

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ



จุฬารัตน์ เพิ่มพูล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ความพึงพอใจ และการกลับมารักษซ้ำ

จุฑาภรณ์ เหมมุล

นางสาว จุฑาภรณ์ เหมมุล
ผู้วิจัย

อรุณ ธิษณกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ธิษณกุล,
Ph.D. (Nursing)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง,

พ.บ., ป.ชั้นสูง (ศัลยศาสตร์)
ว.ว. (ศัลยศาสตร์ ทรวงอก), FRCST

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อภิสรา อธิษณกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,
Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลพวิทย์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., วว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรุณ ธิษณกุล

รองศาสตราจารย์ยาใจ ธิษณกุล,
Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

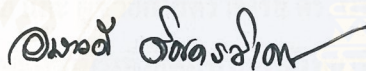
เรื่อง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

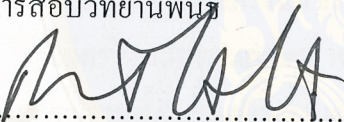
วันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2553



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,

Ph.D. (Nursing)

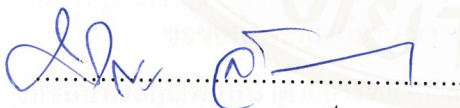
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นายนำ ดันฐวนิตย์,

M.D., วว. เวชศาสตร์ฟื้นฟู

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง,

พ.บ., ป.ชั้นสูง (ศัลยศาสตร์)

ว.ว. (ศัลยศาสตร์ ทรวงอก), FRCST

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

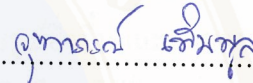


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., วว. ออร์โธปิดิกส์

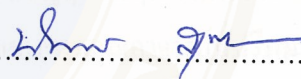
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



นางสาว จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

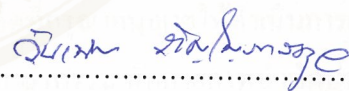
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พงศ์คำ ติลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษาวดี อัครวิเศษ และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้คำแนะนำตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ นำตันฐนนิศย์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทวัน สุวรรณรูป คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในความกรุณาชี้แนะความรู้เพิ่มเติมที่ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและขอขอบพระคุณสภากาพย์พยาบาลเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตสำหรับนักศึกษามหาวิทยาลัยพยาบาลศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้องประจำปี2552 จากสภาการพยาบาลเพื่อให้วิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จ มีประโยชน์สูงสุดต่อผู้บริการสุขภาพต่อไป

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาโททุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์รวมทั้งฝึกฝนทักษะต่างๆแก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอย่างสูงที่คอยให้คำปรึกษาและเป็นกำลังใจผู้วิจัยขณะศึกษาในหลักสูตรตลอดมาและขอกราบขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์ฉัตรกนก ทุมวิภาต และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์เกิดประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะแพทย์แผนกอายุรกรรม นักกายภาพบำบัดประจำอายุรกรรม หัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม และพี่ๆน้องร่วมวิชาชีพพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตลอดจนช่วยเหลือให้ความสะดวกอย่างดียิ่งขณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล และขอขอบคุณคุณคุณมะลิวรรณ อังคณิษฐ์ และคุณสุนทรสิรา ชมภูพฤกษ์ ผู้ช่วยวิจัย ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่และสมาชิกในครอบครัว พี่ๆ น้องๆ ทุกท่านที่ได้ให้ความรัก กำลังใจ ความห่วงใยและความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลและทุกท่าน

จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ

THE EFFECTIVENESS OF A STRUCTURED DISCHARGE PLANNING PROGRAM IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ON FUNCTIONAL STATUS, SATISFACTION AND UNEXPECTED HOSPITAL REVISITS

จุฬารัตน์ เพิ่มพูล 5036790 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, Ph.D. (Nursing), อุษาวดี อัครวิเศษ, Ph.D. (Nursing), พันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง, พ.บ., ป.ชั้นสูง (สัตวศาสตร์) ว.ว. (สัตวศาสตร์ ทรวงอก), FRCST

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของ จูดิท รอด์เดน และอลิสเบ็ท เทพท์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 ราย กลุ่มควบคุม 32 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย เก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากเวชระเบียนและจากการโทรศัพท์ติดตามผลภายใน 30 วันหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANCOVA Independent t-test และ Chi-square test ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และจำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ย 18.86 คะแนน) และกลุ่มควบคุม (คะแนนเฉลี่ย 19.19 คะแนน) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ย 43.50 คะแนน) มากกว่ากลุ่มควบคุม (คะแนนเฉลี่ย 26.88 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยพบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายขณะกลุ่มตัวอย่างพักฟื้นที่บ้าน และเมื่อเปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความพึงพอใจและลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในการปฏิบัติพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน/ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/ ความพึงพอใจ/ การกลับมารักษาซ้ำ

THE EFFECTIVENESS OF A STRUCTURED DISCHARGE PLANNING PROGRAM
IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ON FUNCTIONAL
STATUS, SATISFACTION AND UNEXPECTED HOSPITAL REVISITS

CHUTHAPORN PHEMPHUL 5036790 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D.
(NURSING), USAVADEE ASDORNWISED, Ph.D. (NURSING), PANSAK
LAKSANABUNSONG, M.D. (CARDIOTHORACIC SURGERY), FRCST

ABSTRACT

This experimental research study was conducted to determine the effectiveness of a structured discharge planning program for patients with acute coronary syndrome on functional status, satisfaction and unexpected hospital revisits. The concept of discharge planning as written by Judith Rorden and Elizabeth Taft was used as a research framework. The sample was randomly selected and consisted of 32 patients in the experimental group and 32 in the control group. The sample consisted of new cases with acute coronary syndrome who were recruited from the Medical Department, Roi-Et Hospital. Data were collected using three questionnaires. These questionnaires were: 1) Demographic Data Questionnaire; 2) Functional Status Questionnaire and; 3) Satisfaction on Discharge Planning Program Questionnaire. The records of unexpected hospital revisit data were collected via medical records and telephone follow-up at 30 days post-discharge. Data were analyzed by analysis of covariance (ANCOVA), Independent t-test, and Chi-square test to compare the means scores of functional status, satisfaction, and unexpected hospital revisits, respectively.

The results found that mean scores of functional status in the experimental group and the control group ($\bar{x} = 18.86$ and 19.19 , respectively) were not statistically significant ($p > .05$). The mean scores of satisfaction on structured discharge planning in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($\bar{x} = 43.50$ and 26.88 , respectively, $p < .01$). The higher scores of satisfaction in the experimental group were related to participation of caregivers in the discharge planning process, and lower scores of satisfaction were related to follow-up care, as patients need home visits in addition to telephone follow-ups. Moreover, the number of patients having unexpected hospital revisits in the experimental group was significantly lower than in the control group ($p < .05$).

In conclusion, these results show the positive effects of a structured discharge planning program for patients with acute coronary syndrome, such as higher satisfaction and a lower number of unexpected hospital revisits. It is suggested that nurses should apply this program when caring for this group of patients, and improve their discharge care competency to enhance outcomes for patients and caregivers.

KEY WORDS: STRUCTURED DISCHARGE PLANNING PROGRAM/ PATIENTS
WITH ACUTE CORONARY SYNDROME/ FUNCTIONAL STATUS/
SATISFACTION/ UNEXPECTED HOSPITAL REVISITS

186 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญรูปภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	10
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	55
3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	63
3.3 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4 ผลการวิจัย	70
บทที่ 5 การอภิปรายผล	89
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	99
บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาไทย	106
บทสรุปแบบสมบรูณ์ภาษาอังกฤษ	125
บรรณานุกรม	144
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	159
ภาคผนวก ข. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย	160
ภาคผนวก ค. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	175
ภาคผนวก ง. คำชี้แจงพิกษัสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย	180
ภาคผนวก จ. การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	185
ประวัติผู้วิจัย	186

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	13
2.2 แสดงการประเมินระดับหนักเบาในการออกกำลังกาย	24
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้ศึกษา	71
4.2 ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับ	76
4.3 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน(รายข้อ)	79
4.4 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน(รายข้อ)	80
4.5 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	82
4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน	82
4.7 คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแบ่งเป็นรายด้าน	83
4.8 คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	85
4.9 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันใช้สถิติ Independent t-test	86
4.10 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน	86
4.11 เปรียบเทียบจำนวนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน (แบ่งเพศชาย-หญิง)	87
4.12 เปรียบเทียบจำนวนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน	88

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1. กรอบแนวคิดการศึกษาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน	7
2. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง	35
3. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง	67
4. สรุปลขั้นตอนการเก็บข้อมูล	68
5. แสดงการแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลอง	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในปีพุทธศักราช 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 6.26 ล้านคนในเพศชายและ 5.63 ล้านคนในเพศหญิง (Luepker, Evans, McKeigue, & Reddy, 2004) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด (ปัญเกียรติ์ โตพิพัฒน์, 2551) จากข้อมูลสถิติโรคหัวใจและหลอดเลือดของกระทรวงสาธารณสุขในปีพุทธศักราช 2549 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 76.1 (มานิต ชีระตันติกานนท์, 2550) และมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันถึงร้อยละ 28.4 (อรพิน ทรัพย์สันและคณะ, 2550) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากถึง 33,148 ราย (อรพิน ทรัพย์สันและคณะ, 2550) สำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญ และมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี 2549 และ 2550 ที่ผ่านมามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวน 533 และ 600 รายต่อปี และโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดโดยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินในปี 2549 มีจำนวน 161 ราย และในปี 2550 มีจำนวน 226 ราย ตามลำดับ (งานสถิติและข้อมูลการบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2551) และในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีถึงร้อยละ 32.25 และพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะช็อคจากหัวใจ (งานข้อมูลสถิติกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2551) ซึ่งจากความรุนแรงของโรคดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน (Fast track) มีการเฝ้าระวังอาการและการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนตามมา

โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่มีสาเหตุจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการตีบแคบ หรืออุดตันจากมีก้อนเลือดอุดตัน (thrombosis) ทำให้การนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยง

กล้ามเนื้อหัวใจ ไม่เพียงพอกับความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardial) ในระยะแรกจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (myocardial ischemia) ถ้าไม่ได้รับการรักษาได้ทันเวลาจะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ตามมา ซึ่งการเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลที่รวดเร็วจะช่วยลดความรุนแรงของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ (Wenaweser & Windecker, 2008; Antman, 2005) จากการสำรวจข้อมูลของผู้ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงธันวาคม 2551 พบว่าการเกิดภาวะวิกฤติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาลักษณะฉุกเฉินโดยไม่รู้ตัว และไม่ทราบสาเหตุของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองมาก่อน ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคที่จะเกิดกับตนเองในอนาคตได้ โดยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Aalto, Heijmansb, Weinmanc, & Arod, 2005) พบว่าผลกระทบภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันด้านร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดความเครียดเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย วิตกกังวลในการกลับซ้ำของโรค กลัวเสียชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการอาการ รวมถึงวิตกกังวลต่อการปฏิบัติตัวภายหลังเกิดโรค ทั้งนี้การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันนั้น แม้จะวิกฤติรุนแรงเพียงใดก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความคาดหวังการฟื้นกลับสภาพของระบบร่างกายของตน เพื่อส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมบูรณ์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติดังเดิมภายหลังการเจ็บป่วย (Jerlock, Gaston-Johansson, & Danielson, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายว่าถูกทำลายไปมากน้อยเพียงใด ภายหลังเกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (Gheorghiad & Fonarow, 2007; Guyton & Hall, 2006; Antman, 2005) เมื่อเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย ร่างกายจะปรับการทำงานของหัวใจในการรักษาความสามารถในการบีบเลือดออกจากหัวใจให้ได้ปริมาณเท่าเดิม เพียงพอกับความต้องการสารอาหารและออกซิเจนของอวัยวะต่างๆของร่างกายเพื่อการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้ฟื้นกลับสภาพเดิม (Guyton & Hall, 2006; Antman, 2005) จากการศึกษาของ วรมนต บำรุงสุข (2548) พบว่าการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรักษาและภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีแบบแผนทำให้ผู้ป่วยฟื้นหาย (recovery) เร็ว ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้ นอกจากส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงสภาพเดิมแล้ว ยังมี

ประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ด้วย ซึ่งสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ลดการเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ (deep veins thrombosis) ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากปอดขยายได้น้อยจากการนอนนาน (reduction in functional capacity) และลดความเครียดของผู้ป่วยจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น (Myers & Froelicher, 2007) โดยคาดว่าจะการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนให้ดีขึ้นตามลำดับ ลดการกลับมารักษาซ้ำและสามารถดำเนินชีวิตได้ผาสุกต่อไป

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่าภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดแองจายน่า (unstable angina) ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงเดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และเพิ่มเป็นร้อยละ 45 ในระยะเวลา 3 ปี (Stevenson et al., 1993 อ้างใน นิธิ มหานนท์ ปิยะมิตร ศรีธราและสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรวมถึงอาจเสียชีวิตได้ตลอดเวลาภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Pongcharoenwaranyu, 2007; Shang, 2007; Antman, 2005) จากความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลในการปฏิบัติตน เพื่อประคับประคองและฟื้นฟูสภาพของตนเองให้ดีขึ้นทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ การจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่อาจเกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตประจำวัน การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของผู้ป่วยยังสามารถทำได้ดังเดิม หรือความหนักเบาของการออกกำลังกายในอนาคตควรเป็นอย่างไร (Timmins, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แนวการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การกลับไปทำงานในอาชีพของตนมีข้อจำกัด หรือต้องดำเนินการต่อไปอย่างไร รวมถึงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ให้คำปรึกษา และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Smith & Liles, 2007)

ดังนั้น ทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทุกราย ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงได้รับการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลถึงชุมชนต่อไป (Grace, Brooks, Abramson, & Arthur, 2006)

ปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing care) ภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญ ใน

ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เข้ามามีบทบาทสำคัญ ในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) โดยบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวน 300 เตียง ับการรักษาระชากรในเขตพื้นที่บริการจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดใกล้เคียง ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมามีแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยได้นำแนวทางการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งเป็นรูปแบบที่กองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (2539) พัฒนาขึ้นมาใช้จนถึงปัจจุบัน อย่างไรก็ตามจากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนเพิ่มขึ้นในขณะจำนวนเตียงจำกัด ทำให้แพทย์มีความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาเข้าสู่ภาวะปกติ โดยเน้นให้ผู้ป่วยกลับพักฟื้นที่บ้านมากขึ้น พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3-4 วันต่อราย โดยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลเพิ่มทั้งผู้ป่วยและหน่วยงาน

ถึงแม้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจะมีนโยบายในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์เข้ารับการรักษาและมีความเสี่ยงสูง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังต้องการรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ และมีโครงสร้างชัดเจนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และแม้โรงพยาบาลจะมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับแต่ยังต้องการการพัฒนาแนวทางการประเมินปัญหาและความต้องการที่เฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินความพร้อมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแต่ละรายอย่างเหมาะสม รวมถึงการติดตามประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย เพื่อติดตามผลทั้งความต่อเนื่องและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแต่ละรายไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดปัญหาการดูแลตนเอง (Yilmaz & Emiroglu, 2005)

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาสนใจในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องตรงกับบริบท และความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (the structured discharge

planning program) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของรอร์ดเคนและเทฟท์ (1990) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็ว เกิดความพึงพอใจในบริการ และลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบของโรคภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและเกิดผลลัพธ์ทางการรักษาและพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการกลับรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

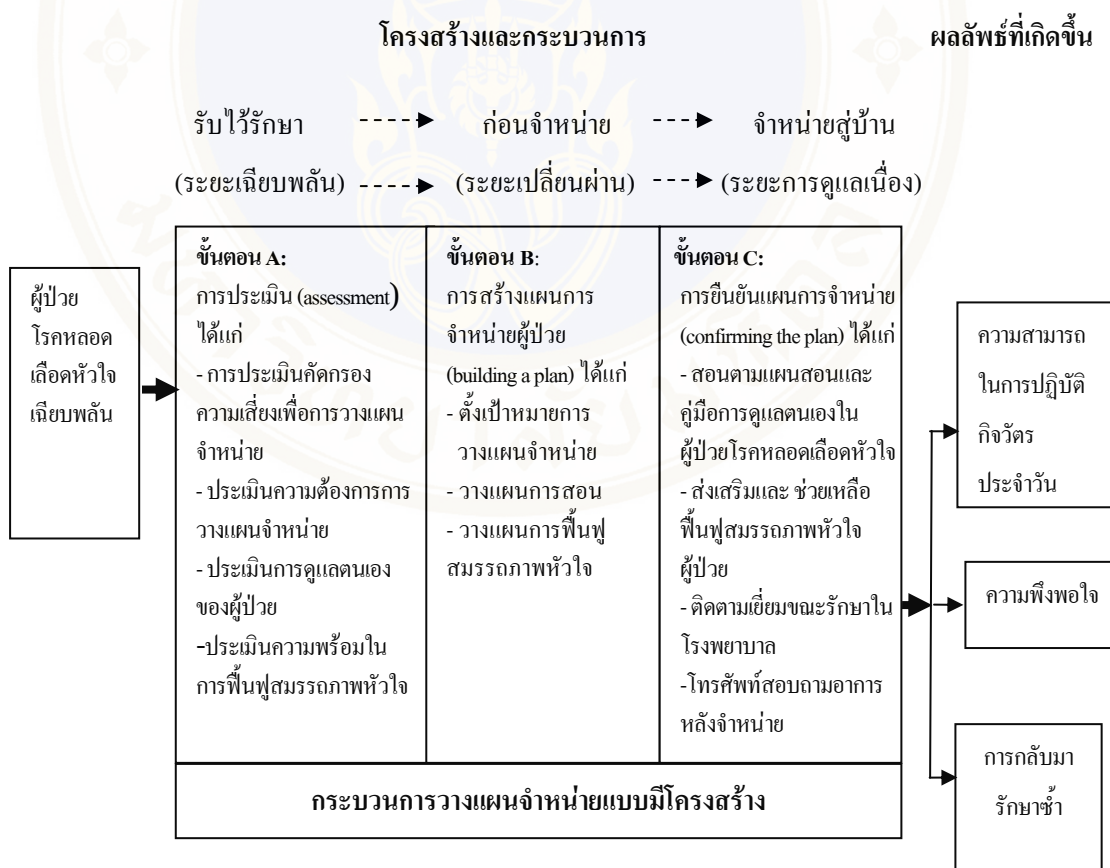
สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของจูดิธ รอร์ดัน และเอลิซาเบท เทฟท์ (Judith Rorden & Elizabeth Taft, 1990) มุ่งเน้นการวางแผนจำหน่ายที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) และระยะการดูแลต่อเนื่อง (continuing phase) โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ การประเมิน (assessment) เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนวางแผนจำหน่าย การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) และการยืนยันแผนการจำหน่ายร่วมกับการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (confirming the plan) โดยมีปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมที่ดีระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ผู้ป่วย และผู้ดูแล (care giver) การสื่อสาร (communication) แลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่าง ผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแล การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ การเน้นผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการดูแล (patients set goal of care) และเน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจตลอดขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย (patients decision making discharge planning process) รวมทั้งผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ควรคำนึงถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นของกระบวนการวางแผนจำหน่ายและครอบคลุมต่อเนื่องทุกขั้นตอนของกระบวนการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านความสมดุลของสุขภาพ (health balance) เช่น ความต้องการการดูแล ความเครียดจากการเจ็บป่วย ความแข็งแรงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน นอกจากนี้ผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ควรให้ความสำคัญต่อปัจจัยส่วนบุคคลในด้านประสบการณ์เดิม (experiences) ความเชื่อ (beliefs) ทางด้านสุขภาพ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรมอีกด้วย

สำหรับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอน A เป็นขั้นตอนในการประเมิน (assessment) ก่อนการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ การประเมินคัดกรองความเสี่ยงการวางแผนจำหน่าย ประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวม ประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยประเมินใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับในระยเฉียบพลัน ขั้นตอน B เป็นขั้นตอนในการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และขั้นตอน C เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย โดยดำเนินการตามแผนจำหน่ายที่วางไว้และมีการประเมินผลภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามแผนการสอน การสอนการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมทั้งการประเมินผลและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายทางโทรศัพท์ กรอบแนวคิดการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดง ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซึ่งมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาศึกษา ตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552

นิยามศัพท์

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หมายถึง กระบวนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายอย่างมีแบบแผน สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ามารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 หมายถึง ขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24-48 ชั่วโมงแรก ขั้นตอนที่ 2 หมายถึง ขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24 ชั่วโมงแรก และขั้นตอนที่ 3 หมายถึง ขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายโรงพยาบาล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง วัดความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย ในการศึกษาครั้งนี้ วัดโดยแบบสอบถามการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงพัฒนาโดย เมรี ดี เนลเลอร์ (Marry D. Naylor, 1999) แปลโดย อุษาวดี อัครวิเศษ (2550)

ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย หมายถึง ความรู้สึของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีต่อการบริการเพื่อวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ปิยนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2540) ในการศึกษาครั้งนี้ วัดโดยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาของผู้ป่วยด้วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหอบนอนราบไม่ได้ และอาการเป็นลมหน้ามืด โดยเข้ารับรักษาที่คลินิกแพทย์ หรือ แผนกฉุกเฉิน หรือ หอผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชน (นิภาพร ประจันบาน, 2550) โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากการโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วย และจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย

การดูแลตามปกติ หมายถึง กระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งเป็นรูปแบบที่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการให้ความรู้ผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการติดตามผู้ป่วยเมื่อมาตรวจตามแพทย์นัดใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลร้อยเอ็ดหรือคลินิกตรวจรักษาอายุรกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย และพัฒนาคุณภาพการดูแลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับระบบบริการของโรงพยาบาล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจและการกลับมารักษาซ้ำ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายและใช้ในการทดลอง โดยเสนอตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

- 1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
- 1.2 ชนิดและพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
- 1.3 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
- 1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีต่อผู้ป่วย
- 1.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย

- 2.1 ความหมายการวางแผนจำหน่าย
- 2.2 วัตถุประสงค์การวางแผนจำหน่าย
- 2.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย
- 2.4 ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในการวางแผนจำหน่าย
- 2.5 ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย

3. การประเมินประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

- 3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 3.2 ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย
- 3.3 การกลับมารักษาซ้ำ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและบทสรุป

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1.1 ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)

โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบหรืออุดตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีสาเหตุเบื้องต้นมาจากภาวะแข็งตัวของหลอดเลือดแดงของหลอดเลือดหัวใจ (coronary atherosclerosis) อาจตามด้วยการเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงหลอดเลือดแดงแตก (plaque ruptured) และมีการรวมตัวกันของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) บริเวณที่ผนังหลอดเลือดแดงแตกตามด้วยการเกิดลิ่มเลือด (thrombus formation) ในบริเวณดังกล่าว ถ้าลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นไม่มากถึงกับอุดตันเพียงแต่ทำให้มีการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก มีลักษณะทางคลินิกเป็นอัลสแตเบิล แองไจน่า (unstable angina) แต่ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือดจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ได้ (Antman, Hand, Mullany, Pearle, Sloan, & Smith, 2008; Pollack & Braunwald, 2008; Antman, 2005)

หลอดเลือดโคโรนารีที่เกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันนั้น ส่วนมากมีการเสื่อมของผนังหลอดเลือดแบบแข็ง (atherosclerosis) เพียงปานกลาง คือมีการตีบของหลอดเลือดแดงโคโรนารีอยู่ประมาณร้อยละ 40-50 (diameter stenosis) เท่านั้น แต่ผนังหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบเพียงร้อยละ 40-50 นี้ มีการปริแตกของผนังหลอดเลือดกระตุ้นการรวมตัวของเกร็ดเลือดและกระตุ้นการเกิดลิ่มเลือดตามมา เป็นเหตุให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจดังกล่าวข้างต้น ซึ่งจากการศึกษาการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีประวัติการเสื่อม และมีการแข็งของหลอดเลือดโคโรนารีอยู่ก่อนเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รุนแรงและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Antman, 2005; Davies et al., 1989 อ้างใน นิธิ มหานนท์ ปิยะมิตร ศรีธรา และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543)

1.2 ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและพยาธิสภาพ

จากสาเหตุและความรุนแรงของการตีบแคบ หรืออุดตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดพยาธิสภาพและลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกัน ซึ่งปัจจุบันสามารถแบ่งชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากอาการทางคลินิก การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และผลการตรวจคาร์ดิเอค มาร์คเกอร์ (cardiac marker) ได้ดังต่อไปนี้ (Camm, Luscher & Serruys, 2006; Antman, 2005)

1.2.1 อัลสแตเบิล แองไจน่า (Unstable angina) สามารถวินิจฉัยได้จากอาการเจ็บหน้าอกที่มีระยะเวลาน้อยกว่า 20 นาทีและเมื่อได้พัก หรือได้รับยาไนโตรกริเซอริน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกจะดีขึ้น ตรวจคลื่นหัวใจผลจะปกติ และผลการตรวจคาร์ดิเอค มาร์คเกอร์ (cardiac marker) ปกติ

1.2.2 กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดนอนเอสที-อีลีเวชัน (Non-ST elevation myocardial infarction) สามารถวินิจฉัยได้จากอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่าง โดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาที และเมื่อได้พัก หรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่มีทิศทางกลับ (T-inverse) มากกว่า 0.2 มิลลิโวลต์ โดยไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอส-ที (ST-segment) ยกสูงขึ้นมากกว่า 0.05 มิลลิโวลต์ และตรวจคาร์ดิเอค มาร์คเกอร์ (cardiac marker) พบค่าทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือ ทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.01 แต่น้อยกว่า 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

1.2.3 กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสที-อีลีเวชัน (ST-elevation myocardial infarction) สามารถวินิจฉัยได้จากอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่าง โดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาทีและเมื่อได้พักหรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้นตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่มีทิศทางกลับ (T-inverse) มากกว่า 0.2 มิลลิโวลต์และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอส-ที (ST-segment) ยกสูงขึ้นมากกว่า 0.05 มิลลิโวลต์ และตรวจคาร์ดิเอค มาร์คเกอร์ (cardiac marker) พบค่าทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันบางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอกแต่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดบัสเคิล-บราซ-บล็อก (the right bundle branches block or the left bundle branches block) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่มี (T-inverse) หรือไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอส-ที (ST-segment) ยกสูงขึ้นได้ (Evans & Tippins, 2008) และที่สำคัญอาการเจ็บหน้าอกที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมารับการรักษาในโรงพยาบาลก็อาจมีความแตกต่างกันด้วย ดังนั้นแพทย์ควรส่งตรวจทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) ในขณะแรกรับผู้ป่วยทุกราย และตรวจซ้ำอีก 4-6 ชั่วโมงต่อมาเพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อไป (สร้อย วรรณประเสริฐ, 2548)

อาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแบ่งเป็น 2 ชนิด

1) อาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง (typical chest pain) โดยอาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงลักษณะเจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่างโดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาที (Camm, Luscher, & Serruys, 2006; Antman, 2005)

2) อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง (atypical chest pain) โดยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งการเกิดได้ ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงจะพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ

หรือผู้ป่วยเบาหวาน (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และศรีณย์ วรรณประเสริฐ, 2546) และพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Milner, Funk, Arnold, & Vaccarino, 2002)

นอกจากอาการเจ็บหน้าอกแล้วอาการอื่นๆที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้แก่ อาการหอบเหนื่อย มีเหงื่อแตก อ่อนเพลีย เป็นลมหมดสติหรือสับสน (Hamilton, Swales, Neill, Murphy, Darragh, & Rocke, et al., 2008) และบางรายอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดแน่นท้องเหมือนอาหารไม่ย่อยได้ (Ryan, DeVon, Home, King, Milner, Moser, et al., 2007)

ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันนอกจากวินิจฉัยตามที่กล่าวข้างต้นแล้ว การประเมินระดับความรุนแรงของโรค (Killip class) มีสำคัญสำหรับทีมสุขภาพเช่นกันในการประเมินระดับความรุนแรงของโรค เพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงพยากรณ์โรคได้ด้วย โดยระดับความรุนแรงของโรค (Killip class) แบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้ (Killip & Kimball, 1967)

ระดับ Killip class I หมายถึง ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (no heart failure)

ระดับ Killip class II หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลวเล็กน้อย (mild heart failure)

ระดับ Killip class III หมายถึง ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure)

ระดับ Killip class IV หมายถึง ผู้ป่วยมีช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock)

1.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ยอมรับกันในการทำนายความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีหลายข้อดังแสดงไว้ในตารางที่ 2.1 (The Third Report of the National Cholesterol Education Program: NCEP, 2001 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และศรีณย์ วรรณประเสริฐ, 2546; ปิยะมิตร ศรีธรา และสุกิจ แย้มวงษ์, 2551; ชัยชาญ ติโรจนวงศ์, 2552)

ตารางที่ 2.1 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง
1.	นิสัยการสูบบุหรี่
2.	ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3.	ระดับแอลดีแอลโคเลสเตอรอล (LDL: low-density lipoprotein cholesterol) ในเลือดมากกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
4.	ระดับเฮสดีแอลโคเลสเตอรอล (HDL: high-density lipoprotein cholesterol) ในเลือดต่ำ

ตารางที่ 2.1 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (ต่อ)

ลำดับ	ปัจจัยเสี่ยง
	กว่าปกติ (ในผู้ชายน้อยกว่า หรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในผู้หญิงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)
5.	โรคความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปหรือได้รับการรักษาความดันโลหิตอยู่ในปัจจุบัน)
6.	เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)
7.	มีบุคคลในครอบครัวเดียวกันที่เป็นญาติสายตรง เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีตั้งแต่อายุไม่มาก (ชายอายุน้อยกว่า 55 ปีและหญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี)
8.	อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อการเสื่อมของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (ชายอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปและหญิงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป)

ในปัจจุบันมีการจัดปัจจัยเสี่ยงจากตารางที่ 1 เพิ่มอีก 3 รายการซึ่งประกอบด้วยโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย หรือ body mass index ตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป แต่ในคนเอเชียใช้ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และรอบเอวในผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว) การขาดการออกกำลังกาย และมีค่าไมโครอัลบูมินูเรีย (microalbuminuria) หรืออัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate) ต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรต่อนาที (The seventh report of the joint national committee on prevention, 2003 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์และศรัณย์ ควณประเสริฐ, 2546; ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2552) และภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะเกิดผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ทีมสุขภาพต้องตระหนักและให้ความช่วยเหลือต่อไป

1.4 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีต่อผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในลักษณะฉุกเฉินโดยไม่รู้ตัวและไม่ทราบสาเหตุของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคที่จะเกิดกับตนเองในอนาคตได้ และภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และสังคมด้วย (Aalto, Heijmansb, Weinmanc, & Arod, 2005)

1.4.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่รุนแรงทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายได้ โดยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Guyton & Hall, 2006) มีดังนี้

1.4.1.1 ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (decreased cardiac output) ซึ่งสาเหตุเกิดจากช่วงการบีบตัวของหัวใจจะเกิดการดึงยืดออกของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตาย (systolic stretch) และการเกิดภาวะช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock)

1) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (decreased cardiac output) ซึ่งสาเหตุเกิดจากช่วงการบีบตัวของหัวใจจะเกิดการดึงยืดออกของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตาย (systolic stretch) พบว่าเส้นใยกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายไม่สามารถทำงานได้ปกติ และกล้ามเนื้อหัวใจส่วนดังกล่าวจะอ่อนแรงขณะหัวใจบีบตัว (systole) โดยในช่วงหัวใจห้องล่างบีบตัวกล้ามเนื้อส่วนที่ตายจะโป่งออก ทำให้ไม่สามารถหดตัวได้ปกติเหมือนบริเวณที่ไม่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (pumping force) ดังนั้นจึงทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง

2) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง (decreased cardiac output) ซึ่งสาเหตุเกิดจากภาวะช็อคจากหัวใจ (cardiogenic shock) ซึ่งเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างตาย (left ventricle infarction) พบได้ร้อยละ 40 ทำให้แรงบีบตัวของหัวใจ (pumping force) ลดลง ดังนั้นจึงทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง

1.4.1.2 ประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดกลับจากหลอดเลือดในปอดลดลง (damming of in the pulmonary blood vessels) เป็นสาเหตุให้เกิดน้ำเกินในถุงลมปอด (pulmonary edema) ซึ่งเกิดจากหัวใจบีบตัว (pumping force) ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถบีบเลือดออกไปได้หมด ทำให้เลือดคั่งภายในหัวใจห้องบนมีปริมาณมาก ซึ่งทำให้เกิดแรงต้านการไหลกลับของเลือดที่ไหลกลับจากปอด (blood vessels of the lungs) และเลือดที่ไหลกลับจากไปเลี้ยงร่างกาย (systemic circulation) และสามารถอธิบายผลจากการไหลเวียนเลือดกลับจากหลอดเลือดในปอดลดลงที่มีผลทำให้เกิดความรุนแรงของการคั่งของน้ำในถุงลมปอดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ดังนี้ โดยใน 24 ชั่วโมงแรก ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายจะพบการคั่งของเลือดในหลอดเลือดดำจากการที่เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาได้ลำบาก และต่อมาถ้ายังไม่ได้รับการแก้ไขให้การบีบตัวของหัวใจดีขึ้นจะส่งผลต่อปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง และเลือดไปเลี้ยงเซลล์ไหลลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการขับปัสสาวะของไตลดลง ซึ่งส่งเสริมให้ปริมาณเลือดของร่างกาย (total blood volume) เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลต่อปริมาณเลือดที่จะไหลกลับเข้าสู่หัวใจไม่ได้และมีปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดการคั่งของเลือด

ภายในหลอดเลือดปอด (pulmonary congestion) และต่อมาจะซึมผ่านเข้าไปในถุงลมและเกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและเสียชีวิตได้

1.4.1.3 เลี้ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (fibrillation of the heart) โดยส่วนใหญ่เกิดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะเฉียบพลันที่เกิดจากแหล่งกำเนิดศักย์ไฟฟ้าหัวใจบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง (sudden ventricular fibrillation) พบว่าเกิดได้ทันทีขณะเกิดหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอุดตันเฉียบพลันและภายหลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่มีพื้นที่การตายจำนวนมาก (large myocardial infarction) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่จะเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเวนทริคูลาร์ (ventricular fibrillation) โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเวนทริคูลาร์นั้นจะเกิดได้ตลอดเวลาทั้งในช่วง 10 นาทีแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (first period) และช่วงที่สอง (secondary period) ใน 1 ชั่วโมงขึ้นไปภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเวนทริคูลาร์อาจเกิดขึ้นเมื่อมีปัจจัยรบกวนดังนี้

1) การลดลงของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน (acute loss of blood supply to the cardiac muscle) ส่งผลให้โพแทสเซียม (potassium) ไออนภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดลงนอกเซลล์อย่างรวดเร็ว ทำให้โพแทสเซียมไออนภายนอกเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (elevated extracellular potassium concentration) เพิ่มขึ้นมากขึ้น ส่งผลรบกวนการทำงานของระบบกล้ามเนื้อหัวใจ (increases the irritability of the cardiac musculature) และไวต่อการกระตุ้นการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเวนทริคูลาร์ได้

2) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว (ischemia of the cardiac muscle) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมา เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดการนำศักย์ไฟฟ้าหัวใจระหว่างส่วนกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดไปสู่ส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจปกติเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของการนำศักย์ไฟฟ้าหัวใจในช่วงคืนกลับสภาพศักย์เดิม (repolarize) ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการเต้นผิดจังหวะของหัวใจชนิดเวนทริคูลาร์ได้

3) ผลจากการกระตุ้นซ้ำของระบบประสาทซิมพาเทติก (powerful sympathetic reflexes) ซึ่งจะพบได้บ่อยภายหลังการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่มีขนาดใหญ่มากโดยการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่มีขนาดใหญ่ ทำให้การบีบตัวของหัวใจในการนำเลือดเข้าสู่หลอดเลือดแดงลดลงต่อมาร่างกายปรับตัวด้วยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและระบบของร่างกายเพียงพอ ผลของระบบประสาทซิมพาเทติกกระตุ้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วขึ้นขณะสภาพกล้ามเนื้อหัวใจมีพยาธิสรีระที่ผิดปกติหรือมีกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับมีผลเสียกับผู้ป่วยเพราะจากการเต้นของหัวใจที่เร็วมากทำให้ระยะเวลาคลายตัวของหัวใจกลับสั้นส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดโคโรนารีไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิด

การปล่อยออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น และในที่สุดจะมีผลรบกวนการทำงานของระบบกล้ามเนื้อหัวใจทำให้มีความไวต่อการกระตุ้นการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเวนทริคูลาร์ได้

4) กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง (cardiac muscle weakness) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน สาเหตุเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีผลให้หัวใจห้องล่างขยายยืดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงขณะการบีบตัวทำให้เพิ่มระยะทางการกระตุ้นการนำศักย์ไฟฟ้าหัวใจ (pathway length for impulse conduction in the heart) และเกิดความผิดปกติของการนำศักย์ไฟฟ้าหัวใจรอบๆกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (abnormal conduction pathways all the way around the infarcted area of the cardiac muscle) ทำให้วงจรการนำศักย์ไฟฟ้าหัวใจจากหัวใจห้องบนสู่หัวใจห้องล่างผิดปกติ ส่งผลให้หัวใจห้องล่างจะมีความไวต่อการกระตุ้นการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเวนทริคูลาร์ได้ง่าย

1.4.1.3 การปริแตกของกล้ามเนื้อหัวใจ (rupture of the heart) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะเกิดในวันแรก หรือ 1 วันขึ้นไปหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนที่ตายจะเปลี่ยนแปลงเป็นพังผืดและมีความบางมากกว่าปกติในขณะที่หัวใจมีการบีบตัวจะทำให้เกิดการดึงยืดออกของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณส่วนที่ตาย (systolic stretch) และทำให้เกิดการปริแตกของกล้ามเนื้อหัวใจได้ง่าย ซึ่งเลือดที่เกิดจากการปริแตกนั้นต่อมาจะเกิดการไหลเข้าไปในเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เกิดการบีบรัดหัวใจเฉียบพลัน (cardiac tamponade) และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

นอกจากที่กล่าวข้างต้น จากการศึกษาพบว่าภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันผู้ป่วยส่วนใหญ่พบอาการอ่อนล้า อาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อย่างไรก็ตามภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยยังมีความคาดหวังการฟื้นกลับสภาพร่างกายที่สมบูรณ์และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม (Jerlock, Gaston-Johansson, & Danielson, 2005) นอกจากนี้ภายหลังเจ็บป่วยพบว่าการดูแลจัดการอาการของผู้ป่วยเพื่อลดความทรมานจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยหญิงมีความต้องการแนวทางการจัดการอาการเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและต้องการการฟื้นฟูสภาพร่างกายร่วมกับได้รับการดูแลระดับประคองทางด้านจิตใจจากครอบครัวและทีมสุขภาพมากกว่าในผู้ป่วยชาย ซึ่งทีมสุขภาพต้องคำนึงเพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป (Anand, Xie, Mehta, Franzosi, Joyner, Chrolavicius, et al., 2005)

1.4.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการเครียดเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการกลับซ้ำของโรค กลัวเสียชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ (Jerlock, Gaston-Johansson, & Danielson, 2005) โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพศหญิงมีความ

วิตกกังวลในการปฏิบัติตัวและการจัดการอาการสูงกว่าผู้ป่วยเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Moser, Dracup, McKinley, Yamasaki, Kim, Riegel, et al., 2003) และพบว่าเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึก (emotion and feeling) ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เกิดทั้งความรู้สึกด้านลบและความรู้สึกด้านบวก ความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย (feeling uncertain) ความรู้สึกพลังอำนาจภายในตนลดลง (feeling powerlessness) ความรู้สึกมีข้อจำกัดหรือมีข้อห้าม (feeling limited) และความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความหวัง (feeling hope) ในการฟื้นฟูให้ปกติ และภายหลังได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานในอาชีพของตนได้ดังเดิม (Svedlund & Danielson, 2004)

1.4.3 ด้านเศรษฐกิจ และสังคม

นอกจากการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจโดยตรงแล้ว ยังมีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย จากการศึกษาของพงษ์ชัย อนุกุลสวัสดิ์ (2546) ได้ศึกษาต้นทุนทางการเงินในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รักษาในโรงพยาบาลรามารับดีจำนวน 330 ราย พบว่าค่าเฉลี่ยของต้นทุนตรงทางการเงินของการรักษาต่อผู้ป่วย 1 ราย ในระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งแรก เป็นเงินจำนวนมากถึง 110,682 บาท และพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียโอกาสในการทำงานที่เกิดรายได้ ตั้งแต่ 37-365 วัน โดยประมาณความสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยมากถึง 4,039,512 บาท และจากการสำรวจข้อมูลของผู้ศึกษาในผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่าผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมเช่นกัน ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นในการเดินทางเข้ารับการรักษาค่าใช้จ่ายส่วนตัวผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยบางรายต้องหยุดงาน ทำให้เสียรายได้ เกิดความวิตกกังวลที่อาจถูกเลิกจ้างงานในอนาคต และผู้ป่วยบางรายต้องพักรักษาตัวที่บ้านทำให้ขาดการติดต่อจากสังคมจากเพื่อนในที่ทำงานที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความต้องการในฟื้นฟูสภาพการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติโดยเร็วที่สุด สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ และกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนเดิมอย่างมีความสุขได้

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีระดับความรุนแรงของอาการทางคลินิกและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนต่อไป

1.5 การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ ดังต่อไปนี้

1.5.1 ระยะเฉียบพลัน

ในระยะแรกของอาการวิกฤติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีสุขภาพต้องให้การรักษาอย่างเร่งด่วน และช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ปลอดภัย ดังนั้นเพื่อลดความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสมาคมโรคหัวใจสหรัฐอเมริกาจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติ เพื่อกำหนดความเร่งด่วนของการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction, 2004) โดยมีการกำหนดเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการเจ็บหน้าอกจนเข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 ชั่วโมง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาด้วยยา (door-to-needle) โดยเฉพาะยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) ที่อุดตันในหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในเวลาไม่เกิน 30 นาที และกำหนดการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (door-to-balloon) ด้วยหัตถการการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบ (percutaneous coronary intervention; PCI) ในเวลาไม่เกิน 90 นาที (Antman et al., 2008; Hamilton, 2008; Pollack & Braunwald, 2008; Cannon & Gara, 2007; Antman, 2005)

โดยการกำหนดแนวทางการรักษาดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (reperfusion therapy) ได้รวดเร็ว สามารถลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ในปัจจุบันการรักษายาบาลเพื่อลดการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีได้แก่

1.5.1.1 การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic agent) โดยการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดสามารถลดการเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 69 (Hadi, Suwaidi, Bener, Khinji, & Binali, 2005) มีข้อบ่งใช้เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดออกฤทธิ์สลาย (lysis) ลิ่มเลือดที่อุดตัน (clot) ในหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น แต่ยาดังกล่าวนอกจากออกฤทธิ์ในการสลายลิ่มเลือดที่อุดตันแล้ว ยาละลายลิ่มเลือดยังมีฤทธิ์ในการกระตุ้นการทำงานของเกร็ดเลือดอีกด้วย (platelet activating effect) ซึ่งอาจทำให้เกิดก้อนเลือดใหม่ และหรืออาจเกิดการอุดตันซ้ำในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญอื่นได้ (rethrombosis or reocclusion) ดังนั้นเมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือดแพทย์จะให้ยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือดร่วมด้วยเสมอ (Califf, 2000; Cannon, 1999) โดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดจะมีประโยชน์เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับยาดังกล่าวเร็วที่สุดอย่างมาก ระยะเวลาไม่เกิน 12 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ (Berger, Radford, Wang, & Krumholz, 2000; Antman, 2005)

อย่างไรก็ตามถึงแม้ยาดังกล่าวจะมีประโยชน์สูง แต่ยังคงพบว่าอาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้เช่นกัน อาการข้างเคียงที่รุนแรงแต่พบได้น้อยมาก ได้แก่ เลือดออกในสมอง การมีเลือดออกง่ายตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย ความดันโลหิตต่ำขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่วนอาการข้างเคียงอื่นที่พบได้แต่ไม่รุนแรง ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน เลือดออกตามไรฟัน (Pollack, Diercks, Roe, & Peterson, 2005; Califf, 2000)

1.5.1.2 การรักษาด้วยหัตถการการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบหรือใกล้เคียงตัน (Percutaneous coronary interventions: PCI) ซึ่งเป็นการสอดใส่อุปกรณ์เพื่อถ่างขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบจากหลอดเลือดหัวใจแข็ง (atherosclerosis) และช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปกล้ามเนื้อหัวใจ (Skekar & Couper, 2006) พบว่าการทำหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบ เป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงในการลดอัตราการตาย และลดการกลับซ้ำได้ดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Migliorini, Moschi, Valenti, Parodi, Dovellini, Carrabba, et al., 2006) ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้ได้รับการรักษาด้วยหัตถการขยายหลอดเลือดโคโรนารีที่ตีบแคบที่รวดเร็ว (หลังมีอาการเจ็บหน้าอก 3-12 ชั่วโมง) ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.5.1.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass graft: CABG) เป็นการรักษาวิธีหนึ่งที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งแพทย์จะทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและทำให้มีการไหลเวียนของเลือดใหม่ โดยการนำหลอดเลือดจากส่วนอื่นของร่างกายมา ปลุกถ่ายแทนหลอดเลือดโคโรนารีที่มีการตีบตันนั้น (Skekar & Couper, 2006) ซึ่งการรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้

1.5.2 ระยะฟื้นฟูสภาพ

ภายหลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันผ่านพ้นภาวะวิกฤติในระยะเฉียบพลันแล้วในปัจจุบัน การลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคดังกล่าวข้างต้น พบว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจแนวใหม่ด้วย (วิศาล คันธารัตนกุล, 2551) ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation)

ความหมาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) หมายถึงกระบวนการรักษาที่ต่อเนื่อง และมีความครอบคลุม มีองค์ประกอบ คือ การประเมินทางการแพทย์ การให้คำแนะนำ หรือ การสั่งการออกกำลังกาย การให้ความรู้ คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพที่ดีที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งรวมถึงการป้องกันก่อนการเกิดโรคด้วย (American Heart Association: AHA, 1994 อ้างใน วิศาล คันธารัตนกุล, 2551)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) หมายถึง กระบวนการที่ประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วย การออกกำลังกายและการให้ความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังเกิดโรครวมถึงควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเพื่อช่วยลดอาการของผู้ป่วยและทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น (อรินทยา พรหมนธิกุล, 2546)

ประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจร่วมกับอัตราการเสียชีวิตโดยรวมจากทุกสาเหตุได้ถึงร้อยละ 20 (อรินทยา พรหมนธิกุล, 2546) และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับการออกกำลังกาย ร่วมกับการปรับลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซ้ำ พบว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 26 (O'Conner & Yusuf, 1989) และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจพบว่า สามารถเพิ่มการใช้ออกซิเจนสูงสุด (maximal oxygen uptake) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Dorn, Naughton, Imamura, et al., 1999; นิธิดี เมฆาจารย์, 2544; ผาสุก แก้วเจริญตา, 2546) และเพิ่มประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของร่างกายทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น (วรมนต บำรุงสุข, 2551) นอกจากนี้ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถลดความเครียดในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลัน (พัชรพร เถาว์พันธ์, 2544) และเพิ่มคุณภาพชีวิตภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ (นิธิดี เมฆาจารย์, 2544; ผาสุก แก้วเจริญตา, 2546; กันหา ปานสมุทร, 2546)

ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแบ่งเป็น 4 ระยะ (Franklin, Whaley, & Howley, 2000) ได้แก่

ระยะที่ 1 ขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 ในระยะ 8-12 สัปดาห์แรกจำหน่ายจากโรงพยาบาลต้องได้รับการติดตามและเฝ้าระวังรวมถึงการให้คำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ระยะที่ 3 ในระยะ 12 สัปดาห์จำหน่ายจากโรงพยาบาลขึ้นไประยะที่ผู้ป่วยออกกำลังกายได้เองตามความสามารถและความถนัดและหรือการให้คำแนะนำเพิ่มเติม

ระยะที่ 4 การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดไปตามความสามารถและความถนัด

ระยะที่ 1: ขณะอยู่โรงพยาบาล

ขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรักษาในโรงพยาบาลโดยมีทีมสุขภาพให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีจุดประสงค์เพื่อลดผลกระทบจากการนอนในโรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเดิมภายหลังออกจากโรงพยาบาลรวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง มีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับใด (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 1999 อ้างใน อรินทยา พรหมินธิกุล, 2546) ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มความเสี่ยงต่ำ ได้แก่

- ไม่มีอาการของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (left ventricular dysfunction) โดย ejection fraction มากกว่าร้อยละ 50
- ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติขณะพัก
- ไม่มีอาการหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure)
- ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหัวใจขาดเลือด (ischemia)
- สัญญาณชีพขณะออกกำลังกายและหลังออกกำลังกายปกติ
- Functional capacity มากกว่าหรือเท่ากับ 7 METS
- ไม่มีอาการซึมเศร้า

2) กลุ่มความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่

- มีอาการของหัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่มีประสิทธิภาพปานกลาง (left ventricular dysfunction) โดย ejection fraction มากกว่าร้อยละ 40-49
- มีอาการหรือสังเกตพบของหัวใจขาดเลือด (ischemia) ในขณะออกกำลังกายปานกลาง (5-6.9 METS) หรือขณะภายหลังการออกกำลังกาย

3) กลุ่มความเสี่ยงสูง ประกอบด้วยลักษณะอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานไม่มีประสิทธิภาพ (left ventricular dysfunction) โดย ejection fraction ต่ำกว่าร้อยละ 40

- ผู้ที่รอดจากหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest หรือ sudden death)
- มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติขณะพักหรือออกกำลังกาย
- ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจตาย หรือ หลังผ่าตัดหัวใจที่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic shock) ภาวะหัวใจล้มเหลว และมีอาการหรือสิ่งตรวจพบของหัวใจขาดเลือด

- สัญญาณชีพผิดปกติขณะออกกำลังกายโดยเฉพาะความดันโลหิตซิสโตลิกไม่เพิ่มขึ้น หรือ ลดลงขณะออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หรือการเต้นของหัวใจไม่เพิ่มขึ้นขณะออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

- มีอาการหรือสิ่งตรวจพบของหัวใจขาดเลือด (ischemia) ในขณะออกกำลังกายปานกลาง (5 METS) หรือ ขณะภายหลังการออกกำลังกาย

- Functional capacity น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 METS

- มีอาการซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 พิจารณามีข้อห้ามในการออกกำลังกายหรือไม่ ข้อห้ามมีดังต่อไปนี้ (อรินทยา พรหมินธิกุล, 2546; วรรณต บำรุงสุข, 2548)

- ยังมีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina)
- ขณะพักมีความดันเลือดซิสโตลิก มากกว่า 200 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันเลือดไดแอสโตลิก มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท (ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป)

- มีอาการความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า

- มีการตีบของหลอดเลือดแดงใหญ่ (critical aortic stenosis)

- มีการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาหรือมีไข้

- ไม่สามารถควบคุมภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้

- มีการเต้นของหัวใจมากกว่า 120 ครั้งต่อนาทีโดยไม่สามารถควบคุมได้

- มีภาวะหัวใจล้มเหลว

- มีหัวใจเต้นช้าชนิด Third degree AV block ที่ไม่ได้ใส่ pacemaker

- มีเชื้อหุ้มหัวใจ (active pericarditis) และกล้ำเนื้อหัวใจอักเสบ

- มีภาวะ recent embolism

- มีภาวะ thrombophlebitis

- มี ST segment depression มากกว่า 2 มิลลิเมตร

- ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้โดยระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 400

มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

- มีปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก
- มีสารอิเล็กโตรไลต์ของเลือด เช่น โปแตสเซียมต่ำหรือสูงกว่าค่าปกติ

ขั้นตอนที่ 3 สังเกต และบันทึก อัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันโลหิต, คลื่นไฟฟ้า

หัวใจ, อาการเปลี่ยนแปลง, ระดับหนักเบาในการออกกำลังกาย (rating of perceived exertion; RPE) หรือที่เรียกว่า Borg's scale (โดย Borg เป็นผู้พัฒนาขึ้น) เพื่อกำหนดความเหนื่อยเป็นตัวเลขบอกระดับความเหนื่อยโดยรวมของระบบของร่างกาย ทั้งในช่วงก่อน ขณะและหลังออกกำลังกาย โดยมีระดับคะแนนจาก 6 ถึง 20 (ภัทรารุณ อินทรกำแหง, 2551) ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 แสดงการประเมินระดับหนักเบาในการออกกำลังกาย (ภัทรารุณ อินทรกำแหง, 2551)

ระดับคะแนน	ความหนักเบาของการออกกำลังกาย	ระดับความพยายาม	อัตราการเต้นของหัวใจ (10 เท่าของระดับ RPE)
6	หนักน้อยมากๆ	รู้สึกเหมือนกับนั่งเล่นสบายๆ	60-80 ครั้งต่อนาที
7			
8			
9	หนักน้อยมาก	เริ่มรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อยแต่สามารถพูดคุยได้ปกติ	90-100 ครั้งต่อนาที
10			
11	หนักเล็กน้อย	รู้สึกเหนื่อยมากขึ้น แต่ยังทนได้ ไม่มีอาการใจสั่น พูดสื่อสารได้	110-120 ครั้งต่อนาที
12			
13	ค่อนข้างหนัก	รู้สึกเหนื่อย หายใจเร็ว ต้องหยุดพัก พูดได้เป็นคำๆ	130-140 ครั้งต่อนาที
14			

ตารางที่ 2.2 แสดงการประเมินระดับหนักเบาในการออกกำลังกาย (ต่อ)

ระดับคะแนน	ความหนักเบาของการออกกำลังกาย	ระดับความพยายาม	อัตราการเต้นของหัวใจ (10 เท่าของระดับ RPE)
15	หนัก	รู้สึกเหนื่อยจนหอบ พุดไม่ไหวใจสั่น ต้องหยุดพัก	150-160 ครั้งต่อนาที
16			
17	หนักมาก	รู้สึกเหนื่อยมาก หายใจไม่ทันรู้สึก หัวใจเต้นแรงมาก	170-180 ครั้งต่อนาที
18			
19	หนักมากๆ	รู้สึกเหนื่อยมาก หายใจหอบ ลึกใจสั่นมาก อ่อนเพลียมาก ไม่มีแรงต้องนอนพัก	190-200 ครั้งต่อนาที
20			

ขั้นตอนที่ 4 แพทย์เจ้าของไข้พิจารณากำหนดวิธีการออกกำลังกาย และปรับการรักษาเป็นระยะ โดยกิจกรรมในระยะที่ 1 ซึ่งผู้ป่วยยังพักรักษาในโรงพยาบาลเน้นเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การขยับแขนขา และการเปลี่ยนท่า โดยแนะนำให้ใช้การเดินในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยบางรายแพทย์อาจให้ออกกำลังกายโดยให้เดินสายพานร่วมด้วย ในวันที่ 3-5 หรือทำ submaximal stress test โดยปริมาณการออกกำลังกายจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายโดยทั่วไปแนะนำ ดังนี้

1) ความหนักในการออกกำลังกาย (intensity)

- ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (RPE) ต่ำกว่า 13 คะแนน (จากระดับของ RPE ที่ 6-20 คะแนน)
- ผู้ป่วยกลัมนื้อหัวใจเจ็บปวณ อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายน้อยกว่า 120 ครั้งต่อนาที หรือ เพิ่มจากขณะพัก 20 ครั้งต่อนาทีจากค่าปกติ
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายเพิ่มจากขณะพัก 30 ครั้งต่อนาทีจากค่าปกติ

2) ระยะเวลาการออกกำลังกาย (duration) แนะนำให้ออกกำลังกายเป็นช่วงสลับกับการพักโดย

- ระยะเวลาออกกำลังกายช่วงละประมาณ 3-5 นาที

- ระยะพักขึ้นอยู่กับผู้ป่วยอย่างละ 1-2 นาที และควรสั้นกว่าขณะออกกำลังกาย

กำลังกาย

- ระยะเวลารวมของการออกกำลังกายประมาณ 20 นาที

3) ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency)

- การเคลื่อนไหวขยับร่างกายในระยะแรก (early mobilization) วันละ 3-4 ครั้ง (ช่วงวันที่ 1-3 ของการรักษา)

- การเคลื่อนไหวขยับร่างกายในระยะหลัง (later mobilization) วันละ 2 ครั้ง (เริ่มตั้งแต่วันที่ 4 ของการรักษา)

4) การเพิ่มการออกกำลังกาย (progression)

- เพิ่มจนได้ระยะเวลาการออกกำลังกาย 10-15 นาทีต่อเนื่องแล้ว จึงเพิ่มระดับของการออกกำลังกาย

และในขณะนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของโรค การลดปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา การออกกำลังกาย และกิจกรรมที่เหมาะสม รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูในระยะผู้ป่วยจำหน่ายโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูงดังที่กล่าวข้างต้น

ระยะที่ 2: ระยะ 8-12 สัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในระยะ 8-12 สัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีจุดประสงค์เพื่อติดตามและประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันกลับไปสู่กิจกรรมเดิมทั้งการทำงาน และงานอดิเรก หรือการปรับเปลี่ยนกิจกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุม น้ำหนัก และการหยุดสูบบุหรี่ ในระยะนี้ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายต่อเนื่องจากระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลดังนี้

1) ความหนักในการออกกำลังกาย (intensity)

- ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (RPE) อยู่ในช่วง 12-16 คะแนน (จากระดับของ RPE ที่ 6-20 คะแนน) โดย

ระดับ RPE น้อยกว่า 12 ประมาณน้อยกว่าร้อยละ 40 ของการใช้ออกซิเจนสูงสุด

ระดับ RPE น้อยกว่า 12-13 ประมาณร้อยละ 40-60 ของการใช้ออกซิเจนสูงสุด

ระดับ RPE น้อยกว่า 14-16 ประมาณร้อยละ 60-85 ของการใช้ออกซิเจนสูงสุด

- อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย (predetermined target heart rate: PHR) ไม่ควรเกินจากผลการคำนวณดังนี้

จากสูตร

$PHR = [(อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดจากการทำ exercise test - อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก) \times \text{ร้อยละของการใช้ออกซิเจนสูงสุด}] + อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก$

2) ระยะเวลาการออกกำลังกาย (duration) แนะนำให้ออกกำลังกายเป็นช่วงสลับกับการพักโดย

- ระยะเวลาออกกำลังกายช่วงละประมาณ 20-60 นาที
- ระยะพักขึ้นอยู่กับผู้ป่วย

3) ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency)

- ความถี่ของการออกกำลังกายอยู่ในช่วง 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

4) การเพิ่มการออกกำลังกาย (progression)

- เพิ่มระยะเวลาการออกกำลังกายต่อเนื่องนานกว่า 20-30 นาที แต่ในรายที่ไม่สามารถเพิ่มการออกกำลังกายต่อเนื่องนานกว่า 20-30 นาที ได้ควรเริ่มระยะเวลาการออกกำลังกายต่อเนื่องที่ 10-15 นาที ก่อน

ระยะที่ 3: ระยะ 12 สัปดาห์ขึ้นไปภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ในระยะ 12 สัปดาห์ขึ้นไปภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระยะที่ผู้ป่วยออกกำลังกายได้เอง ตามความสามารถและความถนัด และหรือการให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยมีความต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ได้แก่ การเดินในระยะทางที่ไกลขึ้น

ระยะที่ 4: ระยะฟื้นฟูร่างกายในระยะยาว

การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดไปตามความสามารถ และความถนัดโดยมีความต่อเนื่องจากระยะที่ 3 ได้แก่ การออกกำลังกายในชนิดที่ตนถนัด แต่ไม่หักโหม โดยมีคำแนะนำขณะออกกำลังกายโดยทั่วไปดังนี้

- 1) ออกกำลังกายเฉพาะวันที่รู้สึกสบายปกติ
- 2) อย่าออกกำลังกายหักโหมหลังรับประทานอาหารใน 2 ชั่วโมง
- 3) ดื่มน้ำก่อน ระหว่าง และหลังออกกำลังกาย
- 4) ออกกำลังกายในอุณหภูมิที่พอเหมาะสม ควรระมัดระวังในวันที่ร้อน หรือว่าเย็นจนเกินไป
- 5) สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่เหมาะสม
- 6) หากมีอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอก หน้ามืดจนเป็นลม เหนื่อยมากกว่าปกติ ต้องหยุดออกกำลังกาย และปรึกษาแพทย์
- 7) สังเกตอาการบ่งชี้ว่าออกกำลังกายมากเกินไป

- ไม่สามารถออกกำลังกายได้จนจบตามที่ตั้งเอาไว้
- ไม่สามารถพูดคุยระหว่างการออกกำลังกาย
- หน้ามืดหรือคลื่นไส้หลังออกกำลังกาย
- มีอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง
- นอนไม่หลับ
- ปวดในข้อต่างๆ

8) เริ่มช้าๆ และค่อยๆเพิ่มระดับให้เวลา เพื่อให้ร่างกายปรับตัว

ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพื่อให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงอันตราย และได้ประโยชน์สูงสุดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อไป

โดยสรุป ผลกระทบภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยอย่างยิ่งหลายประการ ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และครอบครัวต้องเผชิญ ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วย

2. แนวคิดการวางแผนจำหน่าย

2.1 ความหมายการวางแผนจำหน่าย

ได้มีผู้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่าย ดังต่อไปนี้

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่ทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการดูแลและตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการจะมีความเชื่อมโยงเป็นลำดับขั้นตอนตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) จากโรงพยาบาลสู่บ้าน และระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuing care phase) โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจตลอดกระบวนการ (Rorden & Taft, 1990)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่ทีมสุขภาพสร้างความปลอดภัยในการส่งต่อผู้ป่วย จากสถานที่หนึ่งไปยังหน่วยงานหรือ ระบบขององค์กรอื่น โดยการอาศัยความร่วมมือของทีมสุขภาพทุกฝ่าย และใช้แหล่งประโยชน์ให้คุ้มค่า (Anderson & Helms, 1995)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการที่มีส่วนร่วมของบุคลากรหลายฝ่าย ในการเสาะหาเพื่อการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย (Erb, 1997)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย จาก โรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน ที่เป็นเครือข่ายเชื่อมโยงกัน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2545)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจาก โรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมใหม่ของผู้ป่วย ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่าง บุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2546)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละราย ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมที่จะดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้ (เรวดี ศิรินคร, 2546)

โดยสรุปการวางแผนจำหน่าย หมายถึง กระบวนการร่วมมือและการประสานงานของทีมสุขภาพในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล มีการนำเทคโนโลยี และแหล่งประโยชน์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการอย่างเหมาะสมคุ้มค่า โดยกระบวนการดังกล่าวจะมีความเชื่อมโยงเป็นลำดับขั้นตอน ตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) จากโรงพยาบาลสู่บ้าน และระยะดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (continuing care phase) โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจตลอดกระบวนการวางแผนจำหน่าย ทั้งนี้ทีมสุขภาพต้องเข้าถึงความแตกต่างของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงความต้องการการดูแล และติดตามผลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วย

2.2 วัตถุประสงค์ของการวางแผนจำหน่าย

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวางแผนจำหน่าย (นฤมล สมานิตย์, 2543; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และคณะ, 2546; ภัททิรา บัวจันทร์, 2549) มีดังนี้

- 2.2.1 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 2.2.2 พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและ/หรือการดูแลโดยผู้ดูแล
- 2.2.3 ลดความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2.2.4 ส่งเสริมการใช้แหล่งประโยชน์ที่จำเป็น
- 2.2.5 ควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

ซึ่งจากวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทำให้มีการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายหลายรูปแบบ เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี และตรงกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป

2.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

ปัจจุบันในทางปฏิบัติได้มีผู้คิดค้นหารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพตามต้องการบริการและปัญหาที่พบในกลุ่มผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ดังนี้

2.3.1 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (a professional-patients partnership model of discharge planning)

รูปแบบนี้เน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ และผู้ป่วย เพื่อจุดประสงค์ในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่าย และผลที่ได้รับจากความร่วมมือของทุกฝ่าย พบว่ารูปแบบดังกล่าวผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่องในขณะรักษา และผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวได้แก่ การศึกษาของบูลล์และคณะ (2000) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (a professional-patient partnership model of discharge planning) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าตนเองมีสุขภาพดี นอกจากนี้ยังพบว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bull, Hansen & Gross, 2000)

2.3.2 รูปแบบมุ่งเน้นผู้จัดการทางการพยาบาลในการประสานการดูแล และวางแผนจำหน่าย (the partners in care model of collaborative practice in discharge planning)

รูปแบบนี้มุ่งเน้นผู้จัดการทางการพยาบาล (nurse care manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแลผู้ป่วยทั้งแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก มีการเยี่ยมผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาลและอยู่ที่บ้าน มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม เป้าหมายเพื่อลดค่าใช้จ่าย เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดอัตราตาย ลดความรุนแรงของความเจ็บป่วย ซึ่งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวได้แก่ การศึกษาของพุกซ์และคณะ (1999) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีการประสานร่วมมือกัน (The partners in care model of collaborative practice) รูปแบบมุ่งเน้นผู้จัดการทางการพยาบาล (nurse care manager) ในการประสานการดูแลระหว่างแพทย์เฉพาะสาขา แพทย์ทั่วไป และทีมในการดูแล (care team) ผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยมารับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก รูปแบบนี้มีการเยี่ยมผู้ป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล และขณะพักฟื้นที่บ้าน มีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในระยะเวลาตามกำหนดนัด จากการศึกษาพบว่า ลดค่าใช้จ่ายของสถานบริการ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ลดอัตราตาย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Pugh, Tringali, Boehmer, Blaha, Kruger, Capauna, et al., 1999)

2.3.3 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง (structured discharge procedure)

รูปแบบนี้มีการกำหนดกระบวนการวางแผนจำหน่ายอย่างชัดเจนเป็นระบบ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค มีแบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่าย มีการอบรมให้ความรู้ระยะสั้น มีสมุดคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าวได้แก่ การศึกษาของวิสซิดินและคณะ (1999) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค (structured discharge procedure) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จากการศึกษาพบว่า การกลับมารักษายังไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แต่ในส่วนของ การกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน (visits to the emergency department) พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Wesseldine, McCarthy, & Silverman, 1999)

2.3.4 รูปแบบ METHOD

เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่กองการพยาบาล (2539) ได้นำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย การประเมินและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยดังรายละเอียดต่อไปนี้

Medication (M) หมายถึง ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ของยา ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับใช้ยาด้วย

Environment and Economic (E) หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการประเมินเกี่ยวกับ การจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ภายหลังจำหน่าย การใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชน และการช่วยเหลือปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามความเหมาะสม

Treatment (T) หมายถึง ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการตนเอง และสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์ พยาบาลทราบ ต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

Health (H) หมายถึง ผู้ป่วย และครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผล กระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยต้องสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสม กับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

Outpatient Referral (O) หมายถึง ผู้ป่วยต้องเข้าใจ และทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ต้องทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครบ้าง ในกรณีฉุกเฉินหรือมีอาการ

เขียนปล้น นอกจากนั้น Outpatient Referral ยังหมายถึง การส่งต่อแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะสามารถขอความช่วยเหลือได้

Diet (D) หมายถึง ผู้ป่วยต้องเข้าใจ และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพต้องรู้จักหลีกเลี่ยง หรือ งดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในที่นี้หมายถึง สารเสพติดต่างๆด้วย

2.3.5 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบ (comprehensive discharge planning)

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (comprehensive discharge planning program) มุ่งที่ความสมดุลระหว่างการให้พยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะสาขากับค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป ซึ่งนำมาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กและผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคในระบบต่างๆ เช่น ในระบบหัวใจและทรวงอก ที่มีการลงทุนค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือผ่าตัดค่อนข้างสูงกว่าการรักษาพยาบาลอื่นๆ ตลอดจนสนใจระบบการเปลี่ยนผ่านให้ดำเนินไปอย่างราบรื่นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว ได้แก่ การศึกษาของ เนลเลอร์ และคณะในปี 1994 ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมและทางศัลยกรรม จำนวน 276 ราย และผู้ดูแล 125 ราย จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในผู้ป่วยสูงอายุทางศัลยกรรมกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Naylor, Brooten, Jones, Lavizzo-Mourey, Mezey, & Pauly, 1994) ต่อมาในปี 1999 เนลเลอร์และคณะ ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายสมบูรณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2, 6, 12, 24 หลังจำหน่ายต่อการกลับรักษาซ้ำ ค่าใช้จ่าย การทำหน้าที่ของร่างกาย และความพึงพอใจ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 363 ราย จากการศึกษาการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาล พบว่าการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 20.3 ต่อร้อยละ 37.1; $p < .001$) และค่าใช้จ่ายในการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย และความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Naylor, Brooten, Campbell, Jacobsen, Mezey, Pauly, et al., 1999) และในปีเดียวกัน เนลเลอร์และแมคเคลลีย์ (1999) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสมบูรณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลและมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามขณะผู้ป่วยจำหน่ายฟื้นฟูที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ

โรคหัวใจ จากการศึกษา พบว่าลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Naylor & McCauley, 1999)

2.3.6. รูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง (the A-B-C of discharge planning)

โดยรูปแบบ The A-B-C of discharge planning เป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของจูดิธ รอร์ดเคนและเอลิซาเบท เทฟท์ (Judith Rorden & Elizabeth Taft, 1990) โดยใช้กรอบแนวคิดของการวางแผนจำหน่าย (discharge planning process) ที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) และระยะการดูแลต่อเนื่อง (continuing phase) ร่วมกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมิน (assessment) เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนวางแผนจำหน่าย
2. การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan)
3. การยืนยันแผนการจำหน่ายและการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย และการติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย (confirming the plan)

ขั้นตอนที่ A การประเมิน (Assessment)

รอร์ดเคน และเทฟท์ (Rorden & Taft, 1990) กล่าวว่า การประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกของการวางแผนกระบวนการ และต้องประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่มการรักษา ซึ่งในการประเมินปัญหาและความต้องการโดยการสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล รอร์ดเคนและเทฟท์ ได้กล่าวเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยเน้นให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันของผู้ป่วยก่อนวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ความสมดุลของสุขภาพ (health balance) ที่เป็นต้นทุนเดิมของผู้ป่วยก่อนวางแผนจำหน่ายที่ประกอบด้วย ความต้องการดูแล (need) ความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วย (stressors) ความแข็งแรงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (strengths) และ แหล่งประโยชน์ (resources) ซึ่งต้องประเมินให้ได้ว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสมดุลของสุขภาพ (health balance) นอกจากนี้ประสบการณ์ (experiences) และความเชื่อ (belief) ทางสุขภาพ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรมในผู้ป่วยทำให้การวางแผนจำหน่ายในแต่ละรายแตกต่างกันด้วย

ขั้นตอนที่ B การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Building a plan)

เป็นขั้นตอนของการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้ และเป้าหมายของความต้องการที่ประเมินได้ โดยรอร์ดเคนและเทฟท์ (Rorden & Taft, 1990) ได้กล่าวว่าการสร้างแผนจำหน่ายควรมีลำดับขั้นตอนที่สามารถยืดหยุ่นตามเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และตามระยะของโรค โดยในขั้นตอนนี้เน้นในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้บอกถึงความต้องการของตนมากขึ้น มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วย

ผู้ดูแล และผู้วางแผนจำหน่ายในกำหนดแผนการสอนฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แผนการฟื้นฟูสภาพ และเตรียมหาแหล่งสนับสนุนภายหลังจำหน่าย

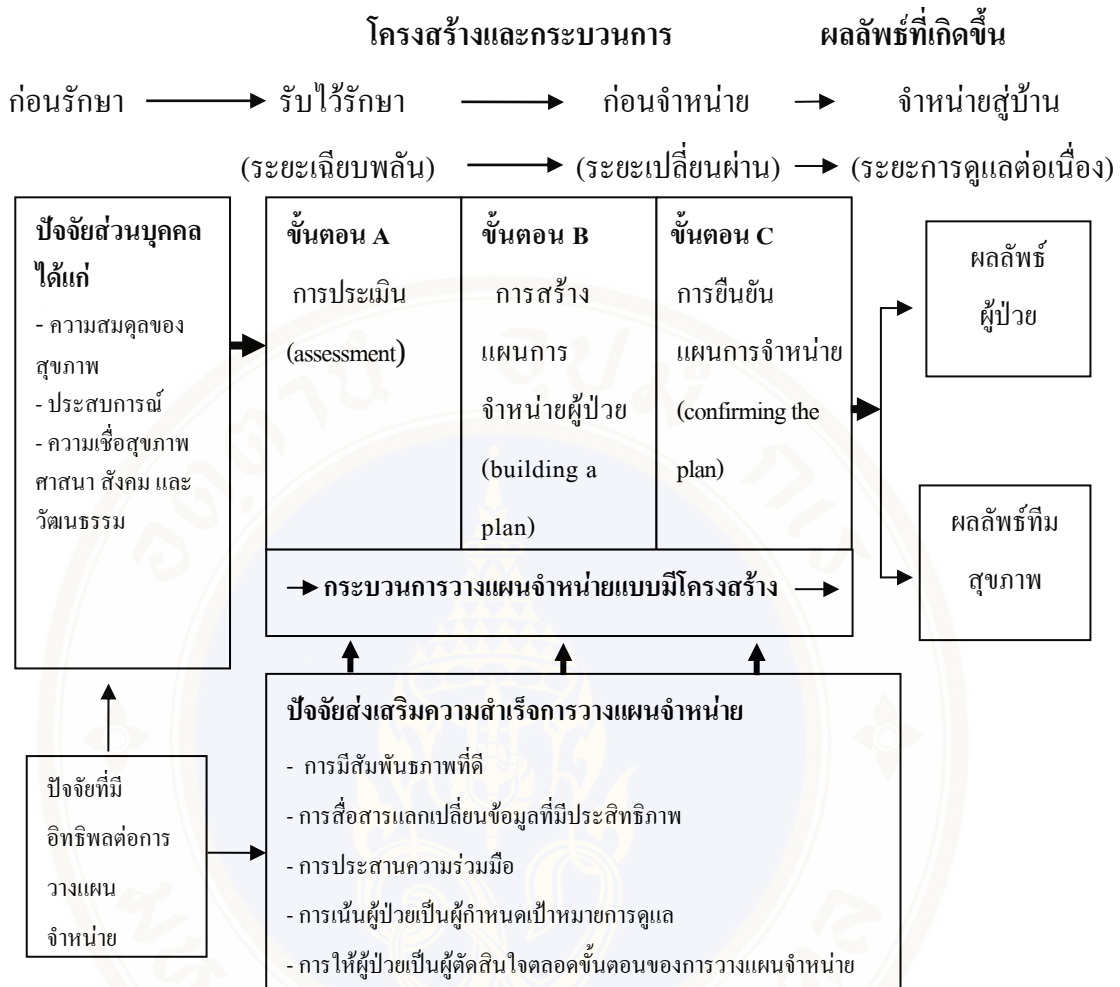
ขั้นตอนที่ C การยืนยันแผนการจำหน่าย (Confirming the plan)

เมื่อวางแผนจำหน่ายในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การสอน การฝึกทักษะที่จำเป็นตามแผนที่วางไว้ โดยมีการสื่อสาร และประสานงานให้สามารถดำเนินไปตามแผน ซึ่งเป็นการเตรียมให้ผู้ป่วยพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งในขั้นตอนนี้จะต่อเนื่องในการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย โดยจะใช้การเยี่ยมบ้าน และหรือ การโทรศัพท์ติดตามภายหลังจำหน่าย เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคการดูแลตนเองหลังจำหน่าย และมีการให้คำแนะนำเพิ่มเติม

การวางแผนจำหน่ายในปัจจุบันมีการพัฒนาให้มีโครงสร้าง หรือรูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่เป็นทางการมากขึ้น มีขั้นตอนที่จัดเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยที่ชัดเจน ซึ่งรูปแบบการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบที่ผู้ศึกษาสนใจ คือ รูปแบบของรอร์ดเคน และเทฟท์ (1990) โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว มีขั้นตอนตั้งแต่แรกเริ่มในระยะเฉียบพลัน และมีความต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย ที่สอดคล้องกับความต้องการการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเมื่อวิเคราะห์ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว จะมีส่วนที่คล้ายคลึงกับกระบวนการพยาบาล (nursing process) ของพยาบาล ดังนี้

- 1) เริ่มจากการประเมินข้อมูลปัญหา ความเสี่ยง ความต้องการ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 2) นำข้อมูลปัญหา ความเสี่ยง ความต้องการ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ประเมินได้ไปวางแผนจำหน่ายหรือสร้างแผนการจำหน่าย
- 3) นำแผนการจำหน่ายไปปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายที่สร้างไว้
- 4) ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนจำหน่าย ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการวางแผนจำหน่ายนั้นจะเกิดประโยชน์ทั้งผู้ป่วย ทีมผู้ดูแลรวมถึงองค์กรด้วย ซึ่งสามารถวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งในระยะสั้น และผลลัพธ์ในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อประชาชน และระบบสุขภาพโดยภาพรวมของประเทศอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนี้การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมที่ดี การสื่อสารร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพจะส่งเสริมให้การวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Hunt & Levine, 2007; Shepperd, Parkes, McClaran, & Phillips, 2004) ซึ่งแสดงได้ดังรูปภาพที่ 2 ดังนี้



รูปภาพที่ 2 รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง (ประยุกต์จาก Rorden & Taft, 1990)

สำหรับการประเมินผลว่าแผนจำหน่ายได้รับการปฏิบัติและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่คาดหวังหรือไม่ โดยการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ใช้ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตามภายหลังจำหน่าย (Hegney, Buikstra, Chamberlain, March, McKay, Cope, et al., 2006)

2.3 ปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในการวางแผนจำหน่าย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการวางแผนจำหน่ายที่ด้องประกอบอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการวางแผนจำหน่ายควรประกอบด้วยประเด็นสำคัญ ดังนี้

2.3.1 การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ผู้ป่วยและ ผู้ดูแล (care giver) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีนั้น ขั้นแรกผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ต้องมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมีเจตนาจริงใจในการให้ความช่วยเหลือ เป็นผู้ฟังที่ดี ให้

เกียรติผู้ป่วยและผู้ดูแล เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวผู้ป่วย เคารพในความเชื่อศาสนา วัฒนธรรม และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

2.3.2 การสื่อสาร (communication) แลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ผู้ป่วยและผู้ดูแล (care giver) พบว่าการสื่อสารมีความสำคัญในกระบวนการวางแผนจำหน่ายทุกกระบวนการวางแผนจำหน่าย (Bull & Roberts, 2001) การสื่อสารเพื่อการวางแผนจำหน่ายควรมีลักษณะทั้งทางการ และในการเปิดประเด็นคำถามควรเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเปิดโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทำให้มองเห็นประเด็นปัญหาในแต่ละรายชัดเจนมากขึ้นและสามารถวางแผนจำหน่ายได้เหมาะสมแต่ละราย (Olsen & Wagner, 2000) และประเด็นสำคัญการสื่อสารกับผู้ป่วยนั้นที่วางแผนจำหน่ายควรหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการแสดงความคิดเห็น (Efrimsson, Rasmussen, Gilje, & Sandman, 2003)

2.3.3 การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ผู้ป่วย ผู้ดูแล (care giver) และ ทีมสุขภาพ พบว่าการประสานงานเพื่อการวางแผนจำหน่ายที่ราบรื่น มีผลทำให้ผู้ป่วย ญาติคลายความวิตกกังวล และความเครียดได้ (Carroii & Dowiing, 2007)

2.3.4 การเน้นผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการดูแล (patients set goal of care) และการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการวางแผนจำหน่าย ควรมีแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเป็นระยะๆ (Moats, 2006) ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาเพื่อการวางแผนจำหน่าย (discharge planning conference) ร่วมกับทีมสุขภาพให้มากที่สุดเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงในการวางแผนจำหน่ายให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด (Huber & McClelland, 2003)

2.3.5 เน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจตลอดขั้นตอน ของการวางแผนจำหน่าย (patients decision making discharge planning process) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถตัดสินใจในกระบวนการวางแผนจำหน่ายได้ทุกขั้นตอน (Efrimsson, Sandman, Hyden, & Rasmussen, 2004) ผู้ป่วยยังไม่กล้าแสดงความคิดเห็นเต็มที่ในการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่พร้อมในการตัดสินใจในขณะตัวเองยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่าย (Efrimsson, Sandman & Rasmussen, 2006) ซึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนจำหน่ายยังไม่สมบูรณ์ทุกขั้นตอน ดังนั้นในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวางแผนจำหน่ายนั้น (discharge planning process) ควรจัดให้มีบรรยากาศที่ผู้ป่วยสามารถต่อรองได้ และสามารถอภิปราย

ปัญหาได้ได้และสุดท้ายควรมีการสรุปประเด็นสำคัญหลังอภิปรายให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้งหนึ่งก่อนตัดสินใจในขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายลำดับต่อไป

2.4 ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย

ในยุคของการพัฒนาและรับรองมาตรฐานบริการของโรงพยาบาลในปัจจุบัน ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่าย โดยแบ่งตามกระบวนการของการดูแลต่อเนื่องดังนี้ (Health Services Research Unit, 2001 อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546)

2.4.1 การประเมินและคัดกรองความเสี่ยงอย่างทันทั่วทั้งที่ (provision of timely and informative risk screening) การประเมิน และคัดกรองความเสี่ยงของผู้ป่วยควรกระทำภายใน 1-2 วันหลังจากรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วย

2.4.2 การเริ่มเตรียมแผนจำหน่าย(commencement of preparation of discharge plan) ในทางปฏิบัติ ควรเริ่มจัดทำแผนจำหน่ายให้แล้วเสร็จภายใน 2 วันหลังจากรับผู้ป่วยไว้ในหอผู้ป่วยเกณฑ์เนื้อหาที่ต้องวางแผนประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้ วันที่คาดว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยได้ สถานที่ที่ผู้ป่วยจะจำหน่ายกลับไป การเตรียมคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเสี่ยงที่ประเมินได้ แผนการรักษาผู้ป่วยใน แผนการประเมินต้องมีการปรับให้เป็นปัจจุบัน (update) ต่อเนื่อง และครอบคลุมแผนการส่งต่อ และในช่วง 24 ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วย และครอบครัวควรทราบถึงวัน และเวลาที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งการบริหารยาที่ต้องใช้หลังจำหน่าย

2.4.3 การติดต่อล่วงหน้ากับผู้ให้บริการในชุมชน (timely notification of community providers) การติดต่อกับผู้ให้บริการในชุมชนควรกระทำล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านอย่างน้อย 2 วันเกณฑ์ที่ต้องประเมิน ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว ชื่อและที่อยู่ของผู้ดูแล หรือผู้ที่ติดต่อได้ และวันที่คาดว่าจะจำหน่ายได้

2.4.4 การจัดเตรียมสรุปการวางแผนจำหน่ายภายในเวลาที่กำหนด (provision of timely and informative discharge summary) สรุปการจำหน่ายเป็นสิ่งจำเป็นและต้องมีการจัดเตรียมภายในกำหนดเวลา 1 วันหลังการจำหน่าย เกณฑ์เนื้อหาที่ต้องเตรียมควร ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ความเจ็บป่วยที่เป็น รายชื่อยา และการมาตรวจตามนัด

2.4.5 การติดตามประเมินผลแผนจำหน่าย(follow-up of discharge plan) เกณฑ์เนื้อหาที่ต้องเตรียมควรประกอบด้วย เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ป่วยและที่อยู่ เพื่อติดตาม

ประเมินผล การประเมินการนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติ ในช่วง 7-10 วันหลังการจำหน่ายผู้ป่วย ควรมีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย

นอกจากนี้ตัวชี้วัดประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในการศึกษาวิจัยอื่นๆ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจของผู้ป่วย การกลับมารักษาซ้ำ ความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เป็นต้น (อุยวดี อัครวิเศษ, 2546)

3. การประเมินประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่าย ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional status)

3.1.1 ความหมาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการประกอบกิจกรรมที่จำเป็นต่อการมีชีวิตอย่างผาสุก (Becker & Cohen, 1984: 923 อ้างในวิริยะ สัมปทานกุล, 2540) โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องอาศัยการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ภายในร่างกายที่ประกอบด้วย ระบบประสาท หัวใจและหลอดเลือด ต่อมไร้ท่อ กระดูกและกล้ามเนื้อ ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ระบบภูมิคุ้มกัน ทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ที่ทำงานประสานให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ (Guyton & Hall, 2006) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติดังเดิม

ในการศึกษาครั้งนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง จิตความสามารถของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย

3.1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายว่าถูกทำลายไปมากน้อยเพียงใดภายหลังเกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (Gheorghiade & Fonarow, 2007; Guyton & Hall, 2006; Antman, 2005) และเมื่อเกิดการตาย

ของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย ร่างกายจะปรับการทำงานของหัวใจในการรักษาความสามารถของการบีบเลือดออกจากหัวใจให้ได้ปริมาณเท่าเดิม และให้เพียงพอกับความต้องการสารอาหาร และออกซิเจนของอวัยวะต่างๆของร่างกาย เพื่อการทำหน้าที่ของระบบร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้ฟื้นกลับสภาพเดิม (Guyton & Hall, 2006; Antman, 2005) นอกจากการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการตายของกล้ามเนื้อหัวใจในระยะเฉียบพลันแล้ว ในระยะฟื้นฟู (recovery phase) การส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายเร็วลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ (อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2546; วรมนต บำรุงสุข, 2548) และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติได้เคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากทำให้ระบบการทำงานของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันฟื้นหายใกล้เคียงสภาพเดิมเร็ว (O'Conner & Yusuf, 1989; Dorn, Naughton, Imamura, et al., 1999) และทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ยังมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ (deep veins thrombosis) การลดประสิทธิภาพของการขยายของปอดจากการนอนนาน (reduction in functional capacity) การเกิดความเครียดจากการจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น (Myers & Froelicher, 2007) ซึ่งการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจรวมถึงการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่อไป (Franklin, Whaley, & Howley, 2000)

3.1.3 การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถกระทำได้โดย การประเมินขีดความสามารถของร่างกายผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (activities of daily living หรือ ADL) และขีดความสามารถของร่างกายผู้ป่วยในความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (instrumental activities of daily living หรือ IADL) โดยการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานจะเป็นกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การควบคุมการขับถ่าย การใช้ห้องสุขา การเดิน การเคลื่อนย้าย การรับประทานอาหาร ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงจะเป็นกิจกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ การเตรียมอาหาร การซื้อของ การใช้โทรศัพท์ การทำงานบ้าน การบริหารการเดินทาง และการจัดการเรื่องการเงิน (Brown, 1988:13; Lekan-Rutledge, 1988:62; Becker & Cohen, 1984: 927 อ้างในวิริยะ สัมปทานกุล, 2542)

3.1.4 เครื่องมือในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในปัจจุบัน ได้แก่

1) แบบดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคุณ (The Duke Activity Status Index; DASIS) นำมาใช้ในการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังการเจ็บป่วย (Pilote, Bourassa, Bost, Detre, Mark, Pitt, et al., 1995) และในไทยนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยผาสุก แก้วเจริญตา และนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 16 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97 (ผาสุก แก้วเจริญตา, 2546)

2) แบบวัดความสามารถในการเดินในเวลา 6 นาที (Six minute walk test; 6MWT) พบว่าการเดินในเวลา 6 นาที นำมาใช้ในการประเมินการฟื้นฟูสภาพของระบบร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินความพร้อมการทำงานของระบบอวัยวะภายในร่างกายของผู้ป่วยเพื่อคาดการณ์ถึงความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่ามีความเที่ยงตรงสูงกว่าการประเมินด้วยแบบดัชนีวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของคุณ (LaPier, 2003; Du, Newton, Salamonson, Carrieri-Kohlman, & Davidson, 2008) และการให้ผู้ป่วยเดินในเวลา 6 นาที (Six minute walk test; 6 MWT) นอกจากจะมีความเที่ยงตรงสูงในการประเมินความสามารถในการทำงานของระบบร่างกายแล้ว ยังสามารถใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของหัวใจและปอดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วย (Du, Newton, Salamonson, Carrieri-Kohlman, & Davidson, 2008)

3) แบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของฮาโมนีและบาร์เชล (Mahoney & Barthel, 1965) ที่ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ ความสามารถในการรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การเดิน การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การอาบน้ำ สุขาภิบาลส่วนบุคคล การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของฮาโมนีและบาร์เชล ดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น หรือความสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วย ซึ่งบ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภายหลังเจ็บป่วยได้ โดยแบบวัดดังกล่าวนำไปใช้ครั้งแรกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจำนวน 258 ราย โดยซาห์และคณะ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ .87-.93 (Shah et al., 1989: 704 อ้างใน สุมนา แสนมาโนช, 2541) และในไทยปี 2538 จากการศึกษาของ สุวรรณี มหาภานันท์ นำเครื่องมือแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของฮาโมนีและบาร์เชลไปใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 (สุวรรณี มหาภานันท์, 2538 อ้างใน สุมนา แสนมาโนช, 2541) และจากการศึกษาของ สุมนา แสนมาโนช (2541) นำไปใช้กับผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดกระดูก

สะโพกหักจำนวน 40 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .95 และแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของฮาโมนีและบาร์เชล เป็นแบบวัดที่มาตรฐานที่นิยมใช้ทั้งในไทยและในต่างประเทศจนถึงปัจจุบัน

4) แบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) สร้างโดยเมรี ดี เนลเลอร์ (Marry D. Naylor, 1999) ซึ่งเป็นอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้สูงอายุและการวางแผนจำหน่ายในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประจำมหาวิทยาลัยเพนซิลเวเนีย (Pennsylvania university) ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจทางอายุรกรรม ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว และโรคหัวใจที่ต้องผ่าตัดทางศัลยกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 202 ราย เพื่อประเมินประสิทธิผลได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบโดยมีพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูงเป็นผู้ดูแล โดยรายละเอียดของแบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย และส่วนที่ 2 คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง 3 ด้าน ได้แก่ การทำงานบ้าน การเดินทาง และการทำงานในอาชีพ ส่วนค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือไม่ได้ระบุไว้ และในประเทศไทยแบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาดี อัครวิเศษ (2550) ซึ่งใช้วัดความสามารถในการทำหน้าที่ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด ในการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดโดยนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด 208 ราย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ที่ .82

ในการศึกษาครั้งนี้ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ใช้การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย ที่เป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามความสามารถในการทำหน้าที่ (functional status) ที่สร้างโดย เมรี ดี เนลเลอร์ (Marry D. Naylor, 1999) และแปลโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาดี อัครวิเศษ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยแบบสอบถามดังกล่าว ผู้ศึกษาจะนำไปดัดแปลงให้เหมาะสมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ศึกษาต่อไป

3.2 ความพึงพอใจ

3.2.1 ความหมาย จากพจนานุกรมความพึงพอใจ หมายถึง การทำให้พอใจ (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2542) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจ ดังนี้

ความพึงพอใจ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคล เมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนอง (Risser, 1975 อ้างใน พรชนก จารูประกร, 2547)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความยินดี (Hill, Brierley, & MacDougall, 1999 อ้างใน รณชัย คงสกนธ์, 2549)

โดยสรุป ความพึงพอใจ หมายถึง การทำให้บุคคลพอใจ เกิดความยินดีในการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจ

3.2.2 ความหมายความพึงพอใจของผู้ป่วย มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจของผู้ป่วยไว้หลากหลาย ดังนี้

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ระดับความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติการดูแลกับการปฏิบัติการดูแลที่ได้รับจริง (Risser, 1975 อ้างใน พรชนก จารูประกร, 2547)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกยินดีพอใจหรือชื่นชอบของผู้ป่วย ซึ่งประสบการณ์ร่วมที่ผู้ป่วยได้จากการที่พวกเขาเข้ามาใช้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังและความต้องการของพวกเขา (Brown, 1992 อ้างในพรชนก จารูประกร, 2547)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการที่ได้รับซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (ปิยนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร, 2540)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกที่ดีของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการประเมินบริการที่ได้รับ เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง และได้รับความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (อรพินท์ ไชยพยอม, 2542)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกทางบวกของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ (วาสนา สังฆะภูติ, 2545)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง การวัดผลสุดท้ายการบริการในภาพรวมที่ผู้ป่วยได้รับว่าตลอดทั้งกระบวนการดูแลเป็นอย่างไรบ้าง เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการของผู้ป่วย (Hill, Brierley, & MacDougall, 1999 อ้างใน รณชัย คงสกนธ์, 2549)

โดยสรุป ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการที่ได้รับ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

3.2.3 ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เจียบพลัน ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเจียบพลันที่มีต่อการบริการเพื่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเจียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2.4 การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย

ความพึงพอใจของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งของคุณภาพการรักษายาบาลที่ผู้ป่วยได้รับภายหลังรับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย ดังนี้ จากการศึกษาในต่างประเทศ แอดเคย์ และแอนเดอร์สัน (1975) ในปี 1970 ได้ศึกษาได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อการบริการของพยาบาลโดยสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการทางสุขภาพ จำนวน 4,966 ราย พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือ ความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี 1971 แอดเคย์ และแอนเดอร์สัน ได้ชี้แจงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการในการรักษายาบาลทางการแพทย์ว่าประกอบด้วยปัจจัยทั้งหมด 6 ด้าน คือ (Aday & Andersen, 1975:4 อ้างใน จิราพร สิมากร, 2544:49)

3.2.4.1 ความพึงพอใจด้านความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience) แบ่งออกเป็น 1) การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ 2) การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ 3) ความสะดวกที่ได้รับในสถานบริการ

3.2.4.2 ความพึงพอใจด้านการประสานบริการ (coordination) ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่งตามความต้องการ 2) ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ มีการติดตามผลการรักษา

3.2.4.3 ความพึงพอใจด้านอัธยาศัยและความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่ การแสดงท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการ การแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

3.2.4.4 ความพึงพอใจด้านข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (medical information) 1) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาผู้ป่วย

3.2.4.5 ความพึงพอใจด้านคุณภาพบริการ (quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

3.2.4.6 ความพึงพอใจในด้านค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ในประเทศไทยมีการศึกษาความพึงพอใจในผู้ป่วยในกลุ่มโรคต่างๆ โดยสุภาพร เลิศร่วมพัฒนา (2544) ได้ศึกษาผลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวล และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รอการผ่าตัดจำนวน 40 ราย จากการศึกษาพบว่าหลังได้รับการเยี่ยมก่อนผ่าตัดกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วาสนา ศังขะภูติ (2545) ได้ศึกษาผลของแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รักษาที่กลุ่มงานอายุรกรรมจำนวน 128 ราย จากการศึกษาหลังปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในด้านสิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ($p < .0001$) ด้านสิทธิที่จะได้รับข้อมูล ($p < .001$) และด้านสิทธิในความเป็นส่วนตัว ($p < .05$)

ลลิตา กระจำงโพธิ์ (2546) ได้ศึกษาความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในบริการสุขภาพโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เท่ากับ 3.89 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านค่าใช้จ่าย มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.37 รองลงมา คือ ด้านการประสานงาน มีคะแนนเฉลี่ย 4.08 ด้านอภัยสัจจะความสนใจ มีคะแนนเฉลี่ย 4.07 ด้านคุณภาพบริการมีคะแนนเฉลี่ย 4.02 ด้านความสะอาด มีคะแนนเฉลี่ย 3.68 และ ด้านข้อมูลที่ได้รับมีคะแนนเฉลี่ย 3.58 ตามลำดับ

3.2.5 การประเมินความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย

ริสเซอร์ (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นวิธีการวัดความพึงพอใจ ได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยขึ้น เพื่อนำไปใช้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลในงานสาธารณสุขมูลฐาน ปรากฏว่าได้ผลเป็นอย่างดี ซึ่งต่อมาได้มีการปรับปรุงและพัฒนามาใช้บริการในวิชาชีพต่างๆ จนกระทั่งนำมาใช้วัดความพึงพอใจต่อบริการในโรงพยาบาล แบบวัดนี้จะประกอบไปด้วยเกณฑ์ย่อย 3 ด้าน คือ ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ และด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ โดยมีรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละด้านดังนี้ (Risser, 1975 อ้างใน พรชนก จารูประกร, 2547)

3.2.5.1 ด้านความสามารถทางเทคนิควิชาชีพ (technical-professional)

หมายถึง กิจกรรมด้านเทคนิคการพยาบาล (technical activities) ทักษะ และความรู้ความสามารถในงานพยาบาลที่ทำอยู่ (nursing care tasks) เพื่อทำให้เกิดบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบ

3.2.5.2 ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งให้ความรู้ (educational relationship) หมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการให้ข้อมูลข่าวสาร การตอบคำถาม การอธิบายความหมายและรายละเอียดวิธีการพยาบาลหรือสาธิตเทคนิคต่างๆให้ผู้ป่วยเข้าใจ

3.2.5.3 ด้านสัมพันธภาพที่มุ่งสร้างความไว้วางใจ (trusting relationship) เป็นการรวมเอาความอาทร (caring) ในแง่ของการพยาบาล ซึ่งเป็นคุณลักษณะของการพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้เกิดผลดี และความสุขสบายแก่ผู้ป่วย จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับการวางแผนจำหน่ายที่ผู้ป่วยได้รับที่มุ่งเน้นทั้งด้านการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจ ด้านการให้ความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพในการวางแผนจำหน่าย (Rorden & Taft, 1990)

โดยสรุป ความพึงพอใจมีความสำคัญในการประเมินผลลัพธ์ของคุณภาพการรักษายาบาลที่ผู้ป่วยได้รับจากทีมสุขภาพขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ตัวชี้วัดสำคัญที่นำสู่การรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล คือ การกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายหลังจำหน่าย

3.3 การกลับมารักษาซ้ำ

3.3.1 ความหมาย การกลับมารักษาซ้ำนั้นเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญในปัจจุบัน ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการทุเลา จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยแพทย์อนุญาต และกลับไปอยู่กับครอบครัวสังคมได้ระยะหนึ่งก็กลับมีอาการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ จึงต้องมารักษาซ้ำโดยแพทย์พิจารณารับเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไปและกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน (ละเอียด รอดจันทร์และคณะ, 2542)

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยซึ่งเคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่ออาการทุเลา ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นกลับมีอาการแสดงของโรคเดิมชัดเจน และมีอาการรุนแรง ต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การที่แพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546)

การกลับมารักษาซ้ำหมายถึงการกลับเข้ารับรักษาที่แผนกฉุกเฉินหรือที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบของโรคเดิม โดยนับตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึง 28 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (นิภาพร ประจัญบาน, 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาของผู้ป่วยด้วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหอบนอนราบไม่ได้ และอาการเป็นลมหน้ามืด โดยเข้ารับรักษาที่คลินิกแพทย์ หรือ แผนกฉุกเฉิน หรือ หอผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชน (นิภาพร ประจัญบาน, 2550) โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึง 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้วัดโดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากการโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วย และจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย

3.3.2 การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่าภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดอัลสแตเบิล แองไจน่า (unstable angina) พบสูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงเดือนแรกหลังจากเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และเพิ่มเป็นร้อยละ 45 ในระยะเวลา 3 ปี (Stevenson et al., 1993 อ้างใน นิธิ มหานนท์ ปิยะมิตร ศรีธรา และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) และผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ เกิดหัวใจล้มเหลวได้ (Pongcharoenwaranyu, 2007; Shang, 2007; Antman, 2005) จากความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลในการปฏิบัติตนเพื่อประคับประคองและฟื้นฟูสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ การจัดการอาการที่อาจเกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ความสามารถในการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เป็นต้น (Timmins, 2005) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การกลับไปทำงานในอาชีพของตนมีข้อจำกัด หรือต้องดำเนินการต่อไปอย่างไร รวมถึงต้องการข้อมูลของแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุน ให้คำปรึกษา และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ (Smith & Liles, 2007) ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการสื่อสารให้ข้อมูลและความรู้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรวมถึงมีการส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทุกราย ให้ได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจบริการ ได้รับการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับชุมชนต่อไป (Grace, Brooks, Abramson, & Arthur, 2006; Dyer, 2006)

3.3.3 การประเมินการกลับมารักษาซ้ำ การกลับมารักษาซ้ำเป็นตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล และนำไปเทียบเคียงกับสถิติที่ผ่านมาพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาให้ดียิ่งขึ้น (Halfon, Eggli, Pre`tre-Rohrbach, Meylan, Marazzi, & Burnand, 2006) ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำได้มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากขึ้นดังนี้

แฮนแนล และคณะ (2003) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินผลลัพธ์ของคุณภาพการดูแล และภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษา โดยการประเมินการกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายโรงพยาบาล 30 วัน (Hannan, Racz, & Walford, 2003)

โซอีซา และคณะ (2006) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของคะแนนความเสี่ยงของการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษา (TIMI Risk Score) กับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีคะแนนความเสี่ยงของการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษา (TIMI Risk Score) เท่ากับ 6-7 คะแนน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 58.3 (Soiza, Hughes, Leslie, Peden, & Hargreaves, 2006)

ในประเทศไทยการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลของการบริการผู้ป่วยใน โดยกำหนดเกณฑ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจำหน่าย (ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุความไม่รู้วิธีปฏิบัติตนตามการรักษา) ซึ่งใช้เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข (กฤษฎา แสงวงดี, 2542) แต่ในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการและนำการประกันคุณภาพมาเป็นกรอบในการพัฒนา โดยงานการพยาบาลมีการประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลโดยนำการกลับมารักษาซ้ำเป็นดัชนีชี้วัด โดยกำหนดเกณฑ์ปรับลดวันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นภายใน 28 วันภายหลังจำหน่าย (ด้วยโรคเดิมจากสาเหตุความไม่รู้วิธีปฏิบัติตนตามการรักษา) เพื่อการประกันคุณภาพงานการพยาบาลและการปรับปรุงคุณภาพงานของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องด้วย (nursing quality assurance and quality improvement) ต่อไป (กฤษฎา แสงวงดี, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร และสุวิภา นิตยางกูร, 2544)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ การประเมินการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันด้วยอาการอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายใน 30 วันภายหลังจำหน่ายเป็นตัววัดประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อไป

3.3.4 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลรักษาภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในต่างประเทศ ยิลมาส และอิมิโรกุล (2005) ได้ศึกษาความต้องการวางแผนจำหน่ายขณะรักษาในโรงพยาบาล และความต้องการการดูแลหลังจำหน่ายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 187 ราย จากการศึกษาพบว่า ในขณะรักษาข้อมูลที่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องการ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ขณะเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยแนะนำว่าการให้ข้อมูลในวันที่ 1-2 ของการรักษาให้มากจริงแต่ไม่สามารถทำความเข้าใจได้ครบถ้วนทั้งหมดและแนะนำว่าควรให้ข้อมูลที่ละเอียดและต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความต้องการให้พยาบาล และญาติหรือผู้ดูแลร่วมกันวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลจนจำหน่าย และภายหลังจำหน่ายในวันที่ 1-2 วัน ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาล และทีมสุขภาพ เพราะผู้ป่วยและญาติมีปัญหาความยุ่งยากมากในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับมารักษาาก่อนเวลากำหนดได้ (Yilmaz & Emiroglu, 2005)

เฮกนีย์ และคณะ (2006) ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยง (risk screening) เพื่อการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลใน 72 ชั่วโมงแรกรับ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉินจำนวน 1,102 ราย โดยพยาบาลนำข้อมูลความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่ายที่ประเมินได้ในขั้นแรก นำไปวางแผนจำหน่าย ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายพยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการและให้คำแนะนำปรึกษาเพิ่มเติมจากการศึกษาพบว่าลดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 5.5 (Hegney, Buikstra, Chamberlain, March, McKay, Cope, et al., 2006)

กอลเลทท์ และคณะ (2007) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายหญิงหลังคลอดปกติ จำนวน 1,096 ราย (เป็นหญิงหลังคลอดปกติที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1-2 วัน) โดยการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและมีการติดตามให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ใน 1 เดือนแรกหลังคลอด จากการศึกษาพบว่า ลดการกลับรักษาซ้ำของทารกแรกเกิดด้วยอาการตัวเหลืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหญิงหลังคลอดมีความพึงพอใจในการวางแผนจำหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Goulet, Fall, D'Amour, & Pineault, 2007)

ซิลเวอร์สไตน์และคณะ (2008) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 30 วันหลังจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 29,292 ราย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลว โรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยที่มีปัญหาสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ไม่สมดุล เป็นปัจจัยทำนายการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใน 30 วันหลังจำหน่าย (Silverstein, Qin, Mercer, Fong, & Haydar, 2008)

การกลับมารักษาซ้ำในประเทศไทย มีการศึกษาเพิ่มขึ้นและเริ่มศึกษาในผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นส่วนใหญ่

ละอียด รอดจันทร์และคณะ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนจำนวน 80 ราย และผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 80 ราย จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลของโรคกับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

ทูลภา บุญผาสังข์ (2545) ได้ศึกษาภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลต่อการกลับมาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 60 ราย จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ขนาดความยุ่งยาก หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโดยตรง มีสัมพันธ์ทางบวกกับการกลับมาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .35$) ความรู้สึก ทศนคติ หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อประสบการณ์การดูแลไม่มีสัมพันธ์กับการกลับมาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการกลับมาซ้ำของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = -.37$)

ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุงจำนวน 349 ราย จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.59 และ 21.49 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.44 ร้อยละ 55.02 และร้อยละ 46.99 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทั่วไป ด้านระยะพัฒนาการ และด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

นิภาพร ประจัญบาน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย และญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ต่อการกลับมารักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 47 ราย และญาติผู้ดูแล จำนวน 47 ราย จากการศึกษาพบว่า หลังได้รับการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย และญาติกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย (5 ราย) มีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (12 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่าย

วิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายในประเด็นดังนี้

4.1 ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.2 ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อความพึงพอใจ

4.3 ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อการกลับรักษาซ้ำ

ทั้งนี้รายละเอียดของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละประเด็น มีดังนี้

4.1 ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในต่างประเทศศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยภายหลังผ่าตัด และผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนใหญ่ ดังนี้

พาร์คเกอร์ และคณะ (2002) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุพบว่า การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการให้ความรู้ขณะรักษาในโรงพยาบาล ยังมีข้อจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับ การติดตามเยี่ยมที่บ้าน และการโทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่าย (Parker, Peet, McPherson, Cannaby, Abrams, Baker, et al., 2002)

แคมมอรอลและคณะ (2002) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการประสานงานระหว่างทีมสหสาขา กับทีมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักขณะรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีผลในการเพิ่มของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการส่งเสริมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยสูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายโดยคำนึงถึงความพร้อมที่ความแตกต่างกันในแต่ละราย (Cameron, Handoll, Finnegan, Madhok, & Langhorne, 2002)

Outpatient Service Trialists (2003) ซึ่งเป็นคณะผู้วิจัยของหน่วยบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรมประจำมหาวิทยาลัยคาร์ดิฟฟ์ในประเทศอังกฤษ ได้ศึกษาประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย จากการศึกษการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายจากโรงพยาบาล และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity of daily living) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฮองและเลิน (2005) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลต่อวันนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำ และการเพิ่มความสามารถในการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 126 ราย โดยพยาบาลวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยภายใน 48 ชั่วโมงแรก และภายหลัง 48 ชั่วโมงพยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้ผู้ป่วยและ

ผู้ดูแล ร่วมกับการประเมินความพร้อมการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและร่วมฟื้นฟูสภาพร่างกายร่วมกับผู้ดูแล โดยพยาบาลมีคู่มือการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติต่อเนื่องทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาลและจำหน่าย ภายหลังจำหน่ายพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน 1 ครั้งและมีการโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 7 ภายหลังเยี่ยมผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าวันนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Huang & Liang, 2005)

ในประเทศไทยได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ละเอียด จารุสมบัติ (Jarusombat, 2003) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการออกกำลังกายและอาการหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคะแนนความสามารถในการออกกำลังกายหลังการทดลองเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนอาการหายใจลำบาก พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการหายใจลำบากภายหลังทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

กัณหา ปานสมุทร (2546) ได้ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษา พบว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายวัดโดยค่าเฉลี่ยระยะทางเดินบนพื้นราบใน 6 นาที (Six minute walk test; 6MWT) มีค่าสูงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4.2 ประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความพึงพอใจผู้ป่วย

ในต่างประเทศมีผู้ศึกษาจำนวนมากและปัจจุบันงานวิจัยดังกล่าวมาทบทวนอย่างมีระบบ (meta-analysis) มากขึ้น

บูลล์ และคณะ (2000) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายของการวางแผนจำหน่ายที่มีผล ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในกระบวนการวางแผนจำหน่ายไม่ใช่ปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการวางแผนจำหน่าย แต่พบว่าการให้ข้อมูลและการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดในการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล (Bull, Hansen, & Gross, 2000)

มิสเทนน์ และคณะได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายโดยงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial) ในปี 1994 ถึง 2004 มาทบทวนอย่างมีระบบ (meta-analysis) โดยการศึกษาผล

ของการวางแผนจำหน่าย ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย 6 รายงานการศึกษา พบว่าการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mistiaen, Francke, & Poot, 2007)

บาร์ออล และคณะ (2008) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการโทรศัพท์สอบถามอาการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย จำนวน 400 ราย ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย ภาวะแทรกซ้อนและการกลับรักษาเข้าโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า การโทรศัพท์สอบถามอาการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และการควบคุมอาการได้ดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการกลับรักษาเข้าโรงพยาบาล (ร้อยละ 26 ต่อร้อยละ 35, $p = 0.062$) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Braun, Baidusi, Alroy, & Azzam, 2008)

ในประเทศไทยจากการทบทวนงานวิจัยมีการศึกษามานานและศึกษาต่อเนื่องจำนวนมาก หลากหลายกลุ่มโรค ดังนี้

สุภาวดี สิริพัฒน์ (Siripat, 2002) ได้ศึกษาความพึงพอใจในบริการโครงการวางแผนจำหน่ายมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จากการศึกษาพบว่ามารดากลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

มะลิวรรณ อังคณิตย์ (2548) ได้ศึกษาการประสิทธิผลของการดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่านในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในบริการที่ได้รับมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

4.3 ประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายต่อการกลับรักษาซ้ำ

ในต่างประเทศ การศึกษาการกลับรักษาซ้ำมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องในหลากหลายกลุ่มโรค ดังนี้

เนลเลอร์ และคณะในปี 1994 ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบูรณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาล จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรม กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ต่อมาในปี 1999 เนลเลอร์ และคณะ (Naylor, Broton, Campbell, Jacobsen, Mezey, Pauly, et al., 1999) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายสมบูรณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาลและติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2, 6, 12, 24 หลังจำหน่ายต่อการกลับรักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 363 ราย จากการศึกษา

พบว่าผู้ป่วยสูงอายุกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 20.3 ต่อร้อยละ 37.1; $p < .001$)

วิสซิดินและคณะ (1999) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายที่มีรูปแบบวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง สำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรค (structured discharge procedure) โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จากการศึกษาพบว่า การกลับมารักษาซ้ำไม่มีความแตกต่างกันกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่มีรูปแบบจัดเตรียมไว้ แต่ในส่วนของการกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉิน (visits to the emergency department) พบว่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (Wesseldine, McCarthy, & Silverman, 1999)

ฟิลลิปส์ และคณะ (2004) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายที่สมบูรณ์แบบและการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยนำงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial) 18 การศึกษา มาทบทวนอย่างมีระบบ (meta-analysis) โดยศึกษาการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3,304 ราย ผลการศึกษาพบว่า ลดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 35 ต่อร้อยละ 43; $p < .001$) ส่วนในการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล (8.4 วัน ต่อ 8.5 วัน; $p = .60$) และลดอัตราการตายภายหลังจำหน่าย (ร้อยละ 14 ต่อร้อยละ 17; $p = .60$) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Phillips, Wright, & Kern, 2004)

ฟิสซิลลา และคณะ (2007) ได้ศึกษาผลของการให้คำแนะนำหรือคำเตือนซ้ำในการดูแลตนเองภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (จำนวน 1,079 ราย) ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากปัญหาค่าใช้จ่าย และจำนวนเตียงของโรงพยาบาลทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการจำหน่ายเร็วที่สุด (จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4-8 วัน) โดยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดังกล่าวไม่ได้รับการให้คำแนะนำ หรือคำเตือนซ้ำในการดูแลตนเองภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าเกิดความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต และการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 60 (Fiscella, Meldrum, & Barnett, 2007)

บทสรุป

ในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและการวางแผนจำหน่าย โดยเฉพาะรูปแบบการวางแผนจำหน่ายลักษณะต่างๆ พบว่ารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างเป็นรูปแบบหนึ่งที่บูรณาการการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและช่วยเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดและรูปแบบการวางแผนจำหน่ายดังกล่าว มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและใช้ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีต่อความพึงพอใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทั้ง เพศชาย และหญิงอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ซึ่งมารับการรักษาที่กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่รับการรักษาที่กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่และแพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ
2. ผู้ป่วยในเขตบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ต้องมาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือคลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรม
3. ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (killip class) น้อยกว่าหรือเท่ากับระดับ 3
4. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง (คะแนนการตรวจทางระบบประสาท 15 คะแนน)
5. มีผู้ดูแลและมีโทรศัพท์สามารถติดต่อได้

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคทางจิตเวช
2. สังกัดตติคุณ
3. ประวัติทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดโคโรนารี หรือ ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
4. มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น โรคอัมพาต กระดูกหัก

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณได้จากค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) ซึ่งได้จากผลการศึกษาของเมรี ดี เนลเลอร์ และคณะ (Naylor, Brooten, Campbell, Maislin, McCauley, & Schwartz, 2004) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อการเปลี่ยนผ่านที่สมบูรณ์ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการกลับมารักษาซ้ำ การทำหน้าทีความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งแนวทางการศึกษาและกลุ่มประชากรที่ศึกษาลักษณะคล้ายกับงานวิจัยในครั้งนี้ โดยมีค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 18.3 ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม 27.9 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม 13.4 นำมาคำนวณค่าขนาดอิทธิพลใช้สูตรของ โพลิตและเบค (Polite & Beck, 2008)

$$d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{SD}$$

d หมายถึง ขนาดอิทธิพล

$\bar{X}_1$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$\bar{X}_2$ หมายถึง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

SD หมายถึง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } d &= \frac{27.9 - 18.3}{13.4} \\ &= 0.71 \end{aligned}$$

นำค่าขนาดอิทธิพลที่ได้มาเปิดตารางของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ($\alpha = .05$) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: $1-\beta$) ที่ .80 และ ค่าขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ .70 เปิดตาราง Power Analysis (Polit & Beck, 2008: 604) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหาย 20% (ชญาธิศ ชอบอรุณสิทธิ, 2551) รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย แต่การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย กลุ่มทดลอง 40 ราย) โดยใช้ตารางเลขสุ่มกำหนดให้เอบี เป็นเลขคู่ บีเอ เป็นเลขคี่ กลุ่มเอ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มบี คือกลุ่มทดลอง (Polit & Hungler, 1995 อ้างอิงใน เรณา พงษ์เรืองพันธุ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธุ์, 2549)

แหล่งเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 300 เตียง รับบริการดูแลรักษาประชากรเขตบริการจังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดใกล้เคียง สถานที่เก็บข้อมูลครั้งนี้ คือ หอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรม ทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มงานอายุรกรรมประกอบด้วยหน่วยงานย่อย ดังนี้ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 4 แห่ง หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 แห่ง หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม 1 แห่ง ศูนย์ฟอกไตด้วยเครื่องไตเทียม 1 แห่ง และศูนย์ตรวจพิเศษหัวใจและหลอดเลือด 1 แห่ง จากสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันพบว่า เข้ารับการรักษาเฉลี่ยในหอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 10-40 รายต่อเดือน และในปี 2550 กลุ่มงานอายุรกรรมได้จัดตั้งศูนย์โรคหัวใจขึ้นซึ่งศักยภาพของศูนย์หัวใจอยู่ในระดับศูนย์หัวใจตติยภูมิระดับ 4 เขตหน่วยบริการเครือข่ายศูนย์โรคหัวใจเขต 8 จังหวัดขอนแก่น โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดและการรักษาแบบประคับประคองเป็นส่วนใหญ่ และกรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แพทย์จะปรึกษาและส่งผู้ป่วยรักษาต่อที่โรงพยาบาลในเครือข่ายเขตจังหวัดขอนแก่นที่มีศักยภาพสูง ได้แก่ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ปัจจุบันจากประเด็นปัญหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พบปัญหาผู้ป่วยยังมารับการรักษาล่าช้าจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมาก่อนทำให้จัดการอาการด้วยตนเองก่อนมาพบแพทย์ล่าช้า ปัญหาด้านระยะทางระหว่างโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งกับโรงพยาบาลร้อยเอ็ดห่างกันมากการส่งต่อผู้รับบริการต้องใช้เวลามาก ปัญหาข้อจำกัดด้านบุคลากรที่มีเจ้าหน้าที่จบใหม่หมุนเวียนทุกปีทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันยังปฏิบัติไม่สม่ำเสมอและไม่ต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเล็งเห็นความสำคัญและอยู่ระหว่างการพัฒนาปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยในปี 2552 โรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้มีการพัฒนาระบบการปรึกษาดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทางระบบเทเลเมดิซีน (telemedicine) โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดและโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสามารถขอคำปรึกษาโดยตรงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของศูนย์หัวใจสิริกิติ์จังหวัดขอนแก่นได้ทันที เพื่อความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ในด้านการวางแผนจำหน่าย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ดใช้รูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบ D-M-E-T-H-O-D เป็นกรอบในการวางแผนจำหน่าย

และมีการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ศูนย์ส่งต่อและเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับศูนย์บริการสุขภาพชุมชนระดับปฐมภูมิด้วย โดยผู้ศึกษาจะเก็บข้อมูลในหน่วยงานของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ดังนี้ หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24-48 ชั่วโมง แรกเริ่ม ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยต่อเนื่องจนผู้ป่วยจำหน่าย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่ายโรงพยาบาลเพื่อสอบถามอาการรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองพร้อมกับให้คำแนะนำเพิ่มเติม (ภาคผนวก ข. หน้า 160) โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assessment) ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1.1 แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงเพื่อวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข. หน้า 167)

1.2 แบบประเมินความต้องการ การวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันร่วมกับผู้ดูแล (ภาคผนวก ข. หน้า 168)

1.3 แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

2. แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ เพื่อประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ภาคผนวก ข. หน้า 169)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ประกอบด้วย

แผนการจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ขั้นตอนที่ 3 การยืนยันแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผนและติดตามประเมินผล

(confirming the plan) ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข. หน้า 170)
2. คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข. หน้า 171)
3. แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข. หน้า 172)
4. แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ภาคผนวก ข. หน้า 173)
5. แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ (ภาคผนวก ข. หน้า 174)

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

2.1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เป็นแบบบันทึกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรค ระดับของความรุนแรงของโรคหัวใจ (killip class) ยาที่ได้รับเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเมื่อแรกรับในโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยารักษาโรคประจำตัว วันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย วันจำหน่าย และ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (ภาคผนวก ค. หน้า 175)

2.2. แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของแบบวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยพัฒนาโดย เมรี ดี เนลเลอร์ (Mary D. Naylor, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย อุษาดี อัครวิเศษ (2550) และดัดแปลงให้เหมาะสมกับการศึกษาโดยผู้วิจัย (โดยตัดข้อคำถามในส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ได้แก่ ข้อคำถามด้านการทำงานบ้าน จำนวน 2 ข้อ ด้านการเดินทาง จำนวน 4 ข้อ และด้านการทำงานในอาชีพ จำนวน 3 ข้อ และตัดข้อคำถามในส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ในข้อคำถามการเดิน จำนวน 1 ข้อ) โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งครอบคลุมกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย (ภาคผนวก ค. หน้า 177)

ด้านการรับประทานอาหาร มี 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1.1-1.7

ด้านการแต่งตัว มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2.1-2.5

ด้านการเดิน มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3.1-3.4

ด้านการอาบน้ำ มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4.1-4.4

ด้านการขับถ่าย มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5.1-5.5

โดยข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1.1, 3.4, 4.1, 5.1

ข้อคำถามทางลบจำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 3.1, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3, 4.4, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5

การให้คะแนนดังนี้

ข้อคำถามทางบวก ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามทางลบ ตอบใช่ ได้ 0 คะแนน ตอบ ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

คะแนนจะมีค่าตั้งแต่ 0 – 25 คะแนน

คะแนน 0-19 หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อย

คะแนน 20-25 หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก

3.3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจภายหลังผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่รู้สึกพอใจน้อยที่สุดจนถึงรู้สึกพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง รู้สึกพอใจมากที่สุดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ระดับคะแนน 4 หมายถึง รู้สึกพอใจมากต่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ระดับคะแนน 3 หมายถึง รู้สึกพอใจปานกลางต่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ระดับคะแนน 2 หมายถึง รู้สึกพอใจน้อยต่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ระดับคะแนน 1 หมายถึง รู้สึกพอใจน้อยที่สุดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน

ในแบบสอบถามความพึงพอใจ (ภาคผนวก ก. หน้า 178) มีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 10-25 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 26-40 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 41-50 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

2.4. แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นแบบบันทึกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับเข้ารับรักษาที่คลินิกแพทย์หรือสถานบริการสุขภาพเอกชนหรือแผนกฉุกเฉินหรือที่รับไว้ในโรงพยาบาลของรัฐด้วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (นิภาพร ประจันบาน, 2550) โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ในผู้ป่วยแต่ละรายไม่ว่ากลับเข้ารับรักษาก็ครั้งจะนับเป็นการกลับมารักษาซ้ำ 1 คนทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก ก. หน้า 179)

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity)

1. โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และ เครื่องมือในโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย แผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบบันทึกขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน สมุดคู่มือในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และแบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทำการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด	2	คน
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหัวใจ	1	คน
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด	2	คน

เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะไปปรับแก้ไขเครื่องมือในการเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ต่อไป

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการหาความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อหาความสมบูรณ์ของเครื่องมือในด้านความชัดเจนของภาษา และเทคนิคในการสัมภาษณ์ เพื่อสื่อความหมายให้เข้าใจตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยกลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้เครื่องมือเป็นคนละกลุ่มกับที่ใช้เก็บข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปหาค่าความเชื่อมั่นต่อไป

3. คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละชุด โดยแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันใช้สูตรคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder & Richardson) และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) โดยค่าความเชื่อมั่น > 0.7 (Polit & Beck, 2004, p.418) หลังจากนั้นนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป ซึ่งค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 0.71 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเท่ากับ 0.77

ขั้นตอนการเตรียมตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

เตรียมตัวผู้วิจัยโดยผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่าย และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อจัดทำโปรแกรมตามหลักฐานเชิงประจักษ์ จากนั้นผู้วิจัยศึกษาดูงาน และฝึกอบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากทีมแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูก่อนทำการศึกษาวิจัย และในส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เพื่อลดความลำเอียงโดยผู้ช่วยวิจัยไม่ทราบว่าคุณสมบัติของตัวอย่างคนใดอยู่กลุ่มทดลอง หรือควบคุม การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในด้านอายุรกรรมอย่างน้อย 2 ปี โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้

กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง นำผลที่ได้ไปคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยใช้สูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100%

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติทำการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรมและมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากการแบบสอบถาม โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่ม
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและในระหว่างการวิจัยหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอม การเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมอย่างเคร่งครัด มีเฝ้าระวังป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตลอดการดำเนินการวิจัย
5. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ของกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดหลังจากนั้นนำมาสุ่ม เพื่อแยกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่ม กำหนดให้เอบีเป็นเลขคู่ บีเอเป็นเลขคี่ กลุ่มเอ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มบี คือ กลุ่มทดลอง จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์ (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 40 ราย และกลุ่มทดลอง 40 ราย) โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแฟ้มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด
2. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา แจ้งการพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่มกำหนดให้บีเป็นเลขคู่ บีเอ เป็นเลขคี่ กลุ่มเอ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มบี คือ กลุ่มทดลอง แจ้งขั้นตอนของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมโดยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการติดตามประเมินผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์จากผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา 15 นาที
4. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของโรงพยาบาล
5. วันที่ 1 ของการเข้ารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยสอบถามอาการโดยทั่วไป และเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ครั้งที่ 1) ใช้เวลา 15 นาที
6. 1 วันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และซักถามอาการผู้ป่วยโดยทั่วไป อธิบายขั้นตอนการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดและที่คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการโทรศัพท์ติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่ายและแจ้งวันเวลาพร้อมตกลงนัดหมายในการโทรศัพท์ติดตามการกลับมารักษาซ้ำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เวลา 15 นาที
7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำหน่ายจากโรงพยาบาล
8. 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด หรือที่คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรมในช่วงรอดตรวจ ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ครั้งที่ 2) และคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันใช้เวลา 20 นาที
9. วันที่ 14 และวันที่ 30 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้วิจัยติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

อายุรกรรม หลังจากนั้นบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายใน 30 วันหลังจำหน่าย

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแฟ้มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด
2. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา แจ้งการพิทักษ์สิทธิ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่มกำหนดให้เอบีเป็นเลขคู่ บีเอ เป็นเลขคี่ กลุ่มเอ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มบี คือ กลุ่มทดลอง แจ้งขั้นตอนของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมโดยการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการติดตามประเมินผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย โดยโทรศัพท์จากผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา 15 นาที
4. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันตามขั้นตอนดังนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับในระยยะเฉียบพลัน
ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ สอนการดูแลตนเอง และฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมทั้งประเมินผลและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์
5. หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลวันที่ 2 และวันที่ 7 ผู้วิจัยติดตามผลการปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่าย โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามอาการ ความต้องการความช่วยเหลือ และปัญหาอุปสรรคการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังจำหน่าย จำนวน 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 2 และ 7 หลังจำหน่าย ในช่วง 08.00 น.-16.00 น. ใช้เวลา 10-15 นาที และภายหลังจำหน่ายเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโทรสอบถามปัญหาสุขภาพ และรับคำปรึกษาสุขภาพ โดยในเวลาราชการ คือ เวลาตั้งแต่ 08.00 น.-17.00 น. ให้ติดต่อและรับคำปรึกษาจากผู้วิจัย ส่วนนอกเวลาราชการ คือ เวลาตั้งแต่ 17.00 น.-08.00 น. ให้ติดต่อและรับคำปรึกษาจากพยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วย

อายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ซึ่งเป็นตึกที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และเพื่อลดการสับสน การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่รับคำปรึกษานอกเวลาราชการ ผู้วิจัยได้อธิบายโครงการให้พยาบาลรับทราบ พร้อมมอบคู่มือ และแผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลที่ให้คำปรึกษานอกเวลาราชการได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่ตรงกัน

6. วันที่ 1 ของการเข้ารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยสอบถามอาการโดยทั่วไป และเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ครั้งที่ 1) ใช้เวลา 15 นาที

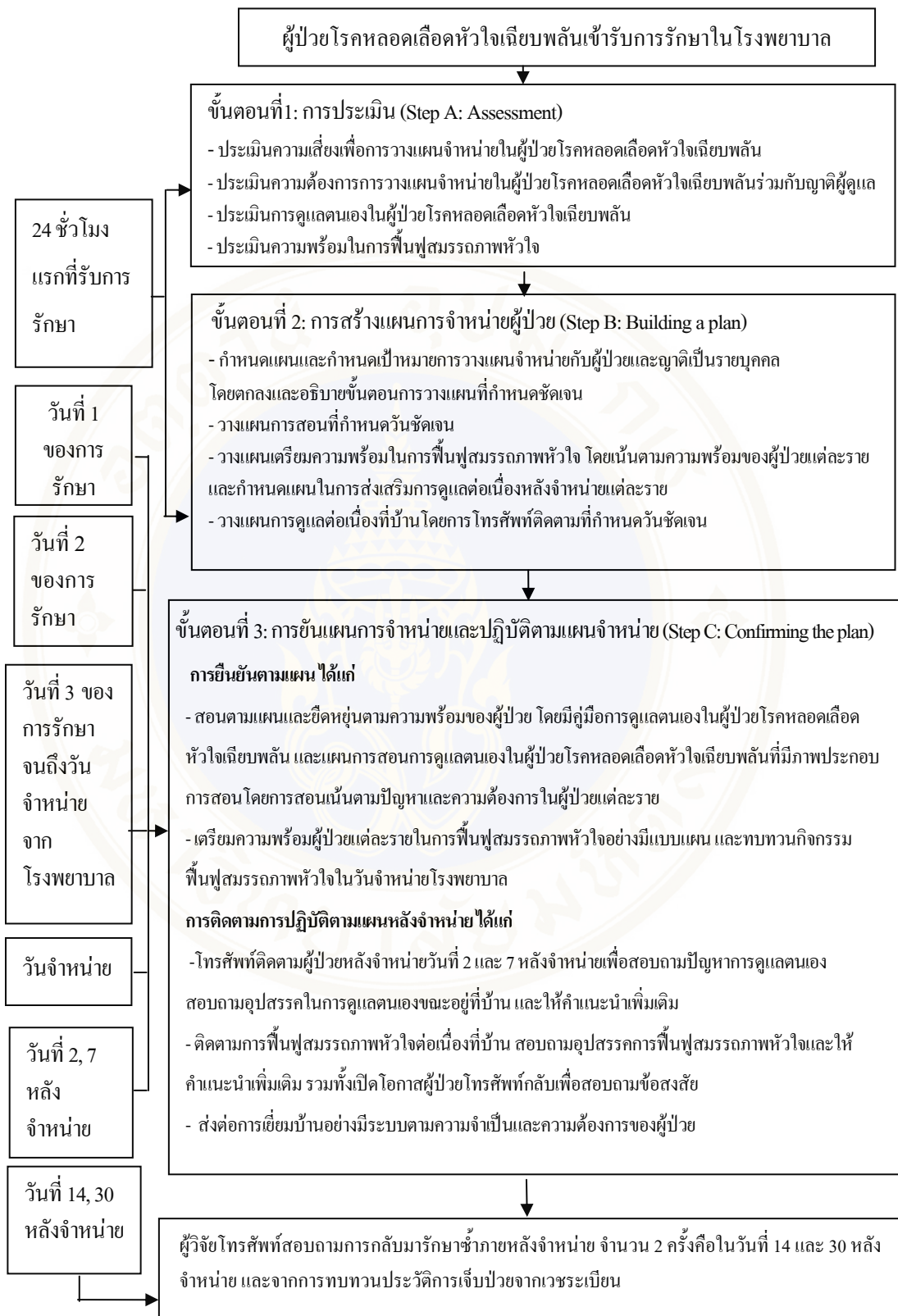
7. 1 วันก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และซักถามอาการผู้ป่วยโดยทั่วไป อธิบายขั้นตอนการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด และที่คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการโทรศัพท์ติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่ายและแจ้งวันเวลาพร้อมตกลงนัดหมายในการโทรศัพท์ติดตามการกลับมารักษาซ้ำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เวลา 15 นาที

8. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำหน่ายจากโรงพยาบาล

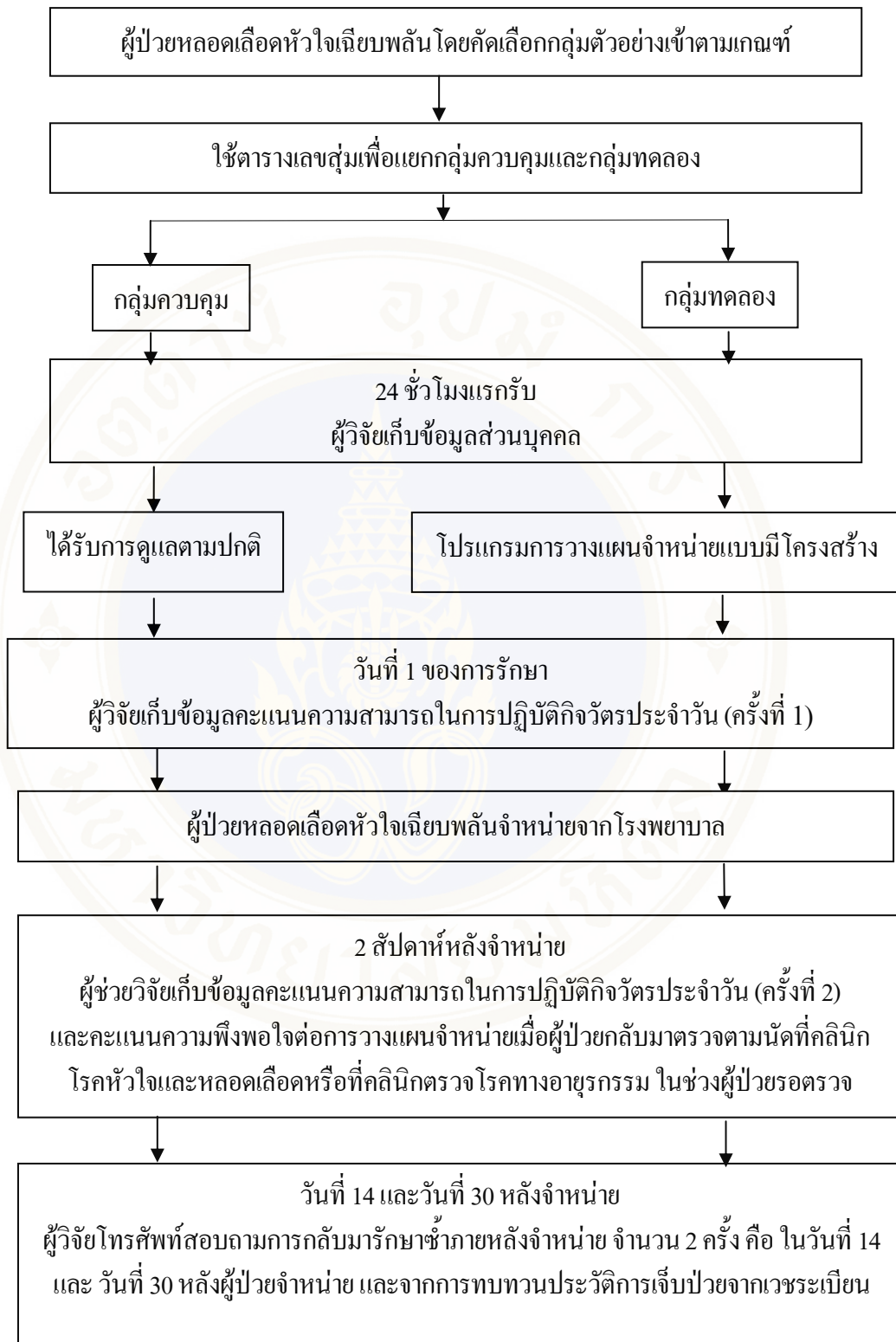
9. 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือที่คลินิกตรวจโรคทางอายุรกรรม ในช่วงรอตรวจผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ครั้งที่ 2) และคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ใช้เวลา 20 นาที

10. วันที่ 14 และวันที่ 30 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หลังจากนั้นบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายใน 30 วันหลังจำหน่าย

โดยสรุป โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีรายละเอียดแสดงไว้ดังรูปภาพที่ 3 และขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 3 โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง



รูปภาพที่ 4 สรุปขั้นตอนการเก็บข้อมูล

กรณีการยุติการศึกษา

ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยเมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความประสงค์ที่จะถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมการวิจัย เสียชีวิต ย้ายโรงพยาบาล ส่งต่อการรักษา และจำหน่ายโดยไม่สมัครใจรักษาต่อ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยเมื่อโครงร่างของการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างโดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และในระหว่างการวิจัย หากต้องการถอนตัวจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยมิต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นยินยอม และในระหว่างการดำเนินการวิจัย ถ้าเกิดอาการไม่พึงประสงค์กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทันที และประสานกับแพทย์เวรแผนกอายุรกรรมอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนำมา แจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองใช้สถิติ Chi- square test
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ ANCOVA โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test
4. เปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Chi- square test

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ โดยการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 79 ราย และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ตารางเลขสุ่ม โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติ ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ

ระหว่างการศึกษากลุ่มตัวอย่างต้องยุติการศึกษา 14 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองต้องยุติการศึกษา 6 ราย จากสาเหตุ ดังนี้ ได้รับการส่งรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 3 ราย โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 ราย จำหน่ายทุเลาและตรวจรักษาต่อเนื่อง (follow-up) ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 2 ราย และกลุ่มควบคุมต้องยุติการศึกษา 8 ราย จากสาเหตุ ดังนี้ ได้รับการส่งรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 2 ราย ไม่สมัครใจอยู่เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น และกลับบ้านไม่ไปรักษาที่ใด จำนวน 1 ราย จำหน่ายทุเลาและตรวจรักษาต่อเนื่อง (follow-up) ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 2 ราย จำหน่ายทุเลาและตรวจรักษาต่อเนื่อง (follow-up) ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน จำนวน 2 ราย และไม่มาตรวจตามนัด 1 ราย

ดังนั้น คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 65 ราย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) คือ เพศชายและหญิง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย กลุ่มทดลอง จำนวน 32 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การวิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย
4. การวิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย โดยแสดงดังตารางที่ 4.1 และตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้ศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		χ^2
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							1.00*
ชาย	20	62.50	20	62.50	40	62.50	
หญิง	12	37.50	12	37.50	24	37.50	
อายุ							0.29*
31- 40	1	3.12	2	6.25	3	4.69	
41- 50	3	9.38	3	9.38	6	9.38	
51- 60	8	25.00	8	25.00	16	25.00	
61- 70	9	28.12	8	25.00	17	26.56	
71- 80	10	31.26	9	28.12	19	29.68	
81- 90	1	3.12	2	6.25	3	4.69	
(กลุ่มทดลอง $\bar{X}$ = 64.84; Min = 39; Max = 81; SD = 10.90)							
(กลุ่มควบคุม $\bar{X}$ = 63.34; Min = 37; Max = 83; SD = 13.04)							

* p > .05

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
คู่	17	53.12	20	62.50	37	57.81
หม้าย	12	37.50	11	34.38	23	35.94
หย่าร้าง/แยกกัน	3	9.38	1	3.12	4	6.25
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	30	93.76	31	96.88	61	95.31
อนุปริญญา	1	3.12	1	3.12	2	3.13
ปริญญาตรี	1	3.12	-	-	1	1.56
ศาสนา						
พุทธ	32	100	32	100	64	100
อาชีพ						
ทำนา/ทำสวน	19	59.38	15	46.88	34	53.12
รับราชการ	2	6.25	1	3.12	3	4.69
ค้าขาย/อาชีพส่วนตัว	5	15.62	5	15.62	10	15.63
ไม่ได้ทำงาน	6	18.75	11	34.38	17	26.56
สิทธิการรักษา						
บัตรประกันสุขภาพ	28	87.50	27	84.38	55	85.94
บัตรประกันสังคม	-	-	1	3.12	1	1.56
เบิกต้นสังกัด	4	12.50	4	12.50	8	12.50

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม						0.868*
ไม่มีโรคร่วม	15	46.88	12	37.50	27	42.18
มีโรคร่วม	17	53.12	20	62.50	37	57.82
เบาหวาน	-	-	2	6.25	2	3.13
ความดันโลหิตสูง	2	6.25	1	3.12	3	4.69
ไขมันในเลือดสูง	1	3.12	2	6.25	3	4.69
โรคอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$)	4	12.50	4	12.50	8	12.50
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	2	6.25	3	9.38	5	7.81
เบาหวานร่วมกับไขมันในเลือดสูง	3	9.38	2	6.25	5	7.81
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	3	9.38	2	6.25	5	7.81
ความดันโลหิตสูงร่วมกับ ไขมันในเลือดสูง	1	3.12	3	9.38	4	6.25
อื่นๆ โรคเกาต์	1	3.12	1	3.12	2	3.13

* $p > .05$

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ยาประจำ						
ไม่มียาที่ใช้ประจำ	21	65.63	18	56.25	39	60.93
มียาที่ใช้ประจำ	11	34.37	14	43.75	25	39.07
ยาลดน้ำตาลในเลือด	2	6.25	3	9.38	5	7.81
ยาลดความดันโลหิต	2	6.25	4	12.50	6	9.38
ยาลดน้ำตาลในเลือดร่วม	2	6.25	3	9.38	5	7.81
กับยาลดความดันโลหิต						
ยาลดน้ำตาลในเลือดร่วม	1	3.12	1	3.12	2	3.13
กับยาลดไขมันในเลือด						
ยาลดน้ำตาลในเลือดร่วม	3	9.38	2	6.25	5	7.81
กับยาลดความดันโลหิต						
และยาลดไขมันในเลือด						
อื่นๆ ยาโรคเกาต์	1	3.12	1	3.12	2	3.13
ประวัติการสูบบุหรี่						
มีประวัติสูบบุหรี่	18	56.25	15	46.87	33	51.56
ชาย	18	56.25	14	43.75	32	50.00
หญิง	-	-	1	3.12	1	1.56
ไม่มีประวัติสูบบุหรี่	14	43.75	17	53.13	31	48.44
ชาย	2	6.25	6	18.75	8	12.50
หญิง	12	37.50	11	34.38	23	35.94

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้ศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม		χ^2
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาการเจ็บหน้าอก							
เฉพาะเจาะจง (Typical chest pain)	30	93.75	30	93.75	60	93.75	
ไม่เฉพาะเจาะจง (Atypical chest pain)	2	6.25	2	6.25	4	6.25	
การวินิจฉัยโรค							0.744*
STEMI	11	34.38	9	28.12	20	31.25	
NONSTEMI	12	37.50	15	46.88	27	42.19	
Unstable angina	9	28.12	8	25.00	17	26.56	
ระดับของความรุนแรงของโรค (Killip class)							0.079*
Killip class I	20	62.50	26	81.25	46	71.88	
Killip class II	8	25.00	6	18.75	14	21.87	
Killip class III	4	12.50	-	-	4	6.25	

* p > .05;

STEMI หมายถึง ST-elevation myocardial infraction;
 NONSTEMI หมายถึง Non-ST elevation myocardial infraction
 Killip class I หมายถึง No heart failure
 Killip class II หมายถึง Mild heart failure;
 Killip class III หมายถึง Heart failure (Killip & Kimball, 1967)

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ยาที่ได้รับขณะรักษาในโรงพยาบาล						
ยาที่ได้รับแบบที่ 1	2	6.25	1	3.12	3	4.69
ยาที่ได้รับแบบที่ 2	1	3.12	-	-	1	1.56
ยาที่ได้รับแบบที่ 3	24	75.01	28	87.50	52	81.25
ยาที่ได้รับแบบที่ 4	5	15.62	3	9.38	8	12.50

คำอธิบายยาที่ได้รับขณะรักษาในโรงพยาบาล

ยาที่ได้รับแบบที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดร่วมกับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาลดอาการเจ็บหน้าอก ยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดปกติ ยาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและยาอื่นๆ ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด ยาระบาย ยานอนหลับ

ยาที่ได้รับแบบที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดร่วมกับยาลดอาการเจ็บหน้าอก ยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดปกติ ยาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและยาอื่นๆ ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด ยาระบาย ยานอนหลับ

ยาที่ได้รับแบบที่ 3 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดร่วมกับยาลดอาการเจ็บหน้าอก ยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดปกติ ยาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและยาอื่นๆ ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด ยาระบาย ยานอนหลับ

ยาที่ได้รับแบบที่ 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดอาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดปกติ ยาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและยาอื่นๆ ได้แก่ ยาลดไขมันในเลือด ยาระบาย ยานอนหลับ

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลการรักษาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้รับ (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 32)		(n = 32)		(n = 64)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงต่อการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ						
กลุ่มที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด คลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะรักษาในหอผู้ป่วย (90 นาทีหลังให้)						
ST segment ลดลง $\geq 50\%$	2	6.25	1	3.12	3	4.69
ST segment ลดลง $\leq 50\%$	1	3.12	-	-	1	1.56
กลุ่มที่ไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	29	90.63	31	96.88	60	93.75
คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลงขณะรักษาในหอผู้ป่วย (ใน Lead เดิมตั้งแต่แรกรับ)						
คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง	32	100	31	96.88	63	98.44
ST elevate	10	31.25	8	25.00	18	28.13
ST depression	9	28.12	16	50.00	25	39.06
T inverse	13	40.63	8	25.00	21	32.81
คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงขณะรักษาในหอผู้ป่วย (ใน Lead ใหม่จากเดิมตั้งแต่แรกรับ)						
ST depression	-	-	1	3.12	1	1.56
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (วันนอนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม n=64) = 3.56 วัน						
จำนวน 2 วัน	6	18.75	5	15.62	11	17.18
จำนวน 3 วัน	8	25.00	15	46.89	23	35.94
จำนวน 4 วัน	13	40.63	6	18.75	19	29.69
จำนวน 5 วัน	3	9.38	5	15.62	8	12.50
จำนวน 6 วัน	1	3.12	1	3.12	2	3.13
จำนวน 9 วัน	1	3.12	-	-	1	1.56
วันนอนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง (n=32) = 3.69 วัน; วันนอนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม (n=32) = 3.44 วัน						

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 และอายุ 39-81ปี อายุเฉลี่ย 64.84 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.12) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.76) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 59.38) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 87.50) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมซึ่งได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน มียาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 34.37) การวินิจฉัยโรคพบ ชนิด NONSTEMI 12 รายคิดเป็นร้อยละ 37.50 ชนิด STEMI 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.38 และชนิด Unstable angina 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.12 ตามลำดับ ระดับของความรุนแรงของโรค (Killip class) ระดับ Killip class I 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับ Killip class II 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับ Killip class III 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 วันนอนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.69 วัน

กลุ่มควบคุม เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 62.50 และอายุ 37-83ปี อายุเฉลี่ย 63.34ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 62.50) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 96.88) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 46.88) และใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 84.38) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมซึ่งได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน มียาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 43.75) การวินิจฉัยโรคพบชนิด NONSTEMI 15 รายคิดเป็นร้อยละ 46.88 ชนิด STEMI 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.38 และชนิด Unstable angina 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ ระดับของความรุนแรงของโรค (Killip class) ระดับ Killip class I 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.25 ระดับ Killip class II 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 และระดับ Killip class III ไม่พบ วันนอนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.44 วัน

เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วย ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และระดับของความรุนแรงของโรค (Killip class) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test พบว่า ตัวแปรแต่ละตัวไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การศึกษารุ่นนี้มีการวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม แสดงผลได้ ดังตารางที่ 4.3 ตารางที่ 4.4 ตารางที่ 4.5 และ ตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.3 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เขียนพหุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (รายชื่อ)

กลุ่ม	ประเมินรายด้าน	คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
		ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
		Min	Max	Mean (± SD)	Min	Max	Mean(±SD)
กลุ่มทดลอง							
	ด้านการรับประทานอาหาร	2	5	3.38 (± 0.91)	1	7	4.31 (± 1.67)
	ด้านการแต่งตัว	1	4	2.31 (± 1.06)	2	5	4.25 (± 0.88)
	ด้านการเดิน	0	4	1.44 (± 0.88)	1	4	3.13 (± 0.75)
	ด้านการอาบน้ำ	0	4	1.91 (± 0.99)	1	4	3.13 (± 0.79)
	ด้านการขับถ่าย	2	4	2.94 (± 0.67)	1	5	4.06 (± 0.95)
กลุ่มควบคุม							
	ด้านการรับประทานอาหาร	2	6	3.81(±0.97)	2	7	4.81 (± 1.62)
	ด้านการแต่งตัว	1	4	2.50 (± 0.80)	1	5	3.69 (± 1.15)
	ด้านการเดิน	0	4	1.69 (± 0.89)	1	4	3.31 (± 0.97)
	ด้านการอาบน้ำ	0	4	2.34 (± 0.94)	0	4	3.19 (± 0.98)
	ด้านการขับถ่าย	1	5	2.84 (± 0.95)	2	5	4.19 (± 0.89)

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน นอกจากนี้พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองในด้านการเดิน (เฉลี่ย 1.44, 1.69 ตามลำดับ) และด้านการอาบน้ำ (เฉลี่ย 1.91, 2.34 ตามลำดับ) มีคะแนน

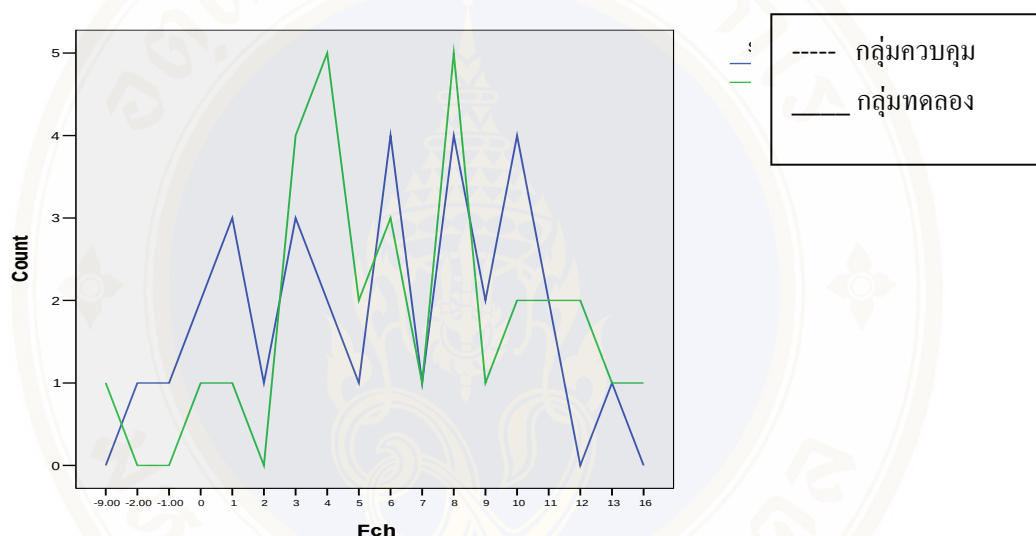
เฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น และพบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านการรับประทานอาหารทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดกว่าทุกด้านทั้งด้านการแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย โดยคะแนนด้านการรับประทานอาหารกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.38, 4.31 ตามลำดับ และคะแนนด้านการรับประทานอาหารกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.81, 4.81 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 เปรียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองเป็นรายข้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test

ประเมินรายด้าน	กลุ่ม	Min-Max	Mean (± SD)	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร					
	กลุ่มทดลอง	1 - 7	4.31 (± 1.67)	1.216	0.334
	กลุ่มควบคุม	2 - 7	4.81 (± 1.62)		
ด้านการแต่งตัว					
	กลุ่มทดลอง	2 - 5	4.25 (± 0.88)	2.200	0.025*
	กลุ่มควบคุม	1 - 5	3.69 (± 1.15)		
ด้านการเดิน					
	กลุ่มทดลอง	1 - 4	3.13 (± 0.75)	0.867	0.048*
	กลุ่มควบคุม	1 - 4	3.31 (± 0.97)		
ด้านการอาบน้ำ					
	กลุ่มทดลอง	1 - 4	3.13 (± 0.79)	0.277	0.078
	กลุ่มควบคุม	0 - 4	3.19 (± 0.98)		
ด้านการขับถ่าย					
	กลุ่มทดลอง	1 - 5	4.06 (± 0.95)	0.542	0.334
	กลุ่มควบคุม	2 - 5	4.19 (± 0.89)		

* P < .05

จากตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองโดยใช้สถิติ independent t- test พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองในด้านการแต่งตัว และ ด้านการเดินในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนคะแนนในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการอาบน้ำ และด้านการขับถ่ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



รูปภาพที่ 5 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลอง

ทั้งนี้หลังการทดลองพบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมดังภาพที่ 5

ตารางที่ 4.5 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	จำนวน (n= 64)	คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
		ก่อนทดลอง (0-25)			หลังทดลอง (0-25)		
		Min	Max	Mean ($\pm$ SD)	Min	Max	Mean($\pm$ SD)
กลุ่มทดลอง	32	8	21	12.50 ($\pm$ 3.07)	12	24	18.86 ($\pm$ 3.02)
กลุ่มควบคุม	32	7	20	13.25 ($\pm$ 2.76)	11	24	19.19 ($\pm$ 3.96)

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA
(ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม)

Source of variation	Sum of squares	df	Mean square	F	p-value
คะแนนก่อนการทดลอง	3.981	1	3.981	0.317	0.288
คะแนนหลังการทดลอง	0.959	1	0.959	0.076	0.392
Error	766.394	61	12.564		
Corrected total	771.938	63			

จากตารางที่ 4.5 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองมีในระดับต่ำสุด 8 คะแนน และสูงสุด 21 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 12.50) หลังทดลองมีคะแนนต่ำสุดที่ 12 คะแนน และสูงสุด 24 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 18.86) ในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองมีระดับต่ำสุด 7 คะแนน และ

สูงสุด 20 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 13.25) หลังทดลองมีคะแนนต่ำสุด 11 คะแนน และสูงสุด 24 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 19.19) ซึ่งคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(ตารางที่ 4.6) โดยใช้สถิติ ANCOVA โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$; $p = .392$)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย

ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน วัดภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ หลังกลุ่มตัวอย่างออกจากโรงพยาบาลและมาตรวจตามแพทย์นัดที่ตึกผู้ป่วยนอก ซึ่งแสดงผลได้ ดังตารางที่ 4.7 ตารางที่ 4.8 และ ตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.7 คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นรายด้าน (แต่ละข้อค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด 2 หมายถึง น้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง มาก 5 หมายถึง มากที่สุด)

คะแนนความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง (n = 32)			กลุ่มควบคุม (n = 32)		
	Min	Max	Mean ($\pm$ SD)	Min	Max	Mean ($\pm$ SD)
1. การมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับทีมสุขภาพ	3	5	4.59 ($\pm$ 0.56)	1	5	2.69 ($\pm$ 1.45)
2. พยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย	3	5	4.63 ($\pm$ 0.55)	1	5	2.69 ($\pm$ 1.33)

ตารางที่ 4.7 คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบ่งเป็นรายด้าน (ต่อ)

คะแนนความพึงพอใจ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	(n = 32)			(n = 32)		
	Min	Max	Mean ($\pm$ SD)	Min	Max	Mean ($\pm$ SD)
3. ความพึงพอใจที่ผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย	3	5	4.66 ($\pm$ 0.55)	1	5	2.75 ($\pm$ 1.29)
4. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค	3	5	4.63 ($\pm$ 0.61)	1	5	3.16 ($\pm$ 1.32)
5. การได้รับข้อมูลการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	3	5	4.56 ($\pm$ 0.67)	1	5	2.97 ($\pm$ 1.45)
6. การได้รับข้อมูลการรับประทานยาและการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง	3	5	4.59 ($\pm$ 0.61)	1	5	2.64 ($\pm$ 1.27)
7. การได้รับข้อมูลการเฝ้าระวังอาการและจัดการอาการกำเริบของโรค	3	5	4.56 ($\pm$ 0.62)	1	5	2.94 ($\pm$ 1.39)
8. การได้รับการฟื้นฟูสมรรถหัวใจก่อนจำหน่าย และทำให้ฟื้นหายเร็ว	3	5	4.59 ($\pm$ 0.62)	1	5	2.50 ($\pm$ 1.48)
9. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวทาง การดูแลรักษา และข้อมูลภาวะสุขภาพ ตรงกับความต้องการผู้ป่วยจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องชัดเจน	3	5	4.53 ($\pm$ 0.67)	1	5	3.00 ($\pm$ 1.19)
10. ระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะท่านพักฟื้น	1	5	2.16 ($\pm$ 1.69)	0	5	1.22 ($\pm$ 1.60)

จากตารางที่ 4.7 พบว่ากลุ่มทดลอง คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยรายข้อต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.16- 4.66) โดยพบว่ากลุ่มทดลองความพึงพอใจมากที่สุดต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (คะแนนเฉลี่ย 4.66) และกลุ่มทดลองความพึงพอใจน้อยต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน (คะแนนเฉลี่ย 2.16) ในกลุ่มควบคุมพบว่า ความพึงพอใจคะแนนเฉลี่ยรายข้อในกลุ่มควบคุมความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.22- 3.16) พบว่า ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลางต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (คะแนนเฉลี่ย 3.16) และกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน (คะแนนเฉลี่ย 1.22) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4.8 คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	จำนวน (n = 64)	คะแนนความพึงพอใจ (0-50)				
		Min	Max	Mean	SD	SD Error Mean
กลุ่มทดลอง	32	28	50	43.50	5.09	0.89
กลุ่มควบคุม	32	9	50	26.88	11.37	2.01

จากตารางที่ 4.8 พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายระดับคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 43.50 คะแนน และในกลุ่มควบคุมคะแนนต่ำสุด 9 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ 26.88 คะแนน

ตารางที่ 4.9 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 32$) และกลุ่มควบคุม ($n = 32$) ใช้สถิติ Independent t-test

กลุ่ม	Min-Max	Mean $\pm$ SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	28-50	43.50 $\pm$ 5.09	-7.55	0.00
กลุ่มควบคุม	9-50	26.88 $\pm$ 11.37		

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.9) โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์การกลับมารักษาซ้ำ

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันประเมินจากการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 30 วัน แสดงผลได้ ดังตารางที่ 4.10 ตารางที่ 4.11 และ ตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.10 การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 32$) และกลุ่มควบคุม ($n = 32$)

กลุ่ม	การกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 30 วัน		รวม
	จำนวน 1 ครั้ง/คน	จำนวน 2 ครั้ง/คน	ครั้ง/คน
กลุ่มทดลอง	2 / 2	0 / 0	2 / 2
กลุ่มควบคุม	6 / 6	8 / 4	14 / 10

จากตารางที่ 4.10 พบว่า จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่าย พบว่า ในกลุ่มควบคุมกลับมารักษา 1 ครั้งหลังจำหน่ายพบ 6 ราย และ 2 ครั้งหลังจำหน่ายพบ 4 ราย รวมการกลับมารักษาซ้ำทั้งหมด 14 ครั้งต่อ 10 ราย ทำให้จำนวนครั้งในการกลับมารักษาซ้ำมากกว่า กลุ่มทดลองซึ่งกลับมารักษา 1 ครั้งหลังจำหน่ายพบเพียง 2 ราย และพบว่าในกลุ่มทดลองพบการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจน่า เป็นเพศหญิง จำนวน 1 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอก ชนิด แองไจน่าร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลว เป็นเพศชาย จำนวน 1 ราย และในกลุ่มควบคุม พบว่าการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 1 ครั้งหลังจำหน่ายมี จำนวน 6 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจน่า เป็นเพศชายจำนวน 2 รายและเพศหญิง จำนวน 1 ราย มีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจน่าร่วมกับอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นเพศหญิง จำนวน 2 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจน่าร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลวเป็นเพศชาย จำนวน 1 ราย และการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 2 ครั้งหลังจำหน่ายมีจำนวน 4 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจน่า เป็นเพศชาย จำนวน 3 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจน่าร่วมกับอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นเพศหญิงจำนวน 1 ราย

ตารางที่ 4.11 เปรียบเทียบจำนวนการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (แบ่งเพศชาย-หญิง) ระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 32$) และกลุ่มควบคุม ($n = 32$)

กลุ่ม	การกลับมารักษาซ้ำ (คน/ร้อยละ)		รวม (คน/ร้อยละ)
	ชาย	หญิง	
กลุ่มทดลอง ($n = 32$)	1 (50)	1 (50)	2 (100)
กลุ่มควบคุม ($n = 32$)	6 (60)	4 (40)	10 (100)

จากตารางที่ 4.11 พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 2 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 1 ราย (ร้อยละ 50) เพศหญิง 1 ราย (ร้อยละ 50) และกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่าย 10 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 6 ราย (ร้อยละ 60) เพศหญิง 4 ราย (ร้อยละ 40)

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบจำนวนการกลับมารักษารักษาภายใน 30 วัน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 32$) และกลุ่มควบคุม ($n = 32$) โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2)

กลุ่ม	การกลับมารักษารักษา	χ^2	p-value
กลุ่มทดลอง ($n = 32$)	2	5.33	0.011
กลุ่มควบคุม ($n = 32$)	10		

จากตารางที่ 4.12 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษารักษาภายใน 30 วัน
หลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi- square test (χ^2) พบว่า กลุ่ม
ทดลองมีการกลับมารักษารักษาใช้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ การอภิปรายผลการวิจัยมีดังนี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ศึกษาเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา จากการศึกษาของอนงค์ อมฤตโกมล (2548) พบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในเพศชายมากกว่าเพศหญิงพบเพศชายร้อยละ 65 และเพศหญิงร้อยละ 35 และการศึกษาของนุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (Krairatcharoen, 2006) พบการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในเพศชายมากกว่าเพศหญิงเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบเพศชายร้อยละ 63.8 และเพศหญิงร้อยละ 36.2 ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และเป็นผู้สูงอายุโดยพบช่วงอายุ 71-80 ปี มากที่สุดถึงร้อยละ 29.68 รองลงมาอายุ 61-70 ปี พบร้อยละ 26.56 และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 25 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา (อนงค์ อมฤตโกมล, 2548; นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2549) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา โดยประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.12 และเมื่อเจ็บป่วยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ อมฤตโกมล (2548)

การมีโรคเดิมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคร่วมซึ่งได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน มียาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 34.37 ในกลุ่มควบคุมมีโรคร่วมซึ่งได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ถึงร้อยละ 43.75 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนสูงขณะรักษาและมีความละเอียดซับซ้อนในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย (The Third Report of the National Cholesterol Education

Program: NCEP, 2001 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2546; อนงค์ อมฤตโกมล, 2548; นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ, 2549; ปิยะมิตร ศรีธราและ สุกิจ เข้มวงศ์, 2551)

อาการสำคัญก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง พบถึงร้อยละ 93.75 ได้แก่ อาการเจ็บหน้าแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับอย่างหนักที่สุด หายใจไม่สะดวก ปวดร้าวไปแขนซ้าย บางรายร้าวไปแขนทั้งสองข้างและร้าวไปสันหลัง บางรายมีอาการเหงื่อแตก ใจสั่นร่วมด้วย ซึ่งพบได้ในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง พบทุกช่วงอายุที่ศึกษา ซึ่งมากกว่าอาการเจ็บหน้าอกไม่เฉพาะเจาะจง ที่มีเพียงร้อยละ 6.25 เท่านั้น ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงที่พบในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ อาการวิงเวียน คลื่นไส้ อาเจียน และเป็นลมหมดสติ (อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2546) โดยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงในการศึกษาค้างนี้พบในเพศหญิงที่มีอายุ 70-85 ปี จำนวน 4 ราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมิลเนอร์และคณะ (2001) ที่พบว่าอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงนั้นจะพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี ขึ้นไป ส่วนอาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจงจะพบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี เป็นส่วนใหญ่ (Milner, Funk, Richards, Vaccarino, & Krumholz, 2001)

การวินิจฉัยชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในการศึกษาค้างนี้ พบว่ากลุ่มทดลองพบชนิด STEMI 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.38 ชนิด NONSTEMI 12 รายคิดเป็นร้อยละ 37.50 และชนิด Unstable angina 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.12 ตามลำดับ และในกลุ่มควบคุมพบชนิด STEMI 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.38 ชนิด NONSTEMI 15 รายคิดเป็นร้อยละ 46.88 และชนิด Unstable angina 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ พบว่า ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกันก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ ซึ่งชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความแตกต่างจากการศึกษาของมอเรียลและคณะ (Moriel. et al., 2008) ที่พบว่าชนิด STEMI มากที่สุดร้อยละ 51 และชนิด NONSTEMI ร้อยละ 49 ตามลำดับและจากการศึกษาของนุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2549) พบว่าชนิด STEMI มากที่สุดร้อยละ 57 และชนิด NONSTEMI ร้อยละ 48 ตามลำดับเช่นกัน (ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเนื่องจากไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยชนิด STEMI ที่เข้ากระบวนการรักษาแบบ Fast track ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม และไม่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยชนิด STEMI ที่มีความรุนแรงของโรค Killip class IV ซึ่งจะทำให้ข้อมูลการวินิจฉัยชนิดดังกล่าวไม่เหมือนกับการศึกษาอื่นที่กล่าวมาได้)

ด้านความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้พบว่า กลุ่มทดลอง ระดับของความรุนแรงของโรค (Killip class) ระดับ Killip class I 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับ Killip class II 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับ Killip class III 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 และกลุ่มควบคุมระดับของ

ความรุนแรงของโรค (Killip class) ระดับ Killip class I 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.25 ระดับ Killip class II 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 และไม่มีพบ ระดับ Killip class III ถึงแม้ระดับความรุนแรงของโรคทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมไม่มีความแตกต่างกันก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ แต่ในกลุ่มทดลองมีระดับ Killip class III 4 ราย ถึงร้อยละ 12.50 ขณะที่ไม่มีพบในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะหัวใจล้มเหลวน้ำท่วมปอดได้ขณะรักษาในโรงพยาบาล และมีความละเอียดซับซ้อนในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลรัตน์ รุจิวัฒนพงศ์ (2542) ที่ศึกษาระดับความรุนแรง Killip class III พบได้ร้อยละ 10 ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ภายหลังรักษากลุ่มตัวอย่างมีวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 2-9 วัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดจำนวน 3 วัน คิดเป็นร้อยละ 35.94 รองลงมาจำนวน 4 วัน คิดเป็นร้อยละ 29.69 และจำนวน 2 วัน คิดเป็นร้อยละ 17.18 ตามลำดับ พบว่าวันนอนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม (กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64) เท่ากับ 3.56 วัน โดยวันนอนเฉลี่ยกลุ่มทดลอง เท่ากับ 3.69 วัน ($n = 32$) และวันนอนเฉลี่ยกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.44 วัน ($n = 32$) โดยจากศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยของแหล่งเก็บข้อมูลในขณะจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีเพิ่มขึ้นทำให้เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะได้รับจำหน่ายจากโรงพยาบาลและกลับไปพักฟื้นที่บ้านมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างจึงแตกต่างเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นๆที่พบว่าระยะวันนอนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีดังนี้ จากการศึกษาของอนงค์ อมฤตโกมล (2548) พบว่าผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศชายและหญิงมีจำนวนวันนอนอยู่ในช่วง 3-19 วัน มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 8.15 วัน และการศึกษาของราศรี ลีนะกุล (Leenakul, 2005) พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเฉพาะเพศชายมีจำนวนวันนอนอยู่ในช่วง 5-6 วัน วันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 6.17 วัน ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปทั้งหมดพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ข้อมูลพื้นฐานซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและระดับความรุนแรงของโรคไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกันก่อนเข้าสู่การทดลองวิจัยในครั้งนี้

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สมมุติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองในด้านการเดิน (เฉลี่ย 1.44, 1.69 ตามลำดับ) และด้านการอาบน้ำ (เฉลี่ย 1.91, 2.34 ตามลำดับ) มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่นเนื่องจากใน 24 โมงแรกกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด และให้พักผ่อนบนเตียงเท่านั้น (absolute bed rest) ตามแนวการรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Pollack & Braunwald, 2008; Hamilton, 2008; Antman et al., 2008; Cannon & Gara, 2007; Antman, 2005; ACC/AHA guidelines for the Management of patients with ST-Elevation Myocardial infraction, 2004) ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใน 48 ชั่วโมงหลังรับไว้รักษา ยังงดกิจกรรมด้านการเดิน และด้านการอาบน้ำต่อไปทำให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองในด้านดังกล่าวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

การศึกษานี้พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านการรับประทานอาหารทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดกว่าทุกด้านทั้ง ด้านการแต่งตัว ด้านการเดิน ด้านการอาบน้ำ และด้านการขับถ่าย โดยคะแนนด้านการรับประทานอาหารกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.38, 4.31 ตามลำดับ และคะแนนด้านการรับประทานอาหารกลุ่มควบคุมก่อนทดลองและหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.81, 4.81 ตามลำดับ (พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมก่อนการเจ็บป่วยมากถึงร้อยละ 57.82 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานความรู้ในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านการรับประทานอาหารทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนมากกว่าด้านอื่นๆ) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง (คะแนนเฉลี่ย 18.86, 12.50 คะแนน ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลอง เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง (คะแนนเฉลี่ย 19.19, 13.25 คะแนน ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.6) โดยใช้สถิติ ANCOVA โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมพบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2 สัปดาห์หลังจำหน่าย) ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาจากการศึกษาของเนลเลอร์

และคณะ (1999) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายสมบรูณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล และติดตามเยี่ยมที่บ้านโดยพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 และสัปดาห์ที่ 24 หลังจำหน่ายต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 363 ราย พบว่าด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสมบรูณ์แบบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Naylor, Brooten, Campbell, Jacobsen, Mezey, Pauly, et al., 1999)

พาร์คเกอร์ และคณะ (2002) ได้ศึกษาผลการให้ความรู้ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า การให้ความรู้ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการให้ความรู้ขณะรักษาในโรงพยาบาล ยังมีข้อจำกัดในด้านการประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือให้คำปรึกษาขณะผู้ป่วยปฏิบัติจริงที่บ้านเมื่อเปรียบเทียบกับติดตามเยี่ยมที่บ้านและการโทรศัพท์ติดตามหลังจำหน่าย (Parker, Peet, McPherson, Cannaby, Abrams, Baker, et al., 2002) และพาร์คเกอร์ และคณะ (2002) พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยสูงอายุใน 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายโดยการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial; RCT) อย่างเป็นระบบ (meta-analysis) จาก 2 การศึกษา (ทั้งหมด 7 การศึกษา) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบรูณ์แบบ (comprehensive discharge protocols) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบรูณ์แบบกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

นอกจากนี้ การศึกษาของลิซาร์สและคอสท์ (2003) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial; RCT) อย่างเป็นระบบ (meta-analysis) จากทั้งหมด 5 การศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบรูณ์แบบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Richards & Coast, 2003) คล้ายคลึงกับการศึกษาของพาร์คเกอร์และคณะต่อมาจากการศึกษาของเชพเพอร์ด์ (2004) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยการทบทวนงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial; RCT) อย่างเป็นระบบ (meta-analysis) จาก 6 การศึกษา (ทั้งหมด 11 การศึกษา) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายอย่างสมบรูณ์แบบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (Shepperd, Parkes, McClaren, & Phillips, 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาของชินเคลียและคณะ (2005) ที่ศึกษาผลของ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และจำหน่ายจากโรงพยาบาล 100 วัน (ประมาณ 3 เดือน) พบว่าใน 100 วันแรกหลังจำหน่าย คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อัตราการตาย และคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sinclair, Conroy, Davies, & Bayer, 2005)

ถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาดังที่กล่าวข้างต้นนั้น แต่เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองในรายด้าน พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองในด้านการแต่งตัว และด้านการเดินในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการอาบน้ำ และด้านการขับถ่ายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 4.4) และเมื่อศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมดังภาพที่ 5 ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาปรับปรุงโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้นต่อไป

ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย

สมมุติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายเฉลี่ยรายข้อในกลุ่มทดลองความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 2.16 - 4.66 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองความพึงพอใจมากที่สุดต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลใกล้ชิดพึงพอใจที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาลและที่สำคัญผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมอย่างยิ่งในช่วยเหลือดูแลกลุ่มตัวอย่างภายหลังจำหน่ายเป็นอย่างดี) มีคะแนนเฉลี่ย 4.66 คะแนน และกลุ่มทดลองความพึงพอใจน้อยต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะพักฟื้นที่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 2.16 คะแนน (กลุ่มตัวอย่างต้องการให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมมากขึ้นเพราะการ

ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์มีเพียง 2 ครั้งหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั้นกลุ่มตัวอย่างต้องการให้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามทุกวันโดยเฉพาะในสัปดาห์แรกหลังออกจากโรงพยาบาลเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลสูงต่อการกำเริบซ้ำของโรคและการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย สอดคล้องกับการศึกษาของยิลมาส และอิมิโรกลู (Yilmaz & Emiroglu, 2005) ที่พบว่าภายหลังจำหน่ายในวันที่ 1-2 วัน ผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจตายมีความต้องการการดูแลต่อเนื่องจากพยาบาลและทีมสุขภาพ เพราะผู้ป่วยและญาติมีปัญหาความยุ่งยากมากในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายเนื่องจากไม่มีประสบการณ์การดูแลเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมาก่อน

ในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายเฉลี่ยรายข้อในกลุ่มควบคุมความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับ น้อยถึงปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.22 - 3.16 คะแนน พบว่า ความพึงพอใจปานกลางต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน คะแนนเฉลี่ย 3.16 คะแนน (กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากที่สุดแต่ในส่วนของจัดการอาการอาการกำเริบซ้ำรวมถึงการดูแลตนเองภายหลังเกิดโรคได้รับข้อมูลน้อย) และกลุ่มควบคุมความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะท่านพักฟื้นที่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 1.22 คะแนน พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายระดับสูงที่ 43.50 คะแนน ($n = 32$) และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายปานกลางที่ 26.88 คะแนน ($n = 32$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.9) โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่ผ่านมาดังนี้ จากการศึกษาของมิตเทนน์ และคณะ ได้ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายโดยนํานงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial; RCT) ในปี 1994 ถึง 2004 มาทบทวนอย่างมีระบบ (meta-analysis) โดยการศึกษาผลของการวางแผนจำหน่าย ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย 6 รายงานการศึกษา พบว่าการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสุขภาพมีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mistiaen, Francke, & Poot, 2007) และจากการศึกษาของกอลเลทท์ และคณะ (2007) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับและมีการติดตามให้คำแนะนำทางโทรศัพท์ใน 1 เดือนแรก พบว่า ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Goulet, Fall, D'Amour, & Pineault, 2007) และจากการศึกษาบาร็อล และคณะ (2008) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการโทรศัพท์สอบถามอาการ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์แรกหลัง

จำหน่ายจำนวน 400 ราย ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย จากการศึกษาพบว่า การโทรศัพท์สอบถามอาการและปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยใน 1 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมภายหลังจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0001 (Braun, Baidusi, Alroy, & Azzam, 2008) และสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาวดี ศรีพัฒน์ (Siripat, 2002) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโครงการวางแผนจำหน่าย มีคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

การกลับมารักษาซ้ำ

จากสมมุติฐานข้อที่ 3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างมีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จากการศึกษาพบว่า การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่าย ในกลุ่มทดลองพบการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 1 ครั้งหลังจำหน่ายมีจำนวน 2 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แอ่งใจน่า เป็นเพศหญิง จำนวน 1 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอก ชนิด แอ่งใจน่าร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลว เป็นเพศชาย จำนวน 1 ราย และในกลุ่มควบคุมพบการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 1 ครั้งหลังจำหน่ายมีจำนวน 6 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แอ่งใจน่า เป็นเพศชายจำนวน 2 รายและเพศหญิงจำนวน 1 ราย อาการเจ็บหน้าอกชนิด แอ่งใจน่าร่วมกับอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นเพศหญิงจำนวน 2 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แอ่งใจน่าร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลวเป็นเพศชายจำนวน 1 ราย และกลุ่มควบคุมพบการกลับมารักษาซ้ำจำนวน 2 ครั้งหลังจำหน่ายมีจำนวน 4 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แอ่งใจน่า เป็นเพศชายจำนวน 3 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แอ่งใจน่าร่วมกับอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นเพศหญิงจำนวน 1 ราย ซึ่งสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่า ภายหลังจำหน่าย ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ชนิดแอ่งใจน่า (unstable angina) ซึ่งพบสูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงเดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และเพิ่มเป็นร้อยละ 45 ในระยะเวลา 3 ปี (Stevenson et al., 1993 อ้างใน นิธิ มหานนท์ ปิยะมิตร ศรีธรา และ สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) และจากการศึกษาของศิริลักษณ์ ศรีประสงค์ พบว่า การที่ผู้ป่วยมีกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมใน 1 และ 3 สัปดาห์แรกหลังจำหน่ายนั้นจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่ออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ โดยใน 6 สัปดาห์แรกผู้มีโอกาสเกิดอาการเจ็บหน้าอก ถึงร้อยละ 26.7- 40 และมีอาการเหนื่อย ถึงร้อยละ 60-80 (Sriprasong, 2000) และ

ภายใน 1 ปีผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Pongcharoenwaranyu, 2007; Shang, 2007; Antman, 2005)

การศึกษานี้พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย (6 ราย) มากกว่าเพศหญิง (4 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซิลเวอร์สทินน์ และคณะ (2008) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ใน 30 วันหลังจำหน่ายในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 29,292 ราย พบว่าถ้าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป หรือ เพศชาย หรือ มีโรคร่วมโดยเฉพาะโรคหัวใจล้มเหลว มีโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาสารน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ไม่สมดุล พบว่าเป็นปัจจัยทำนายหลักของการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยใน 30 วันหลังจำหน่าย (Silverstein, Qin, Mercer, Fong, & Haydar, 2008)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.12) โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (2 ราย, 10 ราย, $\chi^2 = 5.33$; $p < .011$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนลเลอร์และแมคเคลลีย์ (1999) ได้ศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายสมบรูณ์แบบตั้งแต่แรกรับในโรงพยาบาล และมีการโทรศัพท์ติดตามสอบถามปัญหาและความต้องการขณะผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคหัวใจ จากการศึกษา พบว่าลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Naylor & McCauley, 1999) และการศึกษาของวิสซิลดิน และคณะ (1999) ได้ศึกษาการวางแผนจำหน่ายที่มีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง (structured discharge procedure) โดยพบว่าการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน (visits to the emergency department) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ (Wesseldine, McCarthy, & Silverman, 1999)

จากการศึกษาของฟิลลิปส์และคณะ (2004) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายที่สมบรูณ์แบบและการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย โดยนางงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized control trial; RCT) 18 การศึกษามาทบทวนอย่างมีระบบ (meta-analysis) โดยศึกษาการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3,304 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมวางแผนจำหน่ายที่สมบรูณ์แบบและการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายมีอัตราการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (ร้อยละ 35) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติ (ร้อยละ 43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (Phillips, Wright, & Kern, 2004) และจากการศึกษาของซินเคลีย และคณะ (2005) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า การกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 100 วัน ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีการกลับมา

รักษาซ้ำ (35 ราย) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ (51 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .05 (Sinclair, Conroy, Davies, & Bayer, 2005)

นอกจากนี้จากการศึกษาของเฮกนีย์ และคณะ (2006) ได้ศึกษาการประเมินความเสี่ยง (risk screening) เพื่อการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลใน 72 ชั่วโมงแรกรับ กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 1,102 ราย โดยพยาบาลนำข้อมูลความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่ายที่ประเมินได้ในขั้นแรก นำไปวางแผนจำหน่าย ภายหลังจำหน่ายพยาบาลโทรศัพท์สอบถามอาการ และคำแนะนำเพิ่มเติมจากการศึกษาพบว่า ลดการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลร้อยละ 5.5 (Hegney, Buikstra, Chamberlain, March, McKay, Cope, et al., 2006) และจากการศึกษาของนิภาพร ประจัญบาน (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ต่อการกลับมารักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ จำนวน 47 รายและญาติผู้ดูแล จำนวน 47 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพภายหลังจำหน่ายมีการกลับมารักษาซ้ำ (5 ราย) น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลปกติ (12 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

โดยสรุปโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันลดการกลับมารักษาซ้ำได้ในประเด็นด้านการประเมินความเสี่ยงและความต้องการการดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย และผู้ป่วยได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนมิถุนายน 2552 ถึงเดือนธันวาคม 2552 กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่และแพทย์เจ้าของไข้ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการ อยู่ในเขตบริการโรงพยาบาลที่ต้องมาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ (killip class) น้อยกว่าหรือเท่ากับระดับ 3 ผู้ป่วยรู้สึกรู้สิดี สื่อสารรู้เรื่อง การศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมด 79 ราย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ตารางเลขสุ่ม

ระหว่างการศึกษา กลุ่มตัวอย่างต้องยุติการศึกษา 14 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองต้องยุติการศึกษา 6 ราย จากสาเหตุ ดังนี้ ได้รับการส่งรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 3 ราย โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 ราย จำหน่ายทุเลาและตรวจรักษาต่อเนื่อง (follow-up) ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 2 ราย และกลุ่มควบคุมต้องยุติการศึกษา 8 ราย จากสาเหตุ ดังนี้ ได้รับการส่งรักษาต่อที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 2 ราย ไม่สมัครใจอยู่เนื่องจากอาการไม่ดีขึ้นและกลับบ้านไม่ไปรักษาที่ใด จำนวน 1 ราย จำหน่ายทุเลาและตรวจรักษาต่อเนื่อง (follow-up) ที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ จำนวน 2 ราย จำหน่ายทุเลาและตรวจรักษาต่อเนื่อง (follow-up) ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน จำนวน 2 ราย และไม่มาตรวจตามนัด 1 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 65 ราย ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) คือ เพศชายและหญิง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 32 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 ราย โดยกลุ่มทดลองคือตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่วนกลุ่มควบคุมคือกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซึ่งเครื่องมือนี้ใช้ของเมรี ดี เนลเลอร์ (Mary D. Naylor, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย อุษาวดี อัครวิเศษ (2550) และดัดแปลงให้เหมาะสมกับการศึกษาโดยผู้วิจัย โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งครอบคลุมกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่าย โดยเครื่องมือการเก็บข้อมูลทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบค่าความเชื่อมั่นซึ่งได้แก่แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77) และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71) ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 รายก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 3 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) และขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย ปฏิบัติตามแผนและติดตามการปฏิบัติตามแผน (confirming the plan) นอกจากนี้ยังมี แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน สมุดคู่มือในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และแบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมหอผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมแล้วนำมาปรับแก้ไข จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินภาษา ความเข้าใจในเนื้อหาและปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพโดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้ช่วยวิจัย ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ส่วนผู้วิจัยทำหน้าที่ในการดำเนินขั้นตอนตามโปรแกรม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติ Chi-square test และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองใช้สถิติ ANCOVA โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 79 ราย ในกลุ่มตัวอย่างที่มีการยุติการศึกษาทั้งหมด 14 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 6 รายและกลุ่มควบคุม 8 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 ราย กลุ่มควบคุมมีอายุ 37-84 ปี อายุเฉลี่ย 63.34 ปี (SD. = 13.04) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุ 39-81 ปี อายุเฉลี่ย 64.84 ปี (SD. = 10.90) พบว่าทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส เกือบทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ทั้งสองกลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และโรคเกาต์ ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นชนิด NONSTEMI มากที่สุด

(ร้อยละ 42.19) รองลงมาคือ ชนิด STEMI (ร้อยละ 31.25) และชนิด Unstable angina (ร้อยละ 26.56) ตามลำดับ และความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่าความรุนแรงโรคลุกลามอยู่ในระดับ Killip class I มากที่สุด (ร้อยละ 71.88) รองลงมาคือระดับ Killip class II (ร้อยละ 21.67) และระดับ Killip class III (ร้อยละ 6.25) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไป ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ประวัติการเจ็บป่วย ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และระดับความรุนแรงของโรค การรักษาที่ได้รับไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ก่อนการทดลอง

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน โดยพบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลอง 12.50 คะแนน และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 18.86 คะแนน ในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลอง 13.25 คะแนน และหลังได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 19.19 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองโดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังทดลองในด้านการแต่งตัว และด้านการเดินในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการอาบน้ำ และด้านการขับถ่ายไม่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.6) โดยใช้สถิติ ANCOVA โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่าคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$; $p = .392$)

3. ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายเฉลี่ยรายข้อในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 2.16-4.66) พบว่ากลุ่มทดลองความพึงพอใจมากที่สุด ต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อม

ก่อนจำหน่าย (คะแนนเฉลี่ย 4.66) และมีคะแนนความพึงพอใจน้อยต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะท่านพักฟื้นที่บ้าน (คะแนนเฉลี่ย 2.16)

กลุ่มควบคุมพบว่า ความพึงพอใจคะแนนเฉลี่ยรายชื่อในกลุ่มควบคุมความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.22-3.16) โดยพบว่าความพึงพอใจปานกลางต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (คะแนนเฉลี่ย 3.16) และกลุ่มควบคุมความพึงพอใจน้อยที่สุดต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน (คะแนนเฉลี่ย 1.22) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.9) โดยใช้สถิติ Independent t-test พบคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย 43.50 คะแนน) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 26.88 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4. การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันพบว่า จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายพบว่า ในกลุ่มควบคุมกลับมารักษา 1 ครั้งหลังจำหน่ายพบ 6 ราย และ 2 ครั้งหลังจำหน่ายพบ 4 ราย รวมการกลับมารักษาซ้ำทั้งหมด 14 ครั้งต่อ 10 ราย ทำให้จำนวนครั้งในการกลับมารักษาซ้ำมากกว่ากลุ่มทดลองซึ่งกลับมารักษา 1 ครั้งหลังจำหน่ายพบเพียง 2 ราย และพบว่าในกลุ่มทดลองพบการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจนา เป็นเพศหญิง จำนวน 1 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอก ชนิด แองไจนา ร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลว เป็นเพศชาย จำนวน 1 ราย และในกลุ่มควบคุมพบว่าการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 1 ครั้งหลังจำหน่ายมี จำนวน 6 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจนา เป็นเพศชาย จำนวน 2 รายและเพศหญิง จำนวน 1 ราย มีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจนา ร่วมกับอาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นเพศหญิง จำนวน 2 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจนา ร่วมกับอาการหัวใจล้มเหลวเป็นเพศชาย จำนวน 1 ราย และการกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 2 ครั้งหลังจำหน่ายมีจำนวน 4 ราย มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจนา เป็นเพศชาย จำนวน 3 ราย และมีอาการเจ็บหน้าอกชนิด แองไจนา ร่วมกับอาการวิงเวียน หน้ามืด เป็นเพศหญิงจำนวน 1 ราย

พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำ 2 ราย และกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษาซ้ำ 10 ราย และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) พบว่ากลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำ (2 ราย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (10 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในการปฏิบัติพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป
2. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคนั้น พยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค รวมถึงมีพื้นฐานในการวางแผนจำหน่ายด้วย
3. พยาบาลผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ควรมีทักษะในการสื่อสารและการประสานงานที่ดี มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีเจตนาจริงใจในการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น เป็นผู้ฟังที่ดี ให้เกียรติผู้ป่วยและผู้ดูแล และเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวผู้ป่วย

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ผู้บริหารการพยาบาลให้ความสำคัญในกำหนดนโยบายในการจัดตั้งผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้การวางแผนจำหน่ายเกิดขึ้นได้จริง
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการส่งเสริมให้พยาบาลที่มีความรู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยรายกลุ่มโรค ให้ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อเป็นผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ในการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพและผู้ป่วยได้รับประโยชน์ทุกกลุ่มโรค
3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการประสานการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างแท้จริง

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อคุณภาพชีวิตภายหลังจำหน่ายและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาเครื่องมือในการประเมินประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้เห็นภาพรวมภายหลังผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้าน

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างอย่างเป็นรูปธรรมและนำไปใช้ได้จริง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. จากข้อจำกัดของระยะเวลาการศึกษาทำให้ผู้ศึกษาไม่สามารถเก็บข้อมูลในระยะยาว และต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายทำให้เห็นภาพรวมภายหลังผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านยังไม่ครอบคลุมครบถ้วน
2. ผู้ประสานงานการวางแผนจำหน่ายควรได้รับการอบรมในประเด็นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การวางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้เกิดความรู้ความเข้าใจก่อนการนำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างดังกล่าวไปปฏิบัติจริง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ

THE EFFECTIVENESS OF A STRUCTURED DISCHARGE PLANNING PROGRAM IN
PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ON FUNCTIONAL STATUS,
SATISFACTION AND UNEXPECTED HOSPITAL REVISITS

จุฬารัตน์ เพิ่มพูล 5036790 NSAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล, Ph.D. (Nursing), อุษาวดี อัครวิเศษ,
Ph.D. (Nursing), พันธุ์ศักดิ์ ถักษณบุญส่ง, พ.บ., ป.ชั้นสูง (ศัลยศาสตร์) ว.ว. (ศัลยศาสตร์ ทรวงอก),
FRCST

บทสรุปแบบสมบูรณ

บทนำ

โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่า จะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือดในปีพุทธศักราช 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 6.26 ล้านคนในเพศชาย และ 5.63 ล้านคนในเพศหญิง (Luepker, Evans, McKeigue, & Reddy, 2004) สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด (ปัญญาเกียรติ โตพิพัฒน์, 2551) จากข้อมูลสถิติโรคหัวใจและหลอดเลือดของกระทรวงสาธารณสุขในปีพุทธศักราช 2549 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 76.1 (มานิต ชีระตันติกานนท์, 2550) และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีสูงถึงร้อยละ 28.4 (อรพิน ทรัพย์สันและคณะ, 2550)

สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากถึง 33,148 ราย (อรพิน ทรัพย์สันและคณะ, 2550) โดยเฉพาะโรงพยาบาลร้อยเอ็ดพบโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาสำคัญ และมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น จากข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ดในปี 2549 และ 2550 ที่ผ่านมา สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวน 533 และ 600 รายต่อปี ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาฉุกเฉินในปี 2549 มีจำนวน 161 ราย และในปี 2550 มีจำนวน 226 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีถึงร้อยละ 32.25 (สถิติและข้อมูลการบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2551)

โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีสาเหตุจากหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการตีบแคบหรืออุดตันจากมีก้อนเลือดอุดตัน (thrombosis) ทำให้การนำส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ไม่เพียงพอกับความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocardium) ในระยะแรกจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว (myocardial ischemia) ถ้าไม่ได้รับการรักษาได้ทันเวลา จะมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ตามมา ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่รวดเร็ว ช่วยลดความรุนแรงของการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ (Antman, 2005; Wenaweser & Windecker, 2008) จากสถิติและข้อมูลการบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2551) ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงธันวาคม 2551 พบว่า การเกิดภาวะวิกฤตดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในลักษณะฉุกเฉิน โดยไม่รู้ตัว และไม่ทราบสาเหตุของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองมาก่อน ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์เกี่ยวกับอาการของโรคที่จะเกิดกับตนเองในอนาคตได้ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Aalto, Heijmansb, Weinmanc, & Arod, 2005) ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เป็นต้น และผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยเกิดความเครียดเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและการกลับซ้ำของโรค กลัวเสียชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการอาการ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังเกิดโรค โดยการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันนั้น แม้จะวิกฤตรุนแรงเพียงใดก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความคาดหวังการฟื้นกลับสภาพของระบบร่างกายของตน เพื่อส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมบูรณ์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติภายหลังการเจ็บป่วย (Jerlock, Gaston-Johansson, & Danielson, 2005)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นสำคัญ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายว่าถูกทำลายไปมากน้อย

เพียงใด ภายหลังเกิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (Antman, 2005; Cohn, 1993; Gheorghiade & Fonarow, 2007; Guyton & Hall, 2006) เมื่อเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้าย ร่างกายจะปรับการทำงานของหัวใจ ในการรักษาความสามารถของการบีบเลือดออกจากหัวใจ ให้ได้ปริมาณเท่าเดิม และให้เพียงพอกับความต้องการสารอาหาร และออกซิเจนของอวัยวะต่างๆของร่างกาย เพื่อการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันให้ฟื้นกลับสภาพเดิม (Antman, 2005; Guyton & Hall, 2006) จากการศึกษาของ วรมนต์ บำรุงสุข (2548) พบว่า การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจขณะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหาย (recovery) เร็ว และลดวันนอนในโรงพยาบาลได้ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ได้ฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างมีแบบแผน นอกจากส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงสภาพเดิม ยังมีประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดดำ (deep vein thrombosis) การลดประสิทธิภาพการขยายของปอดจากการนอนนาน (reduction in functional capacity) และการเกิดความเครียดจากการจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น (Myers & Froelicher, 2007) ทั้งนี้ การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนให้ดีขึ้นตามลำดับ ลดการกลับมารักษาซ้ำ และสามารถดำเนินชีวิตได้มีความสุขต่อไป

ในด้านการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดแองจิ้น่า (unstable angina) สูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงเดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และเพิ่มเป็นร้อยละ 45 ในระยะเวลา 3 ปี (Stevenson et al., 1993 อ้างใน นิธิ มหานนท์ ปิยะมิตร ศรีธราและ สรณบุญใบชัยพฤกษ์, 2543) บางรายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Antman, 2005; Pongcharoenwaranyu, 2007; Shang, 2007) ซึ่งจากความสำคัญดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความต้องการข้อมูลในการปฏิบัติตน เพื่อประคับประคองและฟื้นฟูสภาพของตนเองให้ดีขึ้น ทั้งขณะรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยข้อมูล que ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันส่วนใหญ่ต้องการมากที่สุด ได้แก่ การจัดการอาการที่อาจเกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ความสามารถในการออกกำลังกาย เป็นต้น (Timmins, 2005) นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แนวการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อจำกัดและคำแนะนำในการกลับไปทำงานในอาชีพของตนเอง รวมถึงข้อมูลด้านแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุน

การปฏิบัติตนเองอย่างถูกต้อง การให้คำปรึกษา และการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้ (Smith & Liles, 2007) ดังนั้นทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญในการสื่อสารให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมถึงมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันทุกรายได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจบริการ รวมถึงได้รับการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับชุมชนต่อไป (Grace, Brooks, Abramson, & Arthur, 2006)

ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (continuing care) ภายหลังจำหน่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นตัวชี้วัดคุณภาพหน่วยหนึ่งที่ทุกโรงพยาบาลให้ความสำคัญ โดยตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย (วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, 2546) โดยบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลทั่วไป มีจำนวน 300 เตียง ให้บริการการรักษาประชากรในเขตพื้นที่บริการจังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดใกล้เคียง ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมา มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายชัดเจนในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาลร้อยเอ็ดได้นำแนวทางการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับโดยใช้รูปแบบ D-M-E-T-H-O-D ซึ่งเป็นรูปแบบที่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2539) พัฒนาขึ้นและใช้จนถึงปัจจุบัน แต่ประเด็นสำคัญจากระบบการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษา และการกำหนดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ตามเกณฑ์มาตรฐานวินิจฉัยตามกลุ่มโรค (Diagnosis related group: DRG) ของโรงพยาบาล และจากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนเพิ่มขึ้นในขณะจำนวนเตียงจำกัด ทำให้แพทย์มีความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาเข้าสู่ภาวะปกติ โดยเน้นให้ผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านมากขึ้น จากสถิติและข้อมูลการบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด (2551) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3-4 วันต่อราย ตามเกณฑ์มาตรฐานวินิจฉัยตามกลุ่มโรค เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยและโรงพยาบาล

ถึงแม้โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจะมีนโยบายในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์เข้ารับการรักษาและมีความเสี่ยงสูง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังต้องการรูปแบบการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ และมีโครงสร้างชัดเจนสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยเฉพาะการพัฒนาแนวทางการประเมินปัญหาและความต้องการที่เฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินความพร้อมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมถึงขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแต่ละราย และการพัฒนาแนวทางในการประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย เพื่อติดตามผลทั้งความต่อเนื่อง และอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแต่ละราย ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนได้ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดปัญหาการดูแลตนเอง (Yilmaz & Emiroglu, 2005) ซึ่งจากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ศึกษาสนใจในการพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องตรงกับบริบท และความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดต่อไป

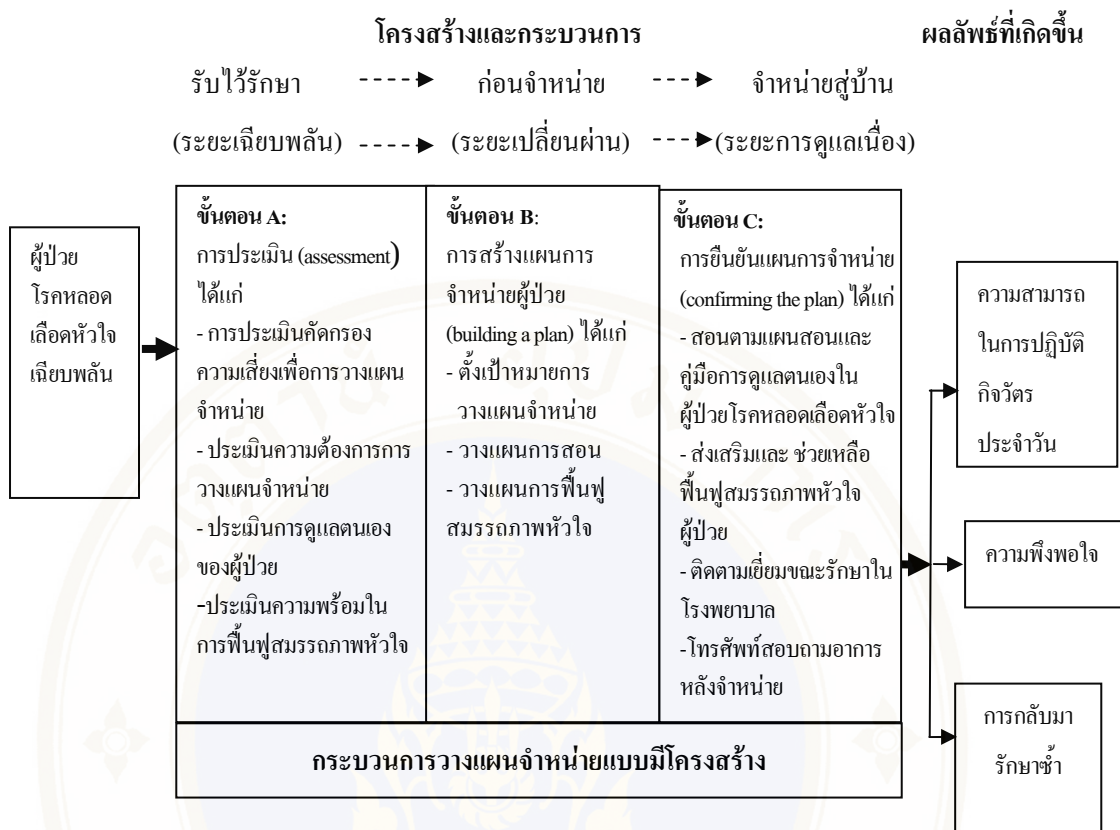
โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (structured discharge planning program) โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของรอร์ดเดน และเทฟท์ (1990) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็ว เกิดความพึงพอใจในการบริการ และลดการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบของโรคภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและเกิดผลลัพธ์ทางการรักษาและพยาบาลที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้แนวคิดการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่องของจูดิท รอร์ดเดน และเอลิซาเบท เทฟท์ (Judith Rorden & Elizabeth Taft, 1990) ซึ่งมุ่งเน้นการวางแผนจำหน่ายที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional phase) และระยะการดูแลต่อเนื่อง (continuing phase) โดยกระบวนการวางแผนจำหน่ายประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ การประเมิน (assessment) เพื่อรวบรวมข้อมูลก่อนวางแผนจำหน่าย การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

(building a plan) และการยืนยันแผนการจำหน่ายร่วมกับการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (confirming the plan) โดยมีปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่สำคัญ ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล (caregiver) การสื่อสาร (communication) แลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย และผู้ดูแล การประสานความร่วมมือระหว่างผู้ประสานการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ การเน้นผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดเป้าหมายการดูแล (patients set goal of care) และเน้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจตลอดขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย (patients make decision in the discharge planning process) และสิ่งสำคัญที่ผู้วางแผนจำหน่าย (discharge planner) ต้องคำนึงถึง คือ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความแตกต่างกันในด้านความสมดุลของสุขภาพ (health balance) ก่อนการวางแผนจำหน่ายและตลอดขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย ซึ่งได้แก่ ความต้องการการดูแล ความเครียดจากการเจ็บป่วย ความแข็งแรงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนและปัจจัยส่วนบุคคลในด้านประสบการณ์เดิม (experiences) ความเชื่อ (beliefs) ทางด้านสุขภาพ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรม ทั้งนี้ พยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีความเหมาะสมในการประสานการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ (Judith Rorden & Elizabeth Taft, 1990)

สำหรับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้ศึกษาจัดทำขึ้นนี้ ใช้กรอบแนวคิดของ รอร์ดเดนและเทฟท์ (1990) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอน A เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย การประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายแบบองค์รวม การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยมีการประเมินใน 24 ชั่วโมงตั้งแต่แรกรับในระยะเฉียบพลัน ขั้นตอน B เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย การวางแผนการสอนการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และขั้นตอน C เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย ดำเนินตามแผนจำหน่ายและประเมินผล (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามแผนการสอน การสอนการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมทั้งการประเมินผลและติดตามเยี่ยมรักษา และหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ซึ่งกรอบแนวคิดการศึกษาครั้งนี้ แสดงดังรูปภาพ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการกลับรักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่าง กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ ทั้งเพศชายและหญิง อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 64 ราย ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2552

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันใน 24 ชั่วโมงแรกรับ ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอน การสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24 ชั่วโมงแรกรับ และ ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การสอนตามคู่มือการสอน การส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมและการเตรียมพร้อมการเข้ารับประทานต่อที่บ้าน โดยดำเนินการในวันที่ 1 ของการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการโทรศัพท์ติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่ายโรงพยาบาล เพื่อสอบถามอาการรวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำ คำปรึกษาช่วยเหลือเพิ่มเติมกับผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย

รายละเอียดของเครื่องมือในโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง มีดังนี้

1.1 แบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1.1.1 แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงเพื่อวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1.1.2 แบบประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันร่วมกับผู้ดูแล

1.1.3 แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1.2 แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ เพื่อประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

1.3 แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและภาพพลิก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ เพื่อสนับสนุนความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การรักษาของโรค การดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน คำแนะนำการใช้ยาและปฏิบัติในการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง การมาตรวจตามนัด แนวทางการทำกิจกรรมภายหลังออกจากโรงพยาบาล การปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและ การวางแผนการจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ

1.4 คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ มีเนื้อหาเช่นเดียวกับแผนการสอน จากนั้นผู้วิจัยนำมาเรียบเรียงใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและมีภาพประกอบในเล่มให้น่าอ่าน ใช้เป็นเอกสารหลังจากให้ความรู้ไปแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน

1.5 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2551) รวมทั้งการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันกลุ่มทดลอง ระยะเวลาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับใด ขั้นตอนที่ 2 พิจารณามีข้อห้ามในการออกกำลังกายหรือไม่ ขั้นตอนที่ 3 ฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเฝ้าระวังอาการขณะฟื้นฟูสภาพร่างกาย และขั้นตอนที่ 4 แพทย์พิจารณากำหนดวิธีการออกกำลังกายและปรับการรักษาเป็นระยะ

1.6 แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ และปรับให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่สร้างขึ้น เพื่อใช้

บันทึกการเปลี่ยนแปลงและสื่อสารระหว่างทีมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขณะกลุ่มทดลองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแนวปฏิบัติขณะรักษาในโรงพยาบาล เนื้อหาประกอบด้วย การวัดประเมินการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระดับความหนักเบาของการออกกำลังกาย และระยะเวลาที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแต่ละครั้ง

1.7 แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ เพื่อใช้บันทึกปัญหา ความต้องการ และการช่วยเหลือให้คำปรึกษาในกลุ่มทดลองภายหลังจำหน่าย เนื้อหาประกอบด้วย การสอบถามปัญหาการดูแลตนเอง ปัญหาความต้องการ และการช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำเพิ่มเติมแก่กลุ่มทดลองในแต่ละครั้ง

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและเอกสารที่เกี่ยวข้องไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด (APN) 1 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุรกรรม 1 คน โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ 0.88

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ สิทธิการรักษา อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรค ระดับของความรุนแรงของโรคหัวใจ (killip class) ยาที่ได้รับเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเมื่อแรกรับในโรงพยาบาล ความเสี่ยงต่อการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยารักษาโรคประจำตัว วันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย วันจำหน่าย และ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลโดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ 0.88

2.2 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วย พัฒนาโดย แมรี ดี เนลเลอร์ (Mary D. Naylor, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย อุษาวดี อัครวิเศษ (2550) และดัดแปลงให้เหมาะสมกับการศึกษาโดยผู้วิจัย (โดยตัดข้อคำถามในส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ได้แก่ ข้อคำถามด้านการทำงานบ้าน จำนวน 2 ข้อ ด้านการเดินทาง จำนวน 4 ข้อ และด้านการทำงานในอาชีพ จำนวน 3 ข้อ และตัดข้อคำถามในส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ในข้อคำถามการเดิน จำนวน 1 ข้อ) โดยแบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อ

คำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมประจำวันขั้นพื้นฐาน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดิน การอาบน้ำ และการขับถ่ายโดยคำนึงถึงความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ 0.96

การหาความเที่ยง(reliability) โดย อุษาวดี อัครวิเศษ (2550) ได้นำแบบสอบถามการทำหน้าที่ของผู้ป่วยไปใช้ครั้งแรกกับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดแดงจำนวน 208 ราย มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ 0.82 และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ปรับแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารักษาที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายแล้วนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตรครูเดอร์ และริชาร์ดสัน ได้ 0.71

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจภายหลังผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ข้อคำถามมีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อมีให้เลือก 5 ระดับ ตั้งแต่รู้สึกพอใจน้อยที่สุดจนถึงรู้สึกพอใจมากที่สุด (คะแนนความพึงพอใจ ระดับ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด 4 คะแนน หมายถึง มาก 3 คะแนน หมายถึง ปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง น้อย, 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด) โดยมีค่าคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน ดังนี้ คะแนน 10-25 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายระดับต่ำ คะแนน 26-40 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายระดับปานกลาง คะแนน 41-50 หมายถึง ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายระดับสูงโดยคำนึงถึงความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ 1.0

การหาความเที่ยง (reliability) โดย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ปรับแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารักษาที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 รายแล้วนำมาหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ 0.77

2.4 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับเข้ารับรักษาที่คลินิกแพทย์ หรือสถานบริการสุขภาพเอกชน หรือแผนกฉุกเฉิน หรือเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐ ด้วยอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วย

จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึง 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ 0.8

โดยผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาในเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลที่กล่าวมานั้นเป็นผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด 2 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพโรคหัวใจ 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด (APN) 1 คน และพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติ อายุรกรรม 1 คน

วิธีการศึกษาวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำหน้าที่ดำเนินโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ และมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากการแบบสอบถามหลังการทดลอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุมัติทำการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์ประจำแผนกอายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้โปรแกรมและมีผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากการแบบสอบถาม โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูล
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่ม
4. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นปฏิบัติตามแนวทางการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมอย่างเคร่งครัด มีเฝ้าระวังป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตลอดการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากแฟ้มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด
2. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา แจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่มกำหนดให้เอบีเป็นเลขคู่ บีเอ เป็นเลขคี่ กลุ่มเอ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มบี คือ กลุ่มทดลอง แจ้งขั้นตอนของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมโดยการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการติดตามประเมินผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์จากผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลใช้เวลา 15 นาที
4. วันที่ 1 ของการเข้ารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยสอบถามอาการโดยทั่วไป และเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ครั้งที่ 1) ใช้เวลา 15 นาที
5. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของโรงพยาบาล ประกอบด้วยการสอนรายบุคคลโดยพยาบาลและทีมสุขภาพ เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวภายหลังจำหน่าย
6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยก่อนจำหน่ายผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และซักถามอาการผู้ป่วยโดยทั่วไป อธิบายขั้นตอนการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด
7. 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ และหลอดเลือด ในช่วงรอตรวจผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ครั้งที่ 2) และคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ใช้เวลา 20 นาที
8. วันที่ 14 และ 30 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้วิจัยติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาใน

หอผู้ป่วยอายุรกรรม หลังจากนั้นบันทึกการกลับมารักษาค่าของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
เฉียบพลันภายใน 30 วันหลังจำหน่าย

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาลจากเพิ่มประวัติ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด
2. หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการสร้าง
สัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษา แจ้งการ
พิทักษ์สิทธิ์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และลงนามยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ตารางเลขสุ่ม
กำหนดให้เอบีเป็นเลขคู่ บีเอ เป็นเลขคี่ กลุ่มเอ คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มบี คือ กลุ่มทดลอง แจ้งขั้นตอน
ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมโดยการตอบแบบสอบถาม
ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามความ
พึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และการติดตามประเมิน
ผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์จากผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ใช้
เวลา 15 นาที
4. วันที่ 1 ของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัย
สอบถามอาการโดยทั่วไป และเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ครั้งที่
ที่ 1) ใช้เวลา 15 นาที
5. หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจเฉียบพลันของโรงพยาบาล ร่วมกับการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างใน
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและ
ความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกรับในระยะเฉียบพลัน
 ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การ
ตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ การ
สอนการดูแลตนเอง และฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมทั้ง
การประเมินผลและติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์
 ทั้งนี้ ในขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยมีการติดตามผลการปฏิบัติตามการวางแผนจำหน่าย โดย
โทรศัพท์สอบถามอาการ ความต้องการความช่วยเหลือ และปัญหาอุปสรรคการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายหลังจำหน่าย (ดำเนินการ 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 2 และ 7 หลังจำหน่าย)

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยก่อนจำหน่าย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และซักถามอาการผู้ป่วยโดยทั่วไป อธิบายขั้นตอนการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการโทรศัพท์ติดตามประเมินผลภายหลังจำหน่ายและแจ้งวันเวลาพร้อมตกลงนัดหมายในการโทรศัพท์ติดตามการกลับมารักษาซ้ำร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้เวลา 15 นาที

7. วันที่ 2 และ 7 หลังจำหน่าย ช่วง 08.00 น.-16.00 น. ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมติดตามผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหาและรับคำปรึกษาสุขภาพจากผู้วิจัย ใช้เวลา 10-15 นาที ส่วนนอกเวลาราชการผู้ป่วยสามารถรับคำปรึกษาจากพยาบาลหัวหน้าเวรประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม 3 ซึ่งเป็นตึกที่ผู้ป่วยจำหน่าย และเพื่อลดความสับสนของการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่รับคำปรึกษานอกเวลาราชการ ผู้วิจัยได้อธิบายโครงการให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องรับทราบ พร้อมมอบคู่มือและแผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลที่ให้คำปรึกษานอกเวลาราชการ ได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่ตรงกัน

8. 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ในช่วงรอตรวจ ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ครั้งที่ 2) และคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ใช้เวลา 20 นาที

9. วันที่ 14 และ 30 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล และจากบทพบพานประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม หลังจากนั้นบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายใน 30 วันหลังจำหน่าย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองใช้สถิติ Chi-square test

2. คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองใช้สถิติ ANCOVA โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ครั้งที่ 1) เป็นตัวแปรร่วม
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองใช้สถิติ Independent t-test
6. เปรียบเทียบจำนวนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับมารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 79 รายและต้องยุติการศึกษาทั้งหมด 14 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 32 ราย กลุ่มควบคุมมีอายุ 37-84 ปี อายุเฉลี่ย 63.34 ปี (SD. = 13.04) ส่วนกลุ่มทดลองมีอายุ 39-81 ปี อายุเฉลี่ย 64.84 ปี (SD. = 10.90) พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส เกือบทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา

ทั้งสองกลุ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน และโรคเกาต์ ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในกลุ่มตัวอย่างพบว่าเป็นชนิด NONSTEMI มากที่สุด (ร้อยละ 42.19) รองลงมาคือ ชนิด STEMI (ร้อยละ 31.25) และชนิด Unstable angina (ร้อยละ 26.56) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองพบ NON-STEMI 12 รายคิดเป็นร้อยละ 37.50 ชนิด STEMI 11 รายคิดเป็นร้อยละ 34.38 ชนิด และชนิด Unstable angina 9 รายคิดเป็นร้อยละ 28.12

ตามลำดับ และกลุ่มควบคุมพบชนิด NONSTEMI 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.88 ชนิด STEMI 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.38 และชนิด Unstable angina 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ

ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างพบว่าความรุนแรงโรคอยู่ในระดับ Killip class I มากที่สุด (ร้อยละ 71.88) รองลงมาคือระดับ Killip class II (ร้อยละ 21.67) และระดับ Killip class III (ร้อยละ 6.25) ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองพบระดับของความรุนแรงระดับ Killip class I 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.50 ระดับ Killip class II 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และระดับ Killip class III 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.50 และกลุ่มควบคุมพบระดับของความรุนแรงระดับ Killip class I 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 81.25 ระดับ Killip class II 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.75 และระดับ Killip class III ไม่พบ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไป ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วย ชนิดของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองมีคะแนนระหว่าง 8-21 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 12.50) และหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนระหว่าง 12-24 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 18.86) ในกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนทดลองมีคะแนนระหว่าง 7-20 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 13.25) และหลังได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนระหว่าง 11-24 คะแนน (คะแนนเฉลี่ย 19.19)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ตารางที่ 4.6) โดยใช้สถิติ ANCOVA โดยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจระดับที่สุดต่อการวางแผนจำหน่าย ในด้านผู้ดูแลใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (คะแนนเฉลี่ย 4.66) และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจระดับน้อย ต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะ

ท่านพักฟื้นที่บ้าน (คะแนนเฉลี่ย 2.16) ในกลุ่มควบคุมพบว่า มีความพึงพอใจระดับปานกลางต่อการวางแผนจำหน่าย ในด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (คะแนนเฉลี่ย 3.16) และกลุ่มควบคุมมีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด ต่อการวางแผนจำหน่ายในด้านระบบการติดตามเยี่ยมจากโรงพยาบาลขณะท่านพักฟื้นที่บ้าน (คะแนนเฉลี่ย 1.22) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองหลังภายหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง มีคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ระหว่าง 28-50 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในระดับสูงที่ 43.50 คะแนน และในกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการดูแลตามปกติ มีคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายอยู่ระหว่าง 9-50 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในระดับปานกลางที่ 26.88 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจ ต่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบคะแนนความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลอง (ค่าเฉลี่ย 43.50 คะแนน) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 26.88 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

4. การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดเองใจนํามากที่สุด รองลงมา คือ อาการเจ็บหน้าอกชนิดเองใจนําร่วมกับอาการหน้ามืดเป็นลม และอาการเจ็บหน้าอกชนิดเองใจนําร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังจำหน่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square test (χ^2) พบว่า กลุ่มทดลองมีการกลับมารักษาซ้ำ (2 ราย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (10 ราย) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ถึงวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันรายใหม่ที่ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ล่าช้า ภายหลังเกิดโรคผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ไม่มีความรู้ในการจัดการอาการกำเริบซ้ำและการดูแลตนเอง ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ดังนั้นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่ผู้ป่วยต้องเผชิญดังกล่าว ทีม

สุขภาพในโรงพยาบาลจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือเร่งด่วนให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ มีการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง และได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ และลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะ ช่วยลดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนจากการคาดเดาภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย (ฉฐวรรณ รัทวงศ์ประยูร, 2539) ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลขณะเผชิญในภาวะวิกฤติ (Timmins, 2005) ในช่วงภายหลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย จากพยาบาลผู้วางแผนจำหน่ายและทีมสุขภาพของโรงพยาบาล โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย และได้รับการเตรียมทั้งความรู้เรื่องโรค การจัดการอาการกำเริบซ้ำ การดูแลตนเองภายหลังจำหน่าย และมีคู่มือกลับไปทบทวนด้วยตนเองต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ ผลจากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจว่าสามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้ถูกต้อง มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ทำให้สุขภาพผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ และลดการกลับมารักษาซ้ำได้ (นิภาพร ประจัญบาน, 2550)

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ไม่มีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การฟื้นฟูสภาพจำเป็นต้องใช้เวลาที่เหมาะสม โดยพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใน 3 เดือนแรกจะไม่แตกต่างกัน (Richards & Coast, 2003) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ มีการติดตามผลลัพธ์ในระยะสั้นเพียง 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย เนื่องจากข้อจำกัดของระยะเวลาการศึกษา ซึ่งอาจมีผลต่อการประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้

โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง มีประสิทธิผลในการเพิ่มความพึงพอใจ และลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวมากขึ้น เพื่อติดตามผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นอกจากนี้ พยาบาลควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในการปฏิบัติพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะในการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

THE EFFECTIVENESS OF A STRUCTURED DISCHARGE PLANNING PROGRAM
IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ON FUNCTIONAL STATUS,
SATISFACTION AND UNEXPECTED HOSPITAL REVISITS

CHUTHAPORN PHEMPHUL 5036790 NSAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANPEN PINYOPASAKUL, Ph.D.
(NURSING), USAVADEE ASDORNWISED, Ph.D. (NURSING), PANSAK
LAKSANABUNSONG, M.D.(CARDIOTHORACIC SURGERY), FRCST

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Heart disease has been a leading cause of death with population in all over the world, and the incidence of heart disease has continuously increased. The World Health Organization (WHO) predicted a great global death rate of people with ischemic heart disease in 2020 as follows: men would be increased to 6.26 millions and women to 5.63 millions (Luepker, Evans, McKeigue, & Reddy, 2004). In Thailand, the mortality rate of patients with coronary heart disease was the first among other diseases across all population (Panyakat Toopiphat, 2008). Specifically, the Ministry of Public Health in Thailand found that acute coronary syndrome accounted of 76.1 percent of patients with coronary artery disease (Manit Teeratuntikanon, 2008), and mortality rate was 28.4 percent (Orapin Suplone et al., 2007).

In the north-eastern region of Thailand, a report showed that the number of patients with acute coronary heart disease were 33,148 persons (Orapin Suplone et al., 2007). Evidently, coronary heart disease was also an important problem at Roi-Et Hospital, Thailand, as the incidence of patients with coronary heart disease increased every year. The

numbers of this group of patients were 533 and 600 persons in 2006 and 2007, respectively. In recent years, greater numbers of patients with Acute Coronary Syndrome (ACS) were treated at the emergency department, while admission number of ACS patients had been rising from 161 to 226 persons in 2006 to 2007, respectively. It was also noted that the mortality rate in patients with ACS in this hospital had increased dramatically up to 32.25 percent in 2008 (Medical records of Roi-Et Hospital, 2008).

Acute coronary syndrome is therefore a significant health issue at Roi-Et Hospital. The cause of acute coronary syndrome is from coronary artery stenosis or a thrombosis leading to obstruction in coronary arteries. The effect of coronary artery stenosis on patients is an imbalance between oxygen supply and oxygen demand of myocardium, causing myocardial ischemia. When patients with acute coronary syndrome have a delay seeking to treatment or to hospital service, myocardial ischemia may turn to myocardial infarction. Patients with acute coronary syndrome therefore should go to hospital early so as to reduce the severity of myocardial infarction and mortality rate (Antman, 2005; Wenaweser & Windecker, 2008).

From the Medical records of Roi-Et Hospital (2008), data during October-December 2007 at Roi-Et Hospital revealed many episodes of patients with acute coronary syndrome coming to hospital with urgent admissions. These patients often have a feeling of unexpected symptoms of the disease and uncertainty of their future. The direct effects on patients after acute coronary syndrome are both physical and psychological (Aalto, Heijmansb, Weinmanc, & Arod, 2005). The physical effects include dyspnea, feeling exhausted, and increased dependence. The psychological effects include stress with illness and recurrence of symptoms, fear to die, anxiety with treatment and symptom management, and feeling unsure of self-care practice after illness. Although acute coronary syndrome has many severe effects to these patients, they still hope for recovery of body function and a return to normal activity of daily living after their illness (Jerlock, Gaston-Johansson, & Danielson, 2005).

With regard to the recovery process of ACS patients, literature review found many studies reported that functional status in patients with acute coronary syndrome is related to myocardial change, especially state of left ventricular area with myocardial change after acute coronary artery occlusion (Antman, 2005; Cohn, 1993; Gheorghiade & Fonarow, 2007; Guyton & Hall, 2006). After myocardial infarction occurs

in left ventricular area, body system especially heart functions will be adaptive to maintain oxygen supply and balance of oxygen demand of organ so as to turn to normal function status (Antman, 2005; Guyton & Hall, 2006). A study of Voramon Bumrusook (2005) found that when patients with acute coronary syndrome had been admitted and then discharged from hospital, a promotion of rehabilitation in physical-psychological status would assist in patients' recovery and reduce length of stay in hospital. So, the promotion of cardiac rehabilitation in patients with acute coronary syndrome after passing a crisis could assist these patients to get back to normal functional status and reduce risks with complications of bedridden, such as venous thrombosis, reduction in functional capacity, and stress from limited mobility (Myers & Froelicher, 2007). This study suggested that cardiac rehabilitation would assist in patients' recovery and good self-care step by step. This would also promote well-being of patients and also reduce their unexpected hospital revisits.

However, unexpected hospital revisits remain an issue for patients with acute coronary syndrome. After discharge from hospital, evidence showed that some patients had been readmitted with symptoms of unstable angina: about 20 percents in first month after having acute coronary artery syndrome and increased to 45 percent in three years (Stevenson et al., 1993 cited in Nithi Mahanon, Piyamit Srithara, & Sarana Boonbichaiyapeak, 2000). These patients also had high risk of recurrent myocardial infarction and heart failure (Pongcharoenwaranyu, 2007; Shang, 2007; Antman, 2005). For these reasons, patients with acute coronary syndrome largely need information with self-care for early recovery, when they were hospitalized and discharged. The information patients mostly need include management of symptoms occurred, modification of lifestyles after illness, eating adaptation, and types of exercise after illness (Timmins, 2005). Additionally, they need more information of acute coronary syndrome disease, treatment and care, time to return to work, sources of service support and consultation for continuing care in the future (Smith & Liles, 2007). Therefore, nurses and health care team must understand these information needs among patients with acute coronary syndrome that could be provided through an effective discharge planning program. A previous study showed that the effective discharge planning program had effects on satisfaction in patients and assisted patients for continuing care in the community (Grace, Brooks, Abramson & Arthur, 2006).

Nowadays the patients' readiness before discharge and continuing care after discharge from hospital is a great quality issue. Essentially, readiness before discharge in patients is important as an outcome indicator in each hospital. Since 1997, the hospital accreditation (HA) system has been established in Thailand to promote the development of service quality in every level of hospital: Community hospital, General hospital, Provincial Hospital or Medical School (Wanpen Pichitpornchai, 2003). Coupled with costing issues, the diagnosis related group (DRG) system has been introduced to Thai health care system so as to contain health care expenses. Discharge planning has become a significant strategy to promote quality and reduce cost. Roi-Et hospital, as a general hospital, has 300 beds and provides service for population in Roi-Et including the vicinity provinces. Roi-Et hospital got hospital accreditation in 2005, and has a policy to continuously develop a discharge planning program. Presently, Roi-Et hospital uses the M-E-T-H-O-D model of discharge planning, adopted from the Bureau of Nursing, Ministry of Public Health of Thailand (1996) for assessment of problems and needs of patients before building a discharge plan. However, with an increasing number of patients with acute coronary syndrome being admitted at Roi-Et hospital under limited hospital beds, early discharge has taken place. It was noted that average lengths of stay in patients with acute coronary syndrome, which was categorized as a high cost group for medical-treatment, were limited to 3-4 days.

Currently, Roi-Et hospital has a discharge planning policy for all patients, especially for patients with high incidence of admission and high risk groups. These groups include patients with acute coronary syndrome. However, Roi-Et hospital still requires an improvement of the discharge planning program for effective care in patients with acute coronary artery syndrome. This program would enhance effective continuing care and promote self-care of these patients after discharge from hospital in the first week (Yilmaz & Emiroglu, 2005). The researcher therefore focused on developing a discharge planning program in Roi-Et hospital to foster the effectiveness of discharge practices and continuing care in patients with acute coronary syndrome.

In this study, the researcher therefore developed a structured discharge planning program in patient with acute coronary syndrome. The researcher applied the concept of discharge planning and continuing care as written by Judith Rorden and Elizabeth Taft

(1990) to develop the program so as to promote early recovery, increase patient satisfaction, while reducing unexpected hospital revisits (with recurrence of acute coronary syndrome). Specifically, the researcher aimed to study the effectiveness of a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome on functional status, satisfaction and unexpected hospital revisits in order to reveal the better discharge care outcomes of these patients.

Conceptual Framework

The concept of discharge planning and continuing care established by Judith Rorden and Elizabeth Taft (1990) was used as a research framework in this study. This conceptual framework emphasizes the continuing care process in 3 phases, including acute, transitional, and continuing phases. The process of discharge planning in this framework consists of 3 steps: first step (or A step) - Assessment of data collection before building a plan; second step (or B step)- Building a plan, and; third step (or C step) - Confirming the plan and follow-up in plan. There are factors influencing success of the discharge planning process including: 1) good relationship between discharge planner, patient and caregiver, 2) effective communication of data between discharge planner, patient and caregiver, 3) coordination of discharge planning between discharge planner, patient, caregiver, and care term, 4) emphasis on patients to set goal of care, 5) emphasis on patients to make decisions in the discharge planning process, and 6) discharge planner to coordinate care that takes accounts of patients' needs (needs of care), stressors (stressors of illness and treatment), strengths (strengths of physical, intellectual, motor, and affective or emotional ability), resources (resources of support care and consultant), and 7) emphasis on patients' experiences and beliefs of health and socio-cultural context. Nursing is seen as an effective professional to take roles of discharge planner for effective communication between clients and the health care team.

The researcher applied the discharge planning's concept of Judith Rorden and Elizabeth Taft (1990) to develop a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome. This program consisted of 3 steps: A-B-C steps. A step is an assessment of data collection before building a plan in early 24 hour

after admission or in acute phase (assessment of physical as well as psychosocial problems and needs, or holistic assessment, assessment of abilities of self-care and self-care needs, and assessment of readiness for cardiac rehabilitation). B step is building a plan (set goals of discharge planning and continuing care, as well as set plans with health education and plan for cardiac rehabilitation). C step is confirming the plan and follow-up the plan (educate patients as planned, especially self-care and cardiac rehabilitation, visit patients in ward every day during admission to provide support and consultation, follow up post discharge by using a telephone follow-up to assess problems of self care and needs at home, and to provide additional support and consultation). The conceptual framework was shown in figure1.

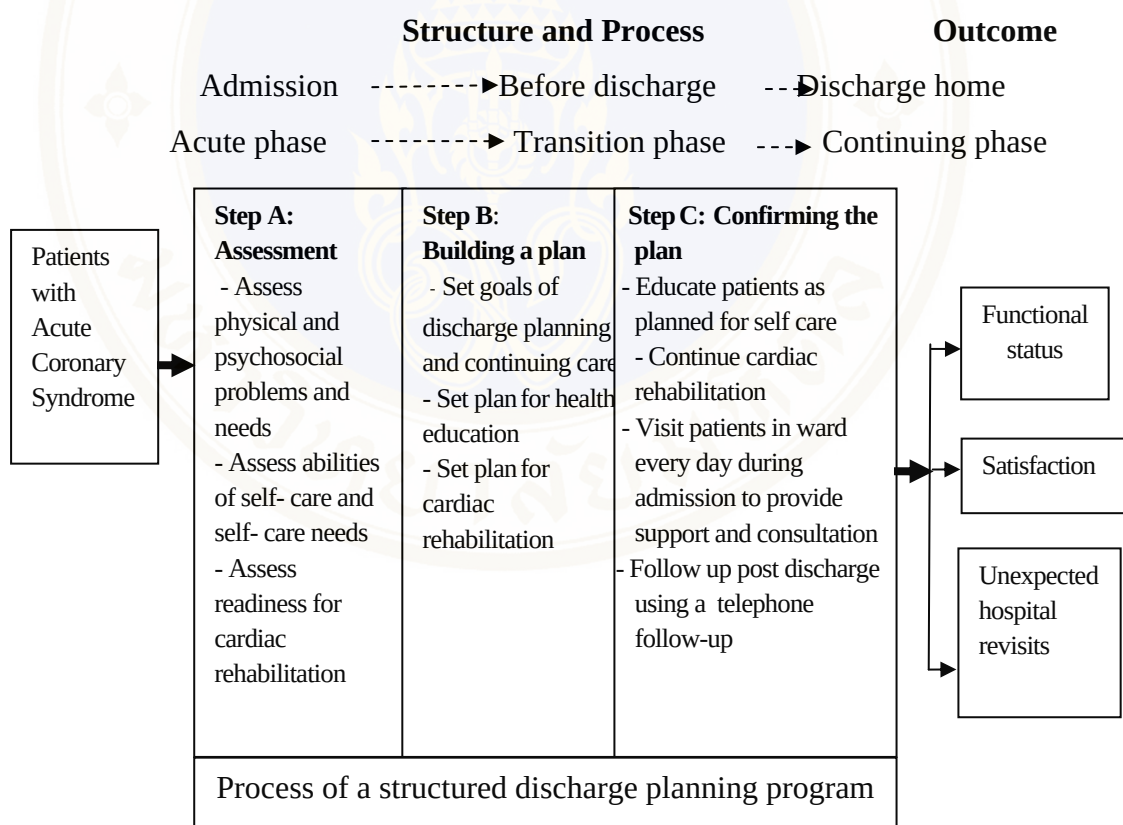


Figure 1 Conceptual Framework

Research Objectives

This study had a specific objective to study the effectiveness of a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome on functional status, satisfaction and unexpected hospital revisits. Detailed objectives included:

1. To compare level of functional status in patients with acute coronary syndrome between the group receiving usual care (control group) and the group receiving a structured discharge planning program (experimental group);
2. To compare level of satisfaction in patients with acute coronary syndrome between the group receiving usual care (control group) and the group receiving a structured discharge planning program (experimental group);
3. To compare the rate of unexpected hospital revisits in patients with acute coronary syndrome between the group receiving usual care (control group) and the group receiving a structured discharge planning program (experimental group).

Scope of study

This study was an experimental research conducted to determine the effectiveness of a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome on functional status, satisfaction and unexpected hospital revisits. Subjects were new cases of acute coronary syndrome, both male and female, age 18 years up. The subjects were admitted in medical wards of the Medical Department in Roi-Et hospital. The study was conducted from June 2009 to December 2009.

Research instruments

Research instruments comprised two categories: the instruments for conducting the research and the instruments for data collection.

1. Instruments for conducting the research

Instruments for conducting the research was a **structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome**. This program was

established by the researcher based on the discharge planning concept as written by Rorden and Taft (1990). The program had three steps. First step or A step is assessment of data collection before building a plan in early 24 hour of admission or in acute phase (assessment of patients' problems and needs for discharge planning and risk screening). Second step or B step is building a plan in 24 hour of admission (set goals of discharge planning and continuing care, set plan for health education, and set plan for cardiac rehabilitation). Third step or C step is confirming the plan and follow-up the plan after 24 hour of admission or in acute phase until discharge day (educate patients with self-care, prepare readiness for home care, promote cardiac rehabilitation, visit patients in ward every day during admission until discharge to provide help and consultation, follow up post discharge using a telephone follow-up on Day 2 and Day 7 after discharge from hospital to assess problems of self-care and additional needs at home as well as provide help or consultation).

Subsets of instruments used in this program were as follows:

1.1 Assessment for preparing discharge planning questionnaire. This questionnaire was divided to 3 parts:

- 1.1.1 Discharge risk screening questionnaire.
- 1.1.2 Need assessment questionnaire.
- 1.1.3 Self-care assessment questionnaire.

1.2 Assessment for readiness before cardiac rehabilitation questionnaire.

This questionnaire was used to assess patients' readiness for starting cardiac rehabilitation. It helped effective communication between physicians, nurses, physiotherapists, and patients for conduction cardiac rehabilitation in the experimental group in the hospital.

1.3 Education plan for self-care in patients with acute coronary syndrome. This education plan was developed by the researcher after researching various textbooks and documents. Education plan and flip charts would help promote self-care knowledge to the experimental group. The contents in this education plan included: knowledge about acute coronary artery syndrome and risk factors, symptoms of acute coronary artery syndrome, treatment and care in hospital, self-care of patients at home such as instruction with drug regimens and their side effects,

follow- up after discharge, activity protocol after discharge, prevention of acute coronary artery syndrome, and management of recurrent chest pain or other symptoms related with acute coronary artery syndrome.

1.4 Booklet of self-care in patients with acute coronary syndrome. This booklet was developed by the researcher after researching various textbooks and documents. The contents in this booklet were in congruence with those in the education plan but having common languages that were easy to understand with pictures. This booklet was given to patients and caregiver when the patients were discharged home.

1.5 Manual of cardiac rehabilitation in patients with acute coronary syndrome. This manual was developed by the researcher after researching various guidelines of cardiac rehabilitation, including Practice Guideline of Thailand Association of Cardiovascular (2008), textbooks, and documents. This manual was used to communicate the plan between physicians, nurses, physiotherapists, and patients for cardiac rehabilitation in the experimental group at hospital. This manual consisted of 4 steps. Step 1) assessment of the level of risks in patients before cardiac rehabilitation. Step 2) assessment of contraindication in patients before cardiac rehabilitation. Step 3) assessment of vital signs and symptoms in patients during having cardiac rehabilitation. Step 4) Justification (by a physician) of an increase in the level of exercise in cardiac rehabilitation.

1.6 Record of patient's symptoms during cardiac rehabilitation in patients with acute coronary artery syndrome. This record was developed by the researcher after researching various textbooks and documents, and was in line with the practice guideline of cardiac rehabilitation. The record focused on patient's symptoms, vital signs, electrocardiogram, rate of perceived exertion (RPE), and time for cardiac rehabilitation.

1.7 Record of telephone follow-up post discharge. This telephone follow up record was developed by the researcher after researching various textbooks and documents. This record focused on patient's problems and needs for self-care at home, and help and consultation provided for the experimental group.

To obtain the content validity, the researcher submitted a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome and subsets of

instruments in this program to experts in the field. A panel of five specialists including two cardiologists, one physician specialized in cardiac rehabilitation, one advance practitioner nurse (APN) in cardiology, and one head nurse of an intensive medical care unit examined these instruments and provided suggestions. The content validity index and interrater agreement was 0.88.

2. Instruments for data collection

The instruments for data collection consisted of:

2.1 Demographic data questionnaire. This questionnaire was developed by the researcher after researching various textbooks and documents. It included information about sex, age, marital status, education, religion, occupation, health insurance category, chief complaint of symptom, diagnosis, killip class, treatment for patients, risk of recurrent occlusion of coronary artery, history of illness, history of medication used for treatment in illness, admission day, discharge day, and length of stay. Content validity was examined using a panel of five specialists. The content validity index and interrater agreement was 0.88.

2.2 Functional status in patients with acute coronary syndrome questionnaire. This questionnaire was initially developed by Mary D. Naylor (1999) and was translated to Thai language by Usavadee Asdornwised (2007). The researcher applied this questionnaire by altering some items for suitable measurement (reduce the questions related to advanced activity of daily living - including work at home for 2 questions, travel 4 questions, work in occupation 3 questions, and reduce the questions related to basic of activity of daily living - including walking for 1 question). The functional status questionnaire in this study therefore consisted of 25 questions with basic of activity of daily living for five categories: eating, getting dressed, walking, taking a bath, and excreting. Content validity was performed by a panel of five specialists. The content validity index and interrater agreement was 0.96.

This instrument was used in a previous study of Usavadee Asdornwised (2007) to examine functional status of elderly patients with status post coronary artery bypass graft (CABG). The validity of this instrument was 0.82. This instrument was then tested for its reliability, using Kuder and Richardson formula, with 20 patients

with acute coronary syndrome in Roi-Et Hospital. The reliability of this instrument was 0.71.

2.3 Satisfaction on discharge planning program in patients with acute coronary syndrome questionnaire. This questionnaire was developed by the researcher after researching various textbooks and documents. The satisfaction questionnaire consisted of 10 items of questions. Each item offers a 5 Likert scale choice (least satisfaction to most satisfaction): 1= least satisfaction, 2= less satisfaction, 3= medium satisfaction, 4= much satisfaction, 5= most satisfaction. The scoring scale ranges from 10 to 50. The level of satisfaction score were as follows: 10 to 25 scores mean low level of satisfaction, 26 to 40 scores mean medium level of satisfaction, 41 to 50 scores mean high level of satisfaction. Content validity was evaluated using a panel of five specialists. The content validity index and interrater agreement was 1.0.

In relation to reliability, the researcher tested reliability of instruments in 20 patients with acute coronary syndrome at the cardiology clinic in Roi-Et hospital. The Crohnbach's coefficient alpha was 0.77.

2.4 Record of unexpected hospital revisits in patients with acute coronary syndrome. This record was developed by the researcher after researching various textbooks and documents related to unexpected hospital revisits. The record focused on revisit of patients with ACS at clinic, private hospital, emergency department in a government hospital, or admissions in a government hospital with recurrent symptoms within 30 after discharge from hospital. Content validity was evaluated using a panel of five specialists. The content validity index and interrater agreement was 0.8.

Content validity of total instruments was examined using a panel of five specialists; two cardiologists, one physician of cardiac rehabilitation, one advanced practice nurse (APN) in cardiology, and one head nurse of an intensive medical unit.

Data collection

In this study, procedures in a structured discharge planning program were performed by the researcher, while data collection post test of program was performed by two research assistants. Data collection procedures were as follows.

1. A letter stating purpose of research and requesting permission to collect data, signed by the researcher and approved by the Ethics Committee and Graduate School, Mahidol University, was presented to the Director of Roi-Et hospital, Director of Medical Department, Director of Department of Nursing, and a Chief Nurse of the Medical Department.

2. On receipt of signed approval, the researcher met with the physicians of Medical Department, the physicians of Rehabilitation Department, physiotherapist, and head nurses of medical wards to ask for cooperation in conducting the study and data collection. The researcher presented the program details, objectives, and procedures to them. Two research assistants, who were registered nurses, were then selected and prepared for collecting data in this study.

3. The researcher selected samples that fulfilled the defined criteria. Then, the researcher randomly selected subjects to the control group and experimental group by using a randomized table.

4. The researcher introduced herself to the subjects, explaining research purposes and procedures, and provided opportunities for them to ask questions. In this study, the researcher followed the protocols to protect human right of research subject and then asked for the consent. The prevention of contamination between the control group and experimental group was also maintained.

Research procedures

Control group

1. The researcher searched for patients with acute coronary syndrome who were admitted to medical units and selected samples by the defined criteria.

2. After selecting the samples, the researcher introduced herself to the subject, explaining research purposes and the protection for human right of research subject, and then asked for consent.

3. The researcher randomly selected subjects to the control group and experimental group by using a randomized table. In this table, the researcher determined the double number as AB and the single number as the BA: A as a control group and B as an experimental group.

4. Within 24 hours or first day after admission, the researcher asked the subject in the control group to respond to the questionnaires (demographic data and pretest of functional status).

5. The subject in the control group received usual discharge care of Roi-Et hospital. This usual discharge care included provision of information to each patient and caregiver(s) by nurses and the health care team about ACS and self care practices after discharge.

6. The subject in the control group was discharged from hospital to home.

7. Two weeks after the control group were discharged and had a follow-up at a cardiology clinic in Roi-Et hospital; the research assistant collected the data about posttest of functional status and satisfaction on program.

8. On the 14th, 30th day after discharge from hospital, the researcher conducted a telephone follow-up to evaluate unexpected hospital revisits within 30 days, along with examining evidence of revisits/readmissions of the control group in the patient's history.

Experimental group

1. The researcher searched for patients with acute coronary syndrome who were admitted to medical units and selected samples by the defined criteria.

2. After selecting the samples, the researcher introduced herself to the subject, explaining research purposes and the protection for human right of research subject, and then asked for consent.

3. The researcher randomly selected subjects to the control group and experimental group by using a randomized table. In this table, the researcher determined the double number as AB and the single number as the BA: A as a control group and B as an experimental group.

4. Within 24 hours or first day after admission, the researcher asked the subject in the experimental group to respond to the questionnaires (demographic data and pretest of functional status).

5. The subject in the experimental group received a structured discharge planning program in patients with acute coronary artery syndrome, along with usual care of Roi-Et hospital.

In this process, the subject in the experimental group received the program consisting of 3 steps as follows:

First step or A step - Assessment of data collection before building a plan. This step was performed by the researcher in early 24 hour of admission or in acute phase to assess patient's problems and needs for discharge planning as well as to perform risk screening.

Second step or B step – Building a plan in 24 hour of admission. This step was performed by the researcher to set goals of discharge planning and continuing care and to set up an education plan and plan for cardiac rehabilitation.

Third step or C step - Confirming the plan and follow-up. This step was performed by the researcher after 24 hour of admission in acute phase until discharge day to provide patient with education about self care and prepare their readiness for discharge.

In the third step, the researcher provided information about home medications, promoted of cardiac rehabilitation, and visited patient in ward every day during admission until discharge to provide support and consultation.

6. The subject in the experimental group was discharged from hospital to home. Before discharge, the researcher visited the patient to assess general conditions and explain the follow up plan, especially the telephone visit post discharge. This process took 15 minutes to complete.

7. On the 2nd and 7th day after discharge, the researcher performed a telephone follow-up during 8 AM – 4 PM to assess patient's problems of self care and additional needs at home, and to provide support and consultation for patients and caregivers. For after office hour services, nurses in medical units 1, 2, and 3 could provide information and consultation instead. To maximize the consistency of

information provided to this group of patients and caregivers, the researcher gave the manuals and education guidelines for these nurses in use.

8. Two weeks after the experimental group were discharged home and had a follow-up at a cardiology clinic in Roi-Et hospital, the research assistant collected the data about posttest of functional status and satisfaction on program.

9. On the 14th, 30th day after discharge from hospital, the researcher conducted a telephone follow-up to evaluate unexpected hospital revisits within 30 days, along with examining evidence of revisits/ readmissions of the experimental group in the patient's history.

Data analysis

1. Demographic data were analyzed by using frequency, percentage, range, and means.

2. Demographic data between the experimental group and the control group were compared by using Chi-square.

3. Functional status level in patients with acute coronary syndrome score and satisfaction on discharge planning program score in the experimental group and the control group were compared by using analysis of means and standard deviations.

4. The means scores of functional status (posttest) in patients with acute coronary syndrome between the experimental group and the control group were compared by using ANCOVA, taking the means score of functional status at pretest as a covariate.

5. The means scores of satisfaction on discharge planning in patients with acute coronary syndrome between the experimental group and the control group were compared by using the Independent t-test.

6. The numbers of unexpected hospital revisits in patients with acute coronary syndrome between the experimental group and the control group were compared by using Chi-square.

Results

1. General characteristics of subjects

The subjects in this study included new cases of patients with acute coronary syndrome being admitted to Roi-Et hospital: 79 patients participated, 14 were terminated, so total 64 patients remained in the study. The samples were divided to 32 patients in experimental group and 32 patients in control group. The age ranges in the control group were 37 to 84 years, with a means of 63.34 years (SD. = 13.04), and the experimental group were 39 to 81 years, with a means of 64.84 years (SD. = 10.90).

When getting divided into two groups, the majority of subjects were elderly with age over 60 years. The subjects were male more than female, most were married couples, and many had elementary education. In both groups, the majority of subjects had similar history of illness, such as diabetes mellitus, hypertension, dyslipidemia, and obesity.

The types of acute coronary artery syndrome in these subjects varied. Data revealed that in the experimental group, there were NONSTEMI of 37.50 percent, STEMI of 34.38 percent, and Unstable angina of 28.12 percent. In the control group, there were NONSTEMI of 46.88 percent, STEMI of 28.38 percent, and Unstable angina of 25 percent.

The severities of illness of subjects mixed from Killip class I to III. In the experimental group, there were patients with Killip class I of 62.55 percent, Killip class II of 25 percent, and Killip class III of 12.5 percent. In the control group, there were patients with Killip class I of 81.25 percent, Killip class II of 18.75 percent, while Killip class III was not found.

Comparison of demographic data, including sex, age, diagnosis, severities of illness (killip class), history of illness between the experimental group and the control group showed no statistical significant difference ($p > .05$).

2. Functional status

The means score of functional status in the experimental group and the control group at posttest were higher than pretest. From the findings, the experimental group showed that the functional status score in patients with acute coronary syndrome

range of pretest was 8 to 21, with a means score of 12.50; while the posttest score was 12 to 24, with a means score of 18.86. In the control group, the findings revealed that the functional status score range of pretest was 7 to 20, with a means score of 13.25; while the posttest score was 11 to 24, with a means score of 19.19.

The means score of the functional status (posttest) in patients with acute coronary syndrome between the experimental group and the control group was then compared by using ANCOVA, taking the means score of the functional status at pretest as a covariate. From the findings, the means score of functional status at posttest in the experimental group were not significantly higher than those in the control group ($\bar{x} = 18.86$, $\bar{x} = 19.19$; $p > .05$).

3. Satisfaction on discharge planning

From the findings in this study, data revealed that satisfaction on discharge planning in the experimental group varied. It was noted that much satisfaction was placed on the item that caregiver had a chance to participate in the discharge planning process (means of 4.66), with least satisfaction on the follow-up system as there were only telephone follow-up but no home visits which many of them needed (means of 2.16). In the control group, satisfaction on discharge planning was also diverse. It was noted that most satisfaction was placed on information received about acute coronary syndrome treatment (means of 3.16), with least satisfaction on the follow-up system at home as there were no telephone or home visits post discharge (means of 1.22).

Overall, the satisfaction on discharge planning score in the experimental group ranged between 28 to 50, with a means of 43.50. This data showed a high level of satisfaction on discharge planning. In control group, the score ranged between 9 to 50, with a means of 26.88. This data showed a medium level of satisfaction on discharge planning.

Comparison of means score of the satisfaction on discharge planning in patients with acute coronary syndrome between the experimental group and the control group was then performed by using the Independent t-test. In the posttest, the findings revealed that the means scores of satisfaction on discharge planning program

in the experimental group were significantly higher than those in the control group ($\bar{x} = 43.50$, $\bar{x} = 26.88$; $p < .01$).

4. Unexpected hospital revisits

In this study, unexpected hospital revisits due to recurrent symptoms associated with acute coronary syndrome in both groups were reported with similar incidents. Most patients with ACS came back within 30 days post discharge because of unstable angina, some revisited due to unstable angina with syncope, and less were back with unstable angina with heart failure.

In the posttest, the findings also showed that the number of patients with unexpected hospital revisits in the experimental group and the control group were different. From the findings, the number of patients with unexpected hospital revisits in the experimental group were significantly fewer than those in the control group (2 versus 10; $p < .05$).

Discussion

In this study patients with acute coronary syndrome were male more than female, mostly were in adult and elderly ages. The subjects were newly diagnosed with acute coronary syndrome. Generally, after having illness like acute coronary syndrome, patients mostly need information about this disease, management of recurrent symptoms, and self-care practices after illness. Nurses and other health care providers must be aware of immediate treatment and care, as well as the necessity of continuing care to promote effective recovery and readiness for self-care after discharge from hospital to home.

In the study's findings, a structured discharge planning program in patients with acute coronary syndrome had an effect on an increase in satisfaction on discharge planning and reduction of unexpected hospital revisits in patients with acute coronary syndrome, significantly.

The effect of the structured discharge planning program for patients with ACS on satisfaction showed an increase in patient satisfaction at a high level. The reasons were due the fact that this program assisted patients and caregivers to receive

information of treatment and care continuously that would reduce negative feelings of uncertainty in illness. This was consistent with the results of previous studies that an effective discharge program could reduce anxiety with critical of illness in patients (Natawan Rugwongprayoon, 1996; Timmins, 2005). After these patients were out of crisis, they were most satisfied with preparedness for readiness of self-care before discharge from the discharge planner and care team. In addition, from the findings much satisfaction occurred when caregivers participated in the discharge planning process. This was due to the reason that caregivers could get knowledge of patient's illness, self management of symptom recurrence, self-care at home, while the booklet could assist the patients and caregiver to review self care or management at home. Moreover, previous literature supported that the discharge program could increase self-care ability and effect early recovery as well as patient's wellbeing resulting in the reduction of unexpected hospital revisits of patients (Nepaporn Pajunban, 2007).

However, the structured discharge planning program did not show a significant effect on higher functional status of these patients. This was similar to the results of a previous study which showed that the discharge program had no significant changes in functional status after discharge for three months especially in elderly patients (Richards & Coast, 2003). As the research timeframe in the present study was limited, the researcher therefore could follow up on functional status for only two week after discharge. This time limit would thus inevitably affect the outcomes of functional status in these subjects.

In conclusion, the results in this study showed the positive effects of a structured discharge planning program for patients with acute coronary syndrome, including higher satisfaction and a lower number of unexpected hospital revisits. The researcher suggested that further research should extend time to follow up on functional status post conducting this discharge program. The researcher also suggested that nurses should apply this program when caring for this group of patients and improve their discharge care competency to enhance outcomes for patients and caregivers.

บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- กฤษดา แสงดี. (2542). *มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยใน*. ใน กฤษดา แสงดี, ชีรพร สติธังกร, สุวิภา นิตยางกูร, เรวดี สิรินคร และมนทกานติ ตระกูลดิษฐ์ (บรรณาธิการ.), *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การพิทักษ์สยาม.
- กฤษดา แสงดี, นฤมล ศรีเพชรศรีอุไร และสุวิภา นิตยางกูร. (2544). *การประกันคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล: งานบริการพยาบาลผู้ป่วยใน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต.
- กัณหา ปานสมุทร. (2546). *ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- งานสถิติข้อมูลบริการกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2551). *สถิติข้อมูลการบริการกลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*.
- งานสถิติข้อมูลบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2551). *สถิติข้อมูลการบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด*.
- จิราพร ลิ้มกร. (2544). *ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา:กรณีศึกษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2552). *Metabolic Syndrome (โรคอ้วนลงพุง)*. Retrieved 31 มกราคม 2552, สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (The medical Association of Thailand): <http://www.mat.or.th>
- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). *ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงกมล วัตราคูณย์, ฐานปณีย์ นำเพชร, และสมล เกษรอนิวัฒนา. (2549). *การประชุมวิชาการโครงการที่ 1 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1): สุขุมวิทการพิมพ์ จำกัด.

- นิธิ มหานนท์, ปิยะมิตร ศรีธรา และสรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2543). *กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.
- นิธวีดี เมธอาจารย์. (2544). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยฉัตร ศิลปาคม. (2546). ศึกษาความรู้ การปฏิบัติการพยาบาล ปัญหาและอุปสรรคเพื่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร. (2540). ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อบริการที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะมิตร ศรีธรา และสุกิจ เข้มวงษ์. (2551). การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด. ใน ระพีพล ญูชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ.), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2 ชุมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: How Can Do Company.
- ปัญเกียรติ โตพิพัฒน์. (2551). หัวใจ-หลอดเลือดคร่าชีวิตคนไทยสูงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเร่งป้องกัน. Retrieved June 25, 2008, from www.food-resources.org/news view.
- ผาสุข แก้วเจริญตา. (2546). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อประสิทธิภาพการใช้ ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิกุล บุญช่วง. (2544). การพัฒนาการวางแผนจำหน่ายอย่างมีส่วนร่วม สำหรับหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจและหลอดเลือด. คุุณิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พงษ์ชัย อนุกุลสวัสดิ์. (2546). หัวใจสลายงบประมาณ. from www.healthcorners.com All rights reserved
- พัชรพร เถาว์พันธ์. (2544). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, อุไร พานิชยานุสนธิ์, ลัดดาวัลย์ ทัดศรี, เสาวลักษณ์ เจริญสิทธิ์, พร้มเพรา สารชัยพิทักษ์, มยุรี ปริญญวัฒน์ และคณะ. (2549). *การจัดการทางการพยาบาลสู่การเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พรชนก จารุประกร. (2547). *ผลของการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยติดยาเสพติดระยะบำบัดด้วยยา ต่อความพึงพอใจของพยาบาลและความพึงพอใจของผู้ป่วย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรวดี ศิรินคร. (2546, วันที่ 2-4 มิถุนายน 2546). *การวางแผนจำหน่ายกับ HA*. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง คุณภาพการปฏิบัติพยาบาล: การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ครั้งที่ 3, ณ โรงแรมแกรนด์ เดวิลด์ กรุงเทพฯ.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล*. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรารุช อินทรกำแหง. (2551). *วิธีการกำหนดความหนักเบาของการออกกำลังกายแบบเอโรบิกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหัวใจ*. ใน ระพีพล ฤกษ์ธร ณ อุทธยา (บรรณาธิการ.), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2 ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: How Can Do Company.
- มะลิวรรณ อังคณิตย์. (2548). *ประสิทธิผลของการให้การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ชีระตันติกานนท์. (2550). *สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือด*, โรงแรมเดอะทวินทาวเวอร์ กรุงเทพฯ.
- รณชัย คงสกนธ์. (2549). *คู่มือวัดความพึงพอใจของลูกค้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชรรกมลการพิมพ์.
- ลลิตา กระจำโพธิ์. (2546). *ความพึงพอใจในบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท รักษาทุกโรคของโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และ จันทร์เพ็ญ สุทธิชัยโชติ. (2542). *รายงานวิจัย ปัจจัยสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วิไลรัตน์ รุจิวัฒนพงศ์. (2542). *การประเมินคุณภาพบริการพยาบาล: กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจตายใน ไอ.ซี.ยู โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิทย์ เทียงบุรณธรรม. (2542). *พจนานุกรมอังกฤษ-ไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. (2546). *ตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย*. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ.), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. (2546). *การวางแผนจำหน่าย: การรับรองคุณภาพ*. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ.), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และ อุษาวดี อัครวิเศษ. (2546). *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย, จงจิต เสน่หา, วันดี ไตสุขศรี, และศรัณยา โนษิตะมงคล. (2546). *แนวคิดและกระบวนการวางแผนจำหน่าย*. ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (บรรณาธิการ.), *การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา สังฆะภูติ. (2545). *ผลของแนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2548). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: L.T.Press.
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2551). *การเคลื่อนไหวร่างกาย. ในระพีพล ฤกษ์ชัย ฤกษ์ชัย (บรรณาธิการ.), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2 ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: How Can Do Company.
- วิริยะ สัมปทานกุล. (2542). *ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และการจัดการของครอบครัวในการดูแลต่อที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2551). *กรอบแนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ใน ระพีพล ฤกษ์ชัย ฤกษ์ชัย (บรรณาธิการ.), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ เล่ม 2 ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: How Can Do Company.

- ศรัณย์ ควณประเสริฐ. (2548). การเพิ่มขึ้นของ cardiac marker ในภาวะอื่นที่ไม่ใช่ acute coronary syndrome ใน บรรหาร กอนันตกุล, นวพรรณ จารุรักษ์ และรุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ (บรรณาธิการ), *Cardiac markers: การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสู่การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- ศิริพร บุญพูน. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันต์ ใจยอดศิลป์ และ คำรัส ตรีสุโกศล. (2542). *คำราการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2): พิมพ์สวดย จำกัด.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543). *แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2545). *แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA*. กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก แพ็บลิชชิง.
- สุภาพร เลิศร่วมพัฒนา. (2544). *รายงานวิจัยผลการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยพยาบาลห้องผ่าตัดต่อระดับความวิตกกังวลและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ณ ห้องผ่าตัดโครงการจัดตั้งศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์ และคณะ. (2543). *มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (Standards of clinical nursing practice in acute coronary syndrome)* โดยชมรมพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัท ลิฟวิ้ง ทรานส์ มิเดีย จำกัด.
- อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์. (2548). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติในระบบหัวใจและหลอดเลือด*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์.
- อนงค์ อมฤตโกมล. (2548). *การประเมินผลการใช้แผนการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชาติ สุคนธสรพ์ และศรัณย์ ควณประเสริฐ. (2546). *New guidelines in coronary artery disease*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ไอแอมออเกไนเซอร์แอนด์เอ็ดเวอร์ไทซิง.
- อรพิน ทรัพย์ล้วน, นิพิท ไชยธรรม, และพวง วรณพินทุ. (2550). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2546). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ*. ในอภิชาติ สุคนธสรพ์ และศรัณย์ ควณประเสริฐ (บรรณาธิการ.), *New guidelines in coronary artery disease*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ไอแอมออเกไนเซอร์.

- อุษา แวสวัสดิ์. (2543). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลใน
จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Aalto, A.-M., Heijmans, M., Weinman, J., & Arod, A. R. (2005). Illness perceptions in
coronary heart disease sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates.
Journal of Psychosomatic Research, 58, 393-402.
- Anand, S. S., Xie, C. C., Mehta, S., Franzosi, M. G., Joyner, C., Chrolavicius, S., et al. (2005).
Differences in the management and prognosis of women and men who suffer from
acute coronary syndromes. *The American College of Cardiology*, 46(10), 1845-1851.
- Antman, E. M. (2005). *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine* (7 ed.).
Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Antman, E. M., Hand, M., Mullany, C. J., Pearle, D. L., Sloan, M. A., & Smith, S. C. (2008). 2007
Focused update of the ACC/AHA 2004 guideline for the management of patients with ST-
elevation myocardial infarction. *Journal American College of Cardiology*, 51(2), 210-247.
- Berger, A. K., Radford, M. J., Wang, Y., & Krumholz, H. M. (2000). Thrombolytic therapy in
older patients. *Journal American College of Cardiology*, 36(2), 366-374.
- Boersma, E., Werf, F. V. d., & Zijlstra, F. (2006). Management of acute coronary syndromes. In
A. J. Camm, T. F. Luscher & P. W. Serruys (Eds.), *The ESC textbook of
cardiovascular medicine* (1st ed.). Sophia Antipolis: European society of cardiology.
- Boulay, P., & Bouillon, D. P. (2004). Health-care consumption and recurrent myocardial infarction
after 1 year of conventional treatment versus short-term and long-term cardiac
rehabilitation. *Preventive Medicine*, 38, 586-593.
- Buachan, P. (2006). *The effectiveness of discharge planning on caring-behavioral change in
caregiver of schizophrenic inpatients at Songkhlarajanagarindra psychiatric
hospital*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree
of master of nursing science, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). A Professional-patient partnership model of
discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applied Nursing
Research*, 13(1), 19-28.
- Bull, M. J., Hansen, H. E., & Gross, C. R. (2000). Predictors of elder and family caregiver
satisfaction with discharge planning. *Journal Cardiovascular Nursing*, 14, 76-87.

- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal Advanced nurse*, 35(4), 571-581.
- Braun, E., Baidusi, A., Alroy, G., & Azzam, Z. S. (2008). Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *European Journal of Internal Medicine*.
- Califf, R. M. (2000). Combination therapy for acute myocardial infarction: fibrinolytic therapy and glycoprotein IIb/IIIa inhibition. *American Heart Journal*, 139(2), 533-537.
- Cameron, I., Handoll, H., Finnegan, T., Madhok, R., & Langhorne, P. (2002). Coordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures [Electronic Version].
- Cannon, C. P. (1999). Overcoming thrombolytic resistance rationale and initial clinical experience combining thrombolytic therapy and glycoprotein IIb/IIIa receptor inhibition for acute myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 34(5), 1395-1402.
- Cannon, C. P., & Gara, P. T. O. (2007). *Critical pathways in cardiovascular medicine* (2^{ed} ed.). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.
- Camm, A. J., Luscher, T. F., & Serruys, P. W. (2006). *The ESC textbook of cardiovascular medicine* (1st ed.). Sophia Antipolis: European society of cardiology.
- Carroii, A., & Dowiing, M. (2007). Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, 16(14), 882-886.
- Corte, O., & Arthur, H. M. (2006). Determinants of referral to cardiac rehabilitation programs in patients with coronary artery disease:A systematic review. *American Heart Journal*, 151, 249-256.
- Dangas, G. D. (2007). Treatment with drug-eluting stents. In E. M. Antman (Ed.), *Cardiovascular therapeutics: A companion to Braunwald's heart disease* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Dorn, J., Naughton, J., Imamura, D., et al. (1999). Results of multicenter randomized clinical trial of exercise and long term survival in myocardial infraction patients: The National Exercise and Heart Disease Project (NEHDP). *Circulation*, 100, 1764-1801.
- Du, H. Y., Newton, P. J., Salamonson, Y., Carrieri-Kohlman, V. L., & Davidson, P. M. (2008). A review of the six-minute walk test: Its implication as a self-administered assessment tool. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, xx, 1-7.

- Dyer, P. (2006). Discharge planning and education can health prevent rehospitalization (Publication, from ASBN Update: www.arsbu.org)
- Efrainsson, E., Rasmussen, B. H., Gilje, F., & Sandman, P. (2003). Expressions of power and powerlessness in discharge planning: a case study of an older woman on her way home. *Journal Clinical Nurse*, 12(5), 707-716.
- Efrainsson, E., Sandman, P., Hyden, L. C., & Rasmussen, B. H. (2004). Discharge planning: 'fooling ourselves-patient participation in conference. *Journal Clinical Nurse*, 13(5), 562-570.
- Efrainsson, H., Sandman, P., & Rasmussen, B. H. (2006). They were talking about me-elderly women's experiences of talking part in a discharge planning conference. *Scandf Garing Sci*, 20(1), 68-78.
- Evans, C., & Tippins, E. (2008). Acute coronary syndromes focusing on left bundle branch block. *International Emergency Nursing*, 16, 109-118.
- Fiscella, K., Meldrum, S., & Barnett, S. (2007). Hospital discharge against advice after myocardial Infarction: deaths and readmissions. *The American Journal of Medicine*, 180, 1047-1053.
- Forman, D. E. (2007). Cardiac rehabilitation. In C. P. Cannon & P. T. O. Gara (Eds.), *Clitical pathways in cardiovascular medicine* (2nd ed.). Philadephia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Franklin, B. A., Whaley, M. H., & Howley, E. (2000). *American College of Sports Medicine Guildelines for Exercise Testing and Prescription* (6th ed.). Pensylvania: Lippincott Williams& Williams.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). *Textbook of medical physiology* (7 ed.): Elsevier Saunders.
- Gheorghiade, M., & Fonarow, G. C. (2007). Management of post-myocardial infraction patients with left ventricular systolic dysfunction. *The American Journal of Medicine*, 120, 109-120.
- Goulet, L., Fall, A. s., D'Amour, D., & Pineault, R. (2007). Preparation for discharge, maternal satisfaction, and newborn readmission for jaundice: comparing postpartum models of care. *Birth*, 34(2), 131-139.
- Gracea, S. L., Gravely-Wittea, S., Bruala, J., Monettea, G., Susking, N., Higginsonh, L., et al. (2008). Contribution of patient and physician factors to cardiac rehabilitation enrollment: a prospective multilevel study. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 15, 548-556.

- Hadi, H. A. R., Suwaidi, J. A., Bener, A., Khinji, A., & Binali, H. A. A. (2005). Thrombolytic therapy use for acute myocardial infraction and outcome in Qatar. *International Journal of Cardiology*, 102, 249-254.
- Halfon, P., Eggli, Y., Pre`tre-Rohrbach, I., Meylan, D., Marazzi, A., & Burnand, B. (2006). Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Medical Care*, 44(11), 972-981.
- Hamilton, A. J., Swales, L. A., Neill, J., Murphy, J. C., Darragh, K. M., Rocke, L. G., et al. (2008). Risk stratification of chest pain patients in the emergency department by a nurse utilizing a point of care protocol. *European journal of emergency medicine*, 15(1), 9-15.
- Hannan, E. L., Racz, M. J., & Walford, M. J. (2003). Predictors of readmission for complications of coronary artery bypass graft surgery. *JAMA*, 290, 773-780.
- Hegney, D., Buikstra, E., Chamberlain, C., March, J., McKay, M., Cope, G., et al. (2006). Nurse discharge planning in the emergency department: a Toowoomba, Australia, study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1033-1044.
- Hibberd, J. (2008). The home-visiting process for older people in the in-patient intermediate care services. *Quality in Ageing*, 9(1), 13-26.
- Huang, T.-T., & Liang, S.-H. (2005). A randomized clinical trial of the effectiveness of a discharge planning intervention in hospitalized elders with hip fracture due to falling. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1193-1201.
- Huber, D., & McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transition. *Journal Profession Nurse*, 19(3), 204-210.
- Hunt, G. G., & Levine, C. (2007). A family caregivers guide to hospital discharge planning. Retrieved August 13, 2007, from www.caregiving.org.
- Jackevicius, C. A., Li, P., & Tu, J. V. (2008). Prevalence, predictors and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infraction. *Circulation*, 117, 1028-1036.
- Jacobi, J., Fraser, G. L., Coursin, D. B., Riker, R. R., Fontaine, D., & Wittbrodt, E. T. (2002). Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critical ill adult. *Critical Care Medicine*, 30(1), 119-141.

- Jarusombat, L. (2003). *The effectiveness of discharge planning on self-care behaviors, exercise tolerance and perception of dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science, Mahidol university, Bangkok, Thailand
- Jerlock, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2005). Living with unexplained chest pain. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 956-964.
- Kamineni, R., & Alpert, J. S. (2004). Acute coronary syndromes: Initial evaluation and risk stratification. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46(5), 379-392.
- Killip, T. I., & Kimball, J. T. (1967). Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. *American Journal Cardiol*, 20, 457-464.
- Krairatcharoen, N. (2006). *Factors influencing the decision to seek treatment of patients with acute myocardial infarction*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- LaPier, T. K. (2003). Functional status during immediate recovery after hospitalization for coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 203-207.
- Leenakul, R. (2005). *Development of nursing case management model for patients with myocardial infarction*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of nursing science, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Luepker, R. V., Evans, A., McKeigue, P., & Reddy, K. S. (2004). *Cardiovascular survey methods* (3rd ed.): World Health Organization.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Migliorini, A., Moschi, G., Valenti, R., Parodi, G., Dovellini, E. V., Carrabba, N., et al. (2006). Routine percutaneous coronary intervention in elderly patients with cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 152, 903-908
- Milner, K. A., Funk, M., Arnold, A., & Vaccarino, V. (2002). Typical symptoms are predictive of acute coronary syndromes in woman. *American Heart Journal*, 143(2), 283-288.
- Milner, K. A., Funk, M., Richards, S., Vaccarino, V., & Krumholz, H. M. (2001). Symptom predictor of acute coronary syndromes in younger and older patients. *Nursing Research*, 50(4), 233-241.

- Mistiaen, P., Francke, A. L., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Services Research*, 7(47), 1-9.
- Moats, G. (2006). Discharge decision-making with older people: The influence of the institutional environment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 107-116.
- Moriel, M., Tzivoni, D., Behar, S., Zahger, D., Hod, H., Hasdai, D., et al. (2008). Contemporary treatment and adherence to guidelines in women and men with acute coronary syndromes. *International Journal of Cardiology*, XX, 1-8.
- Moser, D. K., Dracup, K., McKinley, S., Yamasaki, K., Kim, C.-J., Riegel, B., et al. (2003). An international perspective on gender differences in anxiety early after acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 65, 511-516.
- Myers, J. N., & Froelicher, V. F. (2007). Cardiovascular therapeutic: *A companion to Braunword's heart disease* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Naylor, M.D. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA*, 281(1), 613-620.
- Naylor, M.D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobsen, B. S., Mezey, M. D., Pauly, M. V., et al. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 613-620.
- Naylor, M.D., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly a randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120(2), 999-1006.
- Naylor, M.D. & McCauley, K. M. (1999). The effect of discharge planning and home follow-up intervention on elders hospital with common medical and surgical cardiac condition. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14, 44-54.
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.
- O'Conner, G., & Yusuf, S. (1989). An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation*, 80, 234-244.

- Olsen, L., & Wagner, L. (2000). From vision to reality: how to actualize the vision of discharging patients from a hospital, with an increased focus on prevention. *Int Nurs Rev*, 47(3), 142-156.
- Outpatient Service Trialists. (2003). Therapy-based rehabilitation services for stroke patients at home (Publication no. Cochrane Database Systemic Review 2003:CD002925).
- Parker, S., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A., Abrams, K., Baker, R., et al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Assess*, 6, 1-183.
- Phillips, C., Wright, S. M., & Kern, D. E. (2004). Comprehensive discharge planning and post-discharge support reduces hospital readmission in older people with congestive heart failure. *Evidence-Based Healthcare & Public Health*, 8, 248-249.
- Pichitpornchai, W. (2000). *Discharge planning: Exploring current nursing practices in acute care setting in Thailand*. Doctoral Dissertiitation, La Trobe University, Australia.
- Pilote, L., Bourassa, M. G., Bost, J., Detre, K., Mark, D. B., Pitt, B., et al. (1995). Better functional status in American than Canadian patients with heart disease: An effect of medical care. *Journal American Collage Cardiology*, 26(5), 1115-1120.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research principle and methods* (7th ed.): Lippincott Williams& Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice* (8 ed.): Lippincott Williams& Wilkins.
- Pollack, C. V., & Braunwald, E. (2008). 2007 Update to the ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infraction: Implications for emergency department practice. *Annals of Emergency Medicine*, 51(5), 591-606.
- Pollack, C. V., Diercks, D. B., Roe, M. T., & Peterson, E. D. (2005). 2004 American College of Cardiology /American Heart Association Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infraction: Implication for emergency department practice. *Annals of Emergency Medicine*, 45(4), 363-376.
- Pongcharoenwaranyu, R. (2007). *The relationship between patient's readiness prior to transfer and recurrence after transfer from the CCU in patient with acute coronary syndrome*. A Thesis submitted in partial fulfillment of master of nursing science. Mahidol university, Bangkok, Thailand.

- Pugh, L., Tringali, R. A., Boehmer, J., Blaha, C., Kruger, N. R., Capauna, T. R., et al. (1999). Partners in care : a model of corroboration. *Holistic Nursing Practice*, 13, 61-65.
- Richards, S., & Coast, J. (2003). Interventions to improve access to health and social care after discharge from hospital: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*, 8, 171-179.
- Rorden, J. W., & Taft, E. (1990). *Discharge planning guide for nurses*. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Ryan, C. J., DeVon, H. A., Home, R., King, K. B., Milner, K., Moser, D. K., et al. (2007). Symptom clusters in acute myocardial infraction a secondary data analysis. *Nursing Research*, 56(2), 72-81.
- Samanit, N. (2000). *A study of discharge planning on health-promoting behaviors of hypertensive patients : Srisungwal hospital, Maehongson province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science, Mahidol university, Bangkok, Thailand.
- Shang, C. (2007). Reduce the risk of reinfarction and related complication after myocardial infraction. *The American Journal of Medicine*, 120, e25-e26.
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaran, J., & Phillips, C. (2007). Discharge planning from hospital to home. Retrieved August 13, 2007, from www.cochrane.org/reviews
- Shepperd, S., Parkes, J., McClaren, J., & Phillips, C. (2004). Discharge planning from hospital to home. (Publication no. CD000313.).
- Sidney, C., & Smith, J. (2007). Secondary prevention. In C. P. Cannon & P. T. O. Gara (Eds.), *Critical pathways in cardiovascular medicine* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Silverstein, M. D., Qin, H., Mercer, Q., Fong, J., & Haydar, Z. (2008). Risk factors for 30-day hospital readmission in patients ≥ 65 years of age. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 21(4), 363-372.
- Sinclair, A. J., Conroy, S. P., Davies, M., & Bayer, A. J. (2005). Post-discharge home-based support for older cardiac patients: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 34, 338-343.
- Siripat, S. (2002). *The satisfaction of postpartum mothers on discharge planning program, Thungsong hospital, Nakonsrithammarat province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science, Mahidol university, Bangkok, Thailand.

- Skekar, P. S., & Couper, G. S. (2006). *Treatment of advanced heart disease* (1 ed.): Taylor & Francis Group.
- Skinner, J. S., Cooper, A., & Feder, G. S. (2007). Secondary prevention for patients following a myocardial infarction: summary of NICE guidance (Publication., from Technology and guidelines: [www. heartjnl.com](http://www.heartjnl.com).
- Smith, J., & Liles, C. (2007). Information need before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671.
- Soiza, R. L., Hughes, N. J., Leslie, S. J., Peden, N. R., & Hargreaves, A. D. (2006). TIMI Risk Score predicts early readmission. *International Journal of Cardiology*, 111, 324 – 325.
- Svedlund, M., & Danielson, E. (2004). Myocardial infarction: Narrations by afflicted by woman and their partners lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 438-446.
- Timmins, F. (2005). A review of the information need of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in Critical care*, 10(4), 174-183.
- Turner, D. (1996). Can telephone follow-up improve post-discharge outcomes. *British Journal of Nursing*, 5(22), 1361-1365.
- Wenaweser, P., & Windecker, S. (2008). Acute coronary syndromes. *Herz* 33.2008.Nr.1, 25-37.
- Wesseldine, L. J., McCarthy, P., & Silverman, M. (1999). A structured discharge package given by a nurse reduced hospital readmission in children with asthma. *Arch Dis Child* 80, 110-114.
- Yilmaz, M. C., & Emiroglu, O. N. (2005). The need assessment of MI patients in discharge planning and home-health care: A sample from Turkey. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 7(2).



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

สังกัด

1. อาจารย์นายแพทย์ จัตรกนก ทุมวิภาต ศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นายแพทย์ นำ ต้นฐนิตย์ กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู
โรงพยาบาลจันทบุรีเบกษา พอ.บ.นอ.
จังหวัดนครปฐม
และกองเวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ
โรงพยาบาลภูมิพล
3. นายแพทย์ ศิโรตม์ สิ้นธุน์ทสกุล หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
4. นาง บุษบา วงศ์พิมล หัวหน้าหอผู้ป่วยวิกฤติหัวใจและหลอดเลือด
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
5. นางสาว มะลิวรรณ อังคณิตย์ พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
(โรคหัวใจและหลอดเลือด)
กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยครั้งนี้ คือ โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนการประเมิน (assessment) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน 24-48 ชั่วโมง แรกเริ่ม ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan) ได้แก่ การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่าย วางแผนการสอน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่าย (confirming the plan) ได้แก่ สอนตามคู่มือการสอน ส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่าย และการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายโรงพยาบาลโดยมีรายละเอียดตามที่แสดงในตารางดังนี้

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

วันที่กำหนดใน แผน	ขั้นตอนการวางแผน จำหน่าย	กิจกรรม
24 ชั่วโมงแรกที่ได้รับ การรักษา	ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอน การประเมิน (assessment)	1. แนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพ 2. อธิบายกิจกรรมที่จะประเมินการวางแผนจำหน่ายให้ผู้ป่วยทราบ 3. ประเมินเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ดังนี้ 3.1 ประเมินคัดกรองความเสี่ยงเพื่อการวางแผนจำหน่าย (ภาคผนวก ข หน้า 167) 3.2 ประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันร่วมกับผู้ดูแล (ภาคผนวก ข หน้า 168)

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่กำหนดในแผน	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรม
		3.3 ประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข หน้า169) 3.4 ประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันแต่ละราย (ภาคผนวก ข หน้า 172)
24 ชั่วโมงแรกที่ได้รับการรักษา	ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสร้างแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (building a plan)	1.การตั้งเป้าหมายการวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลพร้อมกำหนดวันตามแผนร่วมกัน 2.วางแผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในประเด็น ต่อไปนี้ 2.1 โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 2.2 การประเมินและการจัดการอาการเจ็บหน้าอก 2.3 การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 2.4 การป้องกันการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 2.5 การใช้ยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด 2.6 อาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ 3. วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร่วมกับแพทย์ผู้รักษาโดยวางแผนตามความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามที่ประเมินในขั้นต้น

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่กำหนดในแผน	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรม
วันที่ 1 ของการรักษา	ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน (confirming the plan)	1. ทบทวนแบบแผนการวางแผนจำหน่าย 2. ให้คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 3. สอนตามคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข หน้า 171) และตามแผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข หน้า 170) พร้อมให้การปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจในประเด็นดังนี้ (ใช้เวลา 15 นาที) - การประเมินและการจัดการอาการเจ็บหน้าอก - การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน 4. เริ่มกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และนักกายภาพบำบัด ตามความพร้อมในผู้ป่วยแต่ละรายและตามแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ภาคผนวก ข หน้า 172) โดยสอนตามคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและบันทึกผลภายหลังฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย (ภาคผนวก ข หน้า 173) เพื่อสื่อสารกับแพทย์และทีมผู้ดูแลในการวางแผนฟื้นฟู

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่กำหนดในแผน	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรม
		สมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องต่อไป (ใช้เวลา 15 นาที)
วันที่ 2 ของการรักษา	ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน (confirming the plan)	1. ทบทวนแบบแผนการวางแผนจำหน่าย 2. สอนตามคู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและสอนตามแผนสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยสอนในประเด็นดังนี้ (ใช้เวลา 15 นาที) - การป้องกันการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน - การใช้ยาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด - อาการเตือนที่ต้องมาพบแพทย์ 3. ส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข หน้า 172) ร่วมกับแพทย์ และนักกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่องร่วมกับการสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติได้หรือไม่ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และนักกายภาพบำบัด (ใช้เวลา 15 นาที)

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่กำหนดในแผน	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรม
วันที่ 3 ของการรักษา จนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน (confirming the plan)	1. ติดตามเยี่ยมที่หอผู้ป่วยเพื่อทบทวนความเข้าใจและให้ความรู้เพิ่มเติม 2. ทบทวนความรู้ และตอบข้อซักถามที่สงสัย 3. อธิบายแหล่งประโยชน์ และการเข้าถึงบริการสุขภาพในเครือข่ายบริการในชุมชน โดยร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล 4. ส่งเสริมและช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยตามตามแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ภาคผนวก ข หน้า 172) ร่วมกับแพทย์ และนักกายภาพบำบัด อย่างต่อเนื่องร่วมกับสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติได้หรือไม่ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกันระหว่างผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษา และนักกายภาพบำบัด (ใช้เวลา 15 นาที) 5. ส่งปรึกษากับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ผู้ป่วยต้องการหรือมีปัญหาภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน 6. ประสานกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการแจ้งกำหนดการที่แพทย์คาดว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านต่อเนื่องและรับนัดใหม่ที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งต่อไป
วันจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยัน	1. อธิบายขั้นตอนการมาตรวจตามแพทย์นัดให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้เข้าใจ และเล็งเห็น

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่กำหนดในแผน	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรม
	แผนการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน (confirming the plan)	ความสำคัญ และถ้าผู้ป่วยมีเหตุจำเป็นไม่สามารถมาได้ในวันนัดให้ผู้ป่วยมาในวันถัดไปเพื่อรับยาต่อเนื่องและรับนัดใหม่ที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดครั้งต่อไป 2. ทบทวนกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องขณะพักที่บ้านใช้เวลา 10 นาที 3. แจ้งการนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมของผู้วิจัยให้ผู้ป่วยได้ทราบตามวัน และเวลาที่กำหนดในผู้ป่วยแต่ละราย และส่งต่อศูนย์เยี่ยมบ้านตามระบบของเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านในระดับการบริการปฐมภูมิ (Primary care unit; PCU)
วันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย	ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการยืนยันแผนการจำหน่ายและปฏิบัติตามแผน (confirming the plan)	โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่าย (ภาคผนวก ง หน้า 174) ในช่วงเวลา 08.00น.-16.00 น. ใช้เวลา 10-15 นาที เพื่อ 1. สอบถามปัญหาการดูแลตนเอง สอบถามอุปสรรคในการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน และให้คำปรึกษาแนะนำเพิ่มเติม 2. สอบถามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อเนื่องที่บ้าน สอบถามอุปสรรคการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

โปรแกรมวางแผนจำหน่ายจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ต่อ)

วันที่กำหนดในแผน	ขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย	กิจกรรม
		3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลโทรศัพท์สอบถามเมื่อเกิดปัญหา และภาวะฉุกเฉินภายหลังจำหน่าย โดยในเวลาราชการ คือ เวลาตั้งแต่ 08.00 น.-17.00 น. ให้ติดต่อและรับคำปรึกษาโดยตรงกับผู้วิจัย ส่วนนอกเวลาราชการคือ เวลาตั้งแต่ 17.00 น.-08.00 น. ให้ติดต่อและรับคำปรึกษาจากพยาบาลหัวหน้าเวรของหอผู้ป่วยอายุรกรรม1 หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยอายุรกรรม3 ซึ่งเป็นตึกที่ผู้ป่วยจำหน่าย และเพื่อลดการสับสนการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่รับคำปรึกษานอกเวลาราชการ ผู้วิจัยจะได้อธิบายโครงการให้พยาบาลรับทราบพร้อมมอบคู่มือ และแผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลที่ให้คำปรึกษานอกเวลาราชการได้ใช้เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลที่ตรงกัน)
วันที่ 14 และวันที่ 30 หลังจำหน่าย	ติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำ	ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามการกลับมารักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายจำนวน 2 ครั้ง คือในวันที่ 14 และวันที่ 30 หลังจำหน่าย (ภาคผนวก ค หน้า 179) และประเมินการกลับมารักษาซ้ำจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนด้วย

1. แบบประเมินเพื่อการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ประกอบด้วย

1. 1 แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงเพื่อวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1.2 แบบประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1.3 แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

1. 1 แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงเพื่อวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Q wave ปรากฏอยู่ หรือมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดหัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmia)		
2. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกในอนาคต โดยยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดและการจัดการอาการ		
3. ผู้ป่วยอายุมากกว่า 70 ปี		
4. อาศัยอยู่คนเดียว		
5. มีโรคร่วมก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน		
6. ใช้ยารับประทานมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป		

1.2 แบบประเมินความต้องการการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ก่อนการเจ็บป่วยในครั้งนี้)

การรับประทานอาหาร

- ☐ รับประทานอาหารได้เอง
- ☐ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการช่วยตัดแบ่งในการรับประทานอาหาร
- ☐ ต้องป้อนอาหาร/ ให้อาหารทางสายยาง

การแต่งตัว

- ☐ แต่งตัวได้เอง
- ☐ พึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือการแต่งตัวบ้าง
- ☐ พึ่งพาผู้อื่นในการช่วยเหลือการแต่งตัวทั้งหมด

การอาบน้ำ

- ☐ อาบน้ำได้เอง
- ☐ พึ่งพาผู้อื่นในการอาบน้ำบ้าง
- ☐ ต้องช่วยเหลือในการอาบน้ำทั้งหมด

แปรงฟัน

- ☐ ทำได้เอง
- ☐ พึ่งพาบางส่วน
- ☐ ต้องช่วยเหลือทั้งหมด

ระบบประสาทสัมผัส (ก่อนการเจ็บป่วยในครั้งนี้)

การมองเห็น

- ☐ ปกติ
- ☐ สวมแว่นหรือคอนแทคเลนส์
- ☐ มองไม่เห็น

1.3 แบบประเมินการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

โดยการประเมินความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

หัวข้อการสอน/การให้ข้อมูล		ประเมินความรู้/ ข้อมูลที่ได้รับ		คะแนน				คำแนะนำ เพิ่มเติม
				1	2	3	4	
		ก่อน	หลัง					
1. เรื่องโรค	1.1 เป็นโรคอะไร							
	1.2 สาเหตุ							
	1.3 อาการ							
	1.4 การป้องกันการกำเริบของโรค							
2. แผนการรักษา	2.1 ยา จำนวน							
	ขนาดที่ใช้							
	ฤทธิ์ข้างเคียง							
	2.2 การใช้อุปกรณ์.....							
3. การปฏิบัติตน ภายหลังเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน(CARDS)	การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation; C)							
	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of daily living; A)							
	การทำงานในอาชีพ (Return to work; R)							
	การรับประทานยาและอาหาร (Drugs and Diet; D)							
	การสนับสนุนทางสังคม (Social support; S)							

2. แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

แผนการสอนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและภาพพลิก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ เพื่อสนับสนุนความรู้ในการดูแลตนเองให้แก่กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค อาการของโรค การรักษาของโรค การดูแลตนเองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน คำแนะนำการใช้ยาและปฏิบัติในการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง การมาตรวจตามนัด แนวทางการทำกิจกรรมภายหลังออกจากโรงพยาบาล การปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและ การวางแผนการจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ

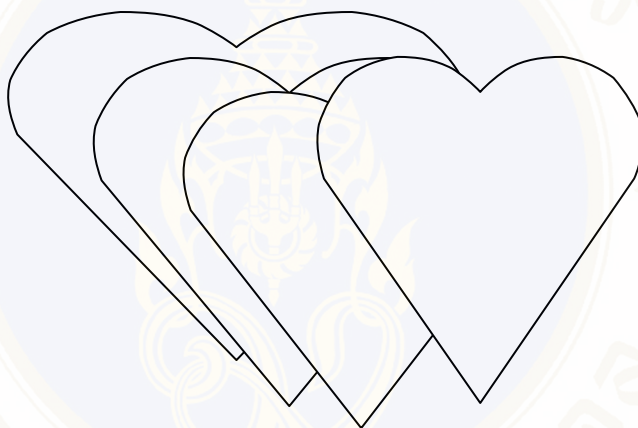
เนื้อหา ประกอบด้วย

1. โรค สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
3. การรักษาของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
4. การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
5. คำแนะนำการใช้ยาและปฏิบัติในการเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
6. การมาตรวจตามนัด
7. แนวทางการทำกิจกรรมภายหลังออกจากโรงพยาบาล
8. การปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
9. การวางแผนการจัดการเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำเกิดขึ้น

3. คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ มีเนื้อหาเช่นเดียวกับแผนการสอน จากนั้นผู้วิจัยนำมาเรียบเรียงใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและมีภาพประกอบในเล่มให้น่าอ่าน ใช้เป็นเอกสารหลังจากให้ความรู้ไปแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน

คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน



จัดทำโดย

นางสาว จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

4. แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2551) และค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆเพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นแนวทางสื่อสารระหว่างแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในกลุ่มทดลองขณะรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงระดับใด ขั้นตอนที่ 2 พิจารณามีข้อห้ามในการออกกำลังกายหรือไม่ ขั้นตอนที่ 3 ฟื้นฟูสภาพร่างกายและเฝ้าระวังอาการขณะฟื้นฟูสภาพร่างกาย และขั้นตอนที่ 4 แพทย์พิจารณากำหนดวิธีการออกกำลังกายและปรับการรักษาเป็นระยะ

4.1 แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

คำชี้แจง โดยความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต้องไม่มีอาการดังข้อคำถามดังต่อไปนี้

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก (ชนิด Unstable Angina)		
2. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง โดย Systolic blood pressure $\geq$ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic blood pressure $\geq$ 110 มิลลิเมตรปรอท		
3. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ (โดยค่าปกติคือ ความดันโลหิต 90/60- 140/90 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36-37 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจสะดวก 12-20 ครั้งต่อนาที)		
4. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดที่ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled atrial or ventricular arrhythmias)		
5. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นเร็วไม่สามารถควบคุมได้.....		
6. ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ หอบ		

4.2 แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล

ชื่อผู้ป่วย.....วินิจฉัยโรค.....

อายุ.....HN.....AN.....ตึก.....

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด แพทย์เจ้าของไข้.....

ลำดับ	ประเมินก่อนการฟื้นฟู สภาพร่างกาย	ประเมินระหว่างการ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย	ประเมินหลังการ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย	เวลาที่ใช้ในการ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย
ครั้งที่ 1 วันที่..... 	T=.....C PR=.....ครั้ง/นาที RR=.....ครั้ง/นาที BP=.....mmHg RPE=.....คะแนน ลงชื่อ..... (พยาบาลวิชาชีพ)	PR=.....ครั้ง/นาที RR=.....ครั้ง/นาที ลงชื่อ..... RPE=.....คะแนน ลงชื่อ..... (นักกายภาพบำบัด)* ลงชื่อ..... (พยาบาลวิชาชีพ)	PR=.....ครั้ง/นาที RR=.....ครั้ง/นาที BP=.....mmHg HR=...ครั้ง/นาที RPE=.....คะแนน ลงชื่อ..... (พยาบาลวิชาชีพ)	เวลาที่ใช้ในการ ฟื้นฟูสภาพร่างกาย () 5 นาที () 10 นาที () 15 นาที ลงชื่อ..... (พยาบาลวิชาชีพ)
ครั้งที่ 2 วันที่..... 				
ครั้งที่ วันที่..... 				

5. แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์

แบบบันทึกการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยโทรศัพท์

คำชี้แจง ใช้สำหรับพยาบาลบันทึกผลการติดตามปัญหาอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วยในวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังจำหน่ายโรงพยาบาลโดยการโทรศัพท์

ชื่อผู้ป่วย.....เบอร์โทร.....

การวินิจฉัยโรค.....

วันที่โทรศัพท์..... เวลา

สถานการณ์โทรศัพท์

ไม่รับสาย

☐ ไม่รับสายโทรซ้ำ ครั้งที่ 1

☐ ไม่รับสายโทรซ้ำ ครั้งที่ 2

☐ ไม่ติดต่อกลับ

รับสาย

ได้สอบถามและสนทนากับผู้ป่วย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ได้สอบถามและสนทนากับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแล ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ได้สอบถามและสนทนากับบุคคลอื่นๆ ที่รู้จักผู้ป่วย ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ผู้ป่วยมีอาการอย่างไรหลังจำหน่าย

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ป่วยมีปัญหาการดูแลตนเองหรือความต้องการดูแลเพิ่มอะไรบ้าง

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะและคำแนะนำที่ให้

.....

.....

.....

ลงชื่อ..... พยาบาลวิชาชีพ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไป

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลนี้ไม่ได้ระบุชื่อ-นามสกุลของท่าน และใช้เป็นข้อมูล
ขั้นต้นเพื่อการศึกษาเท่านั้น

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ เพียง
เครื่องหมายเดียวลงในช่อง ตามที่ท่านเห็นว่าเป็นจริง และตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด และ
โปรดตอบข้อคำถามให้ครบทุกข้อ

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ..... ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง/แยกกัน
4. ระดับการศึกษา
☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ
☐ อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
☐ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
☐ ปริญญาโท
☐ อื่นๆ
5. ศาสนา
☐ พุทธ
☐ คริสต์
☐ อิสลาม
☐ อื่นๆ.....

6. อาชีพ

- ☐ ทำนา/ทำสวน ☐ ค้าขาย/อาชีพส่วนตัว
☐ รับราชการ ☐ ทำงานรัฐวิสาหกิจ
☐ ทำงานบริษัทเอกชน ☐ ไม่ได้ทำงาน (ไม่ต้องหารายได้เลี้ยงชีพ)
☐ อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 สำหรับบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้บันทึก และใช้เป็นข้อมูลขั้นต้นเพื่อการศึกษาเท่านั้น

1. อาการสำคัญ

.....

2. การวินิจฉัยโรค

- ☐ STEMI
☐ NONSTEMI
☐ Unstable Angina.....

3. ระดับของความรุนแรงของโรค (Killip class)

- ☐ ระดับ 1
☐ ระดับ 2
☐ ระดับ 3
☐ ระดับ 4

4. ยาที่ได้รับเพื่อการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเมื่อแรกรับในโรงพยาบาล

- ☐ ยาละลายลิ่มเลือด ระยะเวลาการได้รับ (Door to needle) นาที
☐ ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ☐ ยาป้องกันการเกาะตัวของเกร็ดเลือด
☐ ยาเพิ่มความดันโลหิต ☐ ยาป้องกันหัวใจเต้นผิดปกติ
☐ ยาลดอาการเจ็บหน้าอก ☐ ยาเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ
☐ อื่นๆ.....

5. ความเสี่ยงต่อการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

ในกลุ่ม STEMI ภายหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด 90 นาที

- ☐ ST segment ลดลงมากกว่าร้อยละ 50
☐ ST segment ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50.....

2. แบบสอบถามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

2.1 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่าขณะนี้ท่านสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้มากน้อยอย่างไรบ้าง กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ เพียงเครื่องหมายเดียวลงในช่อง ตามที่ท่านเห็นว่าเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด และโปรดตอบข้อคำถามให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การตอบ ดังนี้

ตอบว่า ใช่ เมื่อข้อคำถามนั้นเห็นว่าเป็นจริงตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ตอบว่า ไม่ใช่ เมื่อข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

1. ด้านการรับประทานอาหาร

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่	คะแนน (สำหรับ เจ้าหน้าที่)
1.1 ท่านมีการจำกัดอาหารใช่ไหม*			
1.2 ท่านใช้เวลาในการรับประทานอาหารใช่ไหม			
1.3 ความอยากอาหารของท่านมีการเปลี่ยนแปลงใช่ไหม			
1.4 ท่านมีความต้องการอาหารหรืออาหารทดแทนบ่อยขึ้นใช่ไหม			
1.5 ท่านยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเตรียมอาหารให้ท่านใช่ไหม			
1.6 ท่านต้องการความช่วยเหลือในการตัดแบ่งอาหารหรือเทน้ำผลไม้ต่างๆใช่ไหม			
1.7			
คะแนนรวม (สำหรับเจ้าหน้าที่)			

2.2 แบบสอบถาม ความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

หัวใจเรียบพลัน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย ข้อรายการที่ถามระดับความรู้สึกพอใจของท่าน เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน) และการติดตามหลังที่ท่านพักฟื้นที่บ้าน กรุณาเขียนเครื่องหมาย ✓ เพียงเครื่องหมายเดียวลงในช่อง ซึ่งตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด และโปรดตอบข้อคำถามให้ครบทุกข้อ โดยมีความหมายหรือข้อบ่งชี้ในการตัดสินใจ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจมากที่สุดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

มาก หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจมากต่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจปานกลางต่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

น้อย หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจน้อยต่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพอใจน้อยที่สุดต่อการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ท่านรู้สึกพึงพอใจที่	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกับทีมสุขภาพ					
2. พยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ครอบคลุมปัญหาของท่าน					
3. ท่านพึงพอใจที่ผู้ดูแลใกล้ชิดที่ท่านมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย.....					
4.					

2.3 แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้ใช้บันทึกข้อมูล เกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการอาการกำเริบของโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ภายใน 30 วัน หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ลำดับที่.....

การประเมินครั้งที่ 1 (วันที่ 14 หลังจำหน่าย) วันที่.....เดือน พ.ศ.....

การประเมินครั้งที่ 2 (วันที่ 30 หลังจำหน่าย) วันที่.....เดือน พ.ศ.....

ครั้งที่ วันที่	วันรับไว้ใน โรงพยาบาล	วันจำหน่าย	วันที่กลับมา รักษาซ้ำ	สาเหตุการกลับรักษาซ้ำ โรงพยาบาล

ภาคผนวก ง

คำชี้แจงพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Patient/Participation Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบาย จนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษากับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ ประสิทธิภาพของการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ต่อความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และ การกลับมารักษาซ้ำ

ชื่อผู้วิจัย นางสาว จุฬารักษ์ เพิ่มพูล

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 อายุรกรรม 2 อายุรกรรม 3 และคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์หัวใจตติยภูมิ ระดับ 4 เขตหน่วยบริการ เครือข่ายศูนย์โรคหัวใจ เขต 8 จังหวัดขอนแก่น

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เบอร์โทรศัพท์ ติดต่อได้ทั้งในเวลา และนอกเวลาราชการ คือ 086-2314485

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาประสิทธิภาพของการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และ การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัย ประยุกต์จากตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำปรึกษาจากผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและศึกษาเรื่องนี้โดยเฉพาะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถในการดูแลตนเอง ได้รับการส่งเสริมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนกลับบ้าน และมีความต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากการวิจัย คือ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับทำให้ร่างกายผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพเข้าสู่ภาวะปกติเร็วขึ้นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ปกติดังเดิม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เพราะเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งจะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้น 80 คน โดยจะได้รับการสุ่มเลือกออกเป็น 2 กลุ่มซึ่งโอกาสการสุ่มเข้าแต่ละกลุ่มเท่ากัน ผู้วิจัยจะไม่ทราบล่วงหน้าว่าท่านจะได้รับการสุ่มเข้าไปอยู่ในกลุ่มใด โดยกลุ่มที่ 1 จะได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานของโรงพยาบาลร่วมกับได้รับการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบโดยผู้วิจัย (คู่มือการดูแลตนเอง และแบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้ป่วย) ส่วนในกลุ่มที่ 2 จะได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงานของโรงพยาบาล ระยะเวลาที่จะทำโครงการวิจัยสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ประมาณ 5 สัปดาห์

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

ก่อนเริ่มกิจกรรมของโครงการฯ

ท่านจะได้รับแบบสอบถาม หรือได้รับการสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนตัวบางประการ ประวัติสุขภาพ และอาการอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของท่านรวมถึงการได้รับการประเมินปัญหาของท่านขณะเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินร่างกาย โดยการวัดชีพจร ความดันโลหิต การสังเกต และสอบถามอาการเจ็บหน้าอก อาการอ่อนเพลีย และสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยผู้วิจัยหรือพยาบาลวิชาชีพ

ขณะเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ

- สำหรับท่านที่อยู่ในกลุ่มที่ 1 จะเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ

- ช่วงที่ 1 สัปดาห์แรกหรือขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้วิจัยประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อเตรียมความพร้อมท่านก่อนออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ และให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การดูแลตนเองภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน รวมถึงประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้เพื่อประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการฝึกปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยทีมแพทย์พยาบาลและนักกายภาพบำบัดตามความพร้อมของท่าน ใช้เวลา 10-15 นาที โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะต่อเนื่องจนกระทั่งท่านออกจากโรงพยาบาลและกลับไปพักฟื้นที่บ้าน นอกจากนี้ท่านจะได้รับคู่มือการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนำกลับไปทบทวนที่บ้านด้วย

- ช่วงที่ 2 เป็นช่วงเวลาที่ท่านกลับไปอยู่บ้านในวันที่ 2 และ 7 หลังท่านออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ติดตามสอบถามปัญหาและอุปสรรคการดูแลตนเองของท่านรวมถึงให้การปรึกษาช่วยเหลือท่านเมื่อเกิดปัญหาการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สิ่งสำคัญขอให้ท่านดูแลตนเองตามที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านจากผู้วิจัย และท่านควรปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องตามโปรแกรม หลังจากนั้นในวันที่ท่านมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ท่านจะได้รับการสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสอบถามความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมของท่านก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที โดยไม่รบกวนขั้นตอนการตรวจรักษาตามเวลาที่ท่านต้องตรวจรักษาจากแพทย์ และในวันที่ท่านพักฟื้นที่บ้าน คือ วันที่ 14 และ 30 หลังออกจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับโทรศัพท์ติดตามการกลับมารักษาช้าจากผู้วิจัยในช่วงเวลา 08.00น. -16.00น. ใช้เวลา 10-15 นาที

- สำหรับท่านที่อยู่ในกลุ่มที่ 2 ท่านจะได้รับการดูแลรักษาและการฟื้นฟูสภาพจากทีมสุขภาพ ตามมาตรฐานการดูแลของโรงพยาบาล และสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ของโครงการฯ และในวันที่ท่านมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ท่านจะได้รับการสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสอบถามความพึงพอใจต่อการเตรียมความพร้อมของท่านก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที โดยไม่รบกวนขั้นตอนการตรวจรักษาตามเวลาที่ท่านต้องตรวจรักษาจากแพทย์ และในวันที่ท่านพักฟื้นที่บ้าน คือ วันที่ 14 และ 30 หลังออกจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับโทรศัพท์ติดตามการกลับมารักษาช้าจากผู้วิจัยในช่วงเวลา 08.00น. -16.00น. ใช้เวลา 10-15 นาที เช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1 ทั้งนี้หากท่านสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ หรือต้องการคู่มือการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจะจัดให้ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมหลังจากที่สิ้นสุดโครงการวิจัยแล้ว

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้มีผู้เคยทำการศึกษา พบว่ามีประโยชน์และมีปลอดภัยสูง และไม่พบรายงานการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้มีการนำมาใช้มากขึ้นและนับรวมเป็นการรักษาผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยทุกกลุ่มที่มีปัญหาโรคหัวใจขณะผู้ป่วยรับการรักษา เช่น ในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ฟื้นฟูเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังจากออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาไม่พบว่ามีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเกิดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ขณะที่ท่านเข้าร่วมกิจกรรมอยู่นั้น จะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้วิจัย และได้รับการดูแลเป็นอย่างดีจากผู้วิจัย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะเจ็บแน่นหน้าอก ภาวะหัวใจเต้นเร็วไม่สม่ำเสมอมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้คอยสังเกตอาการผิดปกติขณะท่านเข้าร่วมกิจกรรม หากท่านมีอาการผิดปกติ จะยุติการทำกิจกรรมนั้นทันที และให้การช่วยเหลือตามแนวทางการรักษา โดยมีการวางแผนและประสานงานในด้านการให้การช่วยเหลือจากแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งในกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นขณะเข้าร่วมกิจกรรมนี้ ท่านจะได้รับการดูแลจาก นายแพทย์ศิริธรรม สินธุพันธ์สกุล แพทย์ประจำกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด หมายเลขโทรศัพท์ 089-8613833

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และท่านก็จะได้รับการดูแลตามปกติจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม และคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยได้รับการสอนหรือได้รับเอกสารตามปกติจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของโรงพยาบาล

หากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย หรือ มีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับ นางสาว จุฬารักษ์ เพิ่มพูน ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่หมายเลขโทรศัพท์ 086-2314485

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็ว ไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของท่านเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น สถาบัน หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ คณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่ผลกระทบต่อการบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัย มหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ตามสถานที่ และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)
วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของการเตรียมผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล
 อย่างเป็นระบบ ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษากลับ

โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่
 จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้า
 ร่วมการวิจัยรวมทั้งแนวทางการป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสาร
 ชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัยหรือหากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับ
 ข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นางสาว จุฬารัตน์ เพิ่มพูน ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ ที่
 ติดต่อกับได้ 24 ชั่วโมง 086-2314485

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ
 ประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดี
 มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
 หมายเลขโทรศัพท์ 02-849-6223-5 โทรสาร 02-849-6223

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการ
 วิจัย และสามารถถอนตัว หรือขอเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการและการรักษาพยาบาลที่
 ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่
 ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม /วันที่.....

(.....)

ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ที่อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ
จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

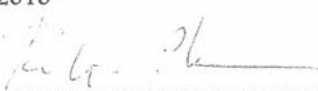
Informed Consent form version 8 April 2009



รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
 มหาวิทยาลัยมหิดล
 รหัสโครงการ MU-IRB. 2009/076.0903
 วันที่ 22 เมษายน 2552

ภาคผนวก จ

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

	
COA. No. MU-IRB 2009/046.2004	
Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board	
Title of Project:	The Effectiveness of a Structured Discharge Planning Program in Patients with Acute Coronary Artery Syndrome on Functional Status, Satisfaction and Readmission (Thesis for Master Degree)
Principle Investigator:	Miss Chuthaporn Phemphul
Name of Institution:	Faculty of Nursing
Approval includes:	1) MU-IRB Submission form version received date 8 April 2009 2) Participant Information sheet version date 8 April 2009 3) Informed Consent form version date 8 April 2009 4) Questionnaire version received date 8 April 2009
Mahidol University Institutional Review Board is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)	
Date of Approval:	20 April 2009
Date of Expiration:	19 April 2010
Signature of Chairman:	 (Professor Rutja Phuphaibul) Vice Chair for Chair
Signature of Head of the Institute:	 (Associate Professor Sansanee Chaiyaroj) Vice President for Research and Academic Affairs
Office of the President, Mahidol University, 999 Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon District, Nakhon Pathom 73170. Tel. (662) 8496223-5 Fax. (662) 8496223	

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาว จุฬารัตน์ เพิ่มพูล
วัน เดือน ปีเกิด	29 มีนาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม พ.ศ. 2536-2540 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ทุนการศึกษา/ทุนวิจัย/ รางวัลที่ได้	ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิต สำหรับนักศึกษา บัณฑิตศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2552 จากสภาการพยาบาล
การเผยแพร่ผลงานวิชาการ	-
ที่อยู่ปัจจุบัน	94 หมู่ที่ 1 ตำบล นาโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ 086-2314485, 043-653021
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
สถานที่ทำงาน	ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ 043-527185 E-mail: ppjulaporn@yahoo.com, antry2010@hotmail.com