

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล*

แสงเดือน กันทะขู้, พย.ม.**

วรรธน์ โพธิ์, พย.ม.***

ปนัดดา อินทราวัฒน์, พย.ม.****

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, พย.ด.*****

บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ การจัดการกับปัญหา ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามการเผชิญความเครียด แบบประเมินสภาวะอารมณ์เศร้า แบบประเมินความวิตกกังวล และแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: พบว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วย กลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ภาวะซึมเศร้าและการจัดการกับปัญหาสามารถทำนายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนได้ร้อยละ 17.3

ข้อเสนอแนะ: บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายโดยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริม การจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม

วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29 (3) 92-103

คำสำคัญ : การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ การเผชิญกับปัญหา/ ภาวะซึมเศร้า/ ความวิตกกังวล

* ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง Email:duan_ns@hotmail.com

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

**** พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้างานหน่วยสวนหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

***** รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่ามีอัตราการเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 132,500 ราย หรืออัตรา 232.68 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2549 และเพิ่มขึ้นเป็น 159,176 ราย หรือ 276.826 รายต่อประชากร 100,000 คนในปี พ.ศ. 2551¹ ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและรวดเร็วเพื่อช่วยรักษาชีวิตและช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจกลับสู่การทำงานเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ล่าช้าทำให้กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถฟื้นตัวกลับมาเป็นปกติได้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจึงลดลงด้วย และต้องใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นหลายเดือนจึงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ^{2,3,4} ซึ่งชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ได้กำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 3 เดือนแรก และ 6-12 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังกลับไปอยู่บ้าน 3 เดือนใช้พลังงานอยู่ในช่วง 5.5-8 METs (metabolic equivalent) ซึ่งน้อยกว่าคนปกติที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 9 METs⁵ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าปกติส่งผลให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานได้ช้า⁶ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม สามารถจัดการกับปัญหา

ของตนเองได้ จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี⁷ ในทำนองเดียวกันผู้ป่วยที่รับรู้การทางร่างกายน้อยจะมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาก⁶ แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลจะทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง^{6,7}

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดหลังกลับไปอยู่บ้าน พบว่าปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล แต่งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยหลังกลับไปอยู่บ้านเป็นเวลา 1 เดือนซึ่งยังไม่ครอบคลุมระยะเวลาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคือ 3 และ 6 เดือนตามที่ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์กำหนดไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่เหมาะสม และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman⁸ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้งการ

กระทำและความคิดในการจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่อย่างเต็มความสามารถ ขึ้นอยู่กับบริบทของเหตุการณ์ การเผชิญความเครียด มี 2 ลักษณะคือ มุ่งจัดการกับปัญหาโดยมุ่งจัดการสาเหตุของการเกิดความเครียด (problem-focused coping) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) จากผลการวิจัยบุคคลมักใช้ทั้ง 2 วิธีร่วมกัน ผลลัพธ์ของการเผชิญความเครียด นำมาซึ่ง สุขภาพทางกาย ขวัญกำลังใจและการปฏิบัติหน้าที่ในสังคม นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีนี้ยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเครียดทั้งด้านเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด (coping resources) เช่น ภาวะสุขภาพ ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น และข้อจำกัดในการจัดการกับความเครียด (constraints against utilizing coping resources) เช่น ความวิตกกังวล เป็นต้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มุ่งศึกษาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์การปรับตัวด้าน การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คือ การเผชิญความเครียด (coping) แหล่งประโยชน์ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และข้อจำกัดในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ การรับรู้ ภาวะสุขภาพ การเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลต่อความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สมมุติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในระยะ 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive design) ประชากรเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มาติดตามการรักษาในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้คือ ระดับความรุนแรงของกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือด

เจ็บป่วย (functional class) ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับ I และ II มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต ไม่เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและยีนดีเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณอำนาจการทดสอบโดยกำหนดค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 85 ราย⁹ การศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนผู้ให้การดูแลช่วยเหลือที่บ้าน รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับ และปัญหาสุขภาพอื่นๆ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ของ Moss-Morris และคณะ¹⁰ เพื่อใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับโดยครินรัตน์ สมประสงค์¹¹ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าระหว่าง 37-158

คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยยิ่งมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด (The Jalowiec Coping Scale; JCS) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดย Jalowiec¹² พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus & Folkman⁸ ได้แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับโดย นิตนา สิริวิทยกร³ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบ่งข้อคำถามออกเป็น 2 ด้าน คือ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (problem focused coping) จำนวน 15 ข้อ และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-oriented coping) จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยใช้วิธีการนั้นเลย ถึง 5 หมายถึง ใช้วิธีการนั้นบ่อยมาก คะแนนรวมของแบบวัดแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 15-75 และ 25-225 คะแนน คะแนนแต่ละด้านยิ่งสูงหมายถึงการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีต่างๆ ในด้านนั้นยิ่งบ่อย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Thai Depression Inventory, TDI) ของ Lotrakul & Sukanich¹³ พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ใช้บ่อยในทางตะวันตก ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Depression Rating Scale (HRS-D), Zung Self-rating Depression Scale (SDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์

การให้คะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 3 หมายถึง มากที่สุด คะแนนของแบบประเมินทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ภาวะซึมเศร้า ยิ่งมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความวิตกกังวล (Self-Rating Anxiety Scale, SAS) พัฒนาขึ้นโดย Zung¹⁴ เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ โดย ศันสนีย์ สมิติเกษตริน¹⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ ด้านอารมณ์ 5 ข้อ และอาการทางกาย 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่มีความรู้สึก หรือไม่มีพฤติกรรมนั้นเลย 2 ถึง 4 หมายถึง มีความรู้สึกหรือพฤติกรรมนั้นเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งชุดอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลยิ่งมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินแปลและดัดแปลงมาจากดัชนีวัดความสามารถในการทำกิจกรรม (The Duke Activity Status Index, DASI) ของ Hlatky¹⁵ ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ครอบคลุมในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของร่างกาย การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก กิจกรรมต่างๆ มีจำนวน 10 ข้อ ปริมาณการใช้พลังงานอยู่ระหว่าง 1.75-8.00 METs โดยคำถามข้อที่ 1 มีปริมาณการใช้พลังงานต่ำสุด คือ 1.75 METs และจะเพิ่มขึ้นจนถึงข้อที่ 10 ซึ่งปริมาณการใช้พลังงานมากที่สุด คือ 8.00 METs แต่ละข้อถ้ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งได้ แสดงว่าปริมาณการใช้พลังงาน เท่ากับข้อคำถามในข้อนั้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย เท่ากับ 0.65, แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด เท่ากับ 0.78 แบบประเมินสภาวะอารมณ์เท่ากับ 0.83 และแบบประเมินความวิตกกังวลเท่ากับ 0.63

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเชียงรายให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจึงเข้าพบกลุ่มผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาในศูนย์โรคหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามลำดับ ดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบสอบถามพฤติกรรม การเผชิญความเครียด แบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในระหว่างนั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้ตลอดเวลา ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-25 นาที

2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย ติดตามการประเมินกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6 เดือนในวันมาตรวจตามแพทย์นัดซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามเช่นเดียวกับครั้งแรกยกเว้น ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ต้องมาติดตามการรักษาตามเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ติดตามการเก็บรวบรวมข้อมูลทางโทรศัพท์ หรือขออนุญาตไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57) มีอายุอยู่ในช่วง 44 - 92 ปี (mean = 69.6, S.D. = 11.42) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 63) มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40) และมีผู้ดูแลช่วยเหลือที่บ้านอยู่ในช่วง 0 ถึง 4 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด UA (ร้อยละ 45) NSTEMI (ร้อยละ 32) และชนิด STEMI (ร้อยละ 23) มีระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับ 1 (ร้อยละ 91) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96) และมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 52)

ตารางที่ 1 แสดงการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคขาดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3 เดือน		6 เดือน	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. คาดว่าความเจ็บป่วยจะดำเนินไปสู่ระดับเรื้อรัง	20.18	5.32	19.01	5.09
2. การรักษาอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้	20.14	2.93	17.89	5.48
3. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้	18.56	5.49	20.88	3.16
4. รับรู้ผลที่ตามมาจากความเจ็บป่วยรุนแรง	18.09	6.17	18.79	6.32
6. การแสดงออกด้านอารมณ์เป็นไปทางด้านบวก	13.88	5.57	14.88	5.16
5. คาดผลที่ตามมาหลังเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่เข้าใจ	12.73	4.74	12.89	4.48
โดยรวม	113.78	14.02	116.21	15.46

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3 เดือน ($\bar{X}=113.78$, S.D.=14.02) และ 6 เดือน ($\bar{X}=116.21$, SD=15.46) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน ส่วนค่าเฉลี่ยรายข้อมีค่าใกล้เคียงกัน ยกเว้น การรับรู้ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้หลังจำหน่าย 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าชัดเจน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดหัวใจเฉียบพลันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน

การเผชิญความเครียด	3 เดือน		6 เดือน	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
1. การจัดการกับปัญหา	32.28	6.52	34.55	7.05
2. การจัดการกับอารมณ์	72.32	11.72	70.32	11.71
โดยรวม	107.60	16.36	104.87	17.46

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 3 เดือน ($\bar{X}=6.76$, SD=6.74) และ 6 เดือน ($\bar{X}=7.61$, SD=7.29) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าเหมือนกัน ($\bar{X}=7.61$, SD=7.29) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล 3 เดือน ($\bar{X}=33.70$, SD=6.77) และ 6 เดือน ($\bar{X}=34.34$, SD=8.02) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับไม่มีความวิตกกังวลเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 3 เดือน ($\bar{X}=7.02$, S.D.=1.39) และ 6 เดือน ($\bar{X}=7.05$, S.D.=0.92) อยู่ในระดับหนักเช่นเดียวกัน

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความ

ในส่วนของการเผชิญความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด 3 เดือน ($\bar{X}=107.60$, SD=16.36;) และ 6 เดือน ($\bar{X}=104.87$, SD = 17.46)หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน โดยคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับปัญหาอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่การจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับ ปานกลาง (ตารางที่ 2)

สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ($r=-.301$, $p<.01$) และ 6 เดือน ($r=-.369^{**}$, $p<.01$) และการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน ($r=.369^{**}$, $p<.01$) (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างด้วยกัน พบว่า ค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.301-0.358, $p<.01$ (3 เดือน) และ .0.304-0.501, $p<.01$ (6 เดือน) ตัวแปรเหล่านี้จึงไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง และไม่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรอิทธิพลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

	3 เดือน (r)	6 เดือน (r)
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.061	-.057
3. การเผชิญความเครียด	.113	.398**
4. ภาวะซึมเศร้า	-.301**	-.369**
5. ความวิตกกังวล	-.013	-.098

**P<.01

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือน ได้ร้อยละ 9.1 ($R^2=0.091, p<0.05$)

(ตารางที่ 4) ส่วนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนพบว่าภาวะซึมเศร้าและการเผชิญความเครียดสามารถร่วมทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 17.3 ($R^2=0.173, p<0.05$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 เดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	R	R ²	F Change	b	Std. Error of the Estimate	Sig.
ภาวะซึมเศร้า	.301	.091	9.759	-.146	1.912	.002**

Constant (a) = 8.743, ** $p<0.05$

ตารางที่ 5 ตัวแปรอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือนโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	R	R ²	F Change	b	SEb	t	Sig.
ภาวะซึมเศร้า	.369	.136	15.442	-.101	.026	-3.930	.000**
ภาวะซึมเศร้า				-.112	.026	-4.333	.000**
การเผชิญความเครียด	.416	.173	4.300	.022	.011	.196	.041

Constant (a) = 6.472, ** $p<0.01$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57) มีอายุอยู่ในช่วง 44-92 ปี ($\bar{X}=67.4, SD=11.42$) และร้อยละ 71 อยู่ในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าในผู้ป่วยเพศหญิง และมีอายุเฉลี่ยมากกว่า 60 ปี^{7, 8} ทั้งนี้เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น การสูบบุหรี่โดยพบกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 7 และเคยสูบบุหรี่มาก่อนร้อยละ 47 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 28 เมื่อ

เปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ² และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94) มีโรคร่วมซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96) ระดับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 67) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 38)

กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3 เดือนและ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=7.02, SD=1.39; \bar{X}=7.45, SD=0.92$ ตามลำดับ)

ต่างจากการศึกษาของ Thomas และคณะ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังจำหน่ายจากออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี¹⁵ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจและการดูแลตนเองจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและมีกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพของหัวใจตามคำแนะนำ เป็นผลให้มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จาก มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (ร้อยละ 77) รับประทานยาตามแผนการรักษาสม่ำเสมอ (ร้อยละ 87) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของครินรัตน์ ศรีประสงค์¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำได้ในระดับมาก

ภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งหมายถึงภาวะซึมเศร้ายิ่งมาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลยิ่งลดน้อยลง และภาวะซึมเศร้านี้สามารถทำนายการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 9.1 และร้อยละ 13.6 ตามลำดับ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Myers และคณะ¹⁶ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 632 ราย พบว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีการรับรู้ว่าเป็นโรคที่รุนแรง คุณค่าต่อชีวิต และรู้สึก

ท้อแท้กับโรคที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ไม่สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะคิดว่าไม่สามารถจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ได้ ทำให้มีกิจวัตรประจำวันลดลง ดังจะเห็นได้จาก ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้แรงพลังงานอยู่ในช่วง 3.5–5.5 METs เท่านั้น ซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวันที่ออกแรงเพียงเล็กน้อย¹⁷

การเผชิญความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 เดือน หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีวิธีการเผชิญความเครียดอย่างมาก ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมากขึ้นด้วยและสามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 3.7 ทั้งนี้เนื่องจากการเผชิญกับความเครียดด้วยวิธีการที่เหมาะสมจะสามารถแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยมีอยู่ได้ เช่น มีแหล่งข้อมูลหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ทำให้มีผู้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ซึ่งส่งผลให้มีพลังในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Furber และคณะ¹⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยที่จัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ดี จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 (ร้อยละ 91) การศึกษาอยู่ในช่วงเวลา 3 และ 6 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งอาการโดยทั่วไปดีขึ้นตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจึงไม่มีความวิตกกังวล และการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในระดับที่ไม่รุนแรง ข้อมูลที่ได้

จากกลุ่มตัวอย่างไม่มีความหลากหลาย จึงอาจส่งผลให้ทั้ง 2 ตัวแปรนี้ไม่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเจ็บป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล 3 และ 6 เดือน ให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้น โรงพยาบาลควรมีการประเมินและให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าร่วมกับการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

2. การสร้างโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเจ็บป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรคำนึงถึงภาวะซึมเศร้าและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยด้วย

ด้านการวิจัย

ควรมีการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยประเมินผลลัพธ์ที่ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการกลับไปทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2553) ข้อมูลสถิติ. เข้าถึงเมื่อ 27 April 2557. URL: www.bps.ops.moph.go.th/tendeade51.pdf
2. Assiri A. Gender differences in clinical presentation and management of patients with acute coronary syndrome in Southwest of Saudi Arabia. Journal of the Saudi Heart Association. 2010; 23: 135–41.

3. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, & Petrie K J. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. J Psychosom Res. 2009; 67:17–23.
4. Furber S, Butler L, Phongsavanc P, Mark A, & Bauman A. Randomised controlled trial of a pedometer-based telephone intervention to increase physical activity among cardiac patients not attending cardiac rehabilitation. J Patient Ed Counsel. 2010; 80: 212–18.
5. Green P, Newman JD, Shaffer JA, Davidson KW, Maurer MS, and Schwartz JE. Relation of patients living without a partner or spouse to being physically active after acute coronary syndromes. Am J Cardiol. 2013; 111(9): 1264–9.
6. Kim, KS & Park, KO. A study on factors related to daily activities of post myocardial infarction patients. PubMed, 2011; 19: 108–17.
7. Brink E, Brandstrom Y, Cliffordsson C. Illness consequences after myocardial infarction: Problems with physical functioning and return to work. J Adv Nurs. 2008: 123–11.
8. Lazarus R, & Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
9. Polit DF, Beck CT. Using inferential statistics to test hypotheses. New york: Lippincott Williams & Wilkins; 1012.
10. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K J, Horne R, Cameron LD, & Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychol Health. 2002; 17(1): 1–16.
11. ศรีรัตน ศรีประสงค์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

12. Jalowiec A, Murphy SP, Powers MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. J Nurs Res. 1984; 184:157-61.
13. Lotrakul M & Sukanich P. Development of the Thai Depression Inventory. Journal of Medical Association of Thailand. 1999; 82(12):1200-7.
14. Zung, WK. A rating instrument for anxiety disorders. J Psychosom. 1971; 12:371-9.
15. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528). การศึกษาสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล
16. Thomas RJ, King M, Lui K, Oldridge N, Pina IL, Spertus J. AACVPR/ACC/AHA 2007 performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services. Circulation. 2007; 116: 1611-42.
17. Myers V, Gerber Y, Benyamini Y, Goldbourt U, Drory Y. Post-myocardial infarction depression: Increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures. J Psychosom Res. 2012; 72: 5-10.
18. Houlea J, Doyonb O, Vadeboncoeur N, Turbidec G, Diaz A, & Poirier P. Innovative program to increase physical activity following an acute coronary syndrome: Randomized controlled trial. Patient Ed Counsel. 1984; 85: e237-44.
19. Furber S, Butler L, Phongsavanc P, Mark A, & Bauman A. Randomized controlled trial of a pedometer-based telephone intervention to increase physical activity among cardiac patients not attending cardiac rehabilitation. J Patient Ed Counsel. 2010; 80: 212-18.

Factors Influencing Acute Coronary Syndrome Patients' Post-Discharge Daily Routine Performance*

Saengduan Kunthakhu M.N.S**

Worarat Magteppong M.N.S***

Panadda Intralawan M.N.S****

Saipin Kasemkitvattana D.N.S*****

Abstract: Objective: To study how the factors of illness perception, stress coping, depression and anxiety affected acute coronary syndrome patients' performance of their daily routines 3 and 6 months after discharge.

Design: Predictive research.

Implementation: The subjects were 100 post-discharge acute coronary syndrome patients being treated in a tertiary hospital in Chiang Rai Province. The instruments used to collect data were (i) a Personal Information Questionnaire; (ii) a revised Illness Perception Questionnaire; (iii) Jalowiec Coping Scale; (iv) the Self-Rate Anxiety Scale; (v) the Depression Inventory; and (vi) Duke Activity Status Index. The data were analysed using Descriptive Statistics, Pearson's Correlation Coefficients and Multiple Regression.

Results: Depression was a factor that predicted daily routine performance of 9.1 percent of the acute coronary syndrome patients 3 months after discharge. Depression and stress coping combined were a factor that predicted daily routine performance of 17.3 percent of the acute coronary syndrome patients 6 months after discharge.

Recommendations: Nurses caring for this group of patients are advised to encourage the patients to adopt a proper stress-coping and depression-reducing means, to help them become more able to perform their daily routines.

Thai Journal of Nursing Council 2014; 29(3) 92-103

Keywords: acute coronary syndrome; daily routine performance; illness perception; stress coping; depression; anxiety

*This Research was Supported by Mae Fah Laung University

**Corresponding Author, Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Laung University, Email: duan_ns@hotmail.com

***Lecturer, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University

****Professional Nurse, Chiang Rai Prachanukhroh Hospital

*****Associate professor, Saint Louis College