

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง\*

สุพนิดา ภู่อุ่น\*\*

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ\*\*\*

อัจฉริยา พ่วงแก้ว\*\*\*\*

ฉัตรกนก ทุมวิภาต\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 141 ราย ที่มีอาการคงที่ และวางแผนจำหน่าย เครื่องมือในการวิจัยคือแบบสอบถามส่วนบุคคล และแบบสอบถามการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.9 มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง (Mean = 56.6, S.D. = 7.5) การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 43 ( $R^2 = .43$ ,  $p < .001$ ) การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .356$ ,  $\beta = .381$ ,  $p < .001$ )

ข้อเสนอแนะ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการให้ความหมายการเจ็บป่วยในทิศทางบวกและประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพในการให้ข้อมูลและดูแลก่อนจำหน่าย

**คำสำคัญ:** ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย, ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา, การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย, ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

\*วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author; E-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

\*\*\*\*รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\*\*\*อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Received: February 2, 2021 / Revised: September 11, 2021 / Accepted: December 1, 2021

## Influencing factors of readiness for hospital discharge among patients with acute coronary syndrome in super-tertiary hospitals\*

Supanida Pooun\*\*

Doungrut Wattanakitkrileart\*\*\*

Autchariya Pongkaew\*\*\*\*

Chatkanok Dumavibhat\*\*\*\*\*

### Abstract

This study was a correlational predictive design aimed to examine factors influencing readiness for hospital discharge among patients with acute coronary syndrome (ACS). The samples consisted of 141 ACS patients with a stable condition and planned hospital discharge at two super-tertiary hospitals. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, Constructed Meaning Scale (CMS), The Heart Continuity of Care Questionnaire (HCCQ), and the Readiness for Hospital Discharge after Myocardial Infarction Scale (RHDS MIS). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and enter multiple regression.

The results revealed that the samples 48.9% was at a high level of readiness for hospital discharge (Mean = 56.6, S.D. = 7.5). Meaning of illness, admission time, illness experience, and care coordination before discharge could predict readiness for hospital discharge by 43% ( $R^2 = .43$ ,  $p < .001$ ). Meaning of illness and care coordination before discharge predicted readiness for hospital discharge ( $\beta = .356$ ,  $\beta = .381$ ,  $p < .001$ ).

It is recommended that nurses should encourage patients with ACS to identify the illness in a positive direction and coordinate with the multidisciplinary care team in providing information and care before discharge

**Keywords:** readiness for hospital discharge, meaning of illness, illness experience, care coordination before discharge, patients with acute coronary syndrome

---

\*Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

\*\*Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

Corresponding author; E-mail: doungrut.wat@mahidol.ac.th

\*\*\*\*Associate Professor Faculty of Nursing, Mahidol University

\*\*\*\*\*Lecturer, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

Received: February 2, 2021 / Revised: September 11, 2021 / Accepted: December 1, 2021

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลกและประเทศไทย ซึ่งเป็นผลมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ในปี ค.ศ. 2019 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 1,055,000 คน และมีผู้เสียชีวิต 635,260 คน<sup>1</sup> ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560-2562 พบประชากรป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 14,915, 21,223 และ 22,534 รายตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตของ ST-elevation myocardial infarction เท่ากับ ร้อยละ 9.6, 9.8 และ 8.8 ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตรวมกันระหว่าง Non-ST myocardial infarction และ Unstable angina เท่ากับ ร้อยละ 6, 7.2 และ 6.1 ตามลำดับ<sup>2</sup>

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาด้วยการใช้บอลลูนหรือการใช้บอลลูนร่วมกับการใส่ขดลวดเข้าไปค้ำยัน เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เลือดกลับมาไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม หากได้รับการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจได้มาก<sup>3</sup> ภายหลังเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยอาการคงที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอีกครั้งร้อยละ 9.6-14<sup>4,5</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 11-14<sup>6</sup> ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาใน

ประเทศไทยในผู้ป่วยที่มี GRACE risk score >140 ซึ่งโรคมีความรุนแรง พบร้อยละ 9.5<sup>7</sup> โดยพบว่สาเหตุการเข้ารับรักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการจำหน่ายกลับบ้านถึงร้อยละ 28 ซึ่งสัมพันธ์กับอาการของโรคที่ยังไม่หาย ความเจ็บปวด และความกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง<sup>8</sup> ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงมีความสำคัญ

ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ความรู้เรื่องโรค และข้อมูลเพียงพอที่จะสามารถจัดการสุขภาพของตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน<sup>9</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีหลายปัจจัยเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยจำแนกเป็นปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย สถานะทางเศรษฐกิจ<sup>10,11,13</sup> ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การให้ความหมายและความคาดหวัง ประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวางแผนเข้ารับการรักษา<sup>12,13,14</sup> ปัจจัยด้านการพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย<sup>12,13,14</sup> หลายปัจจัยยังพบผลการศึกษาไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยในต่างประเทศให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายทั้งเชื้อชาติ ระบบการรักษาพยาบาล อีกทั้งในปัจจุบันเทคโนโลยีการฉีดสีสวนหัวใจมีความเจริญก้าวหน้า

มากขึ้น จำนวนผู้ป่วยก็มากขึ้นเช่นกัน อาจส่งผลต่อความพร้อมของผู้ป่วยต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในอดีต

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านของเมลลิสเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่านเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน การบำบัดทางการแพทย์ รูปแบบการตอบสนอง โดยผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยโดยมีการประเมินธรรมชาติของการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อวิถีชีวิต และสภาพจิตใจในทิศทางด้านบวกหรือด้านลบ ผู้ป่วยที่ให้ความหมายการเจ็บป่วยไปทางด้านบวก มีความรู้สึกที่ชีวิตของตนเองมีคุณค่า พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิตดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นภายหลังการจำหน่าย<sup>15</sup> อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่ามีผลในทางด้านลบ ทำให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปอย่างยากลำบาก ไม่สามารถปรับตัวเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้านได้ ในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีค่อนข้างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยได้แก่ ความรุนแรงของโรค ภาวะแทรกซ้อนทางคลินิก โรคร่วม อายุ และทรัพยากรทางสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสั้นลง เกิดจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการรักษาที่ดีขึ้น การเข้าถึงระบบบริการที่รวดเร็วและง่ายขึ้น ตาม 2014 AHA/ACC Guidelines, 2020 ESC Guidelines หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถทำการจำหน่ายภายใน 2-3 วัน<sup>16,17</sup> จากระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลที่สั้นลงต่างจากในอดีต และในปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กลงการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วยมีมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลในทางลบกับความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย ในขณะที่ด้วยกันผู้ป่วยและผู้ดูแลอาจหาข้อมูลในการดูแลตนเองจากสื่อต่างๆ ได้มากขึ้น

ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีประสบการณ์ในการเข้ารับการรักษาและได้รับการจำหน่ายกลับบ้านแล้ว พบว่า มีความปรารถนาที่จะมีชีวิตที่ดี ผลักดันให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง<sup>18</sup> อย่างไรก็ตามการศึกษาในประเทศไทย ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอายุเฉลี่ย 65 ปี พบว่า ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจหลงลืมความรู้ที่เคยได้รับจากทีมสุขภาพ<sup>12</sup>

การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย เป็น การรับรู้การประสานการดูแลของผู้ป่วยโดยทีมสห สาขาวิชาชีพมีการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีการวางแผนการรักษาและการดูแลโดยใช้ กระบวนการทำงานเป็นทีมในการเตรียมจำหน่าย กลับสู่บ้าน การประสานงานการดูแลของพยาบาล ในเรื่องการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่าง และความร่วมมือในการ ใช้ยา พบว่า เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วย ลดการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำใน โรงพยาบาลได้ร้อยละ 34.8<sup>19</sup> ต่างจากการศึกษา ในประเทศไทย พบว่าความพร้อมก่อนจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลไม่สัมพันธ์กับการประสาน การดูแลก่อนจำหน่าย อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ ประสานการดูแลแทนผู้ป่วย<sup>13,14</sup> ผลการศึกษา แตกต่างกันนี้อาจเนื่องจากระบบบริการสุขภาพของ แต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน การศึกษาใน ประเทศไทยพบ การศึกษาในโรงพยาบาล ต่างจังหวัดทั้งโรงพยาบาลประจำจังหวัด และ โรงพยาบาลตติยภูมิ ผลที่ได้อาจต่างจากการศึกษา ครั้งนี้ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ซึ่งมี บริบทต่างกัน

การศึกษาความพร้อมก่อนจำหน่ายใน ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ผ่านมา ในต่างประเทศส่วนใหญ่ให้ผลต่างจากการศึกษาใน ประเทศไทย อาจเนื่องจากระบบการวางแผน จำหน่ายเป็นสหสาขาวิชาชีพ มีแพทย์ประจำ ครอบครัวที่ดูแลภายหลังจำหน่าย แตกต่างจากใน ประเทศไทยซึ่งยังมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากร ทางการแพทย์ที่มีจำนวนน้อย และในปัจจุบัน

เทคโนโลยีการรักษามีความก้าวหน้า ทำให้จำนวน วันนอนในโรงพยาบาลสั้นลง จึงอาจทำให้ความ พร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่างจาก ในอดีต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความ พร้อมในการจำหน่ายในบริบทโรงพยาบาลตติยภูมิ ชั้นสูง ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำคัญ ในการวางแผนให้การพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมี ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไป ดูแลตนเองที่บ้านได้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี การเปลี่ยนผ่าน (Theory of Transition) ของเมลลิส (Meleis) และคณะ<sup>20</sup> ประยุกต์ใช้ในการวิจัย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันสู่การ ดูแลตนเองหลังจำหน่าย ในภาวะของการเจ็บป่วย ด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยต้องเผชิญความเจ็บป่วยอย่าง ทันทีทันใด และไม่อาจคาดการณ์เวลาในการเกิดโรคได้ ธรรมชาติของการเปลี่ยนผ่าน เป็นชนิดของการเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการ เจ็บป่วย การเปลี่ยนผ่านนั้นขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาและ ตอบสนองของบุคคล สังคมและชุมชน ทั้งที่เอื้ออำนวยให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปด้วยดี หรือยับยั้ง การเปลี่ยนผ่านไม่ให้เกิดความสมบูรณ์ ซึ่งจะมี รูปแบบการตอบสนองการเปลี่ยนผ่านทั้งด้าน กระบวนการและผลลัพธ์ ปัจจัยทั้งหมดที่ทำการ ศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การให้ความหมาย เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นเงื่อนไขด้านบุคคล ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และประสบการณ์ การเข้ารับการรักษาเป็นคุณสมบัติของประสบการณ์

การเปลี่ยนผ่าน ส่วนการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายเป็นการบำบัดทางการพยาบาล โดยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### สมมุติฐานการวิจัย

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการเข้ารับการรักษา และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research)

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยกลุ่ม UA, NSTEMI และ STEMI ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง 2 แห่งในกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** คัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีอาการคงที่ เช่น ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่เปลี่ยนแปลงแยลง ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตปกติ ไม่มีหน้ามืด ไม่มีเวียนศีรษะ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ เป็นต้น 2) แพทย์วางแผนจำหน่าย เกณฑ์คัดออก 1) ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 2) เข้ารับการรักษาต่อในสถานพักฟื้นอื่นหลังจำหน่าย 3) มีโรคร่วมที่มีอาการรุนแรง เช่น มะเร็งระยะลุกลาม ติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น 4) มีภาวะพร่องทางสติปัญญา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ความเข้าใจมินิค็อก<sup>21</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G\* Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ร้อยละ 85 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขนาดปานกลาง  $r .30^{22}$  ;  $R^2 = .09$  ในการคำนวณ 4 ตัวแปรอิสระซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีจำนวน 141 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มี 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามการให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจและความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับตามขั้นตอนโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความสามารถในการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นอย่างดี อีกทั้งไม่คุ้นเคยกับต้นฉบับแบบสอบถามนี้มาก่อนทำหน้าที่ในการแปลย้อนกลับ จากนั้นทำความเข้าใจ

ตรงเชิงปรากฏโดยมีการปรับรายละเอียดบางส่วน และภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมโดยที่ไม่ทำให้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของแบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญทางโรคหัวใจ และหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจมินิค็อก (ฉบับภาษาไทย) แบบคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป พัฒนาโดย Borson และคณะ<sup>23</sup> แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยสุภาพร ตรงสกุล และคณะ<sup>21</sup> โดยคะแนนเต็ม 5 คะแนน 0-2 คืออาจจะมี ความบกพร่องการคิดรู้ (Cognitive function) คะแนน 3-5 คือไม่มีความบกพร่องการคิดรู้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ตำแหน่งของหัวใจที่ขาดเลือด เส้นเลือดหัวใจที่ตีบ การรักษาที่ได้รับ ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย วันเวลาที่เข้ารับการรักษา วันเวลาที่จำหน่าย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ประวัติการรักษาเกี่ยวกับโรคหัวใจที่ผ่านมา ยาที่ได้รับเมื่อ

จำหน่ายกลับบ้าน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และคะแนนความเสี่ยง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พัฒนาโดย Kubica<sup>24</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ มีคำถาม 23 ข้อ คะแนนเต็ม 69 คะแนน โดย 58 - 69 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับสูง 44 - 57 คะแนน ระดับปานกลาง น้อยกว่า 43 คะแนน ระดับต่ำ การศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พัฒนาโดย Fife<sup>25</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ มีคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ คะแนนรวมสูงสุด 44 คะแนน โดย 22 คะแนนขึ้นไป คือ ให้ความหมายการเจ็บป่วยไปในทิศทางบวก น้อยกว่า 22 คะแนน คือ ให้ความหมายการเจ็บป่วยไปในทิศทางลบ การศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจ พัฒนาโดย Hadjistavropoulos และคณะ<sup>26</sup> แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ มีคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คะแนนเต็ม 125 คะแนน โดย 92-125 คะแนน หมายถึง ได้รับการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องก่อนจำหน่ายในระดับสูง 59-91 คะแนน ระดับปานกลาง และ 25-58

คะแนน ระดับต่ำ การศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.SI 765/2019 และ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA No. 024/2020 โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในคน 3 ข้อ คือ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/ Non-maleficence) และหลักความยุติธรรม (Justice)

### การรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยดำเนินการยื่นหนังสือแนะนำตัวเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและแจ้งผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับข้อมูลเบื้องต้นในโครงการวิจัย หากผู้ป่วยสนใจเข้าร่วม ผู้วิจัยตรวจสอบคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด พร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ จัดทำในบริเวณข้างเตียงโดยกั้นม่านให้เกิดความเป็นส่วนตัว ในกลุ่มตัวอย่างที่อ่าน

หนังสือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบ โดยปราศจากการชักจูงให้ตอบแบบสอบถามไปในทิศทางใด ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2563

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (All enter multiple regression) ซึ่งทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงเกิน 0.7<sup>27</sup>

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.1 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.7) เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุเฉลี่ย 62.9 ปี (S.D.=13.3) อายุน้อยที่สุด 23 ปี มากที่สุด 90 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.8 โดยที่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.4) ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา มีรายได้เพียงพอร้อยละ 88.7 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 44.7 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด NSTEMI ร้อยละ 46.1 ได้รับการทำหัตถการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านสาย



สวน ร้อยละ 82.3 มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย 41-49.9% คิดเป็นร้อยละ 50.4 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 65.2) มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล < 72 ชั่วโมง (Median=55.3, IQR=28.6 (48.2,76.8) มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจ ร้อยละ 31.2 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.5) มีโรคร่วม เกือบครึ่ง (ร้อยละ 48.9) มีความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับสูง (Mean=56.6, S.D.= 7.5) ร้อยละ 80.1 ให้ความหมายการเจ็บป่วยไปในทิศทางบวก (Mean=34.9, S.D.= 10.6) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) ได้รับการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในระดับสูง (Mean=108.8, S.D. =18)

การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .572, r = .578, p < .001$  ตามลำดับ) ส่วน

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $r = -.159, r = -.145, p > .05$  ตามลำดับ) ดังแสดงตารางที่ 1

ตัวแปรทั้งหมดนี้สามารถอธิบายความผันแปรของความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ร้อยละ 43 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $R^2 = .43, F = 25.644, p < .001$ ) โดยพบว่า การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .356, p < .001, \beta = .381, p < .001$  ตามลำดับ) ดังแสดงตารางที่ 2

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายและความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	1				
2. ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	-.278	1			
3. ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา	-.191	-.109	1		
4. การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย	.550	-.201	-.069	1	
5. ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	.572**	-.159	-.145	.578**	1

\*\*p < .001

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย และความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตัวแปร	b	Std. Error	Beta	t-value	p-value
Constant	30.441	3.719		8.186	.001
การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	.252	.057	.356	4.393	.001
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	.110	.684	.011	.161	.873
ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา	-.796	1.080	-.049	-.737	.462
การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย	.159	.032	.381	4.910	.001

SE<sub>est</sub> = ±5.741, R = 65.6, R<sup>2</sup> = .430, Adj.R<sup>2</sup> = .413, F =25.644, p-value = .001

### การอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.9 มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับสูง รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 44.7 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะร้อยละ 62 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและมีบุตรหลานคอยดูแล ทำให้มีพร้อมที่จะกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน<sup>28</sup> ประกอบกับการประเมินความพร้อมก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการมานอนโรงพยาบาลมากที่สุด (2.87) รองลงมาเข้าใจคำแนะนำของทีมสุขภาพเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด (2.80) อย่างไรก็ตามด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ด้านอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์เพิ่มเติม (2.01) อาจเนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 68.8 ไม่มีประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาก่อน และมีโรคร่วมร้อยละ 86.5 เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวานจึงอาจสับสนกับอาการของโรคร่วม ต่างจากการศึกษาในประเทศโปแลนด์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการ

รักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความพร้อมก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 63 ปี ร้อยละ 59.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยร้อยละ 60.1 รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว<sup>11</sup> ต่างจากการศึกษานี้ที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน และเป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 41.9 ก่อนจำหน่ายกลับบ้านไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการกลับไปทำงาน จึงมีความพร้อมในระดับปานกลางถึงสูง

**การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย** พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80.1 ให้ความหมายการเจ็บป่วยไปในทิศทางบวก โดยระบุว่า “ความเจ็บป่วยทำให้ตั้งใจที่จะฟื้นฟูตัวเองอย่างเต็มที่” มากที่สุด (3.52) และกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนน้อยที่สุด (2.65) ในข้อ “รู้สึกเป็นผู้เคราะห์ร้ายจากความเจ็บป่วย” ซึ่งแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างเข้าใจธรรมชาติของการเจ็บป่วย มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอาการดี

ขึ้น สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ โดยไม่เหนื่อยหรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $r = .572, p < .001$ ) และสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = .356, p < .001$ ) สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนผ่านได้นั้นต้องมีความเชื่อมั่นที่เพิ่มขึ้นและสามารถพัฒนาวิธีที่จัดการกับการเปลี่ยนผ่าน ผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสภาพจิตใจในทิศทางด้านบวก สอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กันทะขู้ และคณะ<sup>12</sup> ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง พบว่าการให้ความหมายและความคาดหวังของการเจ็บป่วยสามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 21.8 ( $R^2 = .218, p < .05$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าตนได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐที่ดีที่สุดในประเทศ มีแพทย์ที่มีความชำนาญในการรักษาโรคหัวใจ จึงมีความมั่นใจว่าการรักษาครั้งนี้จะประสบความสำเร็จ<sup>12</sup> เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ศึกษาในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงทั้ง 2 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลที่ได้รับการยอมรับในระดับประเทศ และนานาชาติมีความพร้อมทั้งในด้านเครื่องมือที่ทันสมัยและบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ กลุ่มตัวอย่างจึงมีความเชื่อและทัศนคติที่ดีต่อระบบการรักษาและการดูแล ซึ่งมีผลต่อการพิจารณาตัดสินใจในเปลี่ยนผ่านโดยให้ความหมายไปทางบวก ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ในการศึกษานี้ ร้อยละ 65.2 มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 72 ชั่วโมง สอดคล้องกับ 2014 AHA/ACC Guidelines, 2020 ESC Guidelines หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถทำการจำหน่ายได้ ภายใน 2-3 วัน และการศึกษาในประเทศสวีเดนแลนด์ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล  $\leq 72$  ชั่วโมง<sup>29</sup> กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้แกร็บร้อยละ 60.3 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มีค่าเฉลี่ย Grace risk score 144.4 ต้องได้รับการขยายหลอดเลือดแบบจุกเงินหรือไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ฟื้นตัวได้เร็วจึงจำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล < 72 ชั่วโมง พบว่าได้รับการสวนหัวใจผ่านทางข้อมือร้อยละ 35.8 มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเฉลี่ย 53.5 % คะแนน Grace risk score เฉลี่ย 139.4 TIMI risk score เฉลี่ย 3.4 มีโรคร่วมร้อยละ 73.2 คะแนนความพร้อมก่อนจำหน่าย 58 คะแนน (S.D. = 7.2) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมากกว่า 72 ชั่วโมง ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางข้อมือเพียงร้อยละ 6.1 มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจของหัวใจห้องล่างซ้ายเฉลี่ย 46.2 % คะแนน Grace risk score เฉลี่ย 153.8 TIMI risk score เฉลี่ย 3.9 มีโรคร่วมร้อยละ 83.7 ซึ่งภาวะโรคมีความรุนแรงมากกว่า จึงทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่าย 54.8 คะแนน (S.D. = 7.8)ซึ่งมีความพร้อมก่อนจำหน่ายอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาคั้งนี้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $r = -.159, p > .05$ ) และไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจเป็นเพราะกลุ่มที่นอนโรงพยาบาล < 72 ชั่วโมง มีความรุนแรงของโรคน้อย มีโรคร่วมน้อยกว่า มีการสวนหัวใจผ่านทางข้อมือมากกว่าจึงฟื้นตัวเร็ว มีความพร้อมในการรับข้อมูลมากกว่าผู้ที่นอนโรงพยาบาล > 72 ชั่วโมง ซึ่งแม้จะมีระยะเวลาอนนนานกว่า มีเวลาในการได้รับข้อมูลมากกว่า แต่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า มีการสวนหัวใจผ่านทางข้อมือน้อยกว่า จึงฟื้นตัวได้ช้ากว่า ความพร้อมในการจำหน่ายจึงไม่แตกต่างกัน

**ประสบการณ์การเข้ารับการรักษา**  
 การศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.8 ไม่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา โดยประสบการณ์การเข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $r = -.145, p > .05$ ) ไม่สามารถทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และไม่สอดคล้องกับกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ที่กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีประสบการณ์จะทำให้การเปลี่ยนผ่านเป็นไปได้ง่าย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา (ร้อยละ 31.2) มีความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.6) กลุ่มที่เคยมีประสบการณ์การเข้ารับการรักษา ร้อยละ 81.8 เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมร้อยละ 97.7 แม้จะมีประสบการณ์การเกิดโรคมามาก่อนได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์มาก่อน

แต่ความสามารถในการรับรู้อาจน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ประกอบกับมีโรคร่วมหลายโรคทำให้ได้รับข้อมูลที่หลากหลายและซับซ้อน ความพร้อมก่อนจำหน่ายจึงไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่ม่ประสบการณ์

**การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย**  
 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81 ได้รับการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในระดับสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $r = .578, p < .001$ ) และสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ( $\beta = .381, p < .001$ ) สอดคล้องกับกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ที่กล่าวไว้ว่าการประสานการดูแลเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่จะส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมก่อนการจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างได้รับการประสานการดูแลอย่างต่อเนื่องก่อนจำหน่ายในระดับสูง ส่งผลให้มีความพร้อมก่อนจำหน่ายสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การให้การดูแลประสานกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายทั้งในด้านข้อมูลเรื่องโรค ยา อาหาร การออกกำลังกาย<sup>30</sup> และการศึกษาในประเทศไทย ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุรกรรมและศัลยกรรม โดยมีกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 29.2 พบว่า การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ด้วยระบบการส่งต่อที่มีความชัดเจนและต่อเนื่อง มีการติดตามเยี่ยมบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจเมื่อกลับบ้านจะสามารถดูแลตนเองได้<sup>31</sup> ประกอบกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็น 1 ในกลุ่มโรค Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข จึงมีการจัดตั้งทีมในการดูแล กำหนดบทบาทของ

สหสาขาวิชาชีพ และมีการส่งต่อข้อมูลการรักษา เป็นระบบที่ชัดเจน<sup>2</sup>

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลจากการศึกษาผู้วิจัยเสนอแนะให้บุคลากรในทีมสุขภาพควรมีการประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกรายก่อนได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการให้ความหมายการเจ็บป่วยในทิศทางบวกและประสานการดูแลกับสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ข้อมูลและดูแลก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการกลับไปดูแลตนเองที่บ้านต่อไป ในส่วนของการวิจัย พยาบาลควรพัฒนาและทดสอบโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายโดยเน้นการให้หมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในทางบวก และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ผลการวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงในโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทยที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษานี้

### References

1. Benjamin J, Muntner P, Alonso A, Bittencourt S, Callaway W, Carson P, et al. Heart disease and stroke statistics 2019 update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2019; 139(10): 516-528.
2. Central Chest Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Thai ACS registry [Internet]. 2019. [cited 2020, Sep 1]. Available from: <http://www.ncvdt.org/>.
3. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes J, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation the Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018; 39(2): 119-77.
4. Thune J, Signorovitch E, Kober L, McMurray J, Swedberg K, Rouleau J, et al. Predictors and prognostic impact of recurrent myocardial infarction in patients with left ventricular dysfunction, heart failure, or both following a first myocardial infarction. *Eur. J. Heart Fail*. 2011; 13(2): 148-53.
5. Radovanovic D, Maurer L, Bertel O, Witassek F, Urban P, Stauffer C, et al. Treatment and outcomes of patients with recurrent myocardial infarction: a prospective observational cohort study. *J. Cardiol*. 2016; 68(6): 498-503.
6. Wang H, Zhao T, Wei X, Lu H, Lin X. The prevalence of 30-day readmission after acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Cardiol*. 2019; 42(10): 889-98.
7. Pumprueg S, Boonyapisit W, Wongsa J, Naekaew N, Dechaj D. Characteristics and outcomes of treatment for Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndrome: results from a single center registry. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2016; 99(1): 1-7.

8. Howard-Anderson J, Busuttill A, Lonowski S, Vangala S, Afsar-manesh N. From discharge to readmission: understanding the process from the patient perspective. *J. Hosp. Med.* 2016; 11(6): 407-412.
9. Galvin C, Wills T, Coffey A. Readiness for hospital discharge: a concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 2017; 73(11): 2547-57.
10. Sriprasong S, Hanucharumkul S, Panpukdee O, Krittayaphong R, Pongthavomkamol K, Vorapongsathorn T. Personal factors related to perceived readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2011; 22(2): 44-57. (In Thai).
11. Kosobucka A, Kasprzak M, Michalski P, Pietrzykowski L, Fabiszak T, Felsmann M, et al. Relation of the readiness for hospital discharge after myocardial infarction scale to socio-demographic and clinical factors. An observational study. *Med. Res. J.* 2018; 3: 32-37.
12. Kunthakhu S, Watthanakitkriear D, Pongthavomkamol K, Dumavibhat C. Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science.* 2009; 27: 83-91. (In Thai).
13. Niraso S, Pan-uthai S, Suwankaruhad N. Predicting Factors of Readiness for Hospital Discharge among Older Patients with Acute Myocardial Infarction. *Nursing Journal.* 2017; 44(4): 61-70. (In Thai).
14. Solai N, Padwan R, Tongdee W. Predicting factors of readiness for hospital discharge among hospitalized coronary heart disease patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *Chiang Mai Medical Journal.* 2019; 58(3): 145-58. (In Thai).
15. Norekval M, Moons P, Hanestad R, Nordrehaug E, Wentzel-Larsen T, Fridlund B. The other side of the coin: Perceived positive effects of illness in women following acute myocardial infarction. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2008; 7: 80-87.
16. Amsterdam A, Wenger K, Brindis G, Casey E, Ganiats G, Holmes R, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with Non-ST elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation.* 2014; 130(25): 2354-94.
17. Collet JP, Thiele H, Barbato E, Barthelémy O, Bauersachs J, Bhatt L, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. The task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart. J.* 2020; 42(14): 1289-67.
18. Bergman E, Bertero C. 'Grasp Life Again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003; 2(4): 303-10.
19. Jorstad T, von Birgelen C, Alings M, Liem A, van Dantzig M, Jaarsma W, et al. Effect of a nurse coordinated prevention program on cardio

- vascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the response randomised trial. *Heart*. 2013; 99(19): 1421-30.
20. Meleis I, Sawyer M, Im O, Messias H, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*. 2000; 23(1): 12-28.
21. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr. Gerontol. Int*. 2015; 15(5): 594-600. doi: 10.1111/ggi.12318.
22. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull*. 1992; 112(1): 155-59. doi:10.1037//0033-2909.112.1.155.
23. Borson S, Scanlan M, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J. Am. Geriatr. Soc*. 2003; 51(10): 1451-54.
24. Kubica A. Self-reported questionnaires for a comprehensive assessment of patients after acute coronary syndrome. *Med. Res. J*. 2019; 4(2): 106-109.
25. Fife L. The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life threatening illness. *Soc. Sci. Med*. 2005; 61(10): 2132-43.
26. Hadjistavropoulos D, Biem J, Kowalyk M. Measurement of continuity of care in cardiac patients: reliability and validity of an in-person questionnaire. *Can. J. Cardiol*. 2004; 20(9): 883-91.
27. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
28. Poncharoen P, Samartkit N, Keeratiyutawong P. Factors related to discharge readiness in patients with congestive heart failure. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2015; 25(2): 130-43. (In Thai).
29. Laurencet ME, Girardin F, Rigamonti F, Bevand A, Meyer P, Carballo D, et al. Early discharge in low-risk patients hospitalized for acute coronary syndromes: feasibility, safety and reasons for prolonged length of stay. *PloS one*. 2016; 11(8): e0161493. doi: 10.1371/journal.pone.0161493.
30. Marbach JA, Johnson D, Kloo J, Vira A, Keith S, Kraft WK, et al. The impact of a transition of care program on acute myocardial infarction readmission rates. *Am. J. Med. Qual*. 2018; 33(5): 481-86.
31. Srirat C, Panuthai S. Factors related to readiness for hospital discharge among hospitalized patients in tertiary hospitals. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2017; 23: 99-112. (In Thai).

