 3) แบบบันทึกการวางแผนการจำหน่าย

การรวบรวมข้อมูล เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการกลุ่มควบคุมก่อน โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ หลังจากนั้นเริ่มทำการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลอง โดยเริ่มในวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือระยะผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่ ประกอบด้วย การให้ความรู้ทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ซึ่งมีวิธีช่วยเหลือ 4 วิธีคือ 1) การสอน โดยให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว 2) การชี้แนะ เสนอแนะทางเลือกต่างๆ เพื่อให้กลุ่มทดลองตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง 3) การสนับสนุน โดยให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเอง 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย เพื่อเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง แนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เตรียมพร้อมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำสมาธิแบบเคลื่อนไหวโดยการฝึกไทชิประยุกต์ เข้ามานบูรณาการร่วมกับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ นำมาผสมผสานกับแนวคิดการจำหน่ายของกองการพยาบาล (2539) โดยปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ตั้งแต่วันแรกของการเข้านอนในโรงพยาบาล มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการประเมินผลของโปรแกรมโดยการทดสอบความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย วัดผลด้วยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (เมตร) และประเมินความผาสุก

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ประวัติความเจ็บป่วยโรคหัวใจในครอบครัว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการพยาบาลปกติด้วยสถิติอิสระ (independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดลองที่ 0.05 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ผลการศึกษาค้างนี้ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. เป็นแนวทางให้บุคลากรทีมสุขภาพ ในการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยนำโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น การโทรศัพท์ติดต่อขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจกรรมต่อเนื่อง ให้กำลังใจผู้ป่วย

2. การนำโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย สามารถเริ่มกิจกรรมได้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 และต่อเนื่องจนถึงระยะจำหน่าย อันจะนำไปสู่ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกเพิ่มขึ้น

3. ผู้บริหารควรให้การสนับสนุน และส่งเสริมการนำโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะเวลาที่มากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2. ควรมีการศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วย

กล้ามเนื้อหัวใจตาย ต่อดัวแปรอื่นๆ เช่น การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อัตราการเสียชีวิต

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ควรมีการใช้ทฤษฎีการพยาบาลอื่นๆ มาประยุกต์ใช้ตามความเหมาะสม ทำให้การฟื้นฟูมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

4. การวางแผนจำหน่ายสามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกโรค และควรนำการทำสมาธิประยุกต์มาใช้กับผู้ป่วยเพื่อการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที สำหรับการศึกษารั้งนี้ ใช้การประเมินระดับความเหนื่อย เนื่องจากผู้ป่วยมีความทนทานในการออกกำลังกายแตกต่างกัน

บรรณานุกรม

- กนกอร แก้วช่วย. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กัณหา ปานสมุทร. (2547). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- กุลวรรณ ทองมาก. (2554). การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติรอังกูร, และเรวดี ศิรินคร. (บรรณาธิการ). (2539). แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกรียงไกร เสงร์ศรี. (2555). มาตรฐานการรักษานักป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ค้นจาก: http://phimaimedicion.org/2012/10/blog-post_15.html
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้พฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, พัชรินทร์ ขวัญชัย และทัศนีย์ สร้อยอ่อน. (2555). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. ราชบัณฑิตสาร, 18 (1), 102-118.
- จิราพร ทองดี. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล, วันเพ็ญ ภิญ โณภาสกุล, อุษาดี อัครวิเศษ และพันธุ์ศักดิ์ ลักษณบุญส่ง.
(2554). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ
และการกลับมารักษาซ้ำ. *รามาชิปดีสาร*, 29 (2), 120-128.
- ชิดพงษ์ กวีวรรุณี. (บรรณาธิการ). (2550). *ไทชิ (Tai Chi)*. กรุงเทพมหานคร: เอ็มไอเอส.
ณัฐริกา โสโล. (2551). *ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- คนละ หะหรับ. (2551). *ประสิทธิผลของ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อผลลัพธ์ด้าน
สุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพมหานคร.
- คจใจ ชัยวานิชศิริ. (2539). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหัวใจ. ใน *เสก อักษรานุเคราะห์ (บรรณาธิการ),
ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่มที่ 2* (หน้า 865-900). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เทคนิค.
- คจใจ ชัยวานิชศิริ. (2546). กิจกรรมทางกายภาพ บทบาทในการป้องกันโรค. ใน *วิศาล คันธารัต
นกุล, พีระพล กฤษกร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ* (หน้า 87-102).
กรุงเทพมหานคร: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรม
ราชูปถัมภ์.
- ทศพล ลิมพิจารณ์กิจ และภาวิทย์ เพ็ชรวิจิตร. (2551). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
(Acute coronary syndrome). ใน *ทศพล ลิมพิจารณ์กิจ (บรรณาธิการ), อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน
ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2* (หน้า 105-121). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธรณิศ จันทรารัตน์. (2553). *ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดใน ปริชา
เอื้อโรจนอังกูร (บรรณาธิการ) การอบรมระยะสั้น อายุรศาสตร์หัวใจ ครั้งที่ 2*.
กรุงเทพมหานคร: หน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎ.
- ปิยะนุช รักษ์พานิช. (2545). *การฟื้นฟูหัวใจกับการป้องกันและการรักษาเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า*.
เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการฟื้นฟูหัวใจกับโครงการ 30 บาทรักษา
ทุกโรค โดยชมรมฟื้นฟูหัวใจ, ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงแรมพลาซ่าแอธานี,
กรุงเทพมหานคร.
- ปิยะนุช รักษ์พานิช. (2546). *การฟื้นฟูสภาพหัวใจเมื่อกลับบ้าน Out-patient cardiac rehabilitation*
ใน *วิศาล คันธารัตนกุลและรพีพล กฤษกร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรคหัวใจ*. (หน้า 117-139). กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย).
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). *ผลของ โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการ
ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของผู้ป่วย*.

- วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เป็น รักเกิด. (2550). *การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (หน้า 196-206).
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังน่านาวิทยา.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (หน้า 202-207).
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2546). *สมาธิสู่สุขภาพจิตและปัญญาหยั่งรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 6).
 กรุงเทพมหานคร: ธรรมสภา.
- พัชรา พันธุ์ขวงษ์. (2547). *ประสิทธิผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ* ใน. ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล, กรุงเทพมหานคร.
- ภัทรารุช อินทรกำแหง. (2553). *ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดใน ปรีชา เอื้อโรจนอังกูร (บรรณาธิการ) การอบรมระยะสั้น อายุรศาสตร์หัวใจ ครั้งที่ 2*.
 กรุงเทพมหานคร: หน่วยโรคหัวใจ กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎ.
- มารยาท รุจิวิษณุ, ณัฐวรรณ รังองค์ประยูร, สารรัตน์ วุฒิอาภา และสุนทรา เลียงเชวงวงศ์. (2555). *ผลของโปรแกรมการฝึกไบโอฟีดแบคและเทคนิคผ่อนคลายความเครียดต่อภาวะสุขภาพและระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์*, 20 (5), 414-427.
- ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2556). *รายงานจำนวนผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด พ.ศ. 2553-2555*. ค้นจาก
http://www.ylo.moph.go.th/chronic/report_main.php.
- ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2550). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. (Electronic Version) Retrieved from http://www.Rehab.med.or.Th/royal/rc_thai.pdf.
- ลัดดา อินทร์พรหมมา. (2552). *ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- วทีนนท์ เพชรฤทธิ. (2550). *การนำโปรแกรมการฝึกอานาปานสติสมาธิ ไปใช้ในการลดระดับความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. ปรินญาศึลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วรรณิ จิวสิบพงส์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วารภรณ์ สัตยวงศ์. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่มที่ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 10). แก้ไขเพิ่มเติม. นนทบุรี: คณะจารย์สถาบันพระบรมราชชนก.
- วรมนค บำรุงสุข. (บรรณาธิการ). (2548). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ; โรคหลอดเลือดหัวใจแดงโคโรนารี*. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, และ อุษาวดี อัสตรวิเศษ. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2546). *สรีรวิทยาพื้นฐานสำหรับกระบวนการฟื้นฟูสภาพหัวใจ* Physiologicalbasic in cardiac rehabilitation ใน วิศาล คันธารัตนกุล และรพีพล คุญชร ณ อุชยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ* (หน้า 31-60). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ไฟเซอร์ (ประเทศไทย จำกัด).
- วิล คุปต์นิตติชัยกุล. (2551). *การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ*. ค้นจาก http://www.npmhomepersonsdsw.go.th/document/book/exercise_for_the_elder.pdf
- วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์. (2547). *การออกกำลังกายแบบแอโรบิก*. ใน วิชาวรรณ สีลาสำราญ, วุฒิชัย เพิ่มศิริวานิชย์ (บรรณาธิการ). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและในโรคต่างๆ*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ศรันย์ ควรประเสริฐ. (2553). *Risk stratification in acute coronary syndrome*. ใน อภิชาติ สุขนครินทร์ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease: The new frontiers*. (หน้า 322). เชียงใหม่: ทริก อิงค์.
- สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ และวาริ วณิชปัญญพล. (2549). *คู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. นนทบุรี, กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิชย์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์* (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.

- สุทิดา สุวรรณศิริ. (2548). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อน และหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- ศุมนา สัมฤทธิ์รินทร์. (2548). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- สุรีย์ เลขาวรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหัวใจ*. เชียงใหม่: ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2550-2554*, ค้นจาก <http://bps.ops.moph.go.th>.
- อภิชาติ สุคนธสรพร. (2543). ใน อภิชาติ (บรรณาธิการ), *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี Coronary artery disease*. กรุงเทพมหานคร: ไอเดนตีตี้กรุ๊ป.
- อภิชาติ สุคนธสรพร. (2553). ใน อภิชาติ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease (The New Frontiers)*. เชียงใหม่: ทริก ชิงค์.
- อมรรัตน์ สมมิตร, ชมนาค วรรณพรศิริ และสุธาสิณี ธรรมอารี. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5 (2). (หน้า 55-66).
- อมาวสี อัมพันศิริรัตน์. (2547). *สมาธิกับการเยียวยาทางการพยาบาล*. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี สงขลา. (หน้า 3-14).
- อัญชลี กลิ่นอวล. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation. (1995). *Guideline for cardiac rehabilitation*. (2 nd ed). *Human Kenetics*.
- American Heart Association.(2013). Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. *Journal of The College of Cardiology*. Retrieved from [onlinejacc.org/ article. articleid=1486115](http://onlinejacc.org/articleid=1486115) August 25, 2013.
- American Thoracic Society. (2002). AST statement: Guideline of for the six-minute walk test. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 166, 111-117.
- Balady, G. J.,Williams M.A., Bittner V., Comoss P., Foody J.M., and Franklin B., et al. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/Secondary prevention Program; 2007 update a scientific statement from the American Heart Association Exercise, cardiac

- rehabilitation, and prevention committee, the council on clinical cardiology; the councils on cardiovascular nursing, epidemiology and prevention, and nutrition, physio-activity, and metabolism; and the American Association of cardiovascular and Pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 115, 2675-2682.
- Buckley, J., Holmes, J., & Mapp, G. (1999). *Exercise on prescription: Cardiovascular activity for health*. London : Betterworth-Heinemann.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). New Jersey: Erlbaum.
- Dalal, H. M., Evans, P.H., Campbell, J.L, Taylor, R.S., Watt, A., Read, K.L., et al. (2007). Home based versus center based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Heart Journal*, 196-201.
- Dunderdale, K., Thompson, D. R., Miles, J. N. V., Beer. S. F., & Furze, G. (2005). Quality of life measurement in chronic heart failure; do you take account of the patient perspective. *European Journal of Heart Failure*, 7, 572-582.
- Handberg, E., Johnson, B. D., Arant, C. B., Wessel, T. R., Karensky, B. A., & Mering, G. et al. (2006). Impaired coronary vascular reactivity and functional capacity in women: Results from the NHLBI women's ischemia syndrome evaluation (WISE) study. *Journal of the American College of Cardiology*, 47 (3), 49-49.
- Hassanzadeh, D.M., Yari. M., Khouyinezhad. G., Maral. A. and Bayazi. M. H. (2013). *Comparison of Cardiac Rehabilitation Programs Combined with Relaxation and Meditation Techniques on Reduction of Depression and Anxiety of Cardiovascular Patients*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812783/> December 3, 2013.
- Heran, B. S., Chen. J. M., Ebrahim, S. (2011). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials*, 7, 348-361
- Heyward, V. H. (2002). *Advanced Fitness Assessment and Exercise Prescription*. (4th ed). Champaign, Il. *Human Kinetics*.
- Jayadevappa, R., Johnson J. C., Bloom B. S., Sanford N., Desai S., Chhatre S., et al. (2007). Effectiveness of Transcendental Meditation on Functional Capacity and Quality of Life of African Americans with Congestive Heart Failure: *A Randomized Control Study*.

- Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048830/> December 3, 2013.
- Jolly, K., Taylor, SR., Lip, Yh., Stevens A. (2006). Home-based cardiac rehabilitation compared with center-based rehabilitation and usual care; A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology* 111(3), 343-351.
- Killip, T. & Kimball, J. T. (1967). Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: A two year experience with 250 patients. *American Journal Cardiology*, 20, 457-464.
- Lawler, P. R. Filion, K. B. Eisenberg, M. J. (2011). Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction : A Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *American Heart Journal*, 162 (4), 571-584.
- Mckeehan, K., Cowling, W.R. & wykle, M.L.,1986. Cantril self anchoring ladder: Methodological consideration for nursing science. *Nursing research. Methodology issue and implementation*. In P. L.Chinn Ed.Maryland : An Aspen.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*.(6th ed). St. Louis: Mosby year book.
- Pashkow,P. (1996). Outcomes in cardiopulmonary rehabilitation. *Physical Therapy*, 76, 643-656.
- Scott, T. J., Thompson, R.D. (2002). Assessing the information needs of post-myocardial infarction patients: a systematic review. *Patient Education Counseling*. 50(2): 167-177.
- Smith, J., Liles C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*. 16(4): 662-671.
- Taylor-Piliae RE, Froelicher ES. (2004). Effectiveness of Tai Chi exercise in improving aerobic capacity: A meta-analysis, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 48-57.
- Wang WC, Zhang AL, Rasnussen B, et al (2009). The effect of Tai Chi and psychosocial well-being : A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 2(3), 171-81.
- Yeh GY, Wang C, Wayne PM, et al.(2009). Tai Chi exercise for patients with cardiovascular conditions and risk factors : A systematic review. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation Prev*, 29(3), 152-60.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง)

ด้วยดิฉันนางพัชรินทร์ นะนุ้ย นักศึกษาปริญญาโทสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจและคำแนะนำ วิธีการออกกำลังกาย การทำสมาธิ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ โดยกรุณาตอบตามความเป็นจริงทุกข้อ เพราะข้อมูลที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยในครั้งนี้เมื่อไรก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับความดูแลในโรงพยาบาล การศึกษาครั้งนี้จะอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ มีการประเมินความพร้อมก่อนเข้าร่วมดำเนินการทดลอง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือให้พร้อม ขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยและดูแลให้การรักษาทันทีทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น ในระหว่างการเก็บข้อมูล หากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม ดิฉันขอขอบคุณมากที่ท่านให้ความร่วมมือซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางพัชรินทร์ นะนุ้ย)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสงขลานครินทร์

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม)

ด้วยดีฉันนางพัชรินทร์ นะนุ้ย นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่องผลของ โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ โดยกรุณาตอบตามความเป็นจริงทุกข้อ เพราะข้อมูลที่ได้จะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

นอกจากนี้ท่านสามารถจะยกเลิกหรือออกจากกรวิจัยในครั้งนี้ เมื่อไรก็ได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจะได้รับในโรงพยาบาล ขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติ เช่น ใจสั่น เจ็บหน้าอก ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยและดูแลให้การรักษาทันทีทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น ในระหว่างการเก็บข้อมูล หากเกิดข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถที่จะสอบถามได้ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม ดีฉันขอขอบคุณมาก ที่ท่านให้ความร่วมมือในการวิจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไปในอนาคต หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถลงนามในข้อความซึ่งอยู่ข้างล่างนี้ หากท่านสนใจอยากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยยินดีให้ข้อมูลแก่ท่านในภายหลัง เมื่อสิ้นสุดการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกหลังจาก 4 สัปดาห์

.....

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....

(วัน/เดือน/ปี)

.....

(นางพัชรินทร์ นะนุ้ย)

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจงเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นตอนดังนี้

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ตอนที่ 2 เครื่องมือวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
ตอนที่ 3 แบบประเมินระดับของการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย
ตอนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความหรือเติมข้อความในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

- () ชาย
() หญิง

2. อายุ.....ปี (จำนวนเป็นปีเต็ม)

3. สถานภาพสมรส

- () โสด
() สมรส
() หม้าย /หย่า /แยกกันอยู่

4. ศาสนา

- () พุทธ
() คริสต์
() อิสลาม
() อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

- () รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
() ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว

- () รับจ้างทั่วไป
- () เกษตรกรรม/ประมง
- () แม่บ้าน/พ่อบ้าน
- () อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน

- () น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
- () 5001-10,000 บาท/เดือน
- () 10,001-20,000บาท/เดือน
- () มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน

7. ระดับการศึกษา

- () ไม่ได้เรียนหนังสือ
- () ประถมศึกษา
- () มัธยมศึกษา
- () อนุปริญญา/เทียบเท่า
- () ปริญญาตรี/เทียบเท่า
- () สูงกว่าปริญญาตรี
- () อื่นๆ ระบุ.....

8. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆหรือไม่

- () ไม่มี
- () มี ระบุ.....

9. ในครอบครัวของท่านมีใครเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือโรคหัวใจตายหรือไม่

- () ไม่มี
- () มี

10. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่

- () ไม่เคย
- () เคย(ระบุจำนวนครั้ง).....

11. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

- () ไม่เคย
- () เคย (ระบุเรื่อง).....

12. ผู้ดูแล

ไม่มี

มีผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมครั้งนี้คือ.....

13. กิจกรรมทางกายที่ปฏิบัติเป็นประจำ (ออกกำลังกาย, งานอดิเรก).....

ตอนที่ 2 เครื่องมือวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

แบบบันทึกการวัดระยะทางในการเดินเป็นเวลา 6 นาที

ชื่อ-สกุล ผู้ป่วย.....อายุ.....ปี

กลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....

ก่อนการทดสอบ

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ระดับความเหนื่อย.....คะแนน

ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด.....%

หยุดการทดสอบก่อนครบระยะเวลา 6 นาที

'ไม่ใช่'

'ใช่' เพราะ.....

ระยะทางที่เดินได้ในเวลา 6 นาที.....เมตร

หลังการทดสอบ

ชีพจร.....ครั้ง/นาที

ระดับความเหนื่อย.....คะแนน

ระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด.....%

ตอนที่ 3 แบบประเมินระดับของการรับรู้ความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย (Borg scale)
มีระดับค่าคะแนนดังนี้ (Buckley, Holmes, & Mapp, 1999)

6	ไม่มีอาการเหนื่อย
7	เหนื่อยน้อยมาก ๆ
8	
9	เหนื่อยน้อยมาก
10	
11	เหนื่อยเล็กน้อย
12	
13	ค่อนข้างเหนื่อย
14	
15	เหนื่อย
16	
17	เหนื่อยมาก
18	
19	เหนื่อยมาก ๆ
20	เหนื่อยมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบประเมินความสุข

แบบประเมินความสุข

ให้ท่านคิดถึงความพึงพอใจในชีวิตของท่านเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจ ตาย ตามการรับรู้ของตัวเองในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันโดยเปรียบเทียบกับบันได 10 ขั้น หมายถึงความสุขมากที่สุด ขอให้ท่านประเมินความสุขในชีวิตว่าอยู่บนบันไดของขั้นใด โดยวงกลมล้อมตัวเลขที่ตรงกับระดับความสุขในชีวิตในปัจจุบันของท่าน

ความสุขมากที่สุด	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
ความสุขน้อยที่สุด	1

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีการสื่อการเรียนรู้ประกอบด้วย

1. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แผ่นซีดีการฝึกไทชิประยุกต์
2. แบบบันทึกการเตรียมการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

แบบบันทึกการเตรียมการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายโรงพยาบาลศูนย์ยะลา

ชื่อ –สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี HN.....AN.....
การวินิจฉัยโรค.....แพทย์ผู้รักษา.....
วันที่เข้ารับการรักษา.....เวลา.....วันที่จำหน่าย.....

ให้ความรู้คำแนะนำ	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ	ได้รับ	ไม่ได้รับ
1. เรื่องโรค การรักษา อาหาร หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง						
2. การออกกำลังกาย การทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิประยุกต์						
3. สร้างสิ่งแวดล้อม						
4. แนะนำแหล่งประ โยชน์						
5. โทรศัพท์ติดตาม						

สำหรับพยาบาล

1. ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับ.....

2. ผู้ป่วยมีปัญหาด้านใดหลังจำหน่าย

ไม่มี มีระบุ.....

สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล/เภสัชฯลฯ)

การดูแลต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือไม่ มี ไม่มี

2. เรื่องที่ต้องดูแลต่อเนื่องนั้นผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือไม่

ดูแลต่อเนื่องได้ งดการดูแล

3. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย

ไม่มี มี ระบุ.....

พร้อมให้การดูแล

ไม่พร้อมให้การดูแลด้าน ระบุ.....

ผู้บันทึก.....ตำแหน่ง.....วันที่.....

การนัดครั้งต่อไป วันที่.....เวลา.....น. สถานที่.....

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ

เป็นกิจกรรมซึ่งผู้วิจัยสร้างโดยใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของ โอเร็ม (Orem, 2001) นำมาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลโดยการสอนสาธิตให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัวนำมาผสมผสานกับการวางแผนการจำหน่ายตามแนวคิดกองการพยาบาล (2539) ซึ่งเป็นกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาล ตั้งแต่วันแรกจนกระทั่งจำหน่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เกิดความผาสุกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สื่อการเรียนรู้ประกอบด้วย

คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ ข้อห้ามในการออกกำลังกาย วิธีทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ พร้อมแผ่นซีดี

การประเมินผล

วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยวัดระยะทางเดิน บนพื้นราบใน เวลา 6 นาที (6 minutes walk test)

ประเมินความผาสุกจากบันได 10 ขั้น

โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ

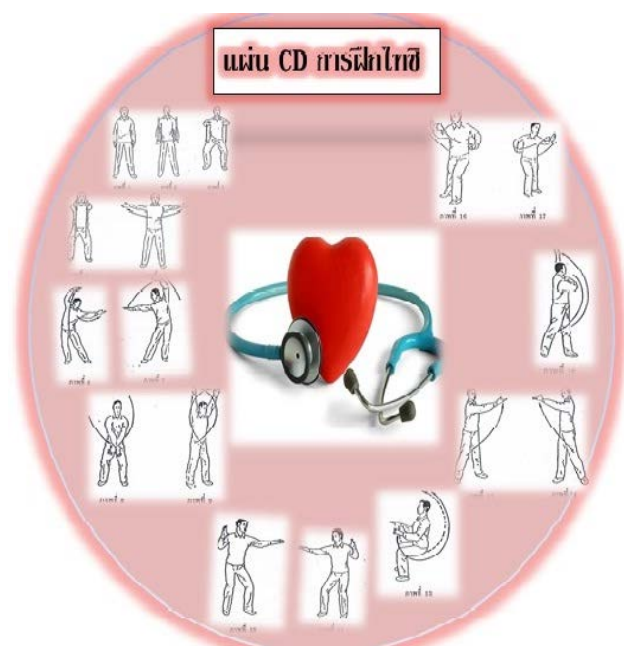
ครั้งที่ / สัปดาห์	กิจกรรม	อุปกรณ์
(ครั้งที่ 1) สัปดาห์ที่ 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและ สมาชิกในครอบครัว แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพหลังจากนั้น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและประเมินสัญญาณชีพ บันทึกไว้ในตารางบันทึกกิจกรรม 2. อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3. ให้ความรู้ตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้ สื่อภาพจากคู่มือ เนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจ ได้แก่ ความรู้เรื่อง โรคหัวใจ สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรคหัวใจ การรักษา ใช้เวลา 20 นาที 4. ชี้แนะ โดยเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน ให้คำแนะนำด้านการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเสนอแนะทางเลือกให้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก 3. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ครั้งที่ / สัปดาห์	กิจกรรม	อุปกรณ์
	<p>สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม</p> <p>5. สนับสนุน โดยมอบคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึกไทชิประยุกต์ เพื่อเป็นสื่อประกอบช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเนื้อหามากขึ้น สามารถนำไปทบทวนที่บ้านได้ รวมทั้งการสนับสนุน โดยใช้ท่าทาง คำพูด และการสัมผัส ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>6. สร้างสิ่งแวดล้อม โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมช่วยเหลือ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม ในการออกกำลังกายด้วยการเดิน</p> <p>7. ผู้วิจัยกล่าวอำลาค้นหาหมาย วัน เวลา สถานที่ และการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปซึ่งนัดถัดไปอีก 2 วัน.</p>	
<p>ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)</p>	<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วัดสัญญาณชีพ บันทึกไว้ในตารางบันทึกกิจกรรม</p> <p>2. ให้ความรู้ร่วมกับสอนสาธิต ตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ ข้อห้ามในการออกกำลังกาย การทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิประยุกต์</p> <p>3. ชี้นำ โดยการเสนอทางเลือกให้แก่ผู้ป่วย แนะนำแนวทางในการออกกำลังกาย การทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิประยุกต์ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ชักถามปัญหาอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ</p> <p>4. สนับสนุน ให้ออกกำลังกาย โดยการฝึกไทชิประยุกต์การประเมินค่าความเหนื่อยในการออกกำลังกาย สาธิตการจับชีพจรด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย กระตุ้นให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p>5. สร้างสิ่งแวดล้อมแนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น</p>	<p>1. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ</p> <p>2. แผ่นซีดีการฝึกไทชิประยุกต์</p>

ครั้งที่ / สัปดาห์	กิจกรรม	อุปกรณ์
	<p>ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม พร้อมเสริมแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>ผู้วิจัยเปิด โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวซักถามข้อสงสัย เตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ พร้อมเสริมแรงจูงใจในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน</p> <p>6. ผู้วิจัยกล่าวอำลาคณะหมาย วัน เวลา สถานที่ และการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายอย่างต่อเนื่อง</p>	
<p>ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 2 โทรศัพท์ ติดตาม (เวลา 15 นาที)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วย สอบถามอาการทั่วไป 2. ให้ความรู้โดยทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งก่อน 3. ชี้แนะโดยแนะนำทางเลือกในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงภาวะเครียด และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ 4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามคู่มือโดยกระตุ้นและให้กำลังใจ กล่าวชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้ถูกต้อง 5. สร้างสิ่งแวดล้อม แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก พร้อมทั้งปัญหาอุปสรรคต่างๆ ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะซึ่งผู้ป่วยเป็นผู้เลือกและตัดสินใจเอง โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย 6. สรุปกิจกรรมและนัดหมายในครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4 และย้ำการมาติดตามการนัด โดยให้นำคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยและตารางบันทึกกิจกรรมมาด้วย 	-

ครั้งที่ / สัปดาห์	กิจกรรม	อุปกรณ์
ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว วัดสัญญาณชีพ 2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายโดยการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที (6 minutes walk test) และทำแบบประเมินวัดความผาสุก หลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้ว 3. ผู้วิจัยกล่าวสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสนับสนุนให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง 4. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ 	<p>1. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก</p>

ภาคผนวก ง
คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ



ภาคผนวก จ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรคำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรของ โคอเฮน (Cohen, 1998) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{[SD_1^2 + SD_2^2]/2}$$

หาค่า effect size โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้คือ ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (กัมหา, 2547) โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คำนวณโดย

ผลการศึกษาได้ค่า	\bar{X}_1	= 151.78	\bar{X}_2	= 134.30
	$SD_{.1}$	= 21.94	$SD_{.2}$	= 19.11
แทนค่าในสูตร	Pooled SD	= $\sqrt{[481.36 + 365.19]/2}$		
		= $\sqrt{846.55/2}$		
		= 20.57		
		= $\frac{151.78 - 134.30}{20.57}$		
	ES	= 0.849		

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ โคอเฮน (Cohen, 1998) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 ได้ effect size = 0.849 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 26 ราย

ภาคผนวก ฉ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ตารางที่ ฉ1-ฉ4 แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า ค่า Statistic Skewness และ Statistic Kurtosis อยู่ในช่วง -3 ถึง +3 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ มีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบปกติ

ตาราง ฉ1

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลุ่มทดลอง
(N=30)

ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกาย	Skewness		Kurtosis			
	Statistic	Std error	Skewness Std error	Statistic	Std error	Kurtosis Std error
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.218	.427	.510	.304	.833	.364
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	-.013	.427	-.030	-.557	.833	-.668

ตาราง ฉ2

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายกลุ่มควบคุม
(N=30)

ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกาย	Skewness		Kurtosis			
	Statistic	Std error	Skewness Std error	Statistic	Std error	Kurtosis Std error
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.036	.427	-.084	-.557	.833	-.668
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.114	.427	.266	-.599	.833	-.719

ตาราง น3

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกกกลุ่มทดลอง (N=30)

ความพึงสุก	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	Std error	Skewness Std error	Statistic	Std error	Kurtosis Std error
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	.177	.427	.414	-.284	.833
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.240	.427	.562	-.831	.833	-.997

ตาราง น4

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความพึงสุกกกลุ่มควบคุม (N=30)

ความพึงสุก	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	Std error	Skewness Std error	Statistic	Std error	Kurtosis Std error
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	-.048	.427	-.112	-1.089	.833
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.427	.427	1	-.594	.833	-.713

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Levene's test ดังตาราง น5 และตาราง น6

ตาราง น5

แสดงการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene's test*

ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกาย	Levene statistic	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.39	.242
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	.804	.374

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene's test* จากตาราง *test of Homogeneity of Variance* พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่า *p-value* เท่ากับ .242 และ .374 ซึ่งมีค่า > 0.05 แสดงว่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง น6

แสดงการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนความผาสุกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene's test*

ความผาสุก	Levene statistic	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.456	.123
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	5.12	.477

การทดสอบความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความผาสุกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ *Levene's test* จากตาราง *test of Homogeneity of Variance* พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่า *p-value* เท่ากับ .123 และ .477 ซึ่งมีค่า > 0.05 แสดง

ว่าความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

แพทย์หญิง ชาริยะห์ อูแด
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด
โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

แพทย์หญิง พนารัตน์ เทียงสุทธิธรรม
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

คุณ จิตต์สิริ ปรียานิชย์
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางพัชรินทร์ นะนุ้ย	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421045	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2535

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ยะลา จังหวัดยะลา

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

พัชรินทร์ นะนุ้ย, ไหมไทย ศรีแก้ว, และจากรวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). ผลของโปรแกรมผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ วันที่ 24 เมษายน 2558 ณ ห้องออডিทอเรียม ชั้น 2 อาคารดิจิทัล มัลติมีเดีย คอมเพล็กซ์ (อาคาร 15) มหาวิทยาลัยรังสิต