

ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังทำบอลลูนหัวใจ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่

จินตนา มีวรรณสุขกุล พย.บ.*, คุณญา แก้วทันคำ พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิต 20,746 คน ปี พ.ศ. 2561 มีอัตราการตาย 21.8 ต่อแสนประชากร สาเหตุใหญ่มาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป และจากปัจจัยโรคร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจสูงขึ้น คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลแพร่ มีผู้ป่วยทำบอลลูนหัวใจที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 ถึงร้อยละ 3.76, 3.84 และ 4.45 ตามลำดับ อีกทั้งผู้ป่วยที่มาด้วยอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบว่ามีอัตราการเพิ่มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังทำบอลลูนหัวใจ และเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยโรคร่วมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการทำบอลลูนหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยโปรแกรมฯ รูปแบบใหม่

วิธีการศึกษา: วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ศึกษาในกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ทำหัตถการสวนหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจรับไว้ติดตามอาการ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 29 คน ศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 – พฤษภาคม 2565 โดยวัดผลเมื่อครบ 6 เดือน โดยประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS–Cr–LDL–ค่า EF จากการตรวจ Echo, blood pressure การใช้อายมไต้ลีน และอาการ Chest pain เพื่อประเมินความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำ

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยมีการควบคุมพฤติกรรมรับประทาน อาหาร ออกกำลังกาย ปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT และสามารถจัดการความเครียดในขณะที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ดีขึ้น (p-value <.01) ส่วนการวัดผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า FBS–LDL–ค่า EF จากการตรวจ Echo และค่า blood pressure ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) โดยไม่มีการใช้อายมไต้ลีน และไม่มีอาการ Chest Pain ร้อยละ 100 หลังการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

สรุป: การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการทำบอลลูนหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลแพร่ รูปแบบใหม่ แสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะ เวลา 1 ปี เป็นการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ, คุณภาพชีวิต

* คลินิกโรคหัวใจ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่

Effects of a cardiac rehabilitation program on the quality of life patients with myocardial infarction after balloon angioplasty cardiology clinic Phrae Hospital

Chintana Meewansukul B.N.S.* Kunnaya Kaewtankam B.N.S.*

Abstract

Background: Myocardial infarction is a leading cause of death in Thailand. In 2017, 20,746 people died from the disease and there was a mortality rate of 21.8 per 100,000 population in 2018. The main cause was from changing consumption behaviors. and from co-morbid factors that contributes to higher Myocardial Infarction. It was reported that from 2018-2020, there were cases of patients having internally recurring balloon angioplasty within 1 year at Phrae Hospital Heart Clinic and the rate was 3.76%, 3.84 and 4.45, respectively. Also, there were some patients having Acute Coronary Syndrome an increased risk of cardiovascular disease.

Objective: 1. To study the risk of recurrence in patients with Acute Coronary Syndrome after balloon angioplasty with myocardial infarction in Phrae Hospital. 2.To study health behaviors and co-morbid factors patients having received cardiac rehabilitation with a new program

Study Design: Quasi Experimental Research, studied in a single group. The results were measured before and after the trial (The One Group Pretest Posttest Design). The sample consisted of patients with myocardial infarction under going cardiac catheterization at a cardiology clinic. Phrae Hospital received for follow-up in 2021, 30 subjects were studied during November 2021 – May 2022. Results were assessed after 6 months of treatment by evaluating laboratory tests including FBS, LDL, EF diagnose from Echo, blood pressure, Nitroglycerin use, and chest pain of treatment to assess the risk of recurrence.

Result: Patients having behavioral control, doing exercise, combined with SKT meditation therapy were able to manage stress during cardiac rehabilitation (p -value $<.01$). Moreover, for laboratory measurements, it was found that FBS, Cr, LDL, EF diagnose from Echo and blood pressure returned to normal levels (p -value $<.01$). There was also no usage of sublingual medication and no chest pain reported after the cardiac rehabilitation program.

Conclusion: The study of cardiac rehabilitation program on the quality of life patients with myocardial infarction after balloon, cardiology clinic Phrae Hospital shows that it helps reducing risk of patients from retuning for treatment of the same symptom within a year. This helps improving the life's quality of patients and can help patients in implementing healthy behavior change by themselves.

Keywords: Myocardial infarction, Cardiac rehabilitation program, Quality of life

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease, CAD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าทั่วโลกเสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ประมาณ 9.2 ล้านคน⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดถึง 20,746 คน เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 57 คน และมีแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน และมีอัตราการตาย 21.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2561⁽³⁾

ทั้งนี้ สาเหตุใหญ่มาจากพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของประชากรปัจจุบัน ที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะเศรษฐกิจและสังคม และผลจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นสาเหตุและปัจจัยโรคร่วมที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจสูงขึ้นด้วย⁽¹⁾ การรักษาด้วยการสวนหัวใจปัจจุบันเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและออกจากโรงพยาบาลได้เร็ว แต่พบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังคงมีปัญหาการตีบของหลอดเลือดได้แม้จะพบไม่บ่อยแต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย⁽⁴⁾

คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่ ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและรับผู้ป่วยหลังจากได้รับการทำบอลลูนหัวใจ หรือผ่าตัดหัวใจ แล้วจากโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560

ถึงปัจจุบัน จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ของคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่ ส่งผู้ป่วยไปรับการทำหัตถการสวนหัวใจในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 173 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 172 และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 181 ราย มีผู้ป่วยทำบอลลูนหัวใจ จำนวน 94, 96 และ 89 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่ได้รับการทำบอลลูนหัวใจกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ตั้งแต่ปี 2561 ถึง ปี 2563 จำนวน 4 ราย และ 5 ราย ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 3.76, 3.84 และ 4.45 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาลแพร่ 3 ปี ย้อนหลังพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลแพร่ ด้วยอาการภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 689 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 678 ราย และ ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 638 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีอัตราของผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง

กระบวนการของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) มีระบบและขั้นตอนต่างๆ เข้ามาเสริมโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ได้ตามปกติ รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ ซึ่งประกอบไปด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหารทั้งชนิดและปริมาณอาหารรับประทานยาที่จำเป็นให้สม่ำเสมอและออกกำลังกายเป็นประจำ ซึ่งจากสถิติของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกนั้นผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม cardiac rehabilitation มีเพียงประมาณ 30% ของผู้ป่วยโรคหัวใจ อุบัติการณ์สำคัญคือผู้เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติยังมีความเข้าใจน้อยและยังไม่ได้ทราบประโยชน์ที่แท้จริงของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หัวใจ⁽⁶⁾ ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของโรงพยาบาลแพร่ ทำได้ไม่เต็มที่เนื่องจากมีการกระจายผู้ป่วยไปอยู่หน่วยบริการหลายแห่ง เช่น คลินิกโรคหัวใจ คลินิกอายุรกรรมทั่วไป คลินิกปฐมภูมิ ซึ่งแต่ละหน่วยบริการมีการให้คำแนะนำแต่ละด้านต่าง ๆ กันตามบริบทของหน่วยงานนั้น ๆ ทำให้ขาดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามโปรแกรมแบบเดิม ยังคงเป็นการใช้โปรแกรมที่ใช้รูปแบบการดูแลแบบ Traditional Model ซึ่งมีความคาดหวังในตัวผู้ป่วยว่าจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ได้ จึงเหมือนกับการตั้งเป้าหมายและบอกให้ผู้ป่วยทำหลาย ๆ อย่าง ส่งผลให้ผู้ป่วยท้อใจและคิดว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องยาก

ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหลังการทำการบอลลูนหัวใจของโรงพยาบาลแพร่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการกลับมาซ้ำของผู้ป่วย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังการทำการบอลลูนหัวใจ โดยให้ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจเพียงแห่งเดียว และเพิ่มกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ ก่อนให้ผู้ป่วยร่วมวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ แล้วจึงแนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ผู้ป่วยนำไปใช้ปฏิบัติตามแผน เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

การวิจัยในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁷⁾ เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจังซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life style)⁽⁷⁾ ร่วมกับการใช้รูปแบบกิจกรรมการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) ที่พัฒนาขึ้นโดย Miller และ Rollnick ในปี ค.ศ. 1991⁽⁸⁾ ที่มุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเป็นมิตรเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้ป่วยหลังการทำการบอลลูนหัวใจ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความเสี่ยงของการกลับมาซ้ำซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังทำการบอลลูนหัวใจ และเพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยโรคร่วมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังทำการบอลลูนหัวใจที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยโปรแกรมฯ รูปแบบใหม่

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้แบบการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) เพื่อศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่รับไว้ติดตามอาการ โดยทำการศึกษาตั้งแต่

เดือนพฤศจิกายน 2564–พฤษภาคม 2565 โดยประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่รับไว้ติดตามอาการ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 30 คน⁽¹⁾ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการฯ (Inclusion criteria) คือมีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะ ครบถ้วนสมบูรณ์ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ สามารถให้การติดต่อทางโทรศัพท์หรือทางช่องทางอื่น ๆ ได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจ

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากตารางสำเร็จรูป (Power Table)⁽²⁾ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ α (Level of significant) ที่ระดับ 0.05 ระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .05 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดกลาง⁽⁹⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

¹ ในปี 2564 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการทำหัตถการสวนหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่รับไว้ติดตามอาการนั้น มีจำนวนน้อยกว่าทุกปี เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดไวรัสโคโรนา (Covid-19) ระบาดอย่างหนัก ทางผู้ป่วยฯ จึงไม่เดินทางมารับการทำการหัตถการฯ ส่วนทางคลินิกเองก็ไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เป็นจำนวนมาก

² คำนวณโดย ผศ.นิคม ถนอมเสียง โปรแกรม Stata: npnF(u,v,(invFtail(u,v,alpha)),1-Power) Adapted From Table 9.4.2 (Cohen, 1988)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการทำบอลลูนหัวใจ โรงพยาบาลแพร่ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยปรับปรุงจากคู่มือการฟื้นฟูหัวใจของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽¹⁰⁾ เป็นหลัก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (สาเหตุ, ความเสี่ยงในการเกิดโรค, ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสียหาย) อาหารเฉพาะโรคหัวใจ และหลอดเลือด การทำกิจกรรม, การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค และ พฤติกรรมฟื้นฟูหัวใจ ได้แก่ การดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูหัวใจหลังทำบอลลูนหัวใจ (การออกกำลังกาย, การพักผ่อน, การลดความเครียด, การรับประทานยา) และการลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจซ้ำ เพื่อการวางแผนและกำหนดรูปแบบการฟื้นฟูหัวใจที่เหมาะสม

โดยส่วนของโปรแกรมอาหารเฉพาะโรค ใช้ข้อมูลปรับปรุงจากสำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽¹¹⁾ ฝึกสมาธิแบบ SKT 1 และ SKT 7 จาก กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยปรับปรุงมาจากแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ Rehab Guideline ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ⁽¹³⁾

1.2) แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งจัดทำขึ้นตามแบบบันทึกแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการทำการบายพาสหัวใจ โรงพยาบาลแพร่ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิในด้านที่เกี่ยวข้อง 3 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรมหัวใจ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ 1 ท่าน ให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถึงเนื้อหา ความเหมาะสม และพิจารณาให้คำแนะนำเพื่อปรับแก้ตามความเหมาะสม โดยหลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 10 ราย ซึ่งผู้ทดลองใช้ร้อยละ 100 มีความเห็นว่าโปรแกรมสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ตาม 3อ2ส ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ของกองส่งเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (13)

2.2) แบบบันทึกการติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใช้การบันทึกตามแนวทางการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ2ส. ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ เพื่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของกองส่งเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ และส่วนของการประเมินการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และการ

ประเมินผลทางคลินิก ใช้ตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นตอนเตรียมการดำเนินงาน และพัฒนาเครื่องมือเก็บข้อมูล

1.1 ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.2 วางแผนและออกแบบการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยหลังการทำการบายพาสหัวใจ โรงพยาบาลแพร่

1.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้

1.4 ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ โดยได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ หมายเลขใบรับรอง 57/2564 วันที่ให้การรับรอง 19 พฤศจิกายน 2564 วันที่หมดอายุใบรับรอง 19 พฤศจิกายน 2565

2. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะกระบวนการ Health Coaching รายบุคคล

ผู้วิจัยจะเป็นที่ปรึกษาในการดูแลสุขภาพ มีกิจกรรมเพื่อทำความเข้าใจถึงความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย โดยใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจ⁽¹⁵⁾ (Motivational

interviewing skill) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถออกแบบวิธีการฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสมกับกับตนเอง และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยกิจกรรมจะแบ่งเป็น 2 Sessions หลัก ได้แก่

Session 1: 2 สัปดาห์หลังการทำบอลลูนหัวใจ สัมภาษณ์โดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน ของ Miller & Rollnick, 1991⁽⁸⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้ร่วมกับทักษะการปรึกษา OARS เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการทำ Health Coaching รายบุคคล มีการติดตามทุก 1 เดือน

Session 2: การสอน (Coaching) โดยให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยฟื้นฟูหลังทำบอลลูนหัวใจ การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วย และการรับประทานยาที่สำคัญเฉพาะโรค (DAPT, ACEI/ARB, B-Blocker, Statin) โดยผู้วิจัยมอบแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปใช้ปฏิบัติที่บ้าน

2.2 ระยะเวลาการติดตามผล

ติดตามผลโดย เดือนที่ 1, 2, 4, 5 ติดตามและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ทางโทรศัพท์ โดยในเดือนที่ 3 จะมีการนัดติดตามที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่ เพื่อตรวจประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดตามมาตรฐานทั่วไป และพบแพทย์ เดือนที่ 6 นัดติดตามที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อติดตามและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และวัดผลหลังการทดลอง โดย

ประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ FBS–Cr –LDL- ค่า EF จากการตรวจ Echo-blood pressure การใช้ออมไต้ลีน และอาการ Chest pain หลังการรักษา 6 เดือน เพื่อประเมินความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำหลังการทำบอลลูนหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ในการดูแลตนเองตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และวัดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ Paired t- test โดยกำหนดค่าระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 30 ราย แต่ในช่วงเดือนที่ 3 มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ 1 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้ 29 ราย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 66.5) อายุเฉลี่ย 60–69 ปี (ร้อยละ 48.3) และมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 89.7) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 44.8) มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.0) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวก่อนเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 86.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล (n=29)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	19	66.5
หญิง	10	34.5
อายุ		
<50 ปี	4	13.8
50-59 ปี	4	13.8
60-69 ปี	14	48.3
≥70 ปี	7	24.1
สถานภาพสมรส		
โสด	0	0.0
สมรส	26	89.7
หม้าย	3	10.3
หย่า	0	0.0
แยก	0	0.0
รายได้		
≤5,000 บาท	13	44.8
5,001-10000 บาท	12	41.4
10,001-15,000 บาท	2	6.9
>15,000	2	6.9
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	69.0
มัธยมศึกษา	6	20.7
ประกาศนียบัตร	2	6.9
ปริญญาตรี	1	3.5
อื่นๆ	0	0.0
โรคประจำตัว		
มี	25	86.2
ไม่มี	4	13.8

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคก่อนการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและหลังใช้โปรแกรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.01$) มีคะแนนค่าเฉลี่ยการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มก่อนและหลังใช้โปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.01$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคก่อนและหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.01$) คะแนนเฉลี่ยของการกินผักและผลไม้สดวันละครึ่งกิโลกรัม

เพิ่มขึ้นหลังใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.01$) คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT เพิ่มขึ้นหลังใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.01$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการความเครียดหลังใช้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.01$) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังใช้โปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $<.05$) ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อน - หลังการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

พฤติกรรมสุขภาพ (n=29)	Mean	SD	df	p-value
1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค				
1.1 การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสอาหาร ไม่ให้หวาน มัน เค็มจัด ทุกมื้อ				
ก่อนใช้โปรแกรม	2.31	.850	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	3.31	.660		
1.2 การกินอาหารเค็ม หรือมีโซเดียมมากกว่า 1 ชช.ต่อวัน				
ก่อนใช้โปรแกรม	2.41	.628	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	1.03	.186		
1.3 กินผัก และ ผลไม้สด วันละครึ่งกิโลกรัม				
ก่อนใช้โปรแกรม	3.24	.912	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	4.14	.743		
2. พฤติกรรมออกกำลังกาย (ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละอย่างน้อย 30 นาที)				
ก่อนใช้โปรแกรม	1.97	.865	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	3.45	.686		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อน – หลังการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ (n=29)	Mean	SD	df	p-value
3. พฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT				
ก่อนใช้โปรแกรม	1.00	.000	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	3.34	1.111		
4. พฤติกรรมการจัดการความเครียดในขณะฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ				
ก่อนใช้โปรแกรม	2.55	1.183	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	3.93	.842		
5. พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
ก่อนใช้โปรแกรม	1.41	1.320	28	.347
หลังใช้โปรแกรม	1.31	.806		
6. พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ก่อนใช้โปรแกรม	1.41	.825	28	.027*
หลังใช้โปรแกรม	1.03	.186		
7. พฤติกรรมการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง				
ก่อนใช้โปรแกรม	5.00	1.000	28	.000**
หลังใช้โปรแกรม	5.00	1.000		

**p<0.01 *p<.05

ด้านการประเมินผลทางคลินิก ซึ่งมีการเปรียบเทียบร้อยละของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้โปรแกรม อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน 14 ราย (ร้อยละ 48.3) และหลังใช้โปรแกรมค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงมีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 22 ราย (ร้อยละ 75.9) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) ค่าการทำงานของไต (Cr) ก่อนใช้โปรแกรมมีค่าการทำงานของไตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน 22 ราย (ร้อยละ 75.9) และหลังใช้โปรแกรมมีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 26

ราย (ร้อยละ 89.7) ซึ่งลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับไขมันในเลือด (LDL) ก่อนใช้โปรแกรมอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน 2 ราย (ร้อยละ 6.9) และหลังใช้โปรแกรมมีค่าอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 17 ราย (ร้อยละ 55.2) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echo) ก่อนใช้โปรแกรมอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติทุกราย หลังใช้โปรแกรมดีขึ้นจากค่าเดิมมาอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้น 26 ราย (ร้อยละ 89.7) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) และค่าความดันโลหิต (Blood Pressure) ก่อนใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

9 ราย (ร้อยละ 31.0) และหลังใช้โปรแกรม ควบคุมค่าความดันโลหิตให้ลดลงกลับมาอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 28 ราย (ร้อยละ 96.6) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการทำบอลลูนหัวใจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n=29)	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. FBS					
เกณฑ์มาตรฐาน	14	48.3	22	75.9	.0249*
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	15	51.7	7	24.1	
2. Cr					
เกณฑ์มาตรฐาน	22	75.9	26	89.7	0.479
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	7	24.1	3	10.3	
3. LDL					
เกณฑ์มาตรฐาน	2	6.9	17	55.2	.000**
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	27	93.1	12	44.8	
4. Echo					
ปกติ	0	0.0	26	89.7	.000**
ผิดปกติ	29	100.0	3	10.3	
5. Blood Pressure					
เกณฑ์มาตรฐาน	9	31.0	28	96.6	.000**
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	20	69.0	1	3.5	

**p<.01 *p<.05

การประเมินความเสี่ยงของการกลับมา รักษาซ้ำหลังการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าก่อนใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาอมใต้ลิ้นมีเพียง 5 ราย (ร้อยละ 17.24) แต่หลังการใช้โปรแกรมไม่มีผู้ป่วยใช้ยาอมใต้ลิ้น (ร้อยละ 100) ซึ่งการใช้ยาอมใต้ลิ้นก่อนและหลังใช้โปรแกรม

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01) ส่วนอาการ Chest Pain ก่อนใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีอาการ Chest Pain ทุกราย (ร้อยละ 100) แต่หลังการใช้โปรแกรมไม่พบอาการ Chest Pain ซึ่งอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาอมใต้ลิ้น และอาการ Chest Pain ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (n=29)	ก่อนการใช้โปรแกรม		หลังการใช้โปรแกรม		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. การใช้ยาอมใต้ลิ้น					
ใช้	24	82.8	0	0.0	.000**
ไม่ใช้	5	17.2	29	100.0	
2. อาการ Chest Pain					
มี	29	100.0	0	0.0	.000**
ไม่มี	0	0.0	29	100.0	

**p<.01 *p<.05

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽⁷⁾ ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง เป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นบุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักการ Health Coaching ด้วยการใช้ข้อมูลสุขภาพ การสื่อสาร การจูงใจ ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการทำบอลลูนหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษาในการดูแลสุขภาพ ทำความเข้าใจความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้ทักษะการเสริมสร้างแรงจูงใจที่พัฒนาขึ้นโดย Miller และ Rollnick⁽⁸⁾ ในรูปแบบการสัมภาษณ์ที่มุ่งเน้นให้เกิดบรรยากาศเป็นมิตรเพื่อเพิ่มแรงจูงใจและนำสู่การเปลี่ยนแปลงภายในของผู้ป่วยหลังการทำบอลลูนหัวใจ ซึ่งจากผลการทดลองหลังจากการใช้

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอารีย์ ธวัชวัฒนา นันท์⁽¹⁶⁾ ที่ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พบว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการออกกำลังกาย การปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT การกินผักและผลไม้สด และการจัดการความเครียดนั้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตรา พิงเร็ว และนรลักษณ์ เอื้อกิจ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยกิจกรรมทางกายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราภรณ์ สุมวงศ์⁽¹⁸⁾ ที่ศึกษาการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ระยะที่ 2) และพบว่า

หลังการทดลองผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการภาวะความเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนพฤติกรรม การสูบบุหรี่นั้นหลังการใช้โปรแกรมลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการปรับพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ตั้งแต่ออกเข้ารับการรักษาหัวใจ และปฏิบัติต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ส่วนการรับประทานยาตามแพทย์สั่งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมนั้นไม่มีความแตกต่างกัน และแม้ว่าผลคะแนนเฉลี่ยจะลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่ก็แสดงให้เห็นถึงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง

ด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนั้น จากการทดลองพบว่าค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระดับไขมันในเลือด (LDL) และ ค่าความดันโลหิต (Blood Pressure) หลังใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยลดลงอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของทักษพร สมฤทธิ์⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับไขมันชนิดเลวในกลุ่มผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าค่าเฉลี่ยของ

ไขมันชนิดเลวของกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม 6 เดือน ต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร สิทธิสารท และคณะ⁽²¹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของณัฐกฤตาวงศ์ตระกูล⁽²²⁾ ผลของการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT2 ร่วมกับการให้ความรู้ในการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตหลังการทดลองของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echo) พบว่าหลังใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการบีบตัวของหัวใจที่ดีขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าค่าการทำงานของไตนั้น (Cr) ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่า Cr เดิมที่อยู่ในเกณฑ์ปกติอยู่แล้ว

ด้านการประเมินความเสี่ยงของการกลับมา รักษาซ้ำจากการใช้ยาอมใต้ลิ้นและอาการ Chest Pain นั้น พบว่าหลังจากการใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างไม่มีการใช้ยาอมใต้ลิ้น และไม่มีอาการ Chest Pain อื่นเลยทุกราย หลังจากการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จึงประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะไม่ต้องกลับมา รักษาซ้ำด้วยอาการเดิมภายในระยะเวลา 1 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของบุหลัน เปลี่ยนไทสง และคณะ⁽²³⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เปรียบเทียบ ผลลัพธ์ในระยะ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนา รูปแบบการพยาบาล ไม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิม

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างได้วางแผนการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองร่วมกับพยาบาลประจำคลินิกโรคหัวใจ และการเสริมสร้างแรงจูงใจเมื่อมีการติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นประจำ มีแนวโน้มให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ วัชซึ่งพฤติกรรมที่ดีและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้นเมื่อวัดจากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สรุป

การศึกษาผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังการทำบอลลูนหัวใจในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลแพร์ รูปแบบใหม่ แสดงให้เห็นว่าสามารถช่วยลดความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะ เวลา 1 ปี เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ไปใช้ต่อเนื่องจากผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจ ในจำนวนมากขึ้น และระยะยาวขึ้นเป็น 1 ปี เพื่อ

ยืนยันผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รูปแบบใหม่

2. ติดตามผู้ป่วยในระยะเวลานานขึ้น เพื่อศึกษาปัญหาเพิ่มเติมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแล หรือพยาบาลใน รพ.สต. ที่ส่งต่อทราบปัญหาที่เกิดกับผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และเป็นการติดตามผลลัพธ์ และความยั่งยืนที่เกิดขึ้นของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์มงคล มะระประเสริฐศักดิ์ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ แพทย์ประจำคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร์ คุณสมจิตร สุทชนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าทีมผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม และคุณชื่นจิตต์ สมจิตต์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินการวิจัยฉบับนี้ เจ้าหน้าที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลแพร์ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561
2. World Health Organization. Cardiovascular diseases. 2018 [cited 2021 March 2]. Retrieved from:

- https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1
3. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
 4. สุภาวรรณ ชินพันธุ์, ญัฐกฤตา ศิริโสภณ, สมบัติ อ่อนศิริ, เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(3):218-26.
 5. โรงพยาบาลแพร่. บันทึกรายงานผู้ป่วยประจำปี คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่. แพร่: คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแพร่; 2562.
 6. ประวิชัย ต้นประเสริฐ. ทำไมต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiheart.org/images/How_important_is_Cardiac_rehab.pdf
 7. Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River; 2006.
 8. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press; 1991.
 9. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ. ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564[เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
 10. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือการฟื้นฟูหัวใจ. ขอนแก่น: งานเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
 11. กรมอนามัย. สำนักโภชนาการ. เมนูชะลอโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: อาหารชะลอความเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม [อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึงเมื่อ 5 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th>
 12. สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี. สมานิต บำบัดแบบ SKT รักษาสารพัดโรคได้ด้วยตัวเอง. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน; 2554.
 13. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร : แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
 14. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวเวชปฏิบัติ

- การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: เนคสเทป ดีไซน์; 2563.
15. นฤมล พระใหญ่, สิทธิพร ครามานนท์, ภาสกร คุ่มศิริ. การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย 2564; 52(1):62-74.
 16. อารีย์ ธวัชพัฒน์นันท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2557.
 17. สุจิตรา พังเร็ว, นรลักษณ์ เอื้อกิจ. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่กลับมารักษาซ้ำ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2564; 32(1):14-28.
 18. วชิราภรณ์ สุ่มนวงศ์, อภรณ์ ตีนาน, สงวน ธานี, สมสมัย รัตนกริธากุล, ชัชวาล วัตนะกุล. การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระยะที่ 2 [รายงานการวิจัย]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2557.
 19. ธัญลักษณ์ ตั้งธรรมพิทักษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านหนองนาสร้าง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562;34(3):243-48.
 20. ทักษพร สมฤทธิ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันชนิดเลวในกลุ่มผู้ที่มารับบริการตรวจสุขภาพในคลินิกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วารสารโรงพยาบาลแพร่ 2563; 28(2):80-91.
 21. วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, จันทรจิรา อินจัน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2562; 29(1):153-65.
 22. ณัฐกฤตา วงศ์ตระกูล, สุลี ทองวิเชียร, สราภักษ์ สุเปรมศรี. ผลของการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT2 ร่วมกับการให้ความรู้ในการควบคุมอาหารต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22(2):123-31.
 23. บุหลิน เป็เลียนไธสง, รัชณี ผิวผ่อง, ธัญสุดา ปลงรัมย์, วิไลวรรณ เกาศรี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2564;36(1):63-76.