

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

จิราพร มณีพราย พย.ม (การพยาบาลผู้ใหญ่)*

บทคัดย่อ :

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

การออกแบบวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดซ้ำ
วิธีดำเนินการวิจัย: ตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่ได้รับการรักษาที่ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 77 ราย กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาจากแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ โดยทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนเริ่มโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 ปี ระหว่างเดือนมกราคม 2561-เมษายน 2562 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของศูนย์การแพทยมหาวิทาลัยอุเทนราต์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้วยสถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างของโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำด้วยวิธีการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่แตกต่างกันระหว่างก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$; $p.000$; $p.000$ ตามลำดับ) รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้คือ การเลิกสูบบุหรี่ ความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับไขมันในเลือดเอชดีแอล

ข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มประสิทธิผลโดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจซ้ำของผู้ป่วยลดลง ควรนำไปใช้ทางคลินิกต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2562; 35(2) 15-31

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง/ระยะเปลี่ยนผ่าน/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ/ การสร้างแรงจูงใจ/ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

วันที่ได้รับ 18 ก.ย. 62 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 26 กพ. 63 วันที่รับตีพิมพ์ 2 เม.ย. 63

* พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร Email: ayejirapom@gmail.com

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

Impact of Transitional Care Programme for Patients with Chronic Ischaemic Heart Disease on Health Behaviour and Risk of Recurrent Cardiovascular Events

Jiraporn Maneeprai, M.N.S. (Adult nursing)*

Abstract

Objective: To study the impact that a transitional care programme could have on chronic ischaemic heart disease (IHD) patients' health behaviour and risk of recurrent cardiovascular events.

Design: One-group quasi-experimental research with a pre-test and a post-test.

Methodology: The sample was 77 IHD patients treated at the Cardiology Clinic of Kamphaeng Phet Hospital. The subjects were recruited based on the inclusion criteria. All the subjects participated in the transitional care programme for chronic ischaemic heart disease patients, which was developed based on Meleis et al's Concept of Transition. The subjects' healthcare behaviour was assessed three times: before programme participation, in the sixth month of the programme, and during the one-year follow-up period. Their risk of recurrent cardiovascular events was assessed twice: before programme participation and during the one-year follow-up period. The entire research period lasted from January 2018 to April 2019.

Data were collected using 1) a healthcare behaviour questionnaire; 2) a clinical data recording form; and 3) the cardiovascular disease (CVD) risk prediction tool developed by the University Medical Center Utrecht, the Netherlands. Healthcare behaviour comparison was performed using Repeated Measure ANOVA, and the risk of recurrent CVD was calculated using Chi-Square Test.

Result: The participants demonstrated significant improvement in the following aspects of healthcare behaviour: treatment preparation, food consumption, exercise, emotion management, and abstinence from smoking. Their improvement was evident in all of the three assessment periods: before programme participation ($p = .000$), in the sixth month of the programme ($p = .000$), and during the one-year follow-up period ($p = .000$). The patients' risk of recurrent CVD was also significantly decreased ($p = .001$), with abstinence from smoking, systolic blood pressure, and HDL levels identified as controllable factors.

Recommendations: The transitional care programme for chronic ischaemic heart disease patients increased treatment efficacy by motivating patients to improve their healthcare behaviours and control risk factors, thereby reducing the risk of recurrent cardiovascular events. It is suggested that this programme be clinically implemented in the future.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(2) 15-31

Keywords: programme for chronic ischaemic heart disease patients; transitional care; healthcare behaviour; motivating; assessment of risk of recurrent CVD events

Received 18 September 2019, Revised 26 February 2020, Accepted 2 April 2020

*Registered nurse, Head of Nursing Cardiovascular Care Unit, Head of Nursing Research and Development Subdivision, Kamphaeng Phet Hospital. Email: ayejiraporn@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยในปี 2559 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 31 ของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสามในสี่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง¹ ในประเทศไทยพบอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 26.9 ต่อแสนประชากรในปี 2556 เป็น 31.8 ต่อแสนประชากรในปี 2560² และจากรายงานการศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มสูงขึ้น โดยในเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 มีอัตราเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 3 (35.9 ต่อแสนประชากร) รองมาจากเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 4 (42.9 ต่อแสนประชากร) และเขตกรุงเทพมหานคร (41.2 ต่อแสนประชากร)³

สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร มีอัตราเสียชีวิตอยู่ที่ 22.94 ต่อแสนประชากร นอกจากโรคหัวใจขาดเลือดจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญแล้ว ยังเป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศไทย โดยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งสิ้น 154,876 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น⁴ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีความรุนแรง และมีแนวโน้มที่เป็นปัญหาเพิ่มขึ้นทุกปี จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในระยะเฉียบพลันมีความก้าวหน้าอย่างมาก ทั้งด้านแนวปฏิบัติการดูแลรักษา การรักษาด้วยยา และการเปิดหลอดเลือด

ที่อุดตันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงอย่างมาก⁵ เมื่อผู้ป่วยรอดชีวิตจากระยะเฉียบพลันแล้ว จะเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งต้องได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการเสียชีวิตจากการศึกษาแบบสังเกตพบว่า การกลับเป็นซ้ำมักจะเกิดขึ้นภายใน 1 ปีแรกของการรอดชีวิต⁶ โดยแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหัวใจขาดเลือด จะมุ่งเน้นการยับยั้งหรือชะลอความก้าวหน้าของโรคฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ป้องกันอาการกำเริบ และไม่ให้เกิดโรคซ้ำ ข้อเสนอในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังคือ การรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค รวมถึงการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน⁷⁻⁸

โรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลเขตพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 มีการดำเนินการพัฒนาการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดตามแผนบริการสุขภาพเครือข่ายสาขาโรคหัวใจมาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลในระยะเฉียบพลันส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย⁹ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดหลังจำหน่ายกลับบ้านส่วนใหญ่จะได้รับการนัดมาเพื่อติดตามและรักษาต่อเนื่อง ที่คลินิกโรคหัวใจ โดยเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดพยาบาลจะซักประวัติอาการปัจจุบัน ให้คำแนะนำโดยทั่วไปหลังตรวจรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยา อาหาร การเลิกบุหรี่ และการมาตรวจตามนัด รวมถึงพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี และสามารถควบคุมอาการได้

อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามประเมินผลการพยาบาลยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

กลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ไชมันในเลือด และน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ รวมถึงยังคงสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งถือเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำ เกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ จากการตรวจสอบข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชรย้อนหลัง 3 ปี (2557-2559) พบว่า อัตราเฉลี่ยผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ไชมันในเลือด และน้ำตาลสะสมในเลือดได้ตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 32.66, 36.69, 38.09 และพบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 35.46, 36.72 และ 36.03 ตามลำดับ⁹ ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่บริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับโรค ยังคงรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสเค็มจัด และหวานจัด จึงจำเป็นต้องต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากพยาบาลวิชาชีพ โดยพิจารณาถึงความแตกต่างและข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมานาน และการผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิต อาจเป็นความยากลำบากสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในการที่จะปรับตัวเพื่อเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วยที่ไม่สมดุลสู่สภาวะใหม่ที่สมดุลได้ ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการนำแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิส¹⁰ มาใช้กันอย่างกว้างขวาง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังต้องเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย จากเดิมที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สู่สภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่เป็นไปอย่างยากลำบาก อย่างไรก็ตาม การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง จะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความสนใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยดำเนินการเปลี่ยนผ่านไปได้ด้วยดี สำหรับการบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการประเมินและเตรียมความพร้อม ตลอดจนการใช้บทบาทเสริม ในการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อให้การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

จากการทบทวนวรรณกรรม¹¹⁻¹² พบว่าแบบแผนการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีหลายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกันคือ การเปลี่ยนผ่านตามภาวะการเจ็บป่วย และการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ ทั้งต่อบทบาท ความสามารถ และแบบแผนพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนผ่านทั้งหมดเกิดในบุคคลและเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยแต่ละรายอาจใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนผ่านแตกต่างกัน บางรายสามารถปรับตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้เร็ว ในขณะที่บางรายอาจใช้เวลานานหรือไม่สามารถปรับตัวได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาระหน้าที่ที่ต้องการเปลี่ยนผ่าน และยอมรับการเปลี่ยนผ่านเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การเตรียมตัวที่ดี จะช่วยให้ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำได้

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถ

จัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สภาพใหม่ และการใช้บทบาทเสริมเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนบทบาทในผู้ป่วยและครอบครัว¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า การสร้างแรงจูงใจเป็นกำลังขับเคลื่อนที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การศึกษาที่ผ่านมา มีการนำเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกับผู้ป่วย¹³⁻¹⁵ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านภาวะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ทั้งด้านการรับประทานยา การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลง

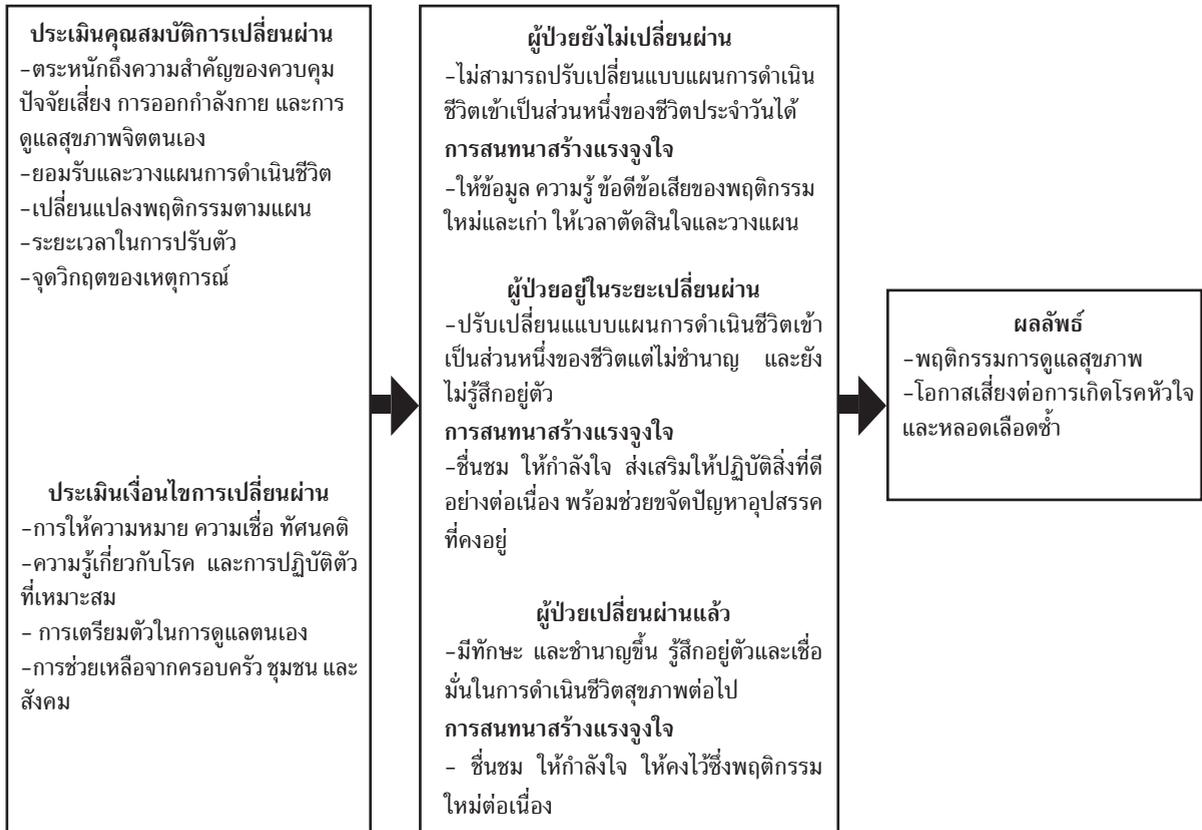
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส¹⁰ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งอธิบายว่าเมื่อบุคคลเจ็บป่วย จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและพยายามปรับเปลี่ยนเพื่อเปลี่ยนผ่านจากภาวะเดิมที่ไม่สมดุลเข้าสู่ภาวะใหม่ที่สมดุล หากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติ และปัจจัยเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่านที่ดี

มีการเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน ก็จะทำให้บุคคลเปลี่ยนผ่านได้โดยง่ายและเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการดังนี้

- 1) ประเมินคุณสมบัติและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านด้านการตระหนักรู้ การเข้าไปมีส่วนร่วมและยอมรับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงและแตกต่างจากเดิม ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน จุดวิกฤติของเหตุการณ์ การให้ความหมาย วัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ การเตรียมตัวและความรู้ในการเปลี่ยนผ่าน การสนับสนุนจากชุมชนและสังคม
- 2) นำผลการประเมินมาพิจารณาระดับการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ คือ ยังไม่เปลี่ยนผ่าน อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และเปลี่ยนผ่านแล้ว เพื่อเตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะสมดุลของชีวิต
- 3) ใช้บทบาทเสริมในการให้การพยาบาลเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนบทบาทในผู้ป่วยและครอบครัวตามระยะเปลี่ยนผ่าน โดยใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview: MI) ของมิลเลอร์¹⁶ ในการสนับสนุน เสริมพลังให้ผู้ป่วยดึงศักยภาพที่มีอยู่มาดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งผลลัพธ์สุขภาพที่ดี
- ครอบคลุมองค์ประกอบโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน คือ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตตนเอง
- 4) ประเมินตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ตามระยะเวลาที่กำหนด เขียนเป็นกรอบการวิจัยได้ดังนี้

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วย

นอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2562 ได้จากการเลือก โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยอายุไม่เกิน 70 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่อาการคงที่หรือไม่มีอาการกำเริบ 2) มีโรคร่วมหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ไชมันในเลือดสูงผิดปกติ ความดันโลหิตสูง หรือสูบบุหรี่ 3) แพทย์มีแผนการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยยังไม่ปรับเพิ่มขนาดยา รักษาไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน 4) ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหัวใจตาม New York Heart Association Classification (NYHA)

ระดับ I และ II 5) สามารถพูด ฟัง และสื่อสารภาษาไทย ได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อความหมาย ได้แก่ พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด พูดไม่มีเสียง ฟังคนอื่นพูดไม่เข้าใจ หูหนวก หรือหูตึง 5) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมวิจัย คือ 1) ย้ายถิ่นฐานระหว่างดำเนินการวิจัยและเปลี่ยนโรงพยาบาลที่รักษา 2) ไม่มาตรวจตามนัด และไม่ตอบรับทางโทรศัพท์เกิน 2 ครั้ง และ 3) มีการปรับแผนการรักษาด้วยยารักษาไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

ขนาดตัวอย่างคำนวณจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ตามหลักอำนาจการวิเคราะห์ (Power analysis) โดยการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ มีตัวอย่าง 1 กลุ่ม และวัดซ้ำมากที่สุด 3 ครั้ง กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 ความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่งที่ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.40 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับในระดับสากลที่มีอิทธิพลในระดับใหญ่สำหรับการทำการทดสอบด้วยสถิติ ANOVA¹⁷ ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้องศึกษา 66 คน เพื่อเพิ่มอำนาจในการวิเคราะห์และป้องกันการสูญหายของข้อมูลประมาณร้อยละ 10¹⁸ การศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 80 ราย

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลกำแพงเพชรเลขที่โครงการ ID 04-4-98N ตามเอกสารรับรองเลขที่ 13/2560 อนุมัติวันที่ 14 ธันวาคม 2560 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงต่อผู้ป่วย หรือตัวแทนโดยชอบธรรมในเรื่องวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและมืออิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้า

ร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอโดยภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยนำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะผู้ป่วยนอก และระยะดูแลต่อเนื่องของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบครบวงจรในผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายที่จิริยา พันธุ์วิทยากุล และจิราพร มณีพรายพัฒนาขึ้น เพื่อดูแลผู้ป่วยหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายให้สามารถเปลี่ยนผ่านได้จากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีองค์ประกอบครอบคลุมทั้งการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย และการสนับสนุนด้านจิตสังคม ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดนี้ต้องดูแลต่อเนื่องทั้งหมดอยู่โรงพยาบาล ระยะผู้ป่วยนอก และระยะต่อเนื่อง¹⁹ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ โดยผู้วิจัยนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง เฉพาะที่เริ่มให้การดูแลที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชรเท่านั้น และนำลงสู่การปฏิบัติโดยนำเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจของมิลเลอร์¹⁶ โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยหวังผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำลดลง กิจกรรมมีทั้งหมด 3 กิจกรรม ดำเนินการเป็นวงรอบต่อเนื่องเพื่อพิจารณาปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย เป็นระยะเวลา 6-24 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมมีดังนี้

1.1 ประเมินคุณสมบัติและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน ด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 11 ข้อ ตามแนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลิส¹⁰ ที่สะท้อนถึงคุณสมบัติของการ

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

เปลี่ยนผ่าน ด้านการตระหนักรู้ การเข้าไปมีส่วนร่วม และยอมรับ ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงและแตกต่างจากเดิม ช่วงเวลาของการเปลี่ยนผ่าน และจุดวิกฤติของเหตุการณ์ รวมถึงมีข้อคำถามที่สะท้อนถึงเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเกี่ยวกับ การให้ความหมาย วัฒนธรรม ความเชื่อ ทศนคติ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การเตรียมตัวและความรู้ในการเปลี่ยนผ่าน การสนับสนุนจากชุมชนและสังคม นำผลการประเมินคุณสมบัติและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านมาตัดสินระดับการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง เป็น 3 ระดับ คือ ยังไม่เปลี่ยนผ่าน อยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน และเปลี่ยนผ่านแล้ว ตามเกณฑ์พิจารณาการเปลี่ยนผ่านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครบทั้ง 5 รายการ ได้แก่ 1) การตระหนักว่าถึงภาวะการเจ็บป่วย และมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตตามองค์ประกอบหลักของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตตนเอง 2) การยอมรับภาวะการเจ็บป่วย และแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน 3) มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ 4) เกิดความเชื่อมั่นในแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ตามช่วงเวลาที่ผ่านมา และ 5) มีความรู้สึกอยู่ตัว สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต

1.2 วางแผน และให้การพยาบาลตามระดับการเปลี่ยนผ่านอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต โดยใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที จำนวน 4 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1-4 (ครั้งที่ 2-3 ทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 4 ที่คลินิกโรคหัวใจ) ทุกครั้งเริ่มด้วยสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าวทักทาย พูดคุย และกล่าวชื่นชมเรื่องทั่วไป ต่อจากนั้นจะให้การพยาบาล

ตามระดับการเปลี่ยนผ่านและแผนการพยาบาลในแต่ละระดับ ดังนี้

1.2.1 ผู้ป่วยยังไม่เปลี่ยนผ่านหมายถึง ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง และมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต แต่ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพจิตตนเอง และไม่สามารถปรับเปลี่ยนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้

การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระดับนี้พยาบาลจะประเมินแรงจูงใจโดยสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือภาวะเสี่ยงที่พบ ให้ข้อมูลที่จำเป็นและความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรค อาการโรคการรักษา การดูแลตนเอง ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ แก้ไขความเชื่อที่คลาดเคลื่อน กล่าวซ้ำเน้นย้ำความสำคัญและประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ชักถามและพูดคุยถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ทำตามโปรแกรม และข้อแนะนำของทีมนักสุขภาพ รับฟังปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตามโปรแกรม ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือกร่วมหาทางแก้ไขปัญหา ให้เวลาในการตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนผ่าน ผู้วิจัยจะบอกกล่าวว่า พยาบาลพร้อมเสมอที่จะดูแลช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยต้องการ และนัดหมายมาตรวจตามแพทย์นัดปกติ หากมีแนวโน้มที่เข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน โดยแสดงความสนใจ และสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว จะขออนุญาตนัดหมายติดตามอีกครั้งหนึ่งในอีก 1 สัปดาห์ เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่หากผู้ป่วยพร้อมและเปลี่ยนไปอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน ก็ให้คำปรึกษาตามโปรแกรมต่อไป

1.2.2 ผู้ป่วยอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่าน

หมายถึง ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังและมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ยอมรับภาวะการเจ็บป่วยและแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน สามารถเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามองค์ประกอบการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ในระดับหนึ่งแต่ยังไม่เกิดความชำนาญ หรือยังไม่รู้สึกอยู่ตัว

การดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระดับนี้ พยาบาลประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งชมให้กำลังใจและส่งเสริมให้ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในส่วนที่ดีแล้วอย่างต่อเนื่อง พร้อมช่วยจัดปัญหาอุปสรรคที่คงอยู่ โดยให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก พูดคุยถึงผลดีหากปรับพฤติกรรมได้ และผลเสียหากไม่ปรับพฤติกรรม โดยเชื่อมโยงกับสิ่งสำคัญในชีวิต ตั้งเป้าหมายร่วมกัน และนัดหมายติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 โดยเปิดโอกาสให้เล่าถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้และไม่ได้ ให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เกี่ยวข้องสำหรับเป็นทางเลือก แนะนำการติดตามภาวะสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง จดบันทึกน้ำหนัก รอบเอว อาหารที่บริโภค การออกกำลังกาย และสภาพจิตใจ กระตุ้น สนับสนุน และให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง นัดติดตามทางโทรศัพท์อีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อประเมินความก้าวหน้า ค้นหาปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 4 นัดมาที่คลินิกโรคหัวใจ เพื่อติดตามและสนับสนุนให้คงสภาพการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ให้เล่าถึงประสบการณ์ ความรู้สึกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้

สามารถคงพฤติกรรมที่ดีไว้ หรือปัญหาอุปสรรคในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในรายที่มีความต้องการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านที่มากกว่าแผนการดูแลกำหนดไว้หรือไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ผู้ป่วยที่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มควบคุมโรคร่วมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้ไม่ดี พยาบาลพูดให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจให้เพิ่มขึ้น ค้นหาเหตุผลที่ไม่บรรลุเป้าหมาย และกลวิธีใหม่ซึ่งจะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ โดยเพิ่มให้ข้อมูลที่เหมาะสมทางโทรศัพท์และสื่อสังคมออนไลน์ขึ้น หรืออาจประสานงานกับแพทย์เป็นรายการนัดหมายมาติดตามที่โรงพยาบาล

1.2.3 ผู้ป่วยเปลี่ยนผ่านแล้ว หมายถึง ผู้ป่วยตระหนักว่าตนเองเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังและมีความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ยอมรับภาวะการเจ็บป่วยและแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน สามารถเปลี่ยนแปลงและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามองค์ประกอบการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันได้ และเกิดความเชื่อมั่นในแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ตามช่วงเวลาที่ผ่านมา มีทักษะและประสบการณ์ที่ชำนาญขึ้น รู้สึกอยู่ตัว สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต เมื่อผู้ป่วยถูกประเมินว่าเปลี่ยนผ่านแล้วจะสิ้นสุดการใช้โปรแกรม โดยพยาบาลจะพูดคุย แสดงความยินดี สนับสนุนให้กำลังใจในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน และสร้างความเชื่อมั่นในการติดต่อกับพยาบาลเมื่อต้องการที่ปรึกษาด้านสุขภาพ

1.3 ประเมินตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของโปรแกรม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยประเมิน ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี ส่วนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

และหลอดเลือดซ้ำ ประเมิน ก่อนเริ่มโปรแกรม และ
ระยะติดตามผล 1 ปี

2. แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
โดยผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบประเมิน
พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำของภัทรสิริ
พจมานพงศ์และคณะ²⁰ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม
5 ด้านคือ การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา 3 ข้อ การบริโภค
อาหาร 4 ข้อ การออกกำลังกาย 4 ข้อ การจัดการอารมณ์
4 ข้อ และการสูบบุหรี่ 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมีคำตอบ
ให้เลือก 5 ระดับและกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติ
เป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติ
บางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ
เลย 0 คะแนน ค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดย
รวมอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มี
พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

3. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย
ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงที่นำมาใช้ในการประเมินโอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ สำหรับ
ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคนี้มาแล้ว (SMART risk score)¹⁹
ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการเป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด
สมอง การรักษาด้วยยาลดไขมันเลือด การสูบบุหรี่
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท) ระดับไขมัน
ในเลือดชนิดเอชดีแอล แอลดีแอล และคอเลสเตอรอล
รวม (มก/ดล) นำผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำมาจำแนกระดับความเสี่ยง
ออกเป็น 4 กลุ่ม²¹ ดังนี้ มีความเสี่ยงสูงมาก (>30%)
เสี่ยงสูง (20-30%) เสี่ยงปานกลาง (10-20%) และ
เสี่ยงต่ำ (<10%) รวมถึงนำปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับ
เปลี่ยนได้คือ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก
(มม.ปรอท) ระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอล แอลดีแอล
และคอเลสเตอรอลรวม (มก/ดล) มาเทียบกับค่าปกติ

หรือค่าเป้าหมายของการป้องกันการกลับเป็นโรคหัวใจ
และหลอดเลือดซ้ำ²² แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่
ควบคุมได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้

4. เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ U-Prevent
(www.U-Prevent.com)²³ เป็นเว็บไซต์เชิงโต้ตอบที่
พัฒนาโดยกลุ่มวิจัยด้านเวชศาสตร์หลอดเลือดของ
ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยอุเทรคต์ ประเทศเนเธอร์แลนด์
โดยร่วมมือกับกลุ่มวิจัยทั่วโลก ที่สมาคมป้องกันโรคหัวใจ
แห่งยุโรป (European Association of Preventive Cardiology:
EAPC) แนะนำให้ใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก²⁴ เนื่องจาก
เครื่องมือ U-Prevent มีเครื่องมือให้เลือกใช้ในการประเมิน
คะแนนความเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหลอดเลือด
แข็งโดยเฉพาะ (The SMART risk score) ซึ่ง
เหมาะสำหรับใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หัวใจและหลอดเลือดซ้ำของผู้ป่วยที่มีประวัติเป็น
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เป็นกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้
เกณฑ์ประเมินในแบบประเมินของ U-Prevent (The
SMART risk score) ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการ
เป็นโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง การรักษาด้วย
ยาลดไขมันเลือด การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิต
ซิสโตลิก (มม.ปรอท) ระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอล
แอลดีแอล และคอเลสเตอรอลรวม (มก/ดล)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง
ในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วย
นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย
พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ อายุรแพทย์โรค
หัวใจ และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.83, 0.92 และ 0.90 ตามลำดับ จากนั้นนำเครื่องมือทั้ง 3 แบบมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริง

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ทดสอบความเที่ยงโดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ 0.78 ส่วนแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยหาความเชื่อมั่นโดยใช้ interrater reliability ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทำความเข้าใจกับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 ท่านเพื่อให้เกิดความเข้าใจในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ตรงกัน แล้วนำไปทดลองบันทึกข้อมูลผู้ป่วยหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายรายเดียวกันจำนวน 10 ราย โดยแยกกันบันทึก แล้วนำผลที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโปรแกรมตามเกณฑ์สร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเข้าโครงการวิจัย

2. ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน ในช่วงเดือนมกราคม 2561 ถึง เมษายน 2562 เก็บข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 3 ครั้งคือ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี เก็บข้อมูลทางคลินิกของ

ผู้ป่วยที่นำมาใช้ในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ จำนวน 2 ครั้งคือ ก่อนเริ่มโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 ปี จัดกลุ่มการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามคำเป้าหมายเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ควบคุมได้ และกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้

3. นำข้อมูลทางคลินิกมาบันทึกในเครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ผ่านเว็บไซต์ www.U-Prevent.com²⁴ แล้วนำค่าผลการประเมินที่ได้มาจัดระดับความเสี่ยงเป็น 4 กลุ่มคือ เสี่ยงสูงมาก เสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA เนื่องจากคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในมาตรวัดแบบอันตรายภาคมีการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ และในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กัน

3. เปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ และการควบคุมปัจจัยต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ก่อนเริ่มโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 ปี ด้วยสถิติ Chi-Square Test เนื่องจากข้อมูลมีระดับการวัดเป็นแบบอันดับมาตรา มีอิสระต่อกัน ข้อมูลเป็นความถี่ และมีค่าคาดหวังที่น้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซลล์

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

ผลการวิจัย

ระหว่างดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่แพทย์ปรับแผนการรักษาด้วยยา 2 ราย ไม่มาตรวจตามนัด และไม่ตอบรับทางโทรศัพท์ 1 ราย คงเหลือผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง 77 คน เป็นเพศชายร้อยละ 68.8 อายุเฉลี่ย 62.55 ปี (SD=11.43) มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 71.4 ไขมันในเลือดสูงร้อยละ 70.1 โรคเบาหวานร้อยละ 42.9 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 3.9 มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 68.4 และได้รับการรักษาด้วยยาลดไขมันเล็กร้อยละ 24.7

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพประกอบด้วย การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี เพิ่มขึ้น (M= 29.35, SD=4.98, M=45.77, ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี (n=77)

SD=4.65, M=55.77, SD=4.12 ตามลำดับ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเหมาะสมดีขึ้น ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.000) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาจากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni method พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้ง 3 ระยะแตกต่างกันทั้งหมด โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระยะติดตามผล 1 ปี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (M=55.75, SD=4.12) รองลงมาคือ หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน (M=45.77, SD=4.65) ซึ่งมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (M=29.35, SD=4.98) ตามลำดับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ก่อนเริ่มโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน		ระยะติดตามผล 1 ปี		F	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD		
	การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา	7.52	1.81	9.77	1.62	10.82		
การบริโภคอาหาร	7.29	2.42	9.94	2.33	12.70	1.93	468.13	0.000
การออกกำลังกาย	3.64	2.50	8.83	2.89	11.65	2.61	779.22	0.000
การจัดการอารมณ์	8.47	1.80	11.99	1.88	14.01	1.54	478.10	0.000
การสูบบุหรี่	2.44	3.29	5.25	2.33	6.57	1.67	123.95	0.000
การดูแลสุขภาพ	29.35	4.98	45.77	4.65	55.75	4.12	1896.55	0.000
โดยรวม								

* p<.05

เมื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงมากลดลงจากร้อยละ 11.7 เหลือร้อยละ 7.8 กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูงลดลงจากร้อยละ 18.2 เหลือร้อยละ 14.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีความปานกลางลดลงจากร้อยละ 48.1 เหลือร้อยละ 32.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) เมื่อพิจารณา

ปัจจัยเสี่ยงที่นำมาใช้ในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพิ่มขึ้น ควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลได้ตามค่าเป้าหมายมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000, 0.001$ และ 0.002 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ก่อนเริ่มโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 ปี ($n=77$)

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ	ก่อนเริ่มโปรแกรม		ระยะติดตามผล 1 ปี		Chi-square	p-value
	n	(%)	n	(%)		
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ					9.51	.001*
เสี่ยงสูงมาก (>30%)	9	(11.7%)	6	(7.8%)		
เสี่ยงสูง (20-30%)	14	(18.2%)	11	(14.3%)		
เสี่ยงปานกลาง (10-20%)	37	(48.1%)	25	(32.5%)		
เสี่ยงต่ำ (<10%)	17	(22.1%)	35	(45.5%)		
การควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้						
การสูบบุหรี่					20.65	0.000
ยังเลิกบุหรี่ไม่ได้	48	(62.3%)	20	(26.0%)		
เลิกบุหรี่ได้	29	(37.7%)	57	(74.0%)		
ความดันโลหิตซิสโตลิก					10.94	.001*
ควบคุมไม่ได้	29	(37.7%)	11	(14.3%)		
ควบคุมได้ (<140 มม.ปรอท)	48	(62.3%)	66	(85.7%)		
ไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอล					9.32	.002*
ควบคุมไม่ได้	17	(22.1%)	4	(5.5%)		
ควบคุมได้	60	(77.9%)	73	(94.8%)		
(ชาย > 40 มก./ดล., หญิง > 50 มก./ดล.)						
ไขมันในเลือดชนิดแอลดีแอล					3.82	.051
ควบคุมไม่ได้	50	(64.9%)	38	(49.1%)		
ควบคุมได้ (< 70 มก./ดล.)	27	(35.1%)	39	(50.6%)		
คอเลสเตอรอลรวม					1.295	.255
ควบคุมไม่ได้	37	(48.1%)	30	(39.0%)		
ควบคุมได้ (< 200 มก./ดล.)	40	(51.9%)	47	(61.0%)		

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่เข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะการเปลี่ยนผ่าน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้ในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง มีการประเมินคุณสมบัติและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเฉพาะบุคคล แล้วให้การพยาบาลตามระดับการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วย มีการกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการไว้ล่วงหน้า ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ²⁵ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าแบบแผน คุณสมบัติ และเงื่อนไขในการเปลี่ยนผ่าน จะช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพเข้าใจผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่าน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านและปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹

นอกจากนี้ยังใช้บทบาทเสริมในการให้การพยาบาล โดยใช้เทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจตามปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบชี้แนะ โดยการช่วยค้นหาปัญหาและแก้ไขความลังเลใจ จนผู้ป่วยเกิดความตั้งใจและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง¹⁶ ร่วมกับการติดตามให้ข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมและรวดเร็วทางโทรศัพท์ และสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะในรายที่ต้องการการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านมากกว่าแผนการดูแลที่กำหนดไว้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจเพิ่มมากขึ้น จึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน ได้แก่ การมีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อการรักษาที่เหมาะสม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการลด/เลิกบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาผลการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับคอเลสเตอรอลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในระยะหลังทดลองสูงกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับคอเลสเตอรอลในระยะหลังทดลองต่ำกว่าระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴ รวมทั้งอีกหลายการศึกษาที่พบว่าผลลัพธ์ของการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴⁻¹⁵

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำลดลง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การประเมินปัจจัยธรรมชาติและเงื่อนไขการเปลี่ยนผ่านเฉพาะบุคคล เพื่อนำมาพิจารณาระดับการเปลี่ยนผ่าน และให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งการแนะนำให้หยุดบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัว ลดอาหารไขมัน ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตามระดับการเปลี่ยนผ่านที่ประเมินได้ด้วยเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ พร้อมทั้งมีการประเมินผลตามข้อบ่งชี้ผลลัพธ์เป็นระยะเพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นและเกิดความยั่งยืน ซึ่งโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยในระยะการเปลี่ยนผ่านให้การพยาบาลที่ครอบคลุมเกณฑ์ความเสี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำที่ U-prevent ใช้ จึงสามารถควบคุม

โรคและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเมื่อมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลางได้²⁶

โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน ที่ครอบคลุมองค์ประกอบของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะผู้ป่วยนอกและระยะต่อเนื่อง โดยนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผู้ป่วย และให้การพยาบาลตามระดับการเปลี่ยนผ่านเฉพาะบุคคล ร่วมกับการใช้เทคนิคสร้างแรงจูงใจโดยการให้คำปรึกษาแบบชี้แนะ แก้ไขความเชื่อที่คลาดเคลื่อน และให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความตั้งใจและตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยมีการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม และสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ ผู้ป่วยจึงมีโอกาสร้อยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำลดลง ซึ่งเป็นการเพิ่มประสิทธิผลที่ดีในการดูแลผู้ป่วย

ข้อจำกัดของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้แม้ผลการศึกษาจะพบว่าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านส่งผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ แต่เป็นการศึกษากลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง จึงมีข้อจำกัดในการนำ

ไปใช้ที่ไม่อาจสรุปได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้นเกิดจากโปรแกรมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาซ้ำด้วยการออกแบบวิจัยแบบ 2 กลุ่มวัดก่อน-หลังเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวกับวิธีการที่ให้การดูแลตามปกติเพื่อเป็นการยืนยันผลลัพธ์ที่ชัดเจน

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases. [serial online] 2017 May [Cited 2017 Nov 20]; Available from: URL: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2017. [serial online] 2018 September [Cited 2019 April 14]; Available from: URL: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf. (in Thai)
3. Bureau of Non-Communicable Disease, Ministry of Public Health. The study of premature deaths situation in Thailand. [serial online] 2017 February [Cited 2019 April 14]; Available from: URL: [premature deaths situation report.pdf](#). (in Thai)
4. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Literature review: the current situation and care model of non-communicable diseases. [serial online] 2015 December [Cited 2017 Nov 20]; Available from: URL: <https://www.slideshare.net/UtaiSukviwatsirikul/2557-56372362>. (in Thai)
5. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Update: acute coronary syndromes (IX). Secondary prevention strategies for acute coronary syndrome. *Revista Española de Cardiología* 2014;64(10):844-8.

ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่าน
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ

6. Briffa TG, Hobbs MS, Tonkin A, Sanfilippo FM, Hickling S, Ridout SC, et al. Population trends of recurrent coronary heart disease event rates remain high. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2011;4:107-13.
7. Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2011; 124:2458-73.
8. Thai Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Cardiac rehabilitation guideline 2010. [serial online] 2010 December [Cited 2017 Nov 20]; Available from: URL: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/RehabGuideline.pdf
9. KamphaengPhet Hospital. [Hospital DATABASE: Hos XP]. 2557-2559 [Cited 2019 April 14].
10. Meleis, AI. Transitions theory: middle-range and situational-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing. 2010.
11. Changplaingam Y, Hanprasitkam K, Malathum P, Ngarmukos C. Transition from use of oral hypoglycemic agents to insulin treatment of persons with type 2 diabetes. *Ramathibodi Nursing Journal* 2010;16(2):200-17. (in Thai).
12. Wattradu, D. Cardiac rehabilitation: transition care from hospital to home. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2015;26(1):89-103.
13. Wongthaicharoen P, Haenjohn J, Suttithatip S. Effects of motivational interviewing group counseling in health behavior and level of cholesterol of hypertensive patients. *Ratchaphruek Journal* 2015; 13(3):91-102. (in Thai).
14. Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. Evaluation of the effect of motivational interviewing counseling on hypertension care. *Patient Educ Couns.* 2014; 95(2):231-7.
15. Wattanakorn K, Deenan A, Puapan S, Schneider JK. Effects of an eating behavior modification program on Thai people with diabetes and obesity: a randomized clinical trial. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2013; 17(4):356-70.
16. Miller, WR, Rollnick, S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York,: The Guilford Press; 1991.
17. Warapongsathorn T, Warapongsathorn S. Calculation of sample sizes for research by using G*Power program. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health* 2018;41(2):11-21. (in Thai).
18. Bertelsen BJ, Refsgaard J, Kanstrup H, Johnsen SP, Qvist I, Christensen B, et al. Cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome comparing adherence and risk factor modification in a community-based shared care model versus hospital-based care in a randomized controlled trial with 12 months of follow-up. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017;16(4): 334-43.
19. Punvittayakool J, Maneeprai J. Outcome of comprehensive cardiac rehabilitation program for the *post-myocardial* infarction patients in secondary level hospital. *12th Region Medical Journal* 2019;30(1):30-40. (in Thai).
20. Potjamanpong P, Kritpracha C, Chinnawong T. Behaviors to prevent heart attack recurrence in patients with acute myocardial infarction after revascularization. Proceedings of the 4th Hat Yai academic conference; 2013 May 10. [serial online] 2013 May [Cited 2017 Nov 20]; Available from: URL: http://www.hu.ac.th/conference/conference2013/Proceedings2013/pdf/Book1/Describe6/731_185-194.pdf. (in Thai).

21. Kaasenbrood L, Boekholdt SM, Van der Graaf Y, Ray KK, Peters RJ, Kastelein JJ, et al. Distribution of estimated 10-year risk of recurrent vascular events and residual risk in a secondary prevention population. [serial online] 2016 Aug [Cited 2018 may 14]; Available from: URL: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/handle/10044/1/41106>.
22. Kaiser Foundation Health Plan of Washington. Atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) secondary prevention guideline. [serial online] April 2018 [Cited 2018 December 1]; Available from: URL: <https://www.u-prevent.com/en-GB/SmartCalculator/Input>.
23. The University Medical Center Utrecht. SMART risk score: previous cardiovascular disease. [serial online] [Cited 2019 July 14]; Available from: URL: <https://www.u-prevent.com/en-GB/SmartCalculator/Input>.
24. Rossello X, Dorresteijn J AN, Janssen A, Lambrinou E, Scherrenberg M, Bonnefoy-Cudraz E, et al. Risk prediction tools in cardiovascular disease prevention: a report from the ESC Prevention of CVD Programme led by the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) in collaboration with the Acute Cardiovascular Care Association (ACCA) and the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP). [serial online] 2019 Jun [Cited 2019 July 14]; Available from: URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2047487319846715>.
25. Daranison S, Boonchuang P, Pinyokul N. Effects of transition programme on health behavior and functional capacity among acute coronary syndrome patients. *Nursing Journal* 2013;40(2):103-13. (in Thai).
26. Suwanboon K. Effectiveness of implementation of decreasing cardiovascular disease, health network Chumphon Province. *11th Region Medical Journal* 2016;30(3):159-68. (in Thai).