

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

แสงเดือน กันทะขันธ์

แสงเดือน กันทะขันธ์
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,
พย.ค.

ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ณิณิจ พงศ์ถาวรกุล,
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ฉัตรกนก ทุมวิภาต,

พ.บ.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริธมมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2552

แสงเดือน กันทรขี

แสงเดือน กันทะขู

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ทัศนี ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อศ.กช. 4 เร่งนา

อาจารย์ฉัตรกนก ทูมวิภาต,

พ.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนกพร จิตปัญญา,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์คณินิจ พงศ์ถาวรกุล,

Ph.D (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วาสนา แฉล้มเขตร,

กศ.ม.

รักษาการแทนคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ รองศาสตราจารย์ ดร.คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และอาจารย์ นพ.ฉัตรกนก ทุมวิภาต อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะซึ่งเป็นประโยชน์ เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สาวลักษณ์ เล็กอุทัย อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ และอาจารย์อีกหลายๆ ท่านที่ไม่ได้กล่าว ณ ที่นี้ ที่กรุณาให้ข้อคิด และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือ ขอขอบคุณพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยไอ.ซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยอัมพฤกษ์ทั้ง 10 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาช่วยเหลือและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวม ข้อมูลวิจัย และขอบพระคุณอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่สาว ที่ให้การสนับสนุนทั้งใน ด้านกำลังใจและทุนทรัพย์ในการศึกษา ขอขอบคุณพี่ๆ และเพื่อนๆ ร่วมชั้นเรียนที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ทำให้การทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

แสงเดือน กันทะงู

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
FACTORS INFLUENCING READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE IN ACUTE MYOCARDIAL
INFARCTION PATIENTS

แสงเดือน กันทะขู้ 4936749 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณิงนิจ พงศ์ถาวรกุล, Ph.D. (Nursing),
ฉัตรกนก ทุมวิภาค, พ.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และปัจจัยที่มีอิทธิพล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึง เดือนมีนาคม 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\text{mean} = 176.19$, $\text{S.D.} = 28.84$) มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก ($\text{mean} = 131.45$, $\text{S.D.} = 35.17$) และได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($\text{mean} = 123.92$, $\text{S.D.} = 31.85$) การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ 0.467 และ 0.291 ($p < 0.05$) ตามลำดับ ทั้งการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 29.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวก และให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความพร้อมก่อนจำหน่าย / การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย / ประสิทธิภาพการ
เข้ารับการรักษา / การสอนก่อนจำหน่าย

FACTORS INFLUENCING READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

SAENGDUAN KUNTHAKHU 4936749 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRAT WATTHNAKITKRILEART, D.N.S., KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (Nursing), CHATKANOK DUMAVIBHAT, M.D.

ABSTRACT

The purposes of this correlational predictive study were to examine the readiness for hospital discharge in patients with acute myocardial infarction and its influencing factors. The samples comprised 100 patients with acute myocardial infarction at a tertiary level hospital. Data collection was performed from October 2008 to March 2009. The research instruments were a demographic questionnaire, meaning and expectation of illness questionnaire, the Quality of Discharge Teaching scale, and the Readiness for Hospital Discharge scale. The data were statistically analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The study revealed that the sample had high level of readiness for hospital discharge (mean = 176.19, S.D. = 28.84), positive meaning and expectation of illness (mean = 131.45, S.D. = 35.17), and good quality of discharge teaching (mean = 123.92, S.D. = 31.85). There was a significantly positive relationship between readiness for hospital discharge and meaning and expectation of illness, and discharge teaching, with the correlation coefficients of 0.467, 0.291 ($p < 0.05$), respectively. Meaning and expectation of illness, and discharge teaching accounted for the variance explained in the readiness for hospital discharge by 29.5 % ($p < 0.05$).

The study results have implications for nurses and other healthcare providers in regards to the development of readiness for hospital discharge interventions and the promotion of positive meanings and expectations concerning illness. In addition, the results provide patients with adequate information that could enhance their readiness for hospital discharge and continuing care.

KEY WORDS: READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE/ MEANING AND EXPECTATION OF ILLNESS / ILLNESS EXPERIENCE / DISCHARGE TEACHING

124 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	7
นิยามตัวแปร	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
ความพร้อมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	10
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	10
การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	15
ความพร้อมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน	21
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	23
การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	23
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	25
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
แบบการวิจัย	28
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	28
เครื่องมือวิจัย	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	36
ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา	41
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	44
การทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	45
บทที่ 5 การอภิปรายผล	
ลักษณะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการศึกษา	47
ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	49
ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	50
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	56
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย	59
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	60
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	79
รายการอ้างอิง	96

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก
ประวัติผู้วิจัย

หน้า

103

124



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากร	37
2	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านสุขภาพ	39
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	41
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	42
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	43
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	45
7	ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	46
8	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง	119
9	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง	120
10	ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	121

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย	7
2	กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000)	17
3	ภาพการกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น	116
4	ภาพกราฟการแจกแจงของตัวแปร	117
5	ภาพการกระจายของความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระ	118

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพของประชากรไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรไทย โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 129.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2538 เป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2549 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีประชากรเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 358 คนในปี 2545 เป็น 598 คน ในปี 2550 (กรมการแพทย์, 2551) และจากสถิติโรงพยาบาลศิริราชพบว่าผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 853 คน ในปี 2548 เป็น 955 คน ในปี 2549 (เวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยถึง 8.52 วันในปี 2550 (กรมการแพทย์, 2551) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานกว่าปกติที่ควรเป็นคือ 4 วันในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Ryan, Antman, Brook, Calif, Hillis, & Hiratzka, et al., 1999) และการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมีค่ารักษาเฉลี่ยต่อครั้ง 3,195.58 บาท ซึ่งสูงกว่าโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีค่ารักษาเฉลี่ย 1,670.09 บาท (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) จากสถิติและความสูญเสียดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ทำให้ไม่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม รวดเร็ว อาจได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการใช้ยา หากไม่ได้ผลต้องทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (นิธิ มหานนท์, 2543; เรวัตร พันธกิจทองคำ, 2548) ซึ่งการรักษาที่ได้รับนั้นไม่ได้ทำให้กล้ามเนื้อ

หัวใจที่ตายแล้วกลับมาเป็นปกติได้ แต่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ดีไม่เกิดการตายเพิ่มขึ้น โดยผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคร่วมด้วย ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ เช่น ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม (Jensen, & Petersson, 2003) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตนและปฏิบัติตนได้อย่างเคร่งครัดในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่ซับซ้อน เพราะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสภาพกล้ามเนื้อหัวใจยังไม่ฟื้นตัวเต็มที่ เมื่อได้รับการจำหน่ายผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลรักษาเป็นการดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นตัวได้เต็มที่และมีสุขภาพที่ดี หากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้น และเกิดอาการแสดงของการกลับเป็นซ้ำสูง ซึ่งอาจรุนแรงจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงต้องมีการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติตน และปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการวางแผนจำหน่ายจากบุคลากรทางสุขภาพตั้งแต่แรกเริ่ม โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยา การปฏิบัติตามการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการตรวจตามนัด (กฤษฎา แสงดี, นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร และสุวิภา นิตยางกูร, 2544: 107) แต่เนื่องจากจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลที่สั้นลง เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จำนวนเตียงในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นที่แพทย์จะต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โดยขาดการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะกลับไปดูแลสุขภาพที่บ้าน และยังทำให้ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลและแสวงหาข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยลดลง (Congdon, 1994; ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์, 2543; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546; Smith, & Liles, 2007) ผู้ป่วยจึงต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านทั้งที่ยังไม่มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้มีอัตราการพบแพทย์ก่อนกำหนด และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงถึงร้อยละ 2.5 (Stewart, & Voss, 1997) ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล และเพิ่มอัตราการครองเตียง (Kleinpell, 2004) ดังนั้นการประเมินความพร้อม และปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น

ผู้ป่วยจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลตนเองที่บ้านนั้น เป็นกระบวนการการเปลี่ยนผ่านทางภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่ง Meleis และคณะ (Meleis,

Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) ได้กล่าวว่า ถ้าผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานะใหม่ และมีการเตรียมตัวที่ดี จะส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้ง่าย และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัยด้วยกัน

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะประเมินและคาดการณ์การเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบในทางด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในด้านบวกและตรงตามความเป็นจริงว่าเป็นโรคที่รักษาได้ สามารถกลับไปทำงาน และกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกิดการเปลี่ยนผ่านจากการเป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (Broadbent, Ellis, Thomas, Gamble, & Petrie, 2009)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย จากการศึกษาของ Jensen และ Petersson (2003) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความวิตกกังวล และกลัวว่าจะไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีความต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากผู้อื่นในการดูแลตนเองที่บ้าน

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่าการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีเนื้อหาเหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุม ประกอบกับบุคลากรทางสุขภาพมีทักษะการสอนที่ดีก็สามารถอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องที่สอน ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน (Artinain, 1993; Smith, & Liles, 2007; Weiss, Piacentine, Ancona, Gresser, Toman, & Vega-Stromberg, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีบริบทของสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกับประเทศไทย และในประเทศไทยมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่บ้านในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ยังขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในผู้ป่วย

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้อัตราการมาพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังคงสูงอยู่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลในการให้ข้อมูลและการพยาบาลที่เหมาะสม

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีระดับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
2. การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร
3. การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่ง Chick และ Meleis (1986) ได้กล่าวว่ามนุษย์ทุกคนที่เกิดมาจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปสู่อีกสภาวะหนึ่งในแต่ละช่วงชีวิต

Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ได้แบ่งการเปลี่ยนผ่านออกเป็น 4 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ธรรมชาติการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วยชนิด รูปแบบ และลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน เช่น การเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน 2) เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน เป็นปัจจัยเงื่อนไขทางด้านบุคคล ชุมชน หรือสังคม เช่น การให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านในผู้หญิงวัยหมดระดูที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทของสังคมวัฒนธรรม 3) การบำบัดทางการพยาบาล เป็นวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือให้เกิดการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์และง่ายยิ่งขึ้น เช่น การให้ความรู้ 4) รูปแบบการตอบสนอง เป็นตัวบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ ประสบความสำเร็จหรือไม่เพียงใด เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอาจมีการตอบสนองโดยการแสดงพฤติกรรมด้านลบ โกรธ หรือปฏิเสธ แต่เมื่อได้รับกำลังใจจากผู้อื่นจะทำให้เกิดพฤติกรรมด้านบวก

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ หรือการใช้ยาตามมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะเปลี่ยนผ่านจากการได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และมีตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน คือ การพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการด้วยกัน ดังนั้นการศึกษานี้ในครั้งนี้นอกจากจะศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยแล้ว ยังศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน คือ

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยส่วนบุคคลในเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน เป็นการประเมินผู้ป่วยว่าจะสามารถเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้โดยง่ายหรือจะมีความยากลำบาก ซึ่งผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนผ่านและผลที่เกิดขึ้นว่ามีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ดังเช่นการศึกษาของ MacInnes (2005) พบว่า ผู้ป่วยหญิงโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านลบว่าเป็นโรคร้ายแรง มีอาการเจ็บพล้น ไม่คาดการณ์ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เครียด และวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวกและตรงตามความเป็นจริง ก็จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมีการเตรียมตัวที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดำรงชีวิตในสังคมตามปกติ (Petrie, Cameron, Ellis, Buick, & Weinman, 2002)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา เป็นปัจจัยด้านการรักษาในธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านจากภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนจะมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับความรู้และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพในการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้ง ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์อาการที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และจากการศึกษาของ Jensen และ Petersson (2003) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับรักษามาก่อนจะไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองและการกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Southern และคณะ (Southern, Berger, Bellin, Hailpern, & Arnsten, 2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนจะขาดประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้ารับรักษามาก่อน

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นปัจจัยด้านการพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่จะเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จาก

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสอนผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรคเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาที่เหมาะสมและผู้สอนมีทักษะการสอนที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองและมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ทำให้ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Driscoll, 2000; Weiss, et al., 2007)

สรุป การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน(Transition theory) ของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษ และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู หอผู้ป่วย

ไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเวลาการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552

นิยามตัวแปร

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ และการประเมินการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยว่ามีผลกระทบทางด้านบวก ด้านลบ หรือเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ตลอดจนความคาดหวังในอนาคตที่จะเกิดขึ้น สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังหลังผ่าตัดคลองเสียงของบังอร เหลี่ยมเจริญ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา หมายถึง การเคยหรือไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน สามารถประเมินได้จากเวชระเบียนผู้ป่วย และการสอบถามผู้ป่วยและญาติ

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณภาพการสอนของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลในด้านเนื้อหาการสอน เป็นการรับรู้และการประเมินในข้อมูลการดูแลตนเองที่ได้รับจากการสอน โดยเปรียบเทียบกับความต้องการข้อมูลเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วย และด้านทักษะการสอน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลของ Weiss และ Piacentine (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในด้านบุคคล เป็นการรับรู้ถึงความแข็งแรงของสภาพร่างกายและจิตใจก่อนออกจากโรงพยาบาล ด้านความรู้ เป็นการรับรู้ถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่ต้องการในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา เป็นการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการจัดการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ เป็นการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลของ Weiss และ Piacentine (2006) ประกอบด้วยข้อคำถาม

ทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามความพร้อมที่จะกลับบ้าน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบคือ พร้อม หรือไม่พร้อม ส่วนข้อคำถามอื่นมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ให้เกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และสามารถจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้สร้างโปรแกรมการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. ความพร้อมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
ความพร้อมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้าน
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1. ความพร้อมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) หมายถึง ภาวะที่มีการตายตัว (necrosis) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (myocytes) จากการขาดเลือดเนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน (occlusion) การตายของกล้ามเนื้อจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกเลี้ยงโดยหลอดเลือด (major coronary arteries) ที่อุดตัน (นิธิ มหามนต์, 2543) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัย (Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee, 2000) ดังนี้

1. มีการเพิ่มขึ้นและลดลงของ Troponin หรือ CK-MB ร่วมกับ
 - อาการเจ็บหน้าอกแบบหัวใจขาดเลือด
 - เกิด Pathologic Q wave จาก ECG
 - พบการเปลี่ยนแปลงของ ECG ได้แก่ ST-elevation หรือ depression

- coronary artery intervention (เช่น coronary angioplasty)

2. Pathologic findings of an acute myocardial infarction

แบ่งกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วย Non-ST elevation of myocardial infarction (NSTEMI)

ในกลุ่มนี้ คลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงส่วน ST segment ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจต่ำลง หรือพบ T wave หัวกลับ

2. กลุ่มผู้ป่วย ST elevation of myocardial infarction (STEMI)

ในกลุ่มนี้ คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST segment ยกสูงขึ้น

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, AMI) เกิดจากการอุดตันเฉียบพลันจากลิ้มเลือด โดยมักจะมีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบแข็ง (atherosclerosis of epicardial coronary artery) เป็นภาวะที่นำมาก่อน ซึ่งกลไกการเกิดลิ้มเลือดบนภาวะหลอดเลือดตีบแข็ง (thrombosis on top of atherosclerosis) นั้นเกิดจากการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด (plaque rupture) กระตุ้นให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (stimulation of coagulation cascade) และเกิดลิ้มเลือดตามมา เมื่อมีการอุดตันของหลอดเลือดก็จะทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้น โดยที่การตายจะเริ่มจากชั้นใน (subendocardium) ออกมายังชั้นนอก (subepicardium) และจากส่วนกลาง (mid-zone) ออกไปรอบๆ (periphery) ถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงเลยอย่างต่อเนื่องประมาณ 4-6 ชั่วโมง ก็จะทำให้เกิดการตายตลอดความหนา (transmural necrosis) ทั้ง 3 ชั้น (layer) ของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardium) และสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นไป (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) ถ้าลิ้มเลือดสลายไปภายใน 2-3 ชั่วโมงแรก ก็จะเกิดการตายของกล้ามเนื้อเพียงบริเวณใต้เยื่อ (subendocardial infarction) ซึ่งมีอัตราการตายต่ำกว่าการตายตลอดความหนาของกล้ามเนื้อ (transmural infarction) แต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว ผลการรักษาในระยะยาวกลับใกล้เคียงกัน แสดงว่ามีอัตราการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้นในระยะหลัง และอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำขึ้นอีก เมื่อเกิดการตายตลอดความหนาของกล้ามเนื้อ (transmural infarction) แล้ว แม้จะแก้ไขให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (reperfusion) ก็ไม่อาจจะช่วยกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้ ซึ่งการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีปัจจัยเสี่ยงหลายชนิด ทั้งปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติของโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ เช่น การสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน แต่ผู้ป่วยมักจะมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ร่วมกับปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้ร่วมด้วย (นิธิ มหานนท์, 2543)

การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษาผู้ป่วย คือ 1) ลดอาการและความวิตกกังวล 2)

รักษากล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตีไว้ให้ได้มากที่สุด 3) ป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543, เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, 2548) ซึ่งการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับคือ การใช้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการใช้ยา และผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

การรักษาโดยใช้ยาตามมาตรฐานอย่างเดียว

1.2.1 ยาไนเตรท (Nitrates) เป็นยาขยายหลอดเลือดที่สามารถเพิ่มเลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดหัวใจและลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้บรรเทาการเจ็บหน้าอก (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543, เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, 2548)

1.2.2 ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blockers) เป็นยาลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจลดการใช้ออกซิเจน ช่วยลดอัตราการเกิดโรคซ้ำและลดอัตราการตาย (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2548, เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ, 2548)

1.2.3 ยาปิดกั้นแคลเซียม (Calcium channel blockers) เป็นยาช่วยให้หลอดเลือดหัวใจขยายตัว ลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดอัตราการเต้นของหัวใจ ใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อห้ามใช้ยาปิดกั้นเบต้า (Beta-adrenergic blockers) (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2548)

1.2.4 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant agents) และยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet agents) ช่วยทำให้หลอดเลือดไม่เกิดการกลับไปอุดตันซ้ำ ลดอัตราการตายของกล้ามเนื้อหัวใจซ้ำ (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543; สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2548)

1.2.5 ยา Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors (ACEI) เป็นยาขยายหลอดเลือดที่มีผลลดการทำงานของหัวใจ ช่วยลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543)

1.2.6 ยาลดไขมันในเลือด (Statin) ควบคุมให้ระดับไขมันในเลือด (LDL-C) น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Smith, Allen, Blair, Bonow, Brass, Fonarow, et al., 2006)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แม้จะได้รับการรักษาอาจมีโรคและความเสี่ยงที่จะกลับเป็นซ้ำ เพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และจิตติมา ชนะวิเศษ, 2548; Hooper, Griffiths, Abrahams, Alexander, Atkins, Atkinson, et al., 2004) โดยมีรายละเอียดคือ

1.1 รับประทานอาหารให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก โดยเฉพาะผักและผลไม้ เพิ่มการรับประทานน้ำมันปลา (fish omega-3) และอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงหรือเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนักขึ้น เช่น เหล้า เบียร์ ชา กาแฟ เป็นต้น

1.2 รับประทานอาหารที่ทำให้หัวใจได้พักผ่อนมากที่สุด หรือทำงานน้อยที่สุด โดยรับประทานอาหารรสอ่อน เนื้อนุ่ม ไม่แข็งจนเกินไปหรือเป็นอาหารที่เคี้ยวง่ายย่อยง่าย หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ย่อยยาก และไม่ควรรับประทานอาหารครั้งละมาก

2. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจซ้ำ (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และจิตติมา ชนะวิเศษ, 2548; Smith, et al., 2006) ได้แก่

2.1. การควบคุมระดับความดันโลหิต โดยควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอทในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคไต ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและเหมาะสม รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม งดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ และลดความเครียด

2.2. การเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงไม่อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีควันบุหรี่ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดไม่แข็งแรง เป็นช่องว่างให้ไขมัน และโคเลสเตอรอลเคลื่อนลงไปฝังตัวในชั้นเยื่อผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบตัน เป็นเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.3. การควบคุมระดับไขมันในเลือด โดยให้ระดับไขมัน (LDL-C) น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยหลีกเลี่ยงอาหารพวกเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ที่ติดมันทุกชนิด สมอสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น หอยนางรม ปลาหมึก หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว ควรดื่มนมพร่องมันเนย ควบคุมน้ำหนักตัว และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.4. ควบคุมเบาหวาน โดยควบคุมให้ระดับ HbA_{1c} น้อยกว่า 7% และควบคุมระดับไขมัน ระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. เพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปการมีเพศสัมพันธ์จะใช้พลังงานประมาณ moderate intensity of exercise คือ 5-6 METs อัตราการเต้นของหัวใจไม่เกิน 120 ครั้ง/นาที และความดันซิสโตลิกต่ำกว่า

170 มม.ปรอท สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายใน 2-4 สัปดาห์ หลังกลับไปอยู่บ้านแต่ต้องขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละราย (อรินทยา พรหมินธิกุล, 2546)

4. การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย เมื่อแรกกลับบ้านให้ทำกิจกรรมต่างๆ เท่ากับขณะอยู่ในโรงพยาบาล หลังจากนั้นค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมตามความเหมาะสมกับระดับความสามารถ ส่วนการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอ่อนเครื่อง และก่อนหยุดควรลดความรุนแรงของการออกกำลังกาย ในระยะแรกขณะออกกำลังกายมีอัตราการเต้นของหัวใจไม่เพิ่มขึ้น 10-20 ครั้งของอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก และในระยะต่อไปขณะออกกำลังกายมีอัตราการเต้นของหัวใจไม่เพิ่มขึ้น 20-30 ครั้งของอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก หรือไม่เกินค่า maximal HR ของ exercise stress test ไม่ควรออกกำลังกายขณะอากาศร้อนหรือหลังรับประทานอาหารทันที ถ้าเป็นมือหลักควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานควรรับประทานอาหารว่างก่อนออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาที และควรมีอาหารหรือน้ำหวานติดตัวขณะออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายวันละ 30 นาที ทุกวัน หรืออย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ (รุ่งลัดดา ศรีบุญ และจิตติมา ชนะวิเศษ, 2548)

5. การควบคุมน้ำหนักตัว โดยให้ค่าดัชนีมวลรวม (body mass index, BMI) อยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ความยาวรอบข้อมือในผู้ชายควรน้อยกว่า 40 นิ้ว และในผู้หญิงควรน้อยกว่า 35 นิ้ว (Smith, et al., 2006)

6. การจัดการกับความเครียด และเผชิญกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนคลายลมหายใจ การออกกำลังกาย หรือการพูดคุย ซึ่งความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ต้องรู้จักปรับการรับรู้ความเครียด พิจารณาใคร่ครวญ มองโลกในหลายแง่มุม เพื่อลดความเครียด (Smith, et al., 2006)

7. มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการกลับเป็นซ้ำหรือเป็นมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะแรกของการจำหน่าย เช่น อาการอาหารไม่ย่อย หายใจลำบาก บวม และใจสั่น และยาที่ใช้บำบัด โดยรู้จักชื่อยา ฤทธิ์ของยา วิธีการใช้ เวลาที่ใช้หรือรับประทาน อาการข้างเคียง ตลอดจนวิธีการเก็บรักษา (Smith, et al., 2006)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเปลี่ยนผ่านจากการเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อควบคุมและป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้อง แม้ว่าการเปลี่ยนผ่านจะเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยทราบถึงปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านไปสู่สถานการณ์ใหม่ และมีการเตรียมตัวที่ดีมีการเฝ้าระวังหรือการป้องกันการเกิดผลเสียที่อาจตามมาในช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านดังกล่าวแล้ว ก็จะเป็นผลให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ของบุคคลเป็นไปได้อย่างขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis ได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งของชีวิตหรือเปลี่ยนผ่านช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อต่างๆ ของบุคคล ซึ่ง Meleis (1975; 1985; 1986; 1991; 1994) ได้เสนอว่ามโนทัศน์การเปลี่ยนผ่านเป็นมโนทัศน์หนึ่งของศาสตร์ทางการพยาบาล โดยกล่าวว่าพยาบาลและผู้ให้บริการจะมาพบกันในช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะใดสภาวะหนึ่งเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ต่างๆ ของบุคคล โดยเฉพาะการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

Chick และ Meleis (1986) ได้เริ่มพัฒนาทฤษฎีนี้ด้วยวิธีการวิเคราะห์มโนทัศน์ (Concept analysis) ของการเปลี่ยนผ่าน และได้ให้ความหมายของการเปลี่ยนผ่านว่า เป็นกระบวนการการเคลื่อน การผ่าน จากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และอาจมีผลกระทบต่อคนมากกว่าหนึ่งคนในสถานการณ์นั้นๆ และได้เสนอทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านว่ามีลักษณะเป็นระบบเปิด คือ มีสิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และการตอบสนองของกระบวนการหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Output) และได้กล่าวถึงการเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสภาวะหนึ่งของบุคคลว่าเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสิ้นสุด (ending process) เป็นระยะที่บุคคลพบว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว ระยะที่ 2 ระยะเป็นกลาง (neutral phase) เป็นระยะที่บุคคลพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาพปกติเพื่อที่จะเผชิญหรือเข้าสู่ระยะต่อไป และระยะที่ 3 ระยะที่เริ่มเข้าสู่สภาวะใหม่ (new beginning phase) เป็นระยะที่บุคคลพร้อมยอมรับและแสดงบทบาทใหม่

การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใดก็ตามจะมีโครงสร้างของกระบวนการที่เกิดขึ้นเหมือนกัน คือเริ่มระยะที่ 1 ซึ่งเป็นจุดเริ่ม (Entry) ตามด้วยระยะที่ 2 ซึ่งเป็นระยะการพยายามปรับเปลี่ยนเข้าสู่สภาวะใหม่ (Passage) และสิ้นสุดด้วยระยะที่ 3 ซึ่งเป็นทางออก (Exit) ของกระบวนการ และได้เสนอให้พิจารณาปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนผ่านว่ามีอย่างน้อยเพียงใด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีทั้งที่มาจากภายในตัวบุคคลที่จำต้องเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสภาวะหนึ่ง ซึ่งได้แก่ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง การให้ความหมายต่อการเปลี่ยนผ่านครั้งนั้นๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

สิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว สังคม หรือจากพยาบาลเป็นต้น ดังนั้นถ้าบุคคลมีปัจจัยส่วนบุคคลที่ดีร่วมกับได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ก็จะช่วยให้การเปลี่ยนผ่านไปสู่อีกสถานะหนึ่งได้โดยง่าย และเกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (Health outcomes) ภายหลังการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อกระบวนการการเปลี่ยนผ่านนั้นๆ

ในปี ค.ศ. 1994 Schumacher และ Meleis (1994) ได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 ถึง ค.ศ. 1992 และได้สรุปเสนอเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลสำหรับการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งหรือสถานะหนึ่งของชีวิต (A nursing model of transition) ประกอบไปด้วยมโนทัศน์ต่างๆ ดังนี้คือ

1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition)
2. ลักษณะโดยทั่วไปของการเปลี่ยนผ่าน (Universal properties of transition)
3. เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน (Transition condition)
4. ครรชนบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ (Indicators of healthy transition)
5. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing therapeutics)

ต่อมาในปี ค.ศ. 2000 Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางการพยาบาลตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ถึง ค.ศ. 1997 และได้พัฒนากรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลที่เข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น ว่าประกอบไปด้วยมโนทัศน์ดังต่อไปนี้ (รูปภาพที่ 2)

1. ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of the Transition)
 - 1.1. ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Types)
 - 1.2. รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (Patterns)
 - 1.3. ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties)
2. เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Condition: Facilitators & Inhibitors)
 - 2.1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal)
 - 2.1.1. การให้ความหมาย (Meanings)
 - 2.1.2. ความเชื่อและทัศนคติ (Cultural beliefs & attitudes)
 - 2.1.3. สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)
 - 2.1.4. การเตรียมตัวและความรู้ (Preparation & knowledge)
 - 2.2. ชุมชน (Community)

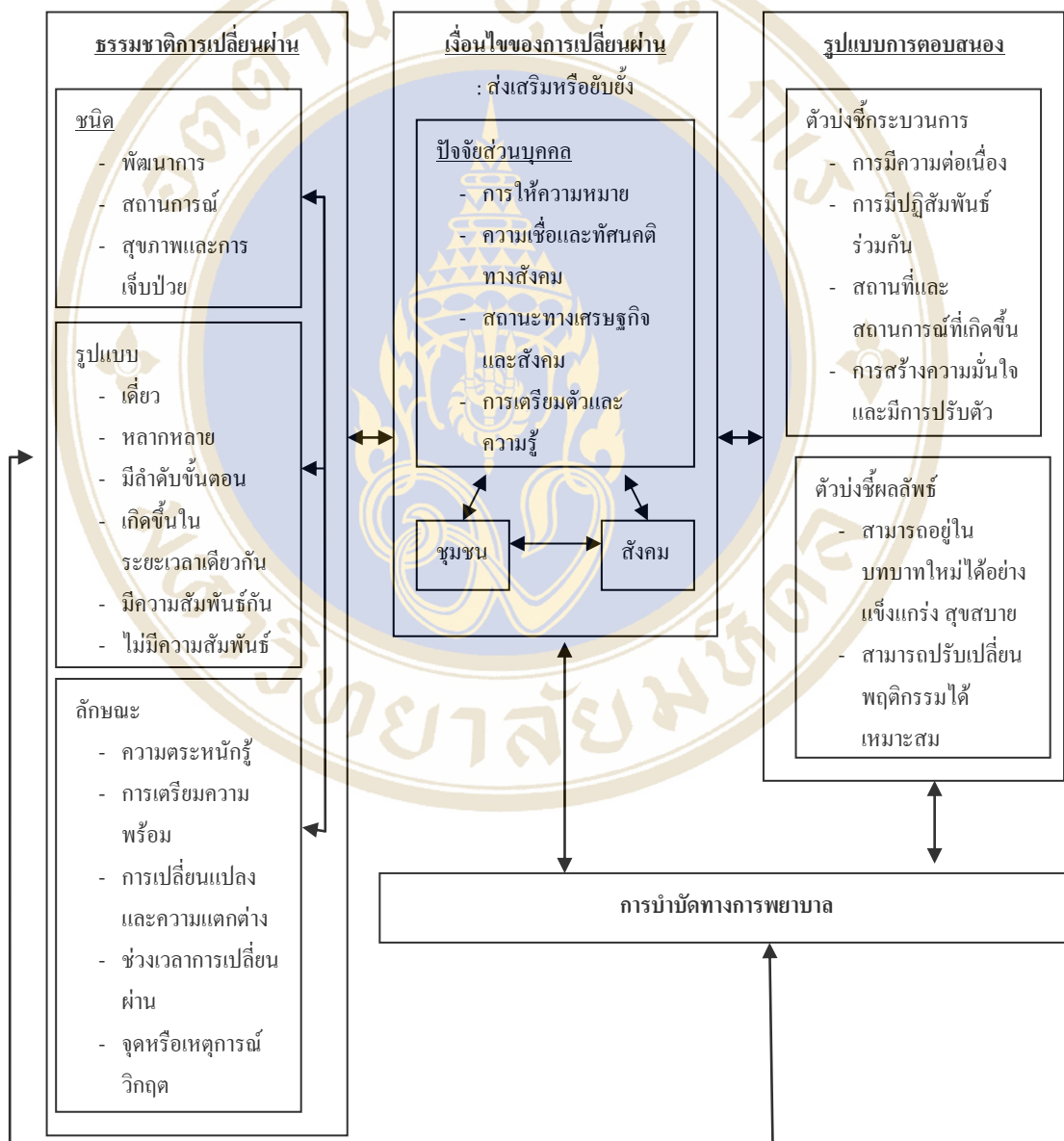
2.3. สังคม (Society)

3. รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of Response)

3.1. ตัวบ่งชี้กระบวนการ (Process Indicators)

3.2. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

4. การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics)



รูปภาพที่ 2 กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000)

มโนทัศน์ที่ 1 ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน (Nature of the Transition) เป็นมโนทัศน์ที่ประกอบไปด้วยชนิด, รูปแบบ และลักษณะของการเปลี่ยนผ่านดังนี้

1.1 ชนิดของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition) เป็นการแบ่งชนิดหรือปรากฏการณ์ในการเปลี่ยนผ่านจากจุดหนึ่งของชีวิต หรือจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งของชีวิตซึ่งมี 4 ชนิด คือ การเปลี่ยนผ่านตามระยะพัฒนาการ (Developmental transition) ได้แก่ การเปลี่ยนผ่านของบุคคลในวัยต่างๆ การเปลี่ยนตามสถานการณ์ (Situational transition) ได้แก่ การเปลี่ยนระดับการศึกษา การเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทวิชาชีพ การเป็นหม้าย การเปลี่ยนตามสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health/Illness transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย และส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เช่น การเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด การเปลี่ยนผ่านตามระบบขององค์กร (Organizational transition) เป็นการเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อชีวิตการทำงานของคนในองค์กรและผู้รับบริการ หรือเป็นการเปลี่ยนผ่านของสิ่งแวดล้อมทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และมีผลกระทบต่อบุคคลในองค์กรหรือสังคมนั้น

1.2 รูปแบบของการเปลี่ยนผ่าน (Patterns of transition) การเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นอาจเป็นการเปลี่ยนผ่านชนิดเดียวหรือหลายชนิดเกิดขึ้นในบุคคลพร้อมๆ กัน การเปลี่ยนผ่านหลายชนิดที่เกิดขึ้นอาจมีลำดับขั้นตอนในการเกิด หรือเกิดในระยะเวลาเดียวกัน และอาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนผ่านทั้งตามระยะพัฒนาการ คือ การเข้าสู่วัยสูงอายุ และการเปลี่ยนผ่านตามภาวะการเจ็บป่วยโดยเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งการเปลี่ยนผ่านทั้งสองชนิดเกิดขึ้นในบุคคลและเกิดในเวลาเดียวกัน

1.3 ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Properties of transition) เป็นลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งของการเปลี่ยนผ่าน เกิดขึ้นอย่างมีทิศทางและมีการเปลี่ยนแปลงในคุณลักษณะ บทบาทความสัมพันธ์ ความสามารถ และแบบแผนของพฤติกรรม คือ บุคคลต้องมีการตระหนักรู้ (Awareness) ซึ่งเป็นการรับรู้ และการยอมรับตามประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน มีการเตรียมพร้อม (Engagement) เป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นของบุคคลต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น เช่น การเสาะหาข้อมูลต่างๆ การปฏิบัติตามตัวแบบ มีการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่าง (Change and Difference) เป็นการพิจารณาว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าถาวรหรือชั่วคราว มีความสำคัญหรือร้ายแรง ตรงตามคาดหวังของบุคคล ครอบครัว และสังคมหรือไม่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นตัวตน สัมพันธภาพ ความสามารถและรูปแบบของพฤติกรรม มีระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Time Span) เป็นการระบุจุดสิ้นสุดของชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมเป็นการเริ่มต้นชีวิตใหม่ มีจุดหรือเหตุการณ์ที่เกิดวิกฤต (Critical Points and Events) ที่ทำให้เกิดการตระหนักในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างไปจากเดิม

มโนทัศน์ที่ 2 เงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน (Transition Condition: Facilitators & Inhibitors) เป็นกรอบในการประเมินบุคคล ครอบครัว หรือองค์กร เพื่อให้เข้าใจถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่าน ซึ่งเป็นตัวทำนายว่าการเปลี่ยนผ่านที่เกิดหรือกำลังจะเกิด จะผ่านพ้นไปได้โดยง่าย หรือจะมีความยากลำบาก ซึ่งมีเงื่อนไขต่างๆ ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal) ได้แก่ การให้ความหมาย (Meanings) เป็นการประเมินตัดสินการเปลี่ยนผ่านว่ามีผลทางด้านบวก ผลทางด้านลบ หรือผลเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน ความเชื่อและทัศนคติทางสังคม (Cultural beliefs & attitudes) ในบริบทของสังคมที่แตกต่างกัน ความเชื่อทางวัฒนธรรมและทัศนคติมีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล ถ้าความเชื่อทางวัฒนธรรมนั้นๆ เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนผ่านเป็นสิ่งที่น่าละอาย อาจยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status) มีผลต่อกระบวนการเปลี่ยนผ่านซึ่งอาจส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น เช่น บุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีจะสามารถผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายกว่าบุคคลที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี การเตรียมการและความรู้ (Preparation & knowledge) เมื่อบุคคลที่มีการเตรียมการและความรู้ที่ดีก็จะส่งผลให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้อย่าง

2.2 ชุมชน (Community) เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่านของบุคคล เงื่อนไขทางด้านชุมชน ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว คู่สมรส ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

2.3 สังคม (Society) เป็นลักษณะหรือสถานการณ์ของสังคมนั้นๆ ซึ่งมีผลในการสนับสนุนหรือยับยั้งกระบวนการเปลี่ยนผ่าน

มโนทัศน์ที่ 3 รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of Response) เป็นรูปแบบหรือตัวบ่งชี้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ว่าเป็นไปได้อย่างสมบูรณ์ คือ

3.1. ตัวบ่งชี้กระบวนการ (Process Indicators) ประกอบไปด้วย การมีความต่อเนื่อง (Feeling connected) ของการกระทำใหม่ที่ต่อเนื่องมาจากการกระทำเก่า การมีปฏิสัมพันธ์ (Interacting) เมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นก็จะมีการพัฒนาพฤติกรรมอย่างเปิดเผย ชัดเจน และยอมรับในการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น มีความเข้าใจในสถานที่และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Location and situated) โดยเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมา มีการสร้างความมั่นใจและมีการปรับตัว (Developing confidence and coping) เป็นการแสดงถึงระดับความเข้าใจของบุคคลกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น

3.2. ตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ (Outcome Indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของบุคคล ทำใหบุคคลมีความสามารถในการอยู่กับบทบาทใหม่ได้อย่างแข็งแกร่ง สุขสบาย

(Role mastery) มีความสามารถในด้านทักษะ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ และสามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสม (Fluid integrative identities)

มนทัศน์ที่ 4 การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics) เป็นวิธีการต่างๆ ที่พยาบาลจะสามารถจัดการช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สถานะใหม่ได้อย่างสมบูรณ์และง่ายขึ้น ประกอบด้วยบทบาทการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคและการรักษา การให้การช่วยเหลือ เช่น การให้ความรู้ การจัดสิ่งแวดล้อม และการใช้บทบาทของพยาบาล

จากการศึกษาแนวคิดของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ที่อธิบายว่ามนุษย์ทุกคนที่เกิดมาจะต้องมีการเปลี่ยนผ่านจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งในแต่ละช่วงชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สามารถเข้าสู่ภาวะการเปลี่ยนผ่านได้ง่ายหรือสะดวกขึ้น เมื่อทำความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านที่กำลังจะเกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะเกิดการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านได้ง่ายหรือสะดวกขึ้นนั้น ผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจในการเปลี่ยนผ่านที่กำลังจะเกิดขึ้น และคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนผ่าน เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านได้อย่างสมบูรณ์

การนำแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาใช้ในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยทำให้เกิดกระบวนการการเปลี่ยนผ่านซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แต่ถ้าหากทำความเข้าใจในกระบวนการการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น และทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ก็จะจัดการกับปัจจัยที่สามารถจัดการได้ ทำให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้อย่างขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ

ภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤต และเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ร่วมกับการสอดฟองดilatation ขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการใช้ยาตามมาตรฐาน ผู้ป่วยก็จะมีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และมีการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาใน

โรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแลเป็นดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ถ้าหากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านที่จะกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังที่บ้านได้ดี ก็จะส่งผลให้การเปลี่ยนผ่านนั้นเป็นไปได้ง่าย และเกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ไม่กลับมาพบแพทย์ก่อนกำหนด หรือ กลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากภาวะกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้นั้นมีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในครั้งนี้ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) คือ การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์เจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่บ้าน คือ การให้ความหมายและความคาดหวังในการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีตัวบ่งชี้กระบวนการว่าผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับการดูแลจากบุคลากรในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน คือ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความพร้อมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่ที่จะกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Shaefer, Anderson, & Simms, 1990) มีผู้ให้ความหมายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไว้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

Fenwick (1979) ให้ความหมายว่า เป็นการผสมผสานระหว่างปัจจัยทางด้านร่างกาย (physiological) จิตใจ (psychological) และสังคม (social) ซึ่งความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น เป็นความสมดุลระหว่างความสามารถ และข้อจำกัดของกระบวนการนึกคิด (cognitive) อารมณ์ (affective) และจิตใจ (psychological) แบ่งการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 5 ด้าน คือ ด้านการรักษา (Medical status) ด้านการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน (Functional readiness) ด้านจิตสังคม (Psycho-social readiness) ด้านทักษะการ

ติดต่อสื่อสาร (Readiness in communication skill) และด้านรูปแบบการดำเนินชีวิตในอนาคต (Readiness in future living patterns)

Weiss และ Piacentine (2006) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการตัดสินใจ (judgment) หรือการรับรู้สภาพของผู้ป่วย (patient's immediate state) และความสามารถ (abilities) ในการจัดการดูแลสุขภาพเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน และได้แบ่งประเภทความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านบุคคล (Personal status) ด้านความรู้ (Knowledge) ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Coping ability) และด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (Expected support)

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นรูปแบบหรือตัวบ่งชี้ของการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 4 ด้าน (Weiss, & Piacentine, 2006) คือ

1. ด้านบุคคล (Personal status) เป็นความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความรู้สึกปลอดภัยและมีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ด้านความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้ถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่ต้องการในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Coping ability) เป็นการรับรู้ในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขและจัดการปัญหาที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
4. ด้านความคาดหวังในการได้รับความช่วยเหลือ (Expected support) เป็นความคาดหวังของผู้ป่วยที่จะได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านอารมณ์และด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่จะได้รับภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยภายในบุคคลที่จะสนับสนุนหรือยับยั้งการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยจะมีการประเมินตัดสินใจการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้นตามประสบการณ์เดิมและข้อมูลที่ได้รับว่าการเปลี่ยนผ่านที่จะเกิดขึ้นมีผลทางด้านบวกทางด้านลบ หรือเป็นกลางๆ ต่อชีวิตของตน และอาจจะทราบหรือไม่ทราบว่าตนเองควรคาดหวังอะไรและความคาดหวังอาจจะอยู่หรือไม่อยู่ในโลกแห่งความจริง (Meleis, et al., 2000)

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแต่ละคนจะมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไป เนื่องจากการเจ็บป่วยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทันทีทันใด ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ป่วยไม่คาดคิด หรือเตรียมตัวมาก่อน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้สึกกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวก มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จากการศึกษาของอูมาจินทวิเศษ (2539) ในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 18 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความหมายการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาได้ และมีความคาดหวังที่จะหายจากโรค ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความพร้อมที่จะดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Petrie และคณะ (Petrie, et al., 2002) ในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 116 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวกจะมีการเตรียมตัวที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และการศึกษาของ Norekval และคณะ (Norekval, Moons, Hanestad, Nordrehaug, Wentzel-Larsen, & Fridlund, 2008) ที่ศึกษาในผู้ป่วยหญิงกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้านจำนวน 145 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความหมายการเจ็บป่วยในทางด้านบวก มีความรู้สึกว่าชีวิตของตนมีคุณค่า ได้รับบริการสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินชีวิต และสามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้มากขึ้น และการศึกษาของ Drory และคณะ (Drory, Kravetz, & Hirschberger, 2002) ในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 209 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังว่าจะสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

ผู้ป่วยที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยว่ามีผลทางด้านลบต่อชีวิตของตน จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนผ่านไปใช้ชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

จากการศึกษาของ Wiles (1998) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 25 ราย พบว่า ผู้ป่วย ที่ให้ความหมายของการเจ็บป่วยในทางด้านลบว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและเรื้อรัง ต้องได้รับการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กระตือรือร้นที่จะแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและไม่สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้ ผู้ป่วยจึงไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้อง กับการศึกษาของ Dichen และคณะ (Dichen, MacGowan, Percival, Tomenson, Cotter, & Heagerty, et al., 2008) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 269 ราย ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความหมายและความ คาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านลบ เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยจะเกิด ภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค และ การศึกษาของจริยา ดันติธรรม (2536) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 14 ราย พบว่า ผู้ป่วยทั้งหมดมีความคาดหวังว่าจะสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และเมื่อผู้ป่วยกลับไป อยู่บ้านได้ 8 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีความคาดหวังไม่ตรงตามความเป็นจริงจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ แต่เมื่อ กลับไปบ้านผู้ป่วยต้องดูแลตนเองจึงเกิดความรู้สึกกลุ้มใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการ ควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของโรค ทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาและดูแลตนเองได้ เกิดอาการ เจ็บหน้าอก 6 ราย และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ราย ส่วนผู้ป่วยที่มีความคาดหวังที่ตรง ตามความจริงว่าจะสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อพบปัญหาผู้ป่วยจะตรวจสอบหา สาเหตุของปัญหา เพิ่มความระมัดระวังในการดูแลตนเอง และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทาง สุขภาพ เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย (Health / Illness transition) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว (Meleis, et al., 2000) ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจมีหรือไม่มี ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน แต่ ประสบการณ์การเข้ารับการรักษามีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จาก การศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 120 คน พบว่า ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนจะมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแล ตนเองที่บ้านและกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมตามปกติเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากการเข้ารับการรักษาแต่ละครั้งผู้ป่วยจะได้รับความรู้ และคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์อาการที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า และสามารถแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นได้

สอดคล้องกับการศึกษาของ MacInnes (2006) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน เมื่อมีอาการแสดงของโรค ผู้ป่วยจะสามารถอมยาได้ ลื่น ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น และรีบเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทันที ส่วนการศึกษาของ Jensen และ Petersson (2003) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 30 คน ที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองและไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น และมีความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เกิดความท้อแท้และตำหนิตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dichen และคณะ (Dichen, et al., 2008) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 269 ราย ที่ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน ผู้ป่วยจะไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการบำบัดทางการพยาบาล ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจตลอดจนทักษะต่างๆ ที่จะสามารถพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่อีกสถานะหนึ่งได้อย่างสมบูรณ์ (Meleis, et al., 2000)

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการพยาบาลที่พยาบาลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการวางแผนจำหน่าย ซึ่ง Weiss และ Piacentine (2006) ได้แบ่งคุณภาพการสอนออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการสอน (Content amount) ประกอบไปด้วยข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ ยาและการรักษา และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และด้านทักษะการสอน (Content delivery) เป็นลักษณะหรือบุคลิกภาพของผู้สอนในการรับฟังและการตอบคำถามผู้ป่วย วิธีการสอน การประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย ความสอดคล้องและตรงกันของข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ช่วงเวลาและระยะเวลาในการสอน และจากการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 147 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลที่มีการเตรียมเนื้อหาการสอนและมีทักษะการสอนที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Artinian (1993) ในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยชายที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจจำนวน 67 ราย พบว่า นอกจากการได้รับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่มีเนื้อหาการสอนที่เหมาะสมแล้ว บุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีทักษะการสอนที่ดี คือสามารถอธิบาย และตอบคำถาม

ได้ มีเวลารับฟังปัญหาหรือข้อสงสัย ให้ข้อมูลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่คู่สมรสสามารถรับฟังได้ มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยและคู่สมรสในการกลับไปดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนการศึกษาของ Chan (1990) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญในข้อมูลเรื่องโรค อาหาร การใช้ยา การทำกิจกรรม การจัดการกับภาวะอารมณ์ และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และ Liles (2007) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 20 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลในเรื่องการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนและอาการแสดงของโรค การรักษาและการปฏิบัติกิจกรรม ก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจากการศึกษาของ Duryee (1992) พบว่า เนื้อหาการสอนที่เหมาะสมในเรื่องการดูแลตนเองที่บ้าน การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การปฏิบัติกิจกรรม การเลิกสูบบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเนื้อหาที่เหมาะสมขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลที่ได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลลดความวิตกกังวล และสามารถดูแลตนเองและผู้ป่วยได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ทำให้ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Driscoll, 2000) แต่ข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพนั้นจะต้องมีความสอดคล้องและตรงกันจึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีทักษะและความรู้ที่จะดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ไม่ครอบคลุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Heine, Koch, & Glodie, 2004) ดังเช่นการศึกษาของศิริลักษณ์ (2543) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 33 คน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติกิจกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคได้ ดังนั้นการสอนผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะต้องมีเนื้อหาที่เหมาะสมและครอบคลุม ผู้สอนต้องมีทักษะการสอนที่ดีจึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนผ่านจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุป ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) สามารถอธิบายการเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการรักษาว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะสามารถเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้นั้น ผู้ป่วยต้องมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวบ่งชี้กระบวนการการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน คือ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังไม่อาจมีข้อสรุปที่ชัดเจนว่า ปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้หรือไม่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่จะกลับไปดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฟองหลอดเลือดหัวใจ และการใช้ยาตามมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน ในหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถตอบแบบสอบถามวิจัยได้

คุณสมบัติที่คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขณะรับการรักษา
2. ผู้ป่วยวางแผนที่จะเข้ารับการรักษาต่อในสถานพักฟื้น ซึ่งไม่ได้จำหน่ายกลับบ้าน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 100 ราย โดยการคำนวณ power analysis (Polit, & Beck, 2008) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดค่า power of test 0.80 ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) ในการคำนวณ 3 ตัวแปรอิสระ โดยมีสูตรดังนี้

$$N = L / \gamma + K + 1$$

แทนค่าในสูตรได้ $N = 10.90/0.149 + 3 + 1 = 77$

หมายเหตุ $N =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$K =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมด

$L =$ ค่าที่ได้จากการเปิดตารางแอลฟา กับ power $\gamma =$ estimate effect size

จากการแทนค่าในสูตรจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผู้ป่วยทั่วไป มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ และหลอดเลือดให้การรักษากลิ้มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฟองขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ หรือการใช้ยาตามมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน จากสถิติโรงพยาบาลศิริราชปี 2549 พบว่ามีผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 955 คน (เวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราช) ซึ่งผู้ป่วยและญาติจะได้รับการสอนเรื่องการดูแลตนเองโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล (ภาคผนวก ก) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน รายได้ ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ประสพการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาที่ได้รับ ระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน Ejection Fraction วันที่เข้ารับการรักษา วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ปัญหาสุขภาพอื่นๆ การพบแพทย์ก่อนกำหนดและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย เป็น

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังหลังผ่าตัดของบังอร เหลือมเจริญ (2545) ซึ่งได้พัฒนามาจากแบบสอบถามความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of Coherencs, SOC) ของ Antonovsky (1987) โดยปรับปรุงประโยคในบางข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

- ด้านการให้ความหมายของการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 3, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 15 และ 17
- ด้านความคาดหวังของการเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 4, 9, 11, 12, 14, 16 และ 18

แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย เป็นข้อคำถามทางด้านบวกจำนวน 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 6, 7, 10, 11, 12, 15, 17 และ 18 และข้อคำถามทางด้านลบจำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 5, 8, 9, 13, 14 และ 16 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามทางด้านบวก คือ เลข 0 (0 คะแนน) ถึงเลข 10 (10 คะแนน) และในข้อคำถามทางด้านลบ คือ เลข 0 (10 คะแนน) ถึงเลข 10 (0 คะแนน) โดยมีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 และเลข 10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 – 180 คะแนน ผู้ที่มีคะแนนต่ำจะมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยของการเจ็บป่วยทางด้านลบ ส่วนผู้ที่มีคะแนนสูงจะมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรภาคชั้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนน	0 - 60	แสดงว่า	ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านลบ
ผู้ที่ได้คะแนน	61 - 120	แสดงว่า	ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยเป็นกลาง
ผู้ที่ได้คะแนน	121 - 180	แสดงว่า	ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก

บังอร เหลือมเจริญ (2545) ได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดสอบในผู้ป่วยผ่าตัดคลองเสียงจำนวน 60 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.82

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่

พัฒนาโดย Weiss และ Piacentine (2006) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย และใช้วิธีการแปลย้อนกลับ

(Double Back-translation techniques) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

- ด้านเนื้อหาการสอน (Content amount) จำนวน 6 ข้อ คือ ข้อ 1-6 โดยในแต่ละข้อจะประกอบด้วยข้อคำถามเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลที่ต้องการ (Content needed) กับข้อมูลที่ได้รับจากการสอน (Content received) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งในส่วนของข้อมูลที่ต้องการไม่นำมาคิดคะแนน

- ด้านทักษะการสอน (Content delivery) จำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 7-18 เป็นข้อคำถามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการสื่อสาร อธิบาย และความเอาใจใส่ของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล เป็นข้อคำถามทางด้านบวกทั้งหมด 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมได้จากคะแนนของข้อมูลที่ได้รับจากการสอน (Content received) และทักษะการสอน (Content delivery) ซึ่งอยู่ในช่วง 0-180 คะแนน ผู้ที่ให้คะแนนน้อยแสดงว่าคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่ให้คะแนนสูงแสดงว่าคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนน	0 - 60	แสดงว่า	คุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
ผู้ที่ได้คะแนน	61 - 120	แสดงว่า	คุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
ผู้ที่ได้คะแนน	121 - 180	แสดงว่า	คุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาลอยู่ในระดับดี

Weiss และ Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 113 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.89 ต่อมา Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.92

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่ง Weiss และ Piacentine (2006) ได้พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอดบุตร (Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale; PRDBS) โดยศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Double Back-translation techniques) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ

- ด้านความพร้อมที่จะกลับบ้าน จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 1
- ด้านบุคคล จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 2-8 เป็นข้อคำถามการรับรู้ถึงความแข็งแรงของสภาพร่างกายและจิตใจก่อนออกจากโรงพยาบาล
- ด้านความรู้ จำนวน 8 ข้อ คือ ข้อ 9-16 เป็นข้อคำถามการรับรู้ถึงความเหมาะสมของข้อมูลที่ต้องการในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 17-19 เป็นข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการและการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
- ด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 20-23 เป็นข้อคำถามการรับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 21 ข้อ และข้อคำถามทางด้านลบ 2 ข้อ โดยข้อ 1 เป็นข้อคำถามความพร้อมที่จะกลับบ้าน ให้เลือกตอบว่าพร้อม หรือไม่พร้อม ข้อ 2-23 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึง ไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 หมายถึง พบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-220 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนน้อย แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ส่วนผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยได้แปลผลคะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนจากการหาอันตรายภาคขึ้น (วิราพร พงศ์อาจารย์, 2542) ดังนี้

ผู้ที่ได้คะแนน	0 - 73	แสดงว่า	ผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ
ผู้ที่ได้คะแนน	74 - 147	แสดงว่า	ผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
ผู้ที่ได้คะแนน	148 - 220	แสดงว่า	ผู้ป่วยมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง

Weiss และ Piacentine (2006) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลไปทดสอบในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 121 ราย มารดาหลังคลอดบุตรจำนวน 122 ราย และบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจำนวน 113 ราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.90 ต่อมา Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ได้นำไปทดสอบในผู้ป่วยผู้ใหญ่อายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 147 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.93 และศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ได้นำแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 180 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.85

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และแบบสอบถามคุณภาพการสอนไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ข) ประกอบไปด้วย แพทย์ผู้ชำนาญทางด้านหทัยวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 ท่าน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้วิจัยนำคำแนะนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในเรื่องความเหมาะสมของภาษา

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) ดังนี้

แบบวัดการให้ความหมายและความคาดหวังของความเจ็บป่วย = 0.77

แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล = 0.91

แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล = 0.87

เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 100 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ออกมาหาค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) ดังนี้

แบบวัดการให้ความหมายและความคาดหวังของความเจ็บป่วย	= 0.87
แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล	= 0.85
แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล	= 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงร่างการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช
2. เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวช หัวหน้าหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกล่ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้
 - 4.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
 - 4.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 คน มีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจึงเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างรับฟังก่อนการตอบแบบสอบถาม
5. ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ในเรื่องการพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช เมื่อผ่านการพิจารณา ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกยกเลิกได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มประชากร หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS 16.0) ดังนี้

1. หาค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมาใช้ในการวิเคราะห์คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ในการทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumptions) ของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในภาคผนวก ง)

ก่อนการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้แปลงประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษาเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ที่มี 2 ค่า (Dichotomous) เป็น 0 คือ ไม่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และ 1 คือ เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 100 ราย นำเสนอผลการวิจัยดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 67 มีอายุอยู่ในช่วง 36 ถึง 97 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.46 ปี ($\bar{X} = 65.46$, median = 66.00, S.D. = 12.08) สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 95 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 39 ในจำนวนนี้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ คิดเป็นร้อยละ 69.23 และเกษียณอายุราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 30.77 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 ถึง 30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 46 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 59 และมีผู้ดูแลช่วยเหลือที่บ้านอยู่ในช่วง 0 ถึง 7 คน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านประชากร (n=100)

ลักษณะด้านประชากร	ร้อยละ
อายุ	
ค่าเฉลี่ย 65.46 ปี, ค่ามัธยฐาน 66 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.08, พิสัย 36 - 97	
เพศ	
ชาย	67
หญิง	33
สถานภาพสมรส	
โสด	5
คู่	65
หม้าย, หย่า, แยก	28
สมณะเพศ	2
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียน	9
ประถมศึกษา	51
มัธยมศึกษา	16
ประกาศนียบัตร	9
ปริญญาตรี	12
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	3
ศาสนา	
พุทธ	95
อิสลาม	3
คริสต์	2
จำนวนผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน	
พิสัย 0 - 7	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะด้านประชากร	ร้อยละ
อาชีพ	
ทำงานบ้าน	13
รับจ้าง	13
ค้าขาย	16
ทำนา, ทำสวน, ทำไร่	9
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39
พระภิกษุสงฆ์	2
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	
< 5,000	12
5,001 - 10,000	15
10,001 - 30,000	46
30,001 - 50,000	13
> 50,001	14
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอ	6
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	59
มีเงินเหลือเก็บ	35

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI คิดเป็นร้อยละ 69 และเป็นชนิด STEMI คิดเป็นร้อยละ 31 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ส่วนใหญ่มีตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านหน้า คิดเป็นร้อยละ 51.61 ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฟองชดวลดำยันหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 50 มีระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 65 มีค่า Ejection Fraction มากกว่าร้อยละ 50 คิดเป็นร้อยละ 49 มีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 2 ถึง 35 วัน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 7 วัน (S.D. = 6) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70 ไ้ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 52 โรคเบาหวาน คิด

เป็นร้อยละ 47 โรคไตคิดเป็นร้อยละ 21 โรคเกาต์ คิดเป็นร้อยละ 7 มีพฤติกรรมสุขภาพ คือ สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 14 ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 5 ใช้สิทธิการรักษาเบิกจากต้นสังกัดหน่วยงานราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 65 และภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน กลุ่มตัวอย่างมีการพบแพทย์ก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 1 และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 7 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะด้านสุขภาพ (n=100)

ลักษณะด้านสุขภาพ	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค	
STEMI	31
NSTEMI	69
ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=31)	
ด้านหน้า	51.61
ด้านล่าง	29.03
ด้านหน้าและด้านข้าง	3.23
ด้านข้าง	3.23
ด้านล่างและด้านหลัง	6.45
หลายด้าน	6.45
การรักษาที่ได้รับ	
ยาละลายลิ่มเลือด	2
การขยายหลอดเลือดหัวใจ	2
การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับใส่ขดลวดที่หลอดเลือดหัวใจ	50
การรักษาตามมาตรฐาน	46
ระดับความรุนแรงของโรค	
ระดับที่ 1	65
ระดับที่ 2	29
ระดับที่ 3	6

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะด้านสุขภาพ	ร้อยละ
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	
ไม่เคย	65
เคย	35
สิทธิการรักษาครั้งนี้	
เสียค่าใช้จ่ายเอง	1
ประกันสังคม	3
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	36
เบิกจากต้นสังกัดหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	60
Ejection Fraction	
≤ 30	4
31- 50	19
> 50	49
ไม่มีข้อมูล	28
ปัญหาสุขภาพอื่นๆ	
ไม่มี	5
ไม่ทราบ	3
โรคร่วม (n = 92)	
เบาหวาน	47
ความดันโลหิตสูง	70
ระดับไขมันในเลือดสูง	52
ไต	21
เกาต์	7
หลอดเลือดสมอง	3
ต่อมลูกหมากโต	3
กระเพาะอาหาร	3
หอบหืด	2

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะด้านสุขภาพ	ร้อยละ
พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	
สูบบุหรี่	14
ดื่มสุรา	5
จำนวนวันนอนรักษา	
ค่าเฉลี่ย 7 วัน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6, พิสัย 2 – 35	
การพบแพทย์ก่อนกำหนด	1
การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	7

ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยโดยรวมทางด้านบวก ($\bar{X} = 131.45$, S.D. = 35.17) โดยให้คะแนนด้านการให้ความหมาย ($\bar{X} = 63.60$, S.D. = 21.46) และด้านความคาดหวัง ($\bar{X} = 67.85$, S.D. = 16.02) ทางด้านบวกทั้งสองด้าน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย (n = 100)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
	แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง			
การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	0 – 180	40 – 180	131.45	35.17	บวก
ด้านการให้ความหมาย	0 - 90	0 - 90	63.60	21.46	บวก
ด้านความคาดหวัง	0 - 90	28 - 90	67.85	16.02	บวก

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 123.92$, S.D. = 31.85) โดยให้คะแนนคุณภาพด้านเนื้อหาการสอนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.80$, S.D. = 24.00) และให้คะแนนคุณภาพด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 98.12$, S.D. = 16.79) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย
ออกจากโรงพยาบาล ($n = 100$)

แบบวัด	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ
	แบบ วัด	กลุ่ม ตัวอย่าง			
คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลโดยรวม	0 - 180	45 - 180	123.92	31.85	ดี
คุณภาพการสอนด้านเนื้อหา					
ความต้องการข้อมูล	0 - 60	0 - 60	42.80	17.04	ดี
ข้อมูลที่ได้รับ	0 - 60	0 - 60	25.80	24.00	ปาน กลาง
คุณภาพการสอนด้านทักษะการสอน	0 - 120	40 - 120	98.12	16.79	ดี

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 176.19$, S.D. = 28.84) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมด้านบุคคล ($\bar{X} = 58.28$, S.D. = 10.24) ด้านความรู้ ($\bar{X} = 57.02$, S.D. = 17.04) ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 25.33$, S.D. = 6.46) และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 35.53$, S.D. = 7.26) อยู่ในระดับสูงทุกด้าน (ตารางที่ 5)

กลุ่มตัวอย่างพร้อมที่จะกลับบ้านให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 178.03$, S.D. = 27.61) โดยกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมด้านบุคคล ($\bar{X} = 59.29$, S.D. = 9.27) ด้านความรู้ ($\bar{X} = 58.16$, S.D. = 16.14) ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 25.29$, S.D. = 6.53) และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 35.25$, S.D. = 7.48) อยู่ในระดับสูงทุกด้าน (ตารางที่ 5)

กลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมที่จะกลับบ้านให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 155.00$, S.D. = 35.99) โดยกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมด้านบุคคล ($\bar{X} = 46.62$, S.D. = 14.07) และด้านความรู้ ($\bar{X} = 43.88$, S.D. = 22.41) อยู่ในระดับปานกลาง และให้คะแนนความพร้อมด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 25.75$, S.D.

= 5.97) และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 38.75$, S.D. = 2.32) อยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (n = 100)

แบบวัด	กลุ่มตัวอย่าง (n = 100)			พร้อมที่จะกลับบ้าน (n = 92)			ไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน (n = 8)		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
ความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล	176.19	28.84	สูง	178.03	27.61	สูง	155.00	35.99	สูง
ด้านบุคคล	58.28	10.24	สูง	59.29	9.27	สูง	46.62	14.07	ปานกลาง
ด้านความรู้	57.02	17.04	สูง	58.16	16.14	สูง	43.88	22.41	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา	25.33	6.46	สูง	25.29	6.53	สูง	25.75	5.97	สูง
ด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ	35.53	7.26	สูง	35.25	7.48	สูง	38.75	2.32	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.467, p < 0.05$) (ตารางที่ 6) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวกจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.122, p > 0.05$) (ตารางที่ 6) แสดงว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.291, p < 0.05$) (ตารางที่ 6) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพดีจะมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาในรายด้านของคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าด้านเนื้อหาการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.083, p > 0.05$) และด้านทักษะการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.446, p < 0.05$)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	1.000							
2. การให้ความหมายของการเจ็บป่วย	.954**	1.000						
3. ความคาดหวังของการเจ็บป่วย	.917**	.756**	1.000					
4. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา	-.122 ^{ns}	-.114 ^{ns}	-.115 ^{ns}	1.000				
5. การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.027 ^{ns}	-.046 ^{ns}	.122 ^{ns}	-.189 ^{ns}	1.000			
6. เนื้อหาการสอน	-.123 ^{ns}	-.172 ^{ns}	-.038	-.188 ^{ns}	.874**	1.000		
7. ทักษะการสอน	.207*	.131	.280**	-.121 ^{ns}	.787**	.389**	1.000	
8. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.467**	.387**	.506**	-.082 ^{ns}	.291**	.083 ^{ns}	.446**	1.000

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) (ตารางที่ 7) พบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยเป็นตัวทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากที่สุด และสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 21.8 ($R^2 = 0.218$, $p < 0.05$) จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายคือ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นที่ 2 พบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 29.5 ($R^2 = 0.295$, $p < 0.05$) ดังนั้นการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีรูปแบบของสมการการทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2$$

$$Y = 95.44 + .377x_1 + .252x_2$$

โดยที่ Y = ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

a = Constant (a) = 95.44

x₁ = การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย

x₂ = การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ตารางที่ 7 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	R	R ²	F	b	SEb	β	t
	Change						
การให้ความหมายและ ความคาดหวังของการเจ็บป่วย	.467	.218	27.291	.383	.073	.467	5.224**
การให้ความหมายและ ความคาดหวังของการเจ็บป่วย				.377	.070	.459	5.385**
การสอนก่อนจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล	.543	.295	10.675	.252	.077	.279	3.267**
Constant (a) = 95.44, ** p<0.01							

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย อภิปรายผลการศึกษาวิจัย ดังนี้

ลักษณะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการศึกษา

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ลักษณะผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 68) มีอายุอยู่ในช่วง 36-97 ปี ($\bar{X}$ = 65.46, median = 66, S.D. = 12.08) และร้อยละ 69 อยู่ในวัยสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าในผู้ป่วยเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี (นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2549; พงษ์นิกรณ อึ้งรัตนชัย, 2550; รุ่งทิพย์ พงษ์เจริญวรัญญ 2550; ศรีรัตน ศรีประสงค์, 2551) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ น้อยกว่าเพศหญิง (จิตหทัย สุขสมัย, 2543)

การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ แต่เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี พบว่ามีร้อยละ 6 ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ทำให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ให้พลังงานและไขมันสูง และขาดการออกกำลังกาย (Kosulwat, 2006) ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ซึ่ง

เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (Anderson, Pfeffer, Thune, McMurray, Califf, Velazquez, et al., 2008; ศรีรัตน ศรีประสงค์, 2551; Oliveira, Barros, Azevedo, Bastos, & Lopes, 2009) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70) ระดับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 47) มีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคร่วม และร้อยละ 3 ที่ไม่ทราบว่าตนเองมีโรคร่วมอะไรบ้าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ไม่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน กลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 62.09 ปี ซึ่งมีอายุน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งมีอายุเฉลี่ย 71.71 ปี และมีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา ที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนมีอายุเฉลี่ย 64 ปี (จริยา ดันดิธรรม, 2536; ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์, 2543; ศรีรัตน ศรีประสงค์, 2551) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนมีอายุเฉลี่ย 70.65 ปี (MacIntyre, Stewart, Capewell, Chalmers, Pell, Boyd, et al., 2001)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ในจำนวนนี้เกษียณอายุราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 30.77) และไม่สามารถประกอบอาชีพได้ (ร้อยละ 69.23) จากกรณีปัญหาสุขภาพ แต่ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 59) ทั้งนี้เนื่องจากใช้สิทธิการรักษาเบิกจากหน่วยงาน (ร้อยละ 60) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 36) และใช้สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 3) จึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประกอบกับส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) เมื่อเจ็บป่วยจึงมีคู่สมรสคอยดูแล และมีบุตรหลานเป็นผู้ร่วมดูแลเอาใจใส่ เกือบทุกด้านเงิน และสิ่งของเครื่องใช้

กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NSTEMI (ร้อยละ 69) และ STEMI (ร้อยละ 31) ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50) ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีตำแหน่งการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านหน้าคิดเป็นร้อยละ 48.39 โดยร้อยละ 41 ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 4 วัน ทั้งนี้เนื่องจากมีสภาพร่างกายที่ดี คือ Ejection Fraction มากกว่าร้อยละ 30 (ร้อยละ 68) และระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1-2 (ร้อยละ 94) ส่งผลให้ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 28 วัน กลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 1 ด้วยอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย และหน้ามืด และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 7 ด้วยอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นแล้วอาการไม่ดีขึ้น มีเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก และมีบวมตามมือและเท้า

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 176.19$, S.D. = 28.84) (ตารางที่ 5) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในด้านบุคคล ($\bar{X} = 58.28$, S.D. = 10.24) ด้านความรู้ ($\bar{X} = 57.02$, SD = 17.04) ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 25.33$, SD = 6.46) และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 35.53$, SD = 7.26) อยู่ในระดับสูงทุกด้าน และมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน (single item) คิดเป็นร้อยละ 92 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนผ่านจากการอยู่ในโรงพยาบาลที่มีบุคลากรทางสุขภาพให้การดูแล เป็นกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีความพร้อมในด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลืออยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีความพร้อมจะกลับบ้าน (single item) เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จึงยอมรับและเข้าใจว่าได้รับการรักษาจนหายแล้ว สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ประกอบกับระหว่างรับการรักษาไม่มีอาการเจ็บป่วยปรากฏขึ้นมาอีก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ไม่เหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอก และรับรู้สภาพร่างกายกลับเป็นปกติ จึงพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความพร้อมจะกลับบ้าน (ร้อยละ 8) แม้จะให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าให้คะแนนความพร้อมในด้านบุคคล และความรู้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จึงเกิดความรู้สึกว่าสภาพร่างกายและจิตใจยังไม่พร้อม และมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Heine และคณะ (Heine, et al., 2004) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกจำนวน 6 ราย พบว่าผู้ป่วยที่บกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรม และได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุมและชัดเจนในการดูแลสุขภาพ ไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

เมื่อพิจารณาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) มีความพร้อมในด้านบุคคลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง และส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตร

ประจำวันได้ดีโดยไม่เหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอก จึงมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แต่มีความพร้อมในด้านความรู้ต่ำที่สุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 4 วัน ถึงร้อยละ 41 ทำให้ลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างและญาติจะได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และฝึกทักษะในกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการ โดยมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.80$, S.D. = 17.04) (ตารางที่ 4) แต่ได้รับข้อมูลจากพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.80$, SD = 21.31) สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ ทานอง (2541) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 20 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน และครอบคลุมโดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการพบแพทย์ก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 1 ด้วยอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย และหน้ามืด และมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 7 ด้วยอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อมยาได้ลิ้นแล้วไม่ดีขึ้น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ มีบวมตามมือและเท้า ซึ่งเป็นอัตราการพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ต่ำ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) คือ ผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น มีการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีความสามารถในการทักษะการดูแลตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษา กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.467$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 6)

ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวก ($\bar{X} = 131.45$, S.D. = 35.17) (ตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนของการให้ความหมายของการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 63.60$, S.D. = 21.47) และความคาดหวังของการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 67.85$, S.D. = 16.02) ในทางด้านบวกเช่นกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยครั้งนี้ว่ามีผลกระทบต่อตนเองในทางด้านบวก คือเป็นโรคที่รักษาได้ มีความคาดหวังที่จะหายจากโรค และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่รักษาว่าเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ดีที่สุดในประเทศไทย มีแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคที่ซับซ้อน จึงมั่นใจว่าการรักษาในครั้งนี้จะประสบความสำเร็จ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเดียวกันส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี และช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เหน็ดเหนื่อยหรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงคาดหวังว่าตนเองก็จะประสบความสำเร็จเช่นกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 65) และอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงได้รับการดูแลช่วยเหลือและห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวขณะอยู่โรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเช่นเดียวกับที่อยู่ในโรงพยาบาล และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวิริงรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางสุขภาพ ในเรื่องการดูแลเอาใจใส่ การให้การดูแลช่วยเหลือ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาได้ และมีความคาดหวังที่จะหายจากโรค

กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 4) ที่ให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านลบ โดยให้ความหมายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงมาก รักษาไม่หายขาด ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ถ้ากลับเป็นซ้ำอีกอาการจะรุนแรงขึ้นกว่าเดิม และถ้าอาการไม่ดีขึ้นอาจต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจหรือเสียชีวิตได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้กล่าวว่า “ถ้ากลับไปอยู่บ้าน คงไม่ทำอะไร ปล่อยให้ลูกหลานทำกันเอง กลัวจะกลับเป็นโรคซ้ำอีก ถ้าเป็นอีกครั้งคงต้องตายแน่ๆ” “ไม่แน่ใจว่าจะดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ กลัวผลอะไรที่เป็นข้อห้าม” “ไม่กล้าอยู่คนเดียวที่บ้าน ถ้ามีอาการแน่นหน้าอกเหมือนที่ผ่านมาแล้วไม่มีใครช่วยเหลือ คงต้องตายแน่ๆ” จึงไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiles (1998) ที่

พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ให้ความหมายของโรคว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและเรื้อรัง ถึงแก่ชีวิตได้ จะไม่กระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้ และมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวก และตรงตามความเป็นจริง จะส่งผลให้เกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และสามารถที่จะจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ที่พบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวก และตรงตามความเป็นจริง จะทำให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.291, p < 0.05$) (ตารางที่ 6) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่ศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนที่มีคุณภาพดี มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนโดยรวมก่อนออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 123.92, SD = 31.85$) (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.80, S.D. = 21.31$) และด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 98.12, SD = 16.79$) ซึ่งหมายถึง เนื้อหาที่พยาบาลสอนในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่สอดคล้องกับตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง แต่พยาบาลที่สอนสามารถสื่อสาร อธิบาย และเอาใจใส่ในการสอนเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของณาดยา ขนุนทอง (2543) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลที่ดูแลอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาลที่ดูแล ต่างจากการศึกษาของ Oterhals และคณะ (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 111 ราย พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ และครอบคลุมที่จะนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน และ

การศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมให้คะแนนคุณภาพการสอนอยู่ในระดับดี คือได้รับการสอนที่มีเนื้อหาการสอนสอดคล้องกับตามความต้องการ และพยาบาลที่สอนสามารถสื่อสาร อธิบาย และเอาใจใส่ในการสอนเป็นอย่างดี

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย คุณภาพด้านเนื้อหาที่สอน และคุณภาพด้านทักษะการสอน การศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพการสอน มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaefer และคณะ (Schaefer, et al., 1990) และ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ทั้งนี้เนื่องจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยและญาติที่จะกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ซึ่งมีเนื้อหาการสอนที่จำเป็นในการดูแลตนเองในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยา การปฏิบัติตามการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการตรวจตามนัด ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนนั้นจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลเมื่อได้รับการจำหน่าย

คุณภาพการสอนด้านเนื้อหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.083, p > 0.05$) ซึ่งหมายถึง เนื้อหาการสอนไม่มีผลต่อความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) ได้รับข้อมูลน้อยกว่าที่ต้องการ โดยมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.80, S.D. = 17.04$) และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาล ($\bar{X} = 25.80, SD = 21.31$) ในทุกด้าน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่พยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จากการที่จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลมีจำนวนมากไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลใช้เวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลง ประกอบกับความไม่เป็นสัดส่วนของสถานที่ขณะที่พยาบาลให้ข้อมูล จึงทำให้การรับรู้ข้อมูลต่างๆ นั้นลดลง ดังนั้นแม้ว่าพยาบาลส่วนใหญ่จะตระหนักถึงบทบาทและหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย มีความตั้งใจที่จะช่วยเหลือและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย แต่ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวจึงทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร สิริลีลา (2541) และฉันทยา ขนุนทอง (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลที่ดูแลอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาลที่ดูแล เนื่องจากพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการรักษา จึงทำให้มีเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลง

คุณภาพการสอนด้านทักษะการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.446, p < 0.05$) ซึ่งหมายถึง ทักษะการสอนของพยาบาล มีผลต่อความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97) ให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี แม้จะมีความต้องการด้านเนื้อหาการสอนมากกว่าที่ได้รับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการสอนของพยาบาล ที่มีท่าที่เป็นมิตร พูดยากเป็นกันเอง ให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย มีความกระตือรือร้น และใส่ใจรับฟังข้อสงสัยและข้อคำถาม สามารถตอบคำถามได้ชัดเจน ให้ข้อมูลในเวลาที่มีผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับข้อมูลและใช้เวลาในการสอนเหมาะสมกับเนื้อหาที่สอน ข้อมูลที่ได้รับมีความสอดคล้องและตรงกันกับที่ได้รับจากแพทย์ที่ให้การรักษา และพยาบาลได้สอบถามหรือประเมินความเข้าใจภายหลังการสอน สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าผู้ป่วยให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านทักษะอยู่ในระดับดี เนื่องจากพยาบาลสามารถอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ต่างจากการศึกษาของ Stewart และคณะ (Stewart, et al., 2000) ที่พบว่าพยาบาลไม่มีความกระตือรือร้น และใส่ใจในการให้ข้อมูลและรับฟังผู้ป่วย แต่จะให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยหรือญาติสอบถามเท่านั้น และคำตอบที่ได้รับนั้น ไม่ชัดเจนและครบถ้วนตามที่สอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ จะส่งผลให้เกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล แม้ว่าเนื้อหาการสอนจะไม่มีผลต่อความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง แต่ทักษะการสอนของพยาบาลในการสื่อสาร และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่สอนเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ที่บ้าน สอดคล้องกับ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ที่พบว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นวิธีการของพยาบาลในการจัดการช่วยเหลือ โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่จะเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยการให้ความรู้ หรือฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านสู่สภาวะใหม่ได้สมบูรณ์และง่ายขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเข้ารับการรักษากับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r = -0.122, p > 0.05$) ซึ่งหมายถึง การเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่พบว่า การเข้ารับการรักษาครั้งแรก หรือเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิมมาก่อน ไม่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่างจากการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ใน

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน มีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน โดยครึ่งหนึ่งเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และเคยได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่จากการซักถามพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ชัดเจน และครอบคลุมที่จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 72.03 ปี) ความสามารถในการรับรู้ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ถึงแม้ว่าจะได้รับการสอน แต่อาจขาดความรู้ความเข้าใจ จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Oterhals และคณะ (Oterhals, et al., 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ข้อมูลที่ได้รับจากการสอนน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และพบว่าข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเองที่ได้รับจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ตรงตามความต้องการชัดเจน และครอบคลุมที่จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.57) ให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าที่ได้รับจากการสอน โดยเฉพาะในด้านการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง เช่น การจัดยารับประทาน การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน ที่ให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ทั้งสองกลุ่มให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาการสอนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้านได้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ดูแลสุขภาพตนเองด้วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีผลต่อความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่เคย หรือเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนจึงมีความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์สถิติพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ของการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในการทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าการให้ความหมายและความหวังของการเจ็บป่วยสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 21.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 7.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการให้ความหมายและความหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 29.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก และได้รับคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยสามารถทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย เป็นการประเมินตัดสินของกลุ่มตัวอย่างว่าตนเองมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้หรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก (ร้อยละ 96) ส่วนใหญ่จะมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของพีทรี และคณะ (Petrie, et al., 2002) และการศึกษา Drory และคณะ (Drory, et al., 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก จะมีการเตรียมความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสามารถจัดการดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านลบ (ร้อยละ 4) ที่ไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ MacInnes (2005) และการศึกษาของ Dichen และคณะ (Dichen, et al., 2008) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านลบ เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เครียด และวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถ

ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคได้ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนที่มีคุณภาพดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และ Liles (2007) และการศึกษาของ Oterhals และคณะ (Oterhals, et al., 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับข้อมูลจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ตรงตามความต้องการ จะมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แม้ว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านเป็นพบว่า คุณภาพด้านเนื้อหาการสอนไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แตกต่างจากการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าเนื้อหาการสอนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) ได้รับข้อมูลจากการสอนน้อยกว่าที่ต้องการ จึงมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่ในการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากการสอนมีเนื้อหาที่ตรงตามความต้องการ หรือได้รับมากกว่าที่ต้องการ ในขณะที่คุณภาพด้านทักษะการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากทักษะการสอน เป็นการอธิบายและสื่อสารให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจในเรื่องที่สอน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97) ให้คุณภาพด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Artinain (1993) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจากพยาบาลที่มีทักษะการสอนที่ดี มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าทักษะการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ทักษะการสอน มีผลต่อความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างที่จะออกจากโรงพยาบาล

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษายังไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ

(Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษาไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิมมาก่อน

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างร้อยละ 29.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนอำนาจการทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอีกร้อยละ 70.5 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาในครั้งนี้ อาจเนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleiss, et al., 2000) ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น การรับรู้ความสามารถของร่างกาย เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น

ผลการศึกษานี้สนับสนุนกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปภาพที่ 1) ซึ่งได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleiss, et al., 2000) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ที่ว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวกและตรงตามความเป็นจริง และได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกิดการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ให้เป็นไปได้ง่ายขึ้นและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ (Meleiss, et al., 2000) ซึ่งภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ผู้ป่วยมีการพบแพทย์ก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 1 และมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 7 ซึ่งเป็นอัตราการพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ต่ำ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis และคณะ (Meleiss, et al., 2000)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก และได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เกิดการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลตนเองที่บ้าน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlation predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 100 ราย ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS 16.0) ดังนี้

1. หาค่าการแจกแจงความถี่ และร้อยละเพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมาใช้ในการวิเคราะห์คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างตัวทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย (ร้อยละ 67) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.46 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 39) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001 ถึง 30,000 บาท (ร้อยละ 46) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 59) ได้รับการรักษา

โดยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 50) มีระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 65) มีค่า Ejection Fraction มากกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 49) มีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 7 วัน มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 47) มีการพบแพทย์ก่อนกำหนดในช่วงเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน (ร้อยละ 1) และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน (ร้อยละ 7)

กลุ่มตัวอย่างมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก (ร้อยละ 60) ให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 50) และมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 89)

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.467, p < 0.05$)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.122, p > 0.05$)

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.291, p < 0.05$) เมื่อพิจารณาในรายด้านของคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าด้านเนื้อหาการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.083, p > 0.05$) และด้านทักษะการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.446, p < 0.05$)

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 29.5 ($R^2 = 0.295$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

การวิจัยครั้งนี้ พบว่าการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก และได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีคุณภาพดี ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการประเมินการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในด้านลบ เช่น ให้อายุเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ และให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยา การปฏิบัติตามการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร และการตรวจตามนัด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก

2. นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น การสร้างโปรแกรมการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่มีเนื้อหาการสอนครอบคลุมและชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมทั้งการจัดเตรียมคู่มือในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลที่สอนควรประเมินความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยและญาติก่อนการสอน และพยาบาลที่สอนควรมีทักษะการสอนที่ดีในการอธิบาย และสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับจากการสอน

3. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนให้ความช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพิจารณาว่าผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในด้านใด แล้วให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. เป็นแนวทางในการจัดอบรมหรือส่งเสริมความรู้ทางด้านวิชาการให้แก่พยาบาล ในเรื่องปัญหาและความจำเป็นในการนำแบบประเมินการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยแบบประเมินคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบประเมินความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลไปใช้ในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล ทั้งในด้านการป้องกัน ช่วยเหลือ ส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้แก่

ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. เป็นแนวทางในการจัดอบรมทักษะการสอนของพยาบาล ในการพัฒนาลักษณะ หรือบุคลิกภาพของพยาบาลในการสอนผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แม้เนื้อหาการสอนมีความสำคัญ แต่ถ้าพยาบาลไม่มีทักษะการสอนที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเองไม่ครอบคลุม และเพียงพอที่จะนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติได้ แต่ถ้าหากพยาบาลมีการเตรียมเนื้อหาการสอนที่เหมาะสม และมีทักษะการสอนที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะจัดการดูแลสุขภาพตนเองได้ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไปในเรื่องการเปลี่ยนผ่านของภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, et al, 2000) จากการศึกษาพบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 29.5 จึงมีปัจจัยอื่นที่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ไม่ได้ศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, et al., 2000) ในปัจจัยการรับรู้ความสามารถของร่างกาย เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค และผลของโปรแกรมการส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมการให้ความหมายและความคาดหวังทางด้านบวก และการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยมีเนื้อหาการสอนตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้สอนมีทักษะการสอนที่ดีในการสื่อสาร และอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ และความเข้าใจที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การศึกษาครั้งต่อไปควรจะศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคที่คุกคามต่อชีวิต หรือภาวะเจ็บป่วยที่เสี่ยงต่อการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยและชีวิตในทางด้านลบ เช่น โรคมะเร็ง ผู้ป่วยแผลไหม้ ซึ่งมีผลกระทบต่อความพร้อมของผู้ป่วยในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

FACTORS INFLUENCING READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

แสงเดือน กันทะงู 4936749 NSAN / M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, พย.ด., คณินิจ พงศ์ถาวรรมณ, Ph.D. (Nursing), นัตรกนก ทุมวิภาต, พ.บ.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นภัยคุกคามต่อภาวะสุขภาพของประชากรไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2550) พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญของประชากรไทย โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 129.7 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2538 เป็น 618.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2549 ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยถึง 8.52 วันในปี 2550 (กรมการแพทย์, 2551) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานกว่าปกติที่ควรเป็นคือ 4 วันในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (Ryan, et al., 1999) และมีค่ารักษาเฉลี่ย 3,195.58 บาท ซึ่งสูงกว่าโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีค่ารักษาเฉลี่ย 1,670.09 บาท (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543)

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผู้ป่วยที่มีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ทำให้ไม่มีเลือดไปเลี้ยงและเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้น ซึ่งความรุนแรงขึ้นกับตำแหน่งและขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (นิธิ มหานนท์, 2543; เรวัตร พันธกิจทองคำ, 2548) ซึ่งการรักษาที่ได้รับนั้นจะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ดีไม่เกิดการตายเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจฟื้นตัวได้เต็มที่

และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่เนื่องจากจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลที่สั้นลง เพื่อลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจึงต้องออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ทั้งที่ร่างกายยังไม่ฟื้นตัวเต็มที่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลให้กลับมารักษาในห้องฉุกเฉิน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงถึงร้อยละ 2.5 (Stewart, & Voss, 1997) ดังนั้นการประเมินความพร้อม และปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศพบว่าได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีบริบทแตกต่างกับสังคมและวัฒนธรรมไทย และในประเทศไทยได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกับการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อกลับไปอยู่บ้านในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่ยังขาดการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลในการให้ข้อมูลและการพยาบาลที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ Meleis และคณะ (Meleis, et al., 2000) ในการศึกษาการเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน การที่ผู้ป่วยจะสามารถเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน คือ ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยศึกษาในผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2552

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดหัวใจ การขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ และการใช้ยาตามมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน ในหอผู้ป่วยซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยไอ.ซี.ซี.ยู และหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขณะรับการรักษา หรือวางแผนที่จะได้รับการรักษาต่อในสถานพักฟื้น ซึ่งไม่ได้จำหน่ายกลับบ้าน คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร power analysis (Polit, & Beck, 2008) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดค่า power of test 0.80 ค่าแอลฟา 0.05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (moderate effect size) ในการคำนวณ 3 ตัวแปรอิสระ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย และผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 100 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือวิจัย

เป็นแบบสอบถามซึ่งได้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้ชำนาญทางด้านหทัยวิทยา 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย

1. แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังหลังผ่าตัดของบังอร เหลี่ยมเจริญ (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านการให้ความหมาย 9 ข้อ และด้านความคาดหวัง 9 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางด้านลบจำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนในข้อคำถามทางด้านบวก คือ เลข 0 (0 คะแนน) ถึงเลข 10 (10 คะแนน) และในข้อคำถามทางด้านลบ คือ เลข 0 (10 คะแนน) ถึงเลข 10 (0 คะแนน) เมื่อนำไปทดสอบในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.77

2. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล พัฒนาโดย Weiss และ Piacentine (2006) ซึ่งผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย และใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Double Back-translation

techniques) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นข้อคำถามในด้านเนื้อหาการสอน (Content amount) 6 ข้อ โดยในแต่ละข้อจะประกอบด้วยข้อคำถามเปรียบเทียบระหว่างความต้องการกับที่ได้รับจากการสอน และด้านทักษะการสอน (Content delivery) 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 คะแนน หมายถึงพบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก ใช้คะแนนของข้อคำถามด้านเนื้อหาการสอนที่ได้รับและด้านทักษะการสอนในการวิเคราะห์คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเมื่อนำไปทดสอบในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.91

3. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล พัฒนาโดย Weiss และ Piacentine (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดยศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) และใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Double Back-translation techniques) แบบสอบถามแบ่งเป็นด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ โดยข้อแรกเป็นข้อคำถามการรับรู้ความพร้อมที่จะกลับบ้าน โดยให้เลือกตอบว่าพร้อม หรือไม่พร้อม ข้อ 2-23 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 11 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 0 คะแนน หมายถึงไม่พบเหตุการณ์นั้นเลย และ 10 หมายถึงพบเหตุการณ์นั้นเป็นอย่างมาก เมื่อนำไปทดสอบในผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (alpha cronbach coefficient) 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งเสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช เมื่อได้รับอนุญาตและผ่านการพิจารณา ผู้วิจัยจึงเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และโทรศัพท์สอบถามข้อมูลภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 28 วัน ในเรื่องการพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS 16.0) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย คะแนนคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล และคะแนนการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล โดยค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระหว่างการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
4. วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ของการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67) อายุอยู่ในช่วง 36 ถึง 97 ปี ($\bar{X}$ = 65.46, median = 66, S.D. = 12.08) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 59) ใช้สิทธิการรักษาเบิกจากหน่วยงานต้นสังกัด (ร้อยละ 60) ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 65) วินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI (ร้อยละ 69) และ STEMI (ร้อยละ 31) มีตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณด้านหน้า (ร้อยละ 16) ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับการสอดฟองขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 50) มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 65) มีค่า Ejection Fraction มากกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 49) มีปัญหาสุขภาพเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 52) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 47) ภายหลังออกจากโรงพยาบาล 28 วัน มีการพบแพทย์ก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 1 และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 7

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก ($\bar{X}$ = 131.45, S.D. = 35.17) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านการให้ความหมาย ($\bar{X}$ = 63.60, S.D. = 21.46) และความด้านคาดหวัง ($\bar{X}$ = 67.85, S.D. = 16.02) ทางด้านบวกทุกด้าน

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 123.92, S.D. = 31.85) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการ

สอนด้านเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.80$, S.D. = 24.00) และด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 98.12$, S.D. = 16.79)

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 176.19$, S.D. = 28.84) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในด้านบุคคล ($\bar{X} = 58.28$, S.D. = 10.24) ด้านความรู้ ($\bar{X} = 57.02$, S.D. = 17.04) ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 25.33$, S.D. = 6.46) และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 35.53$, S.D. = 7.26) อยู่ในระดับสูงทุกด้าน

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ 0.467 ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ 0.291 ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาในรายด้านของคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพด้านเนื้อหาการสอนไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.083$, $p > 0.05$) และคุณภาพด้านทักษะการสอนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ 0.446 ($p < 0.05$) (ตารางที่ 1)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.122$, $p > 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	1.000							
2. การให้ความหมายของการเจ็บป่วย	.954**	1.000						
3. ความคาดหวังของการเจ็บป่วย	.917**	.756**	1.000					

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
4. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา	-.122 ^{ns}	-.114 ^{ns}	-.115 ^{ns}	1.000				
5. การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.027 ^{ns}	-.046 ^{ns}	.122 ^{ns}	-.189 ^{ns}	1.000			
6. เนื้อหาการสอน	-.123 ^{ns}	-.172 ^{ns}	-.038	-.188 ^{ns}	.874**	1.000		
7. ทักษะการสอน	.207*	.131	.280**	-.121 ^{ns}	.787**	.389**	1.000	
8. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.467**	.387**	.506**	-.082 ^{ns}	.291**	.083 ^{ns}	.446**	1.000

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การให้ความหมายและความหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 29.5 ($R^2 = 0.295$, $p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	R	R ²	F	b	SEb	β	t
Change							
การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย	.467	.218	27.291	.383	.073	.467	5.224**
การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย				.377	.070	.459	5.385**
การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.543	.295	10.675	.252	.077	.279	3.267**
Constant (a) = 95.44, ** $p < 0.01$							

อภิปรายผล

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 176.19$, S.D. = 28.84) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพร้อมในด้านบุคคล ($\bar{X} = 58.28$, S.D. = 10.24) ด้านความรู้ ($\bar{X} = 57.02$, S.D. = 17.04) ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X} = 25.33$, S.D. = 6.46) และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลือ ($\bar{X} = 35.53$, S.D. = 7.26) อยู่ในระดับสูงทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีรัตนศรีประสงค์ (2551) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีความพร้อมในด้านบุคคล ด้านความรู้ ด้านความสามารถในการแก้ไขปัญหา และด้านความคาดหวังในการได้รับการช่วยเหลืออยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 92) มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน (single item) เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จึงยอมรับและเข้าใจว่าได้รับการรักษาจนหายแล้ว สามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้อย่างปลอดภัย ประกอบกับระหว่างการรับการรักษาไม่มีอาการเจ็บป่วยปรากฏขึ้นมาอีก สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ ไม่เหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอก และมีความรู้สึกที่ร่างกายกลับเป็นปกติ จึงพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ต่างจากกลุ่มที่ไม่มีความพร้อมที่จะกลับบ้าน (ร้อยละ 8) ถึงแม้จะให้คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าให้คะแนนความพร้อมในด้านบุคคล และความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้าน จึงเกิดความรู้สึกที่ร่างกายและจิตใจยังไม่พร้อม และมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะจัดการดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Heine และคณะ (Heine, et al., 2004) ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกจำนวน 6 ราย พบว่าผู้ป่วยที่บกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรม และได้รับข้อมูลไม่ครอบคลุมและชัดเจนในการดูแลสุขภาพ จะไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

เมื่อพิจารณาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 89) มีความพร้อมในด้านบุคคลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง และส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีโดยไม่เหนื่อยหรือเจ็บแน่นหน้าอก จึงมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน แต่มีความพร้อมในด้านความรู้ต่ำที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 4 วัน ถึงร้อยละ 41 ทำให้ลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่าง

และญาติจะได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้และฝึกทักษะในกิจกรรมการพยาบาล และการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการ โดยมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.80$, S.D. = 17.04) (ตารางที่ 4) และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาล ($\bar{X} = 25.80$, S.D. = 21.31) สอดคล้องกับการศึกษาชนพิศ ทำนอง (2541) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 20 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าผู้ป่วยได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน และครอบคลุมโดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองที่จะนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสูง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการพบแพทย์ก่อนกำหนดเพียงร้อยละ 1 ด้วยอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย และหน้ามืด และมีการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 7 ด้วยอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ มีบวมตามมือและเท้า ซึ่งเป็นอัตราการพบแพทย์ก่อนกำหนด และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ต่ำ

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.467$, $p < 0.05$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านบวก ($\bar{X} = 131.45$, S.D. = 35.17) คือเป็นโรคที่รักษาได้ มีความคาดหวังที่จะหายจากโรค และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เป็นปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในชื่อเสียงของโรงพยาบาลที่รักษาว่าเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ดีที่สุดในประเทศไทย มีแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคที่ซับซ้อน จึงมั่นใจว่าการรักษาในครั้งนี้จะประสบความสำเร็จ และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเดียวกันส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี และช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่เหนื่อยหรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก จึงคาดหวังว่าตนเองก็จะประสบความสำเร็จเช่นกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65) และอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงได้รับการดูแลช่วยเหลือและห่วงใยจากบุคคลในครอบครัวขณะอยู่โรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างคาดหวังว่าเมื่อกลับไปอยู่บ้านจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เช่นเดียวกับที่อยู่ในโรงพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของวิวังรอง นาทองคำ (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรทางสุขภาพ ในเรื่องการดูแลเอา

ใจใส่ การให้การดูแลช่วยเหลือ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับการเจ็บป่วยและให้ความหมายของการเจ็บป่วยว่าเป็นโรคที่รักษาได้ และมีความคาดหวังที่จะหายจากโรค

กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 4) ที่ให้คะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในทางด้านลบ โดยให้ความหมายเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันว่า เป็นโรคที่ร้ายแรงมาก รักษาไม่หายขาด ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ถ้ากลับเป็นซ้ำอีกอาการจะรุนแรงขึ้นกว่าเดิม และถ้าอาการไม่ดีขึ้นอาจต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจหรือเสียชีวิตได้ จึงไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiles (1998) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ให้ความหมายของโรคว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงและเรื้อรัง ถึงแก่ชีวิตได้ จะไม่กระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคได้ และมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.291, p < 0.05$) ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนที่มีคุณภาพดีก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่ศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนที่มีคุณภาพดี มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนโดยรวมก่อนออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 123.92, S.D. = 31.85$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 25.80, S.D. = 21.31$) และด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 98.12, S.D. = 16.79$) ซึ่งหมายถึงเนื้อหาที่พยาบาลสอนไม่สอดคล้องกับตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แต่พยาบาลที่ดูแลมีความสามารถในการอธิบาย และสื่อสารข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่สอนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Oterhals และคณะ (Oterhals, et al., 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับข้อมูลไม่ตรงตามความต้องการ และไม่ครอบคลุมที่จะนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ต่างจากการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมให้คะแนนคุณภาพการสอนในทุกด้านเนื้อหาและทักษะการสอนอยู่ในระดับดี

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลประกอบด้วย คุณภาพด้านเนื้อหาการสอนและคุณภาพด้านทักษะการสอน การศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพการสอน มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaefer และคณะ (Schaefer, et al., 1990) และ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ทั้งนี้เนื่องจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยและญาติที่จะกลับไปดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาลเมื่อได้รับการจำหน่าย

เมื่อพิจารณาในรายด้านของคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าคุณภาพด้านเนื้อหาการสอนไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r = 0.083, p > 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 42.80, S.D. = 17.04$) และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาล ($\bar{X} = 25.80, S.D. = 21.31$) ในทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จากการที่จำนวนผู้ป่วยที่ดูแลมีจำนวนมากไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย จึงทำให้พยาบาลใช้เวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลง ประกอบกับความไม่เป็นสัดส่วนของสถานที่ขณะที่พยาบาลให้ข้อมูล จึงทำให้การรับรู้ข้อมูลต่างๆ นั้นลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชไมพร สติรลีลา (2541) และณตยา ขนุนทอง (2543) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลจากพยาบาลที่ดูแลอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าที่ได้รับจากพยาบาลที่ดูแล เนื่องจากพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการรักษา จึงทำให้มีเวลาในการให้ข้อมูลผู้ป่วยลดลง

คุณภาพด้านทักษะการสอนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r = 0.446, p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97) ให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี แม้จะมีความต้องการด้านเนื้อหาการสอนมากกว่าที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการสอนของพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าผู้ป่วยให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านทักษะอยู่ในระดับดี เนื่องจากพยาบาลสามารถอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ต่างจากการศึกษาของ Stewart และคณะ (Stewart, et al., 2000) ที่พบว่าพยาบาลไม่มีความกระตือรือร้น และใส่ใจในการให้ข้อมูลและรับฟังผู้ป่วย แต่จะให้ข้อมูลเมื่อผู้ป่วยหรือญาติสอบถามเท่านั้น และคำตอบที่ได้รับนั้นไม่ชัดเจนและครบถ้วนตามที่สอบถาม

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ($r = -0.122, p > 0.05$) ซึ่งหมายถึง การเคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไม่มีผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมที่พบว่า การเข้ารับการรักษาครั้งแรก หรือเคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิมมาก่อน ไม่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต่างจากการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน มีความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้านดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับรักษามาก่อน

การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 35 เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน โดยครึ่งหนึ่งเคยรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และเคยได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่จากการซักถามพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ชัดเจน และครอบคลุมที่จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 72.03 ปี) ความสามารถในการรับรู้จะน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ถึงแม้ว่าจะได้รับการสอน แต่อาจขาดความรู้ความเข้าใจ จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ Oterhals และคณะ (Oterhals, et al., 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้ข้อมูลที่ได้รับจากการสอนน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย และข้อมูลในเรื่องการดูแลตนเองที่ได้รับจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ตรงตามความต้องการชัดเจน และครอบคลุมที่จะนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.57) ให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดยมีความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับสูง และสูงกว่าที่ได้รับจากการสอน โดยเฉพาะในด้านการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง เช่น การจัดยารับประทาน การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก่อน ที่ให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ทั้งสองกลุ่มให้คะแนนคุณภาพการสอนด้านเนื้อหาการสอนแตกต่างกันอย่างไม่

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การให้ความหมายและความหวังของการเจ็บป่วย และการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ร้อยละ 29.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้นผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก และได้รับคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน

การให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยสามารถทำนายความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย เป็นการประเมินตัดสินของกลุ่มตัวอย่างว่าตนเองมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้หรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก (ร้อยละ 96) ส่วนใหญ่จะมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Petrie และคณะ (Petrie, et al., 2002) และการศึกษา Drory และคณะ (Drory, et al., 2002) ที่พบว่าผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านบวก จะมีการเตรียมความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน โดยการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านลบ (ร้อยละ 4) ที่ไม่มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ MacInnes (2005) และการศึกษาของ Dichen และคณะ (Dichen, et al., 2008) ที่พบว่าผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยทางด้านลบ เนื่องจากการเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เครียด และวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีการแยกตัวออกจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากไม่สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับโรคได้ ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่น จึงไม่มีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลเป็นการเตรียมความพร้อมกลุ่มตัวอย่างที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนที่มีคุณภาพดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith และ Liles (2007) และการศึกษาของ Oterhals และคณะ (Oterhals, et al., 2006) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับข้อมูลจากการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ตรงตามความต้องการ จะมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

แม้ว่าการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า เนื้อหาการสอนไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77) ได้รับข้อมูลจากการสอนน้อยกว่าที่ต้องการ จึงมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน แตกต่างจากการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม ที่พบว่าเนื้อหาการสอนสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากการตรงตามความต้องการ หรือได้รับมากกว่า จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลของการศึกษามีความแตกต่างกัน

ทักษะการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องจากทักษะการสอน เป็นการอธิบายและสื่อสารให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจในเรื่องที่สอน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97) ให้คุณภาพด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ Artinain (1993) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนจากพยาบาลที่มีทักษะการสอนที่ดี มีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล และการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าทักษะการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษายังไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weiss และคณะ (Weiss, et al., 2007) ที่พบว่าประสบการณ์การเข้ารับการรักษายังไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจ และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิมมาก่อน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการประเมินการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยในด้านบวก
2. นำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางการพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น แนวปฏิบัติการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
3. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้านเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาในปัจจัยอื่นๆ ตามกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis, et al., 2000) เช่น การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย เพศ รายได้ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น
2. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีเนื้อหาการสอนตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และผู้สอนมีทักษะการสอนที่ดีในการสื่อสาร และอธิบายให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

FACTORS INFLUENCING READINESS FOR HOSPITAL DISCHARGE IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

SAENGDUAN KUNTHAKHU 4936749 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: DOUNGRAT WATTHNAKITKRILEART, D.N.S.,
KANAUNGNIT PONGTHAVORNKAMOL, Ph.D. (Nursing), CHATKANOK
DUMAVIBHAT, M.D.

EXTENDED SUMMARY**Background and Significance of the Problem**

An acute myocardial infarction is the leading cause of a health problem in Thailand. According to the Thai Ministry of Public health (2000), it reported that the number of heart disease patients increased from 129.7 per 100,000 in 1995 to 618.5 per 100,000 in 2006, as its prevalence is constantly increasing. A patient with uncomplicated acute myocardial infarction is considered for discharge within 4 days of admission (Ryan, 1999) which is shorter than acute myocardial infarction patients in Thailand. They had the mean length of stay of 8.52 days in 2007 (Department of Medical Services, 2008) in Thailand, average cost of care 3,135.58 Baht for acute myocardial infarction patient that has been much higher than that of other medical diseases, such as hypertension, and diabetes mellitus (Chooprapawan, 2000) that has an effect on socioeconomics of patient, family, and country.

An acute myocardial infarction is the rapid development of myocardial necrosis, resulted from plaque rupture with thrombus formation in a coronary vessel, contributing to an acute myocardial reduction of blood supply to myocardium. Severity of acute myocardial infarction depends upon a position and size of infarction

(Mahanon, 2000; Phankingthongrum, 2005). The purpose of treatment to the limited area of infarction which cannot recover for myocardium in that infarction. Thus, patients will have to modify their life style to recover and return to normal activities. With the contemporary focus on minimizing length of hospital stay to reduce health care costs, patients are discharged in an intermediate rather than complete stage of recovery. Therefore, patients who lack discharge for hospital had higher rate of revisit and readmission that was 2.5 % (Stewart, & Voss, 1997). Therefore, the assessment for readiness for hospital discharge and factors related were important.

Evidence from the US, there was research about perceived readiness for hospital discharge in Medical-Surgical patients, it was different in Thai social and culture context. In Thailand, research on patients' perception of readiness for hospital discharge was limited on reviewing, there was research associated with readiness for hospital discharge which had a direct effect on functional status.

According to the literature review, possible factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients are a meaning and expectation of illness, illness experience, and discharge teaching. Therefore, the researcher was highly interested in factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. It is expect that the results from the study could be used as basic data for nurses to provide information and appropriate nursing care.

Objectives

1. To study the readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients
2. To study the meaning and expectation of illness, illness experience, and discharge teaching in relation of readiness for hospital discharge in the acute myocardial infarction patients.
3. To study the meaning and expectation of illness, illness experience, and discharge teaching prediction of readiness for hospital discharge in the acute myocardial infarction patients.

Conceptual Framework

Meleis' middle-range theory of transitions (2000) was employed as the conceptual framework. In this study, to study the health and illness transition in acute myocardial infarction patient from hospital to home. Patients have been successfully discharged from hospital to go home had possible factors influencing readiness for hospital discharge such as the meaning and expectation of illness, illness experience, and discharge teaching. The outcomes of the transition from hospital to home as readiness from hospital discharge. (Figure. 1)

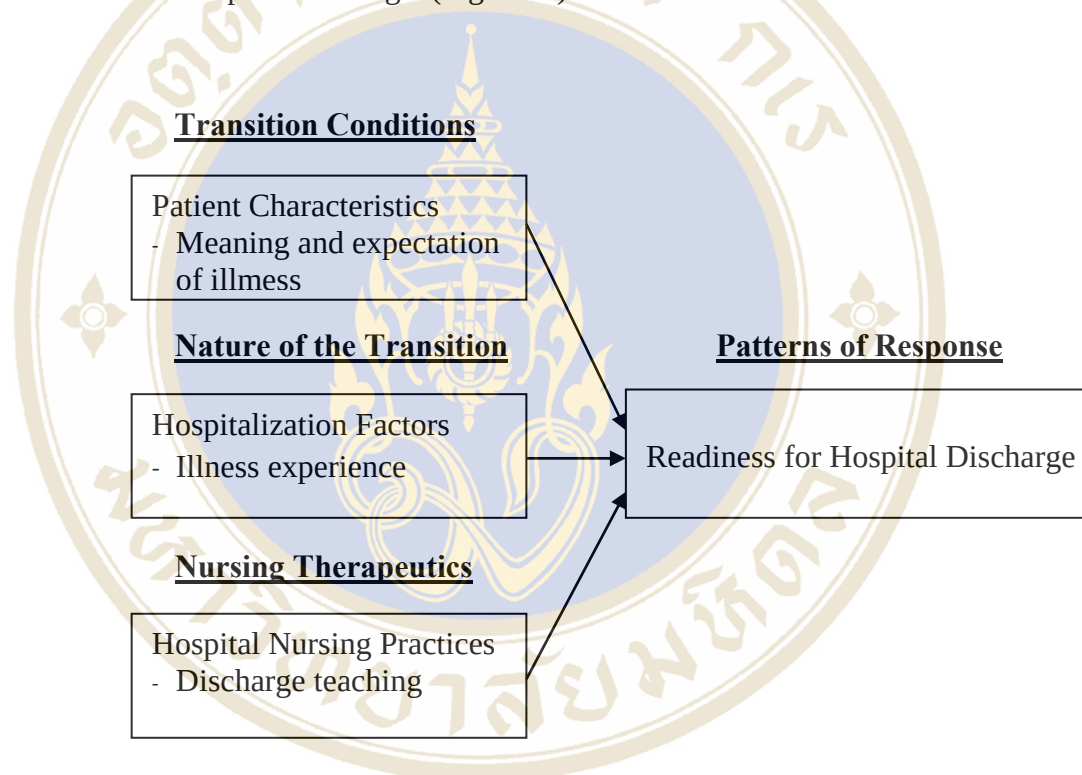


Figure 1 Conceptual framework of the study

Scope of the Study

The purpose of this correlational predictive study was to examine the factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. The participants were the acute myocardial infarction patients who received treatment at C.C.U., I.C.C.U., and a medical ward in the Siriraj Hospital. The duration of the study was from October 2008 to March 2009.

Methodology

A correlational predictive design was used to study factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients, who received one or combined forms of treatments such as Thrombolytic agents, PTCA, PCI, and standard drugs at C.C.U., I.C.C.U., and the medical ward in the Siriraj Hospital. The patients would meet study inclusion criteria if they were over 25 year-old, and they were discharged directly to home. The patients would be excluded if they received CABG. A power analysis indicated that a sample of 77 participants would be sufficient to achieve a power of 0.80 in multiple regression analyses with up to 3 predictor variables at a moderate effect size. The researcher added more participants to be the total of 100 persons so as not to reduce the missing ones.

Research Instrument

1. The meaning and expectation of illness questionnaire was applied by the researcher from the meaning and expectation post operation questionnaire of Leumcharoen (2002). This questionnaire consisted of 18 items encompassing two subscales: Meaning and Expectation. The meaning subscale was composed of 9 items. The expectation subscale contained 9 items. The score of the meaning and expectation of illness questionnaire would be rated on a semantic differential scaling method ranging from 0 to 10 with anchor words to cue the subject to the meaning of the numeric scale. The Cronbach's alpha reliability tested by 30 acute myocardial infarction patients was 0.91.

2. The Quality of Discharge Teaching Scale was developed by Weiss and Piacentine (2006). The researcher translated this scale into Thai. This scale consisted of 18 items encompassing two subscales: content amount and content delivery. The content subscale contained 6 items representing the amount of content needed and received during teaching in preparation for discharge. The content delivery subscale was composed of 12 items representing the amount of delivery subscale reflecting the skill of the nurses as educators in presenting discharge teaching. The total scale is calculated by adding the content received and the delivery subscale scores. The score of the Quality of Discharge Teaching Scale will be rated on a semantic differential

scaling method ranging from 0 to 10 with anchor words to cue the subject to the meaning of the numeric scale. The Cronbach's alpha reliability tested by 30 acute myocardial infarction patients was 0.91.

3. The Readiness for Hospital Discharge Scale-Adult form (RHDS) was developed by Weiss and Piacentine (2006). Sriprasong (2008) translated this scale into Thai. This scale consisted of 23 items. The first item is a single question in a yes/no format asking patients whether they perceived themselves to be ready for discharge. The 22 items encompassing four subscales: personal status, knowledge, coping ability, and expected support. The score of the Readiness for Hospital Discharge Scale would be rated on a semantic differential scaling method ranging from 0 to 10 with anchor words to cue the subject to the meaning of the numeric scale. The Cronbach's alpha reliability tested by 30 acute myocardial infarction patients was 0.87.

Data Collection

The researcher requested permission to collect data from the Graduate Studies, Mahidol University and sent to the director of Siriraj hospital. The research proposal was submitted to the Human Subjects Committee of Siriraj Hospital. After being approved, the researcher identified eligible participants from the inpatient record, informed the objectives and principles of the study to potential participants, and asked for their cooperation. Before being discharged, the participants completed the meaning and expectation of illness questionnaire, the quality of Discharge Teaching Scale, and the Readiness for Hospital Discharge Scale. The researcher conducted a telephone interview after participants were discharged within 28 days to collect revisit and readmission data.

Data Analysis

SPSS 16.0 was used for the analysis

1. The demographic data was analyzed in terms of frequency, and percentage.

2. The meaning and expectation of illness questionnaire, the Quality of Discharge Teaching Scale, and the Readiness for Hospital Discharge Scale were analyzed for range, means, and standard deviation.

3. Pearson's product moment correlation analysis was used to measure the relationship between meaning and expectation of illness, illness experience, and discharge teaching with readiness for hospital discharge.

4. Stepwise multiple regression analysis was used to measure the association of predictor variables (meaning and expectation of illness, illness experience, and discharge teaching) with readiness for hospital discharge.

Result

The majority of participants in this study were male (67%) whose ages ranged from 36 to 97 years ($\bar{X} = 65.46$, median = 66, S.D. = 12.08). Most of them were married (65%), had adequate income without savings (59%). 60% gained support from the government and state enterprise officer, as well as had experienced the acute myocardial infarction for the first time (65%).

The participants in this study were diagnosed with Non ST elevated myocardial infarction (NSTEMI, 69%) and ST elevated myocardial infarction (STEMI, 31%). Most of STEMI patients (51.61%) had anterior wall myocardial infarction. Half of participants (50%) received Percutaneous coronary angioplasty with Coronary stent implant. Using the New York Heart Association Functional Classification, a measure of severity compromise, most of them for class I (65%). Their ejection fraction (EF) was more than 50% (49%). Most of participants had hypertension (70%), dyslipidemia (52%), and diabetes mellitus (47%). Some participant revisit (1%) and readmission (7%) in hospital with in 28 days after hospital discharge.

The participants had positive meaning and expectation of illness score ($\bar{X} = 131.45$, S.D. = 35.17). Each subscale was at a positive for meaning ($\bar{X} = 63.60$, S.D. = 21.46), and expectation ($\bar{X} = 67.85$, S.D. = 16.02).

The study participants had good level of the quality of discharge teaching score ($\bar{X} = 123.92$, S.D. = 31.85). Each subscale was at a median level for content amount ($\bar{X} = 25.80$, S.D. = 24.00), and good level content delivery ($\bar{X} = 98.12$, S.D. = 16.79).

The participants had high level of the readiness for hospital discharge score ($\bar{X} = 176.19$, S.D. = 28.84). Each subscale was at a high level for personal status ($\bar{X} = 58.28$, S.D. = 10.24), knowledge ($\bar{X} = 57.02$, S.D. = 17.04), coping ability ($\bar{X} = 25.33$, S.D. = 6.46), and expected support ($\bar{X} = 35.53$, S.D. = 7.26).

There was a significant positive relationship between readiness for hospital discharge and meaning and expectation of illness with the correlation coefficient of 0.467 ($p < 0.05$) (Table 1).

There was a significant positive relationship between readiness for hospital discharge and discharge teaching with the correlation coefficient of 0.291 ($p < 0.05$) (Table 1). When considering each aspect of quality of discharge teaching, there were not significantly between readiness for hospital discharge and content amount ($r = 0.083$, $p > 0.05$), and a significant positive relationship between readiness for hospital discharge and content delivery with the correlation coefficient of 0.446 ($p < 0.05$).

There was no significantly between readiness for hospital discharge and illness experience with the correlation coefficient of -0.122 ($p > 0.05$) (Table 1).

Table 1 Pearson's product moment correlation coefficient of the study variables.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Meaning and expectation of illness	1.000							
2. Meaning of illness	.954**	1.000						
3. Expectation of illness	.917**	.756**	1.000					
4. Illness experience	-.122 ^{ns}	-.114 ^{ns}	-.115 ^{ns}	1.000				
5. Discharge teaching	.027 ^{ns}	-.046 ^{ns}	.122 ^{ns}	-.189 ^{ns}	1.000			
6. Content amount	-.123 ^{ns}	-.172 ^{ns}	-.038	-.188 ^{ns}	.874**	1.000		
7. Content delivery	.207*	.131	.280**	-.121 ^{ns}	.787**	.389**	1.000	
8. Readiness for hospital discharge	.467**	.387**	.506**	-.082 ^{ns}	.291**	.083 ^{ns}	.446**	1.000

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, ns = non significant

Meaning and expectation of illness, and discharge teaching were accounted for the variance explained in the readiness for hospital discharge by 29.5 ($R^2 = 0.295$, $p < 0.05$) (Table 2).

Table 2 Stepwise multiple regression analysis predicts readiness for hospital discharge.

Predictor	R	R ²	F	b	SEb	β	t
Change							
Meaning and expectation of illness	.467	.218	27.291	.383	.073	.467	5.224**
Meaning and expectation of illness				.377	.070	.459	5.385**
Discharge teaching	.543	.295	10.675	.252	.077	.279	3.267**
Constant (a) = 95.44, ** $p < 0.01$							

Discussion

Readiness for hospital discharge

The participants' scores of overall readiness for hospital discharge were at a high level ($\bar{X} = 176.19$, S.D. = 28.84). When considering each aspect of readiness for hospital discharge, it was found that the participants scores of personal status ($\bar{X} = 58.28$, S.D. = 10.24), knowledge ($\bar{X} = 57.02$, S.D. = 17.04), coping ability ($\bar{X} = 25.33$, S.D. = 6.46), and expected support ($\bar{X} = 35.53$, S.D. = 7.26) were at a high level. Such findings were in congruence with the findings of Sarinrut (2551) which indicated that the overall scores of readiness before hospital discharge of patients with acute myocardial infarction were at a high level, and their scores of individual readiness, knowledge, coping ability, and expected support were also at a high level.

In this study, most of the participants (92%) were ready to go home (a single item). When the physician allowed them to go home, they accepted the physician's decision and understood that they had been cured and were able to recuperate safely at home. In addition, during their treatment at the hospital, samples did not suffer more

symptoms and were able to carry out daily living activities as they used to be able to without fatigue or chest pain, so they felt that their health condition had returned to normal condition, making them ready to take care of themselves at home. On the other hand, 8% of the participants felt that they were not ready to go home. Even though their scores of overall readiness for hospital discharge were at a high level, when considering each aspect, it was found that their scores of personal status and knowledge were at a moderate level. This may be because acute myocardial infarction affected patients' ability to carry out different activities. When physicians allowed them to return home, they felt that they were not physically or psychologically ready and that they did not have enough knowledge to take care of themselves at home. Likewise, Heine et al. (2004) conducted a study with six patients undergoing hip replacement surgery and found that patients who had deficiency in performing activities and who did not receive adequate and clear self-care information were not ready to go home.

When considering each aspect of readiness for hospital discharge, the findings indicated that the aspect which most of the participants (89%) had the highest scores was personal status. One plausible explanation is that the samples felt that they were strong and energetic, and they were able to carry out activities of daily living without experiencing fatigue or chest pain, so they were both physically and psychologically ready to perform self care at home. In contrast, the participants' scores of knowledge were lower than the scores for any other aspect. This may be because close to half of the participants (41%) were discharged within four days after hospital admissions. Therefore, the patients and their family lost the opportunity to learn and practice self care and care giving skills from nurses. Besides this, the findings of this study showed that the participants did not receive the information that they needed as their need for information from nurses was at a high level ($\bar{X} = 42.80$, S.D. = 17.04) and it was higher than what they received from the nurses ($\bar{X} = 25.80$, S.D. = 21.31). These findings were consistent with the findings of Tumnong (2541) who conducted a study with 20 patients with coronary artery disease seeking treatment at an outpatient department of a hospital in the northeastern part of the country and found that the

patients received unclear and inadequate information, especially how to perform self care after they returned home.

Furthermore, the findings revealed that the participants' readiness for hospital discharge was at a moderate and high level. After hospital discharge, only 1% of the participants were revisited the physician due to fatigue, exhaustion, and dizziness, and 7% were readmitted into the hospital due to cardiac symptoms such as chest pain, shortness of breath, inability to lie flat on their back, and swollen hands and feet. However, such percentages of revisited the physician and readmissions were considered low.

Meaning and expectation of illness

Meaning and expectation of illness was found to be positively associated with readiness for hospital discharge with statistical significance ($r = 0.467$, $p < 0.05$). The findings showed that the participants' scores of meaning and expectation of illness were positive ($\bar{X} = 131.45$, $S.D. = 35.17$); that is, it was a curable disease and they had hope to recover and return to their normal life. This may be because the participants had confidence in the hospital which had the reputation of being the best hospital in the country and the physicians who worked there were highly proficient in treating complicated diseases. Thus, they were confident that their treatment would be successful. Moreover, most of the patients who were treated at the hospital for the same illness had improved conditions. They were able to carry out daily living activities and to take care of themselves without experiencing fatigue or chest pain. As a result, the participants hoped that their treatment would also be successful. In addition, about two-thirds of the participants (65%) were married, and they lived with their family, so they received close care and concern from their family members while they were being hospitalized. For this reason, the participants hoped that they would continue to receive similar assistance and care from their family after they had returned home from the hospital, hence their readiness for hospital discharge. Similar findings were reported by Nathongkham (2543) that patients with myocardial infarction who received support from family members, close persons, and healthcare providers who paid attention to them, helped them, and gave them information on self-

care practices after they had returned home were better able to accept the illness, gave the meaning to illness that it was curable, and expected to fully recover from the disease they were having.

There were a small percentage of the participants (4%) that gave meaning and expectation of illness in a negative way. They defined acute myocardial infarction as a very serious disease that could not be cured, and the patients had to take medications for the rest of their lives. Also, if the disease recurred, the symptoms would be worse, and if the condition did not improve, they might have to undergo a bypass surgery or die. Thus, they felt not ready for hospital discharge. A similar finding was reported by Wiles (1998) who found that acute myocardial infarction patients defining the disease as a serious, chronic, and lethal condition were not eager to seek self-care information, and they were therefore unable to adjust their behaviors and had to rely on others, hence lack of readiness for hospital discharge.

Discharge teaching

Discharge teaching was found positively associated with readiness for hospital discharge with statistical significance ($r = 0.291, p < 0.05$). In other words, acute myocardial infarction patients who received quality of discharge teaching that they were ready for hospital discharge. This finding was congruent with the finding of Weiss et al. (2007) who investigated readiness for hospital discharge among surgical medical patients and reported that the patients who received quality teaching were ready for hospital discharge.

In this study, the participants' scores of overall quality of discharge teaching were at a good level ($\bar{X} = 123.92, S.D. = 31.85$). When considering each aspect, it was found that the participants' scores of quality of contents amount were at a moderate level ($\bar{X} = 25.80, S.D. = 21.31$), and their scores of quality of contents delivery were at a good level ($\bar{X} = 98.12, S.D. = 16.79$), indicating that the content amount taught by the nurses were not met patients' needs for self care practices at home. However, they perceived that the nurses were capable of explaining and communicating the information to help them understand what was taught. Likewise, Oterhals, et al. (2006) conducted a study and found that patients with acute myocardial

infarction received the information that did not directly serve their needs and was not adequate for application at home after discharge. On the contrary, Weiss et al. (2007) reported that surgical medical patients rated all aspects of teaching, both the content amount and content delivery, at a good level.

The quality of discharge teaching consisted of quality of the content amount and content delivery. In this study, it was discovered that the quality of teaching had an effect on the participants' readiness for hospital discharge. Such finding yielded support to the findings of Schaefer et al. (1990) and Weiss et al. (2007). This is because teaching before hospital discharge is generally considered a significant role of nurses who have to prepare the patients and their family for self-care practices at home, enabling them to be ready to be discharged from the hospital.

When considering each aspect of quality of discharge teaching, it was found that content amount was not significantly correlated with readiness for hospital discharge ($r = 0.083$, $p > 0.05$). This may be because the participants in this study rated the content amount at a moderate level. They had a high level of content needs from nurses ($\bar{X} = 42.80$, $S.D. = 17.04$), and it was higher than what they actually received from nurses ($\bar{X} = 25.80$, $S.D. = 21.31$) in all aspects. One plausible explanation is that most nurses have to spend their time assisting patients. It is also possible that the number of patients outnumbered the number of nurses who were in charge, so nurses did not have much time left for sharing information with the patients. This, coupled with the lack of privacy when giving information, may adversely affect patients' reception of information provided by nurses. Similar findings were reported by Sathiraleela (2541) and Khanunthong (2543) who found that patients had a high level of content needs from nurses, and it was higher than what they received from nurses because nurses spent most of their time taking care of patients, so they did not have enough time for providing information and educating patients.

Content delivery was related readiness for hospital discharge ($r = 0.44$, $p < 0.05$). This may be the participants (97%) rated the content delivery of nurses at a good level, even though their needs for contents were not fully satisfied. The finding that the patients were satisfied with nurses' teaching was consistent with the finding of Weiss et al. (2007) who found that patients rated content delivery of nurses at a good level.

This is because nurses were able to explain and communicate with the patients to equip them with knowledge and understanding about self care practices. However, in another study carried out by Stewart, et al. (2000), the findings revealed that nurses lacked enthusiasm and eagerness to give information to patients or to listen to patients. Instead, they provided patients or their family with information only when they were asked to do so, and the patients also felt that sometimes the answers given by nurses were unclear and incomplete.

Illness experience

The findings showed that illness experience was not related to readiness for hospital discharge ($r = -0.122, p > 0.05$). Put another way, past hospitalization for acute myocardial infarction did not have an impact on patients' readiness for self care at home. Similarly, Weiss, et al. (2007) found that surgical medical patients who had been hospitalized for the first time and those who had previously been admitted into the hospital did not differ when it came to readiness for hospital discharge. In contrast, Rattanamathanon (2532) carried out a study with acute myocardial infarction patients who were hospitalized at a hospital and found that those who had previous experience with hospitalization had more self care knowledge than those who were first acute myocardial infarction, so the experienced patients were more ready to practice self care at home when compared to those who never had such an experience.

According to the study findings, 35% of the participants had previously been treated for acute myocardial infarction in the past. About half of them were admitted into other hospitals, and they had received some teaching before they were discharged. However, the interviews of these patients revealed that most of them did not received adequate and clear knowledge to be used as guide for practice. It is noteworthy that this group of participants constituted mostly the elderly patients (mean age of 72.03 years), so they may have less ability to learn new information when compared to those who were younger. To further explain, even though the participants received some teaching from the hospital, they might still lack knowledge and understanding, and this could be one of the reasons why they were readmitted into the hospital for the same reason. Similarly, Oterhals, et al. (2006) found that when compared to younger

patients, elderly patients with acute myocardial infarction were able to learn less information to serve their needs, and this affected their ability to apply such knowledge to perform self care at home.

Moreover, about two-thirds of the participants (68.57%) who had been hospitalized for acute myocardial infarction rated content amount before hospital discharge at a low level. They had a high level of knowledge content needs, and the level was higher than what they actually received from the nurses' teaching, especially when performing their self care activities including medication intake, exercise, and stress management. On the other hand, 80% of the participants who did not have previous experience of hospitalization rated the quality of contents at a moderate to high level. However, there was no statistically significant difference in the scores of content amount between the two groups of samples ($p>0.05$). This may explain why the samples in both groups had a similar level of readiness for hospital discharge.

Factors influencing patients' readiness for hospital discharge

The study findings showed that meaning and expectation of illness and discharge teaching could co-predict the participants' readiness for hospital discharge at 29.5% with statistical significance ($p<0.05$). Thus, patients with acute myocardial infarction who had positive meaning and expectation of illness and received good quality of discharge teaching were ready for hospital discharge and taking care of themselves at home.

Meaning and expectation of illness could predict readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction. This is because meaning and expectation of illness was the participants' appraisal of their own readiness for hospital discharge and taking care of themselves at home. Almost all of the participants (96%), who had positive meaning and expectation of illness were ready for hospital discharge and take care of themselves at home. Such findings were in congruence with the findings of Petrie, et al. (2002) and Drory, et al. (2002) that patients with acute myocardial infarction who had positive meaning and expectation of illness were well-prepared to perform self care at home. They searched for self care information from different sources, so they felt they were ready. On the other hand, the samples that

had negative meaning and expectation of illness, accounting for 4% of the total subjects in this study, were not ready for hospital discharge because they were unable to manage their own self care at home. Likewise, MacInnes (2005) and Dichen et al. (2008) reported that some patients with acute myocardial infarction had negative meaning and expectation of illness because the illness made them feel that they had lost their self care efficacy, as a result, developed stress and anxiety. When they were unable to adjust their living condition and lifestyle to suit the illness situation, they developed depression and suffered from social isolation. They also had to rely on others for activities of daily living, so they were unable to perform self care at home.

In addition, discharge teaching could predict the patients' readiness for hospital discharge with statistical significance ($p < 0.05$). This is because discharge teaching enabled the patients to prepare themselves for the self care tasks they had to perform at home. Consequently, if the participants received quality teaching, they would be able to develop readiness for hospital discharge. Such findings yielded support of the study done by Smith and Liles (2007) and Oterhals, et al. (2006) which found that patients with acute myocardial infarction who received the information that directly served their needs before hospital discharge were ready to perform self care activities and able to manage their own health after they had returned home.

However, even though discharge teaching could predict the patients' readiness for hospital discharge with statistical significance ($p < 0.05$), when considering each aspect, it was found that the content amount was not significantly correlated with readiness for hospital discharge ($p > 0.05$). The findings showed that more than three-fourths of the participants (77%) received the information less than they needed, so they did not have sufficient knowledge that would enable them to perform self care appropriately and effectively when they returned home. A contradictory finding was reported by Weiss, et al. (2007) who found that the content amount of teaching could predict the surgical medical patients' readiness for hospital discharge with statistical significance ($p < 0.05$). Most of the patients received the information that equal to or more than they needed, and this may explain the discrepancy in these studies' findings.

Furthermore, the findings revealed that the teaching content delivery was statistically related to readiness for hospital discharge ($p < 0.05$). This finding could reflect nurses' skill to explain and communicate needed information to ensure patients' understanding. In this study, almost all of the participants (97%) rated the nurses' teaching skills at a good level, which enabled them to become ready for self-care practices at home. Similarly, Artinain (1993) found that patients who received teaching from skillful nurses were ready to be discharged from the hospital, and Weiss, et al. (2007) reported that teaching skills before hospital discharge could predict patients' readiness for hospital discharge with statistical significance ($p < 0.05$).

Finally, the findings of the present study indicated that illness experience could not predict the patients' readiness for hospital discharge. This finding was consistent with the finding of Weiss et al. (2007) which showed that illness experience could not predict readiness for hospital discharge of surgical medical patients, some of whom were heart disease patients who had never been hospitalized because of this disease.

Recommendations for Nursing Practices

1. The findings of the present study could be used as a guide in assessing meaning and expectation of patients with acute myocardial infarction, and the data obtained from such assessments could be analyzed and planned for nursing intervention to enable acute myocardial infarction patients to the promotion of positive meanings and expectations concerning illness.

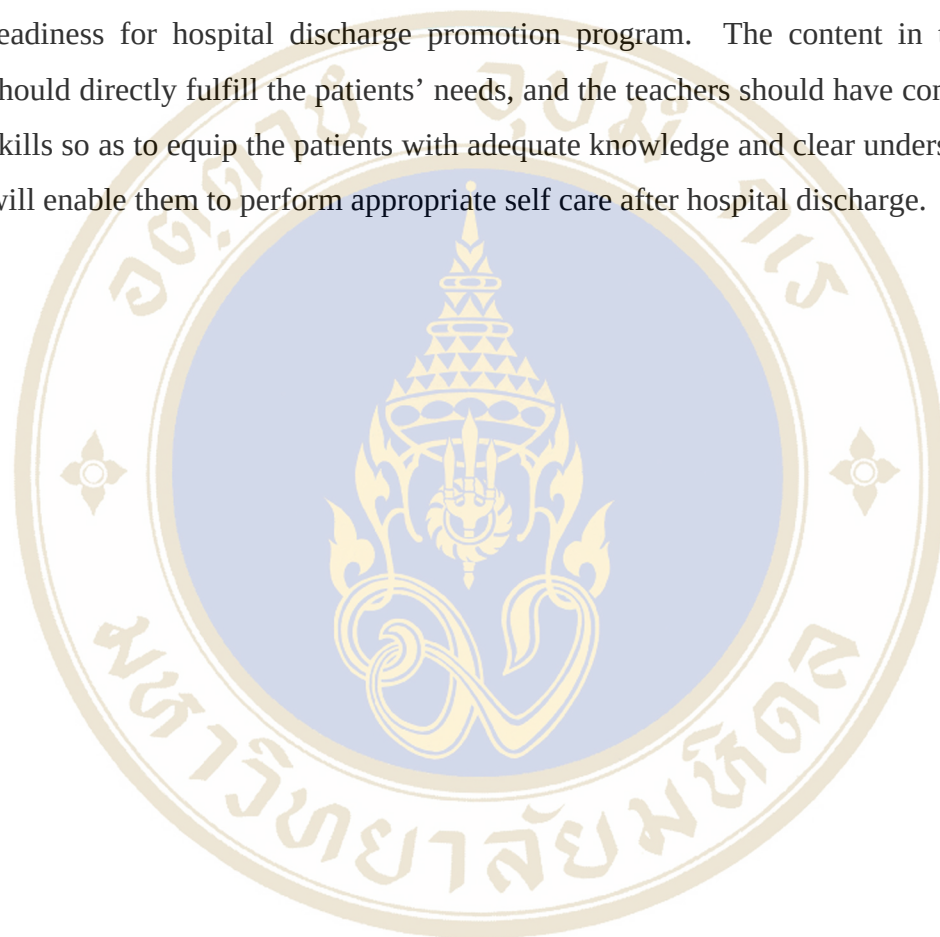
2. The findings of this study could also be used as basic information to develop interventions to prepare patients' readiness before hospital discharge such as a discharge teaching program.

3. The study findings could be useful in devising assessment methods to measure readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction, and the data obtained from such assessments could be analyzed to enable patients to perform appropriate self care practices at home after the discharge.

Recommendations for Further Research

1. Studies should be conducted to investigate other factors in accordance with the transition theory (Meleis et al., 2000) such as perceived functional status, gender, income, educational level, and severity of the disease, etc.

2. Studies should also be carried out to further determine the effects of the readiness for hospital discharge promotion program. The content in the teaching should directly fulfill the patients' needs, and the teachers should have communication skills so as to equip the patients with adequate knowledge and clear understanding that will enable them to perform appropriate self care after hospital discharge.



รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2550). สถิติโรค. Retrieved July 14, 2008, from <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. Retrieved December 14, 2007, from http://www.moph.go.th/ops/health_50/2548_2550.html
- กฤษดา แสงดี, นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, และสุวิภา นิตยางกูร. (2544). แนวทางการวัดและประเมินคุณภาพการพยาบาลโดยใช้เกณฑ์ชี้วัด. การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน. ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- จริยา ตันติธรรม. (2536). รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- จิตหทัย สุขสมัย. (2543). การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชไมพร สติริลา. (2541). การศึกษาความต้องการการดูแล และการได้รับการดูแลจากพยาบาลของผู้ป่วยที่หน่วยพักค้างรอศูการ ตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณาดยา ขนุนทอง. (2543). ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อบริการพยาบาล: กรณีศึกษาแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิธิ มหานนท์. (2543). การดำเนินโรค. ใน นิธิ มหานนท์, ปิยมิตร ศรีธรา, และ สรณ บุญไชยพยกุล (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (หน้า 1-15). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้งเฮาส์.
- นิธิ มหานนท์. (2543). ความรวดเร็วในการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน นิธิ มหานนท์, ปิยมิตร ศรีธรา, และ สรณ บุญไชยพยกุล (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (หน้า 157-186). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรีนติ้งเฮาส์.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการแสวงหาการรักษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บังอร เหลื่อมเจริญ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปรับผ่านสู่ภาวะสุขภาพโดยองค์รวมของผู้ไร้กล่องเสียง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชนิภรณ์ อึ้งรัตนชัย. (2550). ผลลัพธ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดป้อนภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ พงษ์เจริญวัญญู. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมก่อนย้ายกับการกลับเป็นซ้ำของโรคภายหลังย้ายออกจากหออภิบาลโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งลัดดา ศรีบุญ และ จิตติมา ชนะวิเศษ. (2548). การแนะนำผู้ป่วยโรคหัวใจก่อนกลับบ้าน. ใน วรมนต บำรุงสุข (บรรณาธิการ), *Rehabilitation coronary artery disease* (หน้า 76-85). กรุงเทพฯ: L. T. Press.
- เรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ. (2548). Update in Pharmacologic Treatment of Acute Coronary Syndrom. ใน สุณิรัตน์ กองเสรีพงศ์, สุรัชย์ เจริญรัตนกุล, ปุณณฤกษ์ ทองเจริญ และจิตติกัญญา ดวงรัตน์ (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต* (หน้า 147-170). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิรังรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิราพร พงศ์อาจารย์. (2542). *การประเมินผลการเรียน*. โครงการตำราวิชาการราชภัฏเฉลิมพระเกียรติ เนื่องในวโรกาสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษา 6 รอบ, พิษณุโลก.
- เวชระเบียนโรงพยาบาลศิริราช. (2550). *สถิติผู้ป่วยในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรงพยาบาลศิริราช*.
- สรินรัตน์ ศรีประสงศ์. (2551). *การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ ศรีประสงศ์. (2543). *การศึกษากิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะหกสัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2543). *การใช้ยาในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. ใน นิธิ มหานนท์, ปิยมิตร ศรีธรา, และ สรณ บุญใบชัยพฤกษ์ (บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน* (หน้า 261-284). กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พรินติ้งเฮ้าส์.
- สุพจน์ ศรีมหาโชค. (2548). Acute ST-Elevation Myocardial Infarction. ใน วีรพันธุ์ ไชวิฑูรกิจ, และ ธานีพร อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ), *เวชปฏิบัติผู้ป่วยใน* (พิมพ์ครั้งที่ 3., หน้า 336-350). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2546). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ*. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรีณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), *New guidelines in coronary artery disease* (หน้า 267-287). เชียงใหม่: โอเอมอเอไกเนเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิง.
- อุมา จันทิพิเศษ. (2539). *การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, R. E., Pfeffer, M. A., Thune, J. J., McMurray, J. J., Califf, R. M., & Velazquez, E., et al. (2008). High-risk myocardial infarction in the young: the valsartan in acute myocardial infarction (VALIANT) trial. *American Heart Journal*, 155(4), 706-711.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Artinain, N. T. (1993). Spouses' perceptions of readiness for discharge after cardiac surgery. *Applied Nursing Research*, 6(2), 80-88.
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(1), 17-23.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2005). Advanced statistical analysis. In *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization*. (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Chan, V. (1990). Content areas for cardiac teaching: Patients' perceptions of the importance of teaching content after myocardial infarction. *Advanced Nursing* 15, 1139-1145.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Maryland: Aspen Publishers Inc.
- Congdon, J. G. (1994). Managing the incongruities: the hospital discharge experience for elderly patient, their families, and nurses. *Apply Nursing Reserue*, 7(3), 125-131.
- Dickens, C., McGowan, L., Percival, C., Tomenson, B., Cotter, L., Heagerty, A., el al. (2008). Negative illness perceptions are associated with new-onset depression following myocardial infarction. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 30, 414-420.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their careers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Advanced Nursing*, 31(5), 1165-1173.
- Drory, Y., Kravetz, S., & Hirschberger, G. (2002). Long-term mental of men after a first acute myocardial infarction. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 83, 352-358.
- Duryee, R. (1992). The efficacy of inpatient education after myocardial infarction (Review). *Heart & Lung: The Journal of Acute & Critical Care*, 21(3), 217-227.
- Fenwick, A. M. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal of Advanced Nursing*: 4, 9-21.
- Heine, J., Koch, S., & Goldie, P. (2004). Patients' experiences of readiness for discharge following a total hip replacement. *Australian Journal of Physiotherapy*, 50(4), 227-233.

- Hooper, L., Griffiths, E., Abrahams, B., Alexander, W., Atkins, S., Atkinson, G., et al. (2004). Dietetic guidelines: diet in secondary prevention of cardiovascular disease. *Journal Human Nutrition Dietetic*, 17, 337-349.
- Jensen, B. O., & Peterson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51, 123-131.
- Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee. (2000). Myocardial infarction redefined. A consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the redefinition of myocardial infarction. *European Heart Journal*, 21, 1502-1513.
- Kleinpell, R. M. (2004). Randomized trial of an intensive care unit-based early discharge planning intervention for critically ill elderly patients. *American Journal of Critical Care*, 13(4), 335-345.
- Kosulwat, V. (2006). The nutrition and health transition in Thailand. *Journal of Public Health Nutrition*, 5(1A), 183-189.
- MacInnes, J. D. (2006). The illness perceptions of woman following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 280-288.
- MacInnes, J.D (2005). The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: Implications for behaviour change and attendance at cardiac rehabilitation. *Journal of Women and Health*. 42(4) 105-121.
- MacIntyre, K., Stewart, S., Capewell, J., Chalmers, J., Pell, J. P., Boyd, J., et al., (2001). Gender and survival: a population-based study of 201,114 men and women following a first acute myocardial infarction. *Journal of the American College of cardiology*, 38(3), 729-735.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Norekval, T. M., Moons, P., Hanestad, B. R., Nordrehaug, J. E., Wentzel-Larsen, T., & Fridlund, B. (2008). The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infection. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 80-87.

- Oliveira A., Barros, H., Azevedo, A., Bastos, J., Lopes, C. (in press). Impact of risk factors for non-fatal acute myocardial infarction. *European Journal of Epidemiology*.
- Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 303-310.
- Petrie, K. L., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 580-586.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ryan, T. J., Antman, E. M., Brooks, N. H., Califf, R. M., Hillis, L. D., & Hiratzka, L. F. (1999). ACC/AHA Guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction. *Circulation*, 100, 1016-1030.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in Nursing. *IMAGE*, 26(2), 119-127.
- Shaefer, A. L., Anderson, J. E., & Simms, L. M. (1990). Are they ready? Discharge planning for older surgical patients. *Journal of Nursing Research*, 6(2), 56-68.
- Smith, C. S., Allen, J. J., Blair, S. N., Bonow, R. O., Brass, L. M., Fonarow, G. C., et al. (2006). AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease. *Circulation*, 113, 2363-2372.
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advance Nursing*, 31(6), 1351-1360.
- Stewart, S., & Voss, D. W., (1997). A study of unplanned readmissions to a coronary care unit. *Journal of Advance Nursing*, 31(6), 1351-1360.
- Southern, W. N., Berger, M. A., Bellin, E. Y., Hailpern, S. M., & Arnsten, J. H. (2004). Hospitalist care and length of stay in patients requiring complex discharge planning and close clinical monitoring. *Heart & Lung*, 26, 196-203.

- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Ancona, J., Gresser, S., Toman, S., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1), 31-42.
- Weiss, M. E., & Piacentine, L. B. (2006). Psychometric properties of Readiness for Hospital Discharge Scale. *Journal Nursing Measurement*, 14(3), 163-180.
- Wiles, R. (1998). Patients' perceptions of their heart attack and recovery: The influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Social Science & Medicine*, 46(11), 1477-1486.





ภาคผนวก ก
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาเติมข้อความในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย / ลงใน ☐ ที่ตรงกับตัวท่าน

1. เพศ

☐

ชาย

☐

หญิง

2. อายุ _____ ปี

3. สถานภาพสมรส

☐

โสด

☐

คู่

☐

หม้าย หย่า แยก

☐

อื่นๆ _____

4. ศาสนา

☐

พุทธ

☐

อิสลาม

☐

คริสต์

☐

อื่นๆ

5. ระดับการศึกษา

☐

ไม่ได้เรียน

☐

ประถมศึกษา

☐

มัธยมศึกษา

☐

ประกาศนียบัตร

☐

ปริญญาตรี

☐

ปริญญาโทหรือสูงกว่า

6. อาชีพปัจจุบัน

☐ ทำงานบ้าน☐ รับจ้าง☐ ค้าขาย☐ ทำนา ทำสวน ทำไร่☐ รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ☐ อยู่บ้านเฉยๆ ไร้สาเหตุ _____☐ อื่นๆ ระบุ _____

9. ความเพียงพอของรายได้

☐ ไม่เพียงพอ☐ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ☐ มีเงินเหลือเก็บ

10. สิทธิการรักษาครั้งนี้

☐ เสียค่าใช้จ่ายเอง☐ สังคมสงเคราะห์☐ ประกันสังคม☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า☐ เบิกจากงานที่ทำ _____ ราชการ, _____ รัฐวิสาหกิจ

11. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

☐ เคย☐ ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการรักษา

1. การวินิจฉัยโรค

☐ NSTEMI

☐ STEMI

2. ตำแหน่งของกล้ามเนื้อหัวใจตาย

☐ ด้านหน้า (Anterior wall MI)

☐ ด้านล่าง (Inferior wall MI)

☐ ด้านหน้าและด้านข้าง (Antero-lateral wall MI)

☐ ด้านข้าง (Lateral wall MI)

☐ ด้านหลัง (Posterior wall MI)

☐ หลายด้าน (Extensive MI)

6. วันที่เข้ารับการรักษา _____

7. วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล _____

8. ปัญหาสุขภาพอื่นๆ

☐ ไม่มี

☐ ไม่ทราบ

☐ เบาหวาน

☐ สูบบุหรี่

☐ ความดันโลหิตสูง

☐ ระดับไขมันในเลือดสูง

☐ อื่นๆ ระบุ _____

แบบสอบถามการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วย

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / หรือ วงกลมในตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงกับท่านในขณะนี้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

1. ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ เมื่อท่านจะ <u>ทำอะไรก็ตาม</u> ท่านคิดว่า <u>จะทำได้สำเร็จหรือไม่</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ทำไม่สำเร็จ อย่างแน่นอน										ทำสำเร็จ อย่างแน่นอน
2. ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ นอกเหนือจากญาติ หรือเพื่อนสนิทแล้ว ท่านคาดว่าบุคคลอื่นจะมองท่านอย่างไร										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
มองท่าน เป็นคนไข้โรค										มองท่าน เหมือนคนปกติ
3. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจในครั้งนี้ ทำให้ท่านรู้สึกว่สิ่งต่างๆ รอบตัวท่าน <u>ไม่มีความหมายสำหรับท่าน</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เคยรู้สึกเลย										รู้สึกอยู่เสมอ
4. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจในครั้งนี้ ทำให้ท่านรู้สึกว่คนที่ท่านไว้วางใจทำให้ท่าน <u>ผิดหวัง</u>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เคยรู้สึกเลย										รู้สึกอยู่เสมอ

5. ชีวิตในความคิดของท่าน คืออะไร 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 เต็มไปด้วย เต็มไปด้วยสิ่งที่ สิ่งที่น่าสนใจ น่าเบื่อหน่าย										
6. ชีวิตของท่านในปัจจุบัน มีเป้าหมายหรือไม่ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่มี มีเป้าหมาย เป้าหมายเลย ที่ชัดเจน										
17. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจครั้งนี้ ทำให้ท่านคิดหรือไม่ว่าสิ่งต่างๆ ที่ท่านทำอยู่ในชีวิตประจำวัน มีความหมายน้อยมาก 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 คิดตลอดเวลา ไม่เคยคิด เช่นนี้เลย										
18. การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจครั้งนี้ ทำให้ท่านคิดหรือไม่ว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านได้ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 คิดตลอดเวลา ไม่เคยคิด เช่นนี้เลย										

แบบสอบถามคุณภาพการสื่อนก่อนออกจากโรงพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / หรือ วงกลมลงในตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงกับท่านในขณะนี้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

1.1. <u>ท่านต้องการ</u>ข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (เช่น การดูแลแผล การใช้ยาฟัน การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยาตามขนาดและจำนวนตามเวลา) เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ต้องการเลย										ต้องการอย่างมาก
1.2. <u>ท่านได้รับ</u>ข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (เช่น การดูแลแผล การใช้ยาฟัน การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยาตามขนาดและจำนวนตามเวลา) เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้รับเลย										ได้รับอย่างมาก
2.1. <u>ท่านต้องการ</u>ข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลภาวะอารมณ์ (เช่น การจัดการกับความเครียด) เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ต้องการเลย										ต้องการอย่างมาก
2.2. <u>ท่านได้รับ</u>ข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับการดูแลภาวะอารมณ์ (เช่น การจัดการกับความเครียด) เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้รับเลย										ได้รับอย่างมาก

3.1. ท่านต้องการข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากนักน้อยเพียงใดเกี่ยวกับยาหรือการรักษา (เช่น การดูแลแผล การใช้ยาพ่น การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยาตามขนาดและจำนวนตามเวลา) หลังกลับไปอยู่บ้านแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ต้องการเลย								ต้องการอย่างมาก		
3.2. ท่านได้รับข้อมูลจากพยาบาลผู้ดูแลมากนักน้อยเพียงใดเกี่ยวกับยาหรือการรักษา (เช่น การดูแลแผล การใช้ยาพ่น การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การรับประทานยาตามขนาดและจำนวนตามเวลา) หลังกลับไปอยู่บ้านแล้ว										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ได้รับเลย								ได้รับอย่างมาก		
17. ท่านรู้สึกมั่นใจมากนักน้อยเพียงใด ว่าท่านจะสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ควรปฏิบัติเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน (เช่น อมยาใต้ลิ้นเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มั่นใจเลย								มั่นใจอย่างมาก		
18. ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน ช่วยลดความวิตกกังวลของท่านเกี่ยวกับการกลับไปอยู่บ้านหรือไม่										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ความวิตกกังวล								ความวิตกกังวล		
ไม่ลดลงเลย								ลดลงอย่างมาก		

แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย / หรือ วงกลมลงในตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยพิจารณาว่าเมื่อท่านต้องกลับไปอยู่บ้าน ท่านมีความรู้สึกพร้อมในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

1. เมื่อนึกถึงการออกจากโรงพยาบาล ท่านเชื่อว่าท่านพร้อมแล้วที่จะกลับบ้านตามแผนการรักษา	[] ไม่ใช่	[] ใช่
2. ท่านรู้สึกว่าสภาพร่างกายของท่านพร้อมที่จะกลับบ้านมากน้อยเท่าใด	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ไม่พร้อม พร้อมเต็มที่
3. วันนี้ ท่านรู้สึกปวดหรือรู้สึกไม่สบายมากน้อยเท่าใด	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ไม่ปวด ปวดรุนแรง
4. วันนี้ ท่านรู้สึกถึงพลังกำลัง (ความแข็งแรง) มากน้อยเพียงใด	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ไม่มีแรง แข็งแรง
5. วันนี้ ท่านรู้สึกกระตือรือร้นมากน้อยเท่าไร	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	ไม่มีเลย มีมาก

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เอมพร รตินธร
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.นิธิตา เชาวลิต
ภาควิชาอายุรกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางธิดารัตน์ ชัยมัติ
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางดารณี อินทจักร
ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิการเปลี่ยนกลับแบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาล

1. อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2 ถนนพหลโยธิน แขวงลาดยาว กรุงเทพฯ 10700 โทร (062) 4196405-6 โทรสาร (062) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย หมายเลข SI 492/2008

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกักเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

รหัสโครงการ : 499/2551(EC3)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวแสงเดือน กันทะขู้
คณะพยาบาล ศาสตราจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 19 กันยายน 2551
วันหมดอายุ : 18 กันยายน 2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม 21 กันยายน 2551
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจรรยา เกียรติวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 26 กันยายน 2551
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ อุตทนนท์)

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Page 1 of 1

ผู้วิจัยที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ดังต่อไปนี้

1. จะดำเนินการวิจัยตามโครงร่างวิจัยที่ได้รับการรับรองโดยเคร่งครัด
2. จะใช้เอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและคนใกล้ชิดคนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ประทับตรารับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ฉบับล่าสุดเท่านั้น
3. จะรายงานเหตุการณ์ในทั้งปวงที่สัมผัสกับผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ในทุกกรณี
4. จะรายงานข้อมูลใหม่ที่ได้รับซึ่งจะมีผลกระทบต่อสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อย่างรวดเร็วและไม่บิดเบือน
5. จะรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามกำหนดระยะเวลาที่ได้รับการร้องขอ
6. จะดำเนินการระบวนการให้ข้อมูลเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างถูกต้อง เป็นโอกาสให้ผู้ได้รับข้อมูลแสดงเจตนาที่ยินยอมหรือไม่สมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจอย่างแท้จริง โดยปราศจากการข่มขู่หรือคุกคามด้วยวิธีการใดๆ


มหาวิทยาลัยมหิดล

Version 5 Data Apr 22, 2004 Page 1 of 3

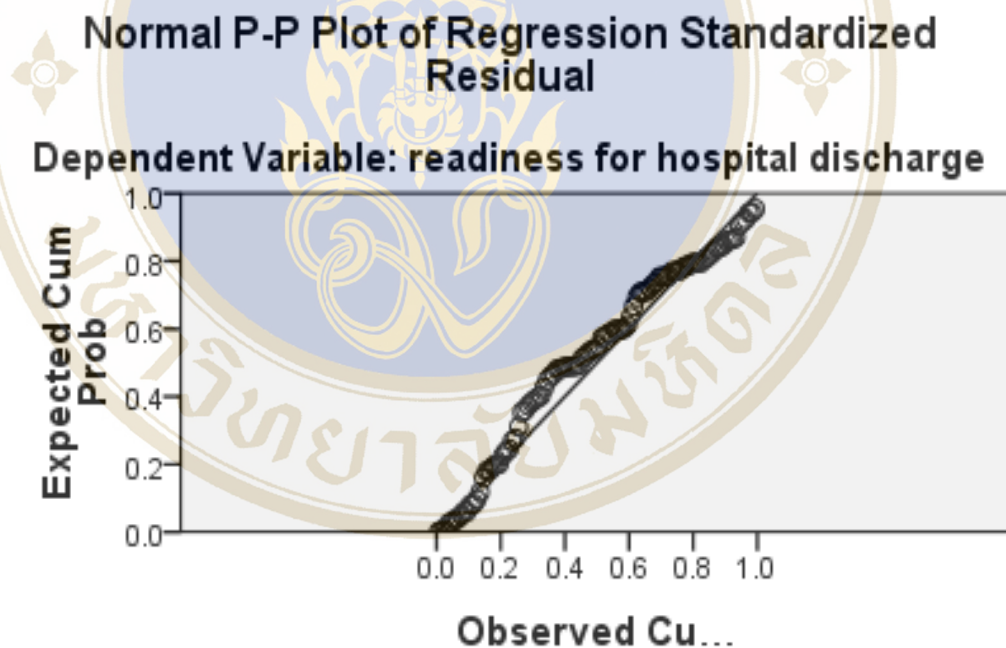
ภาคผนวก ง

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
(Multiple Regression Analysis)

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity)

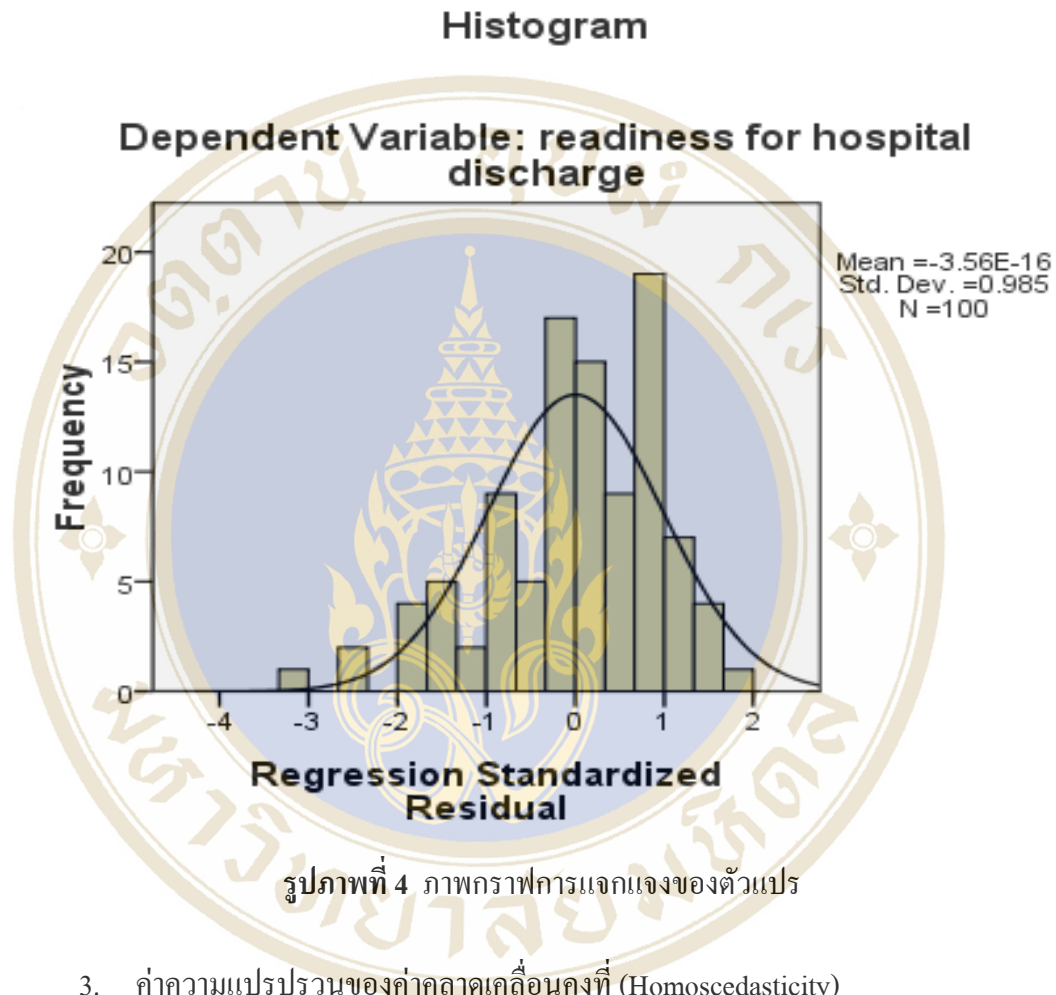
รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) (รูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 ภาพการกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

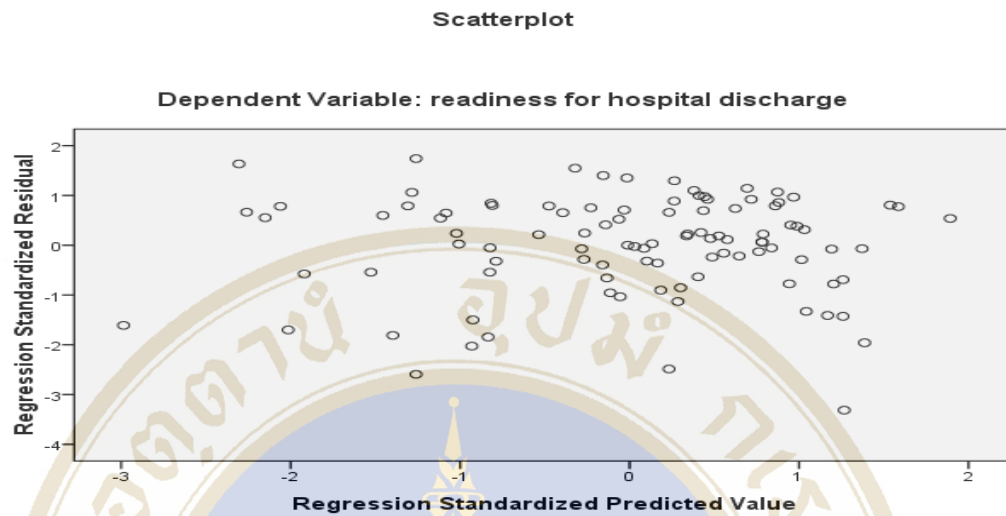
2. ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normal curve)

ข้อมูลของตัวแปรตาม (y) บนค่าของตัวแปร (x) มีการแจกแจงเป็นปกติ (รูปที่ 4)



3. ค่าความแปรปรวนของค่าคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity)

ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (Scatter Plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระกระจายบริเวณค่าศูนย์ (รูปภาพที่ 5)



รูปภาพที่ 5 ภาพการกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน

4. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูง (Multicollinearity) คือ น้อยกว่า 0.80 (Burn & Grove, 2005) (ตารางที่ 6)

5. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นอิสระกัน (Autocorrelation)

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าค่า Durbin Watson เท่ากับ 1.903 ซึ่งแสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

สรุป การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ภาคผนวก จ
การแปลผลข้อมูล

ตารางที่ 8 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนการให้ความหมายและความคาดหวังของการ
เจ็บป่วย (n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
การให้ความหมายและความคาดหวังของ การเจ็บป่วย	ลบ	0 - 60	4
	เป็นกลาง	61 - 120	36
	บวก	121 - 180	60
ด้านการให้ความหมาย	ลบ	0 - 30	8
	เป็นกลาง	31 - 60	37
	บวก	60 - 120	55
ด้านความคาดหวัง	ลบ	0 - 30	2
	เป็นกลาง	31 - 60	69
	บวก	61 - 120	69

ตารางที่ 9 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาล
(n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
คุณภาพการสอนก่อนออกจาก โรงพยาบาลโดยรวม	ต่ำ	0 - 60	2
	ปานกลาง	61 - 120	48
	ดี	121 - 180	50
คุณภาพด้านทักษะการสอน	ต่ำ	0 - 20	12
	ปานกลาง	21 - 40	32
	ดี	41 - 60	56
ความต้องการข้อมูล	ต่ำ	0 - 20	51
	ปานกลาง	21 - 40	28
	ดี	41 - 60	21
ข้อมูลที่ได้รับ	ต่ำ	0 - 40	0
	ปานกลาง	41 - 80	3
	ดี	81 - 120	97

ตารางที่ 10 ค่าความถี่ และร้อยละของระดับคะแนนความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล
(n = 100)

แบบวัด	ระดับคะแนน	คะแนน	ร้อยละ
ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลโดยรวม	ต่ำ	0 - 60	0
	ปานกลาง	61 - 120	11
	สูง	121 - 180	89
ด้านบุคคล	ต่ำ	0 - 23	0
	ปานกลาง	24 - 47	11
	สูง	48 - 70	89
ด้านความรู้	ต่ำ	0 - 27	6
	ปานกลาง	28 - 55	30
	สูง	56 - 80	64
ด้านความสามารถในการ แก้ไขปัญหา	ต่ำ	0 - 10	3
	ปานกลาง	11 - 20	18
	สูง	21 - 30	79
ด้านความคาดหวังในการ ได้รับการช่วยเหลือ	ต่ำ	0 - 13	2
	ปานกลาง	14 - 27	11
	สูง	28 - 40	87

ภาคผนวก จ
เอกสารขออนุญาตนำเครื่องมือไปใช้ในการวิจัย

From: **Weiss, Marianne** (marianne.weiss@marquette.edu)

Sent: Saturday, March 15, 2008 9:58:30 PM

To: Saengduan Kunthakhu (duan_ns@hotmail.com)

1 attachment



[RHDS QDTS...doc](#) (21.8 KB)

Thank you for being persistent in trying to reach me - I found your first e-mail lost among a large number of emails I receive. I will be happy to send the scale to you. I need to know which version of the scale you are looking for:

1. adult medical surgical patients
2. postpartum patients
3. parents of hospitalized children.

I will watch for your response. I have attached the permission form which you will need to complete before you can use the instrument.

Marianne Weiss, DNSc, RN

Associate Professor and

Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health

Marquette University College of Nursing

PO Box 1881

Milwaukee, WI, 53201-1881

phone - 414-288-3855

fax - 414-288-1939

cell - 847-514-2798

email - marianne.weiss@marquette.edu<mailto:marianne.weiss@marquette.edu>

From: **Weiss, Marianne** (marianne.weiss@marquette.edu)

Sent: Monday, April 07, 2008 11:59:20 PM

To: Saengduan Kunthakhu (duan_ns@hotmail.com)

2 attachments



[Quality o...pdf](#) (10.3 KB), [RHDS adul...pdf](#) (10.1 KB)

The forms are attached - I thought you had them already. Sorry for the delay. Good luck with your thesis

Marianne Weiss, DNSc, RN

Associate Professor and

Wheaton Franciscan Healthcare, St. Joseph / Sister Rosalie Klein Professor of Women's Health

Marquette University College of Nursing

PO Box 1881

Milwaukee, WI, 53201-1881

phone - 414-288-3855

fax - 414-288-1939

cell - 847-514-2798

email - marianne.weiss@marquette.edu<mailto:marianne.weiss@marquette.edu>

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวแสงเดือน กันทะขู้

วัน เดือน ปีเกิด 26 มิถุนายน 2525

สถานที่เกิด จังหวัดพะเยา

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2544-2548
คณะพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2552
คณะพยาบาลศาสตร์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
ประวัติการทำงาน พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู.
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
พ.ศ. 2548-2549

ที่อยู่ปัจจุบัน 120 หมู่ 13 ต. หงส์หิน อ.จุน จ.พะเยา 56150
โทร. 08-780-72-624
E-mail: duan_ns@hotmail.com