

ปัจจัยทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*

รัตนา นิลเลื่อม**

วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล***

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา****

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์*****

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี จำนวน 77 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แบบสอบถามคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก (mean= 3.09, SD. = 0.50) โดยการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 11.2 ($R^2 = .112$, $p < .05$) โดยคุณภาพการนอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .251$, $p < .05$)

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและทีมสุขภาพ ควรมีการส่งเสริมคุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย เพื่อเพิ่มการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

คำสำคัญ : การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่าย, การรับรู้อาการเจ็บป่วย, ภาวะสุขภาพ, คุณภาพการนอนก่อนจำหน่าย, ผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

* วิทยาลัยนursesหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Predicting factors of perceived readiness for hospital discharge in caregivers of patients with acute myocardial infarction*

Ratana Nilliaum**

Wanpen Pinyopasakul***

SasimaKusuma Na Ayuthya****

Sarinrut Sriprasong*****

Abstract

The purpose of this correlational predictive study was to examine the influencing factors of perceived readiness for hospital discharge in caregivers of patients with acute myocardial infarction. The samples were 77 caregivers of this group of patients being admitted at a tertiary hospital in Ratchaburi Province. Data were collected by using a demographic questionnaire of caregiver and patient, Brief Illness Perception questionnaire, 12-Item Short Form Health Survey (SF-12), Quality of Discharge Teaching Scale and the Preparedness for Caregiving Scale. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression.

The findings showed that the sample had a high level of perceived readiness for hospital discharge (Mean = 3.09, SD = 0.50). Illness perception, perceived health status, and quality of discharge teaching explained 11.2 % of readiness for discharge ($R^2 = .112$, $p < .05$). Quality of discharge teaching was the only predictor of perceived readiness for discharge among the caregiver of patients with acute myocardial infarction ($\beta = .251$, $p < .05$).

Based on the findings, the researchers recommended that nurses and health care team should provide quality of discharge teaching to enhance perceived readiness for hospital discharge among caregivers of patients with myocardial infarction.

Keyword : perceived readiness for hospital discharge, illness perception, health status, quality of discharge teaching, caregivers of patients with acute myocardial infarction.

** Master of Nursing Science (Adult Nursing) Graduate Studies, Mahidol University.

** Registered Nurse Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing Mahidol University (Corresponding author)

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

***** Lecturer, Faculty of Nursing Mahidol University.

***** Assistant Professor Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลกและมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ โดยในประเทศไทย พบอัตราการตายในโรงพยาบาลจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เท่ากับร้อยละ 12.1 และเมื่อติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่าย 12 เดือน พบว่า อัตราการตายเพิ่มขึ้นเท่ากับร้อยละ 52.9² โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) สูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงเดือนแรกหลังจากเกิดโรค³ การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระยะการเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปสู่นบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับการวางแผนการจำหน่าย และสามารถทำนายถึงความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเปลี่ยนผ่านจากภาวะการเจ็บป่วยไปสู่ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง^{4,5} เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น⁶ หากผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มักได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 - 5 วัน ทำให้ระยะเวลาในการแสวงหาหรือได้รับข้อมูลที่จำเป็นจากบุคลากรทางสุขภาพในหอผู้ป่วยมีจำกัด ทั้งในด้านการรู้และทักษะที่จำเป็นในการกลับไปดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเลิกบุหรี่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคของผู้ป่วย^{7,8,9}

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลเปรียบเสมือนลูกกุญแจไขปัญหาต่างๆ ที่จะนำพาผู้ป่วยไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาต่างๆ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย¹⁰ ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับทีมสุขภาพ ควรตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับไปสู่นบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁴

จากกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน⁵ การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านไปสู่ภาวะสุขภาพและบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่าง คือ 1) ปัจจัยการเปลี่ยนผ่าน (Transition conditions) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ชุมชน และสังคม ที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือขัดขวางการเปลี่ยนผ่าน เช่น อายุ เพศ ความเชื่อ ทศนคติ เศรษฐฐานะทางสังคม ระดับความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม 2) ลักษณะของการเปลี่ยนผ่าน (Type of transition) ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และประสบการณ์เจ็บป่วยและ 3) การพยาบาล (Nursing therapeutics) ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการประสานงานในการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีส่วนร่วมช่วยควบคุมโรคของผู้ป่วยได้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการสนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น¹¹ นอกจากนี้ผู้ดูแลของผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การเลิกสูบบุหรี่

โดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรค การป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของโรคเพิ่มเติม ทำให้ผู้ดูแลมีการเตรียมความพร้อมกับการดูแลผู้ป่วยและสามารถเปลี่ยนผ่านจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป¹⁰

ในส่วนปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ได้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของครอบครัวของผู้ป่วยด้วย โดยสมาชิกในครอบครัวต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วย ทรมานร่างกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า ร่างกายทรุดโทรม การพักผ่อนไม่เพียงพอ ตลอดจนทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความเบื่อหน่าย อาจทำให้สุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹³ พบว่า ในระยะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ดูแลจะรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ต่อไป

ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ที่เป็นวิธีการของพยาบาลที่จะช่วยเหลือให้กระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ภาวะใหม่ได้สำเร็จและง่ายขึ้น คือ การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics)⁴ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล ประกอบด้วย ด้านเนื้อหา คือ การให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีเนื้อหาเหมาะสม ชัดเจน และครอบคลุม ในเรื่องการดูแลตนเอง การจัดการกับภาวะอารมณ์ การรับประทานยา การขอ

ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา และด้านทักษะการสอนที่ดี คือ สามารถอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องที่สอน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น¹⁰

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยด้านการพยาบาล ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่จะกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อไป เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้กรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition theory) ของ เมลิสและคณะ⁵ ประกอบด้วยปัจจัย 3 อย่าง คือ 1) ปัจจัยการเปลี่ยนผ่าน (Transition Conditions) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ชุมชน และสังคม ที่มีผลต่อการส่งเสริมหรือขัดขวางการเปลี่ยนผ่าน เช่น อายุ เพศ ความเชื่อ ทัศนคติ เศรษฐฐานะทางสังคม ระดับความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม 2) การบำบัดทางการพยาบาล (Nursing Therapeutics) ได้แก่ การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการประสานงานในการดูแล 3) รูปแบบการตอบสนอง (Pattern of Response) เป็นตัวบ่งชี้ของบุคคลในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทใหม่ ซึ่งบุคคลจะจัดการตนเอง (Mastery) ในลักษณะของพฤติกรรม และทักษะความสามารถของตนเองในการ

จัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมใหม่ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล ประกอบด้วย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลสามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive design) โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรที่ศึกษา

เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู. หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิงที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ Power analysis สำหรับสถิติสมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) กำหนดค่า Power of test 0.80 ค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Moderate effect size) ได้กลุ่มตัวอย่าง 77 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน และให้การดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อาชีพความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว สุขภาพโดยทั่วไปของผู้ดูแล ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแล เวลาที่คาดว่าจะใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน และผู้ช่วยเหลือในการดูแล

2. แบบสอบถามการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการดูแลครอบครัวในมุมมองของผู้ดูแล ในหัวข้อเฉพาะความพร้อมในการดูแล ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุของ Archbold และ Stewart¹⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดย Wirojratana¹⁵ แบบสอบถามแบ่งเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย 2) ด้านความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย 3) ด้านความพร้อมที่จะหาข้อมูลเกี่ยวกับบริการและจัดหาบริการการดูแลให้กับผู้ป่วย

4) ด้านความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างดูแลผู้ป่วย 5) ด้านความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ป่วย 6) ด้านความพร้อมในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 7) ด้านความพร้อมในการขอความช่วยเหลือและขอข้อมูลที่เป็นจากทางโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุข 8) ด้านความพร้อมในการดูแลโดยรวมทั้งหมดรวม 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นการให้คะแนนตามความรู้สึกที่อธิบายในแต่ละข้อ จาก 0 ถึง 4 เกณฑ์การคิดคะแนน จะคิดคะแนนของแต่ละด้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมที่อยู่ระหว่าง 3.0 – 4.0 หมายถึง การรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก การแปลผลคะแนนมี 3 ระดับ ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93

3. แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (the Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) เป็นเครื่องมือที่ Broadbent และคณะพัฒนาขึ้น¹⁶ แบบสอบถามแบ่งเป็น 7 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต 2) ระยะเวลาของการเป็นโรค 3) การรักษาที่ได้รับมีส่วนช่วยรักษาโรคของผู้ป่วย 4) อาการรุนแรงของโรค 5) ความกังวลเกี่ยวกับการดูแล 6) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค 7) การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วย ทั้งหมดรวม 7 ข้อ มีลักษณะการตอบเป็นการให้คะแนนตามความรู้สึกที่อธิบายในข้อ 1-6 จาก 0 ถึง 10 ส่วนข้อ 7 เป็นคำถามปลายเปิดในการตอบคำถาม เกณฑ์การคิดคะแนน จะคิดคะแนนของแต่ละด้านค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 10 ส่วนข้อคำถามปลายเปิดอีกหนึ่งข้อนั้นได้แปลผล โดยนำมาจัดอันดับสาเหตุที่ผู้ดูแลเลือกเป็นอันดับที่ 1 มาจัดกลุ่มเข้าด้วยกัน ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.90

และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 30 คน โดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการทดสอบซ้ำเท่ากับ 0.77

4. แบบสอบถามภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นแบบสอบถามที่สร้างโดยแวร์และเซอร์บอร์น¹⁷ และใช้แบบสอบถามฉบับภาษาไทย ของบริษัท Quality Metric Incorporated ที่พัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย (Physical component score: PCS) และ 2) ด้านจิตใจ (Mental component scores: MCS) ทั้งหมดรวม 12 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นการให้คะแนนตามความรู้สึกที่อธิบายในแต่ละข้อ โดยข้อ 1, 4-12 จาก 1 ถึง 5 ส่วนข้อ 2 และ 3 จาก 1-3 เกณฑ์การคิดคะแนน จะลงคะแนนในโปรแกรมสำเร็จรูปที่ทางบริษัท Quality Metric Incorporated ได้กำหนดวิธีคิดคะแนนไว้ โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยรวมที่อยู่ระหว่าง 51-100 หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

5. แบบสอบถามคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลเป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดย Weiss และ Piacentine⁴ แปลเป็นภาษาไทยโดย แสงเดือน กันทะชู⁸ แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาการสอนจำนวน 6 ข้อ และ ด้านทักษะการสอนจำนวน 12 ข้อ ทั้งหมดรวม 18 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นการให้คะแนนตามความรู้สึกที่อธิบายในแต่ละข้อ จาก 0 ถึง 10 เกณฑ์การคิด จะคิดคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 180 คะแนน ค่าคะแนนรวมที่อยู่ระหว่าง 121-180 คะแนน หมายถึง คุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลให้กับ

ผู้ดูแลอยู่ในระดับดี ค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.96และนำไปทดสอบกับผู้ดูแลผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ที่หอผู้ป่วย ซี.ซี.ยู หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หลังจากนั้นได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเกี่ยวกับความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-50 นาที หลังจากตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ IRB-NS2013/62.0411 และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพในการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกล่อม

เนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ และในระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และการรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล กับการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล่อมเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (เมื่อตรวจสอบการกระจายของตัวแปรเป็นโค้งปกติ)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 70.1) อายุอยู่ในช่วง 21-79 ปี (mean= 49.05, SD. = 12.03) ส่วนใหญ่อยู่ใน

ช่วงอายุ 40-60 ปี (ร้อยละ 61) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 81.8) จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.8 และ มัธยมศึกษา ร้อยละ 27.3 เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.7) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 68.8) ด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย พบว่าเป็นสามี/ภรรยามากที่สุด (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือบุตร (ร้อยละ 41.6) ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 89.6) และ คาดว่าจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละวัน มากกว่า 12 ชั่วโมง (ร้อยละ 83.1) ส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ร้อยละ 75.3) โดยผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 43.1) และ ครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.2)

2. ส่วนลักษณะข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.1) อายุอยู่ในช่วง 41-91 ปี (mean= 66.01, SD = 12.03) โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 67.5) โรคที่ได้รับการวินิจฉัย คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด NSTEMI (ร้อยละ 93.5) ประมาณกึ่งหนึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตาม Canadian Cardiovascular Society Functional Classification of Angina¹⁸ อยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 49.4) และส่วนใหญ่มีโรคร่วม เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.64) โดยมีจำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาลเท่ากับ 3 วัน (ร้อยละ 67.53) และไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ร้อยละ 92.2)

3. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean= 3.09, SD. = 0.50) โดยการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านการดูแลความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก (mean= 3.86, SD. = 0.45) และด้านมี

คะแนนต่ำสุด คือ ผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (mean= 2.73, SD. = 0.70)

4. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในแต่ละด้านดังต่อไปนี้ คือ ระยะเวลาของการเป็นโรคนาน/เรื้อรัง (mean= 8.48, SD. = 2.18) การรักษาที่ได้รับมีส่วนช่วยควบคุมโรคของผู้ป่วยได้ (mean= 8.22, SD. = 1.94) กลุ่มตัวอย่างรับรู้อาการเจ็บป่วยว่ามีอาการรุนแรง (mean= 8.09, SD. = 2.35) มีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย (mean=7.04, SD. = 3.17) และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (mean= 7.19, SD. = 2.42) แต่ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (mean= 3.52, SD. = 3.38) ด้านสาเหตุของของความเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคของผู้ป่วยว่าเกิดจากปัจจัยด้านวิถีการดำเนินชีวิตมากที่สุด ได้แก่ การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 19.5) รองลงมา คือ ปัจจัยทางด้านอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด (ร้อยละ 18.2)

5. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพ ดังนี้คือ ระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (mean=49.60, SD. = 5.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนรวมเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี (mean= 46.92, SD. = 8.33) และคะแนนรวมเฉลี่ยของภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (mean= 51.80, SD. = 8.01)

6. กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนก่อนออกจากโรงพยาบาลของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ดังนี้คือ โดยรวมอยู่ในระดับดี (mean= 122.64, SD = 11.76) โดยให้คะแนนคุณภาพด้านเนื้อหาการสอนอยู่ในระดับปานกลาง (mean= 40.56, SD = 4.67) และให้คะแนนคุณภาพด้านทักษะการสอนอยู่ในระดับดี (mean= 82.08 , SD = 7.87)

7. ผลจากการศึกษา พบว่าการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($p > .05$) ส่วน

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.298, p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล กับ การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($n = 77$)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1.การรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	1.000			
2.ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-.320**	1.000		
3.คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล	-.358**	.116 ^{ns}	1.000	
4.การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล	-.221 ^{ns}	-.018 ^{ns}	.298**	1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$, ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

8. การรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถร่วมทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

ร้อยละ 11.2 ($R^2 = 0.112, p < .05$) โดยคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .251, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุคูณของการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโดยวิเคราะห์ถดถอยแบบขั้นตอนเดียว (Enter multiple regression) (n = 77)

ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p-value
- ค่าคงที่	2.544	0.934		2.722	.008
-การรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	-.011	.008	-.163	-1.313	.193
-ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล	-.009	.010	-.099	-.852	.397
-คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล	.011	.005	.251	2.125	.037

SE_{est} = ±0.479; R = .335; R² = .112, Adjusted R² = .076; F = 3.078 ; p-value = .05

อภิปรายผล

1. การรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการรับรู้ความพร้อมด้านการดูแลทางด้านร่างกาย ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ส่วนใหญ่เป็นภรรยา และบุตรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นชนิด NSTEMI และมีระดับความรุนแรงของโรคระดับ 1- 2¹⁸ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาค้างนี้สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ⁵ ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลผู้ป่วยที่

บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยต่อเหตุการณ์การเปลี่ยนผ่าน ทำให้แสดงพฤติกรรมยอมรับและตอบสนองต่อการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น ทำให้บุคคลดำรงอยู่ในบทบาทใหม่และเกิดการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จูรีรัตน์ กอผจญ¹⁹ ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอยู่ในระดับมาก ซึ่งส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยหลังจากเปลี่ยนผ่านจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต่อไป

2. ปัจจัยทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแล สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในผู้

ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ร้อยละ 11.2 แสดงให้เห็นว่าคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้กับผู้ดูแลสามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านด้านการบำบัดทางการพยาบาล⁴ ประกอบด้วย การให้ข้อมูลที่มีเนื้อหาที่เหมาะสม และผู้สอนมีทักษะการสอนที่ดี จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถเปลี่ยนผ่านออกจากโรงพยาบาลกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา²⁰ พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังด้วย หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่บ้าน ญาติสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ในด้านการร่วมมือในการรับประทานยา การควบคุมอาหาร และสามารถจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของธีรณัฐ ห่านิรติชัยและปริญา แร่ทอง²¹ ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดการจัดการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การได้รับความรู้จากพยาบาลในเรื่องคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามปัจจัยทำนายด้านการรับรู้ของผู้ดูแลต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พบว่าไม่สามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านด้านปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในภาพรวมในระดับกลาง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้วาระยะ

เวลาของการเป็นโรคนาน/เรื้อรัง และมีความกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมาก แต่เนื่องจากการรับรู้ที่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ด้วยการรักษา และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และพบว่าผู้ป่วยที่กลุ่มตัวอย่างดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจอยู่ในระดับ 1-2¹⁸ ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยไม่มีการเจ็บหน้าอกหรือมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อยในการดูแลตนเอง จึงส่งผลทำให้ไม่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ส่วนปัจจัยทำนายด้านภาวะสุขภาพของผู้ดูแล พบว่า ไม่สามารถทำนายการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ซึ่งผลการศึกษานี้ ไม่สนับสนุนทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านด้านปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.2) จึงอาจทำให้ภาวะสุขภาพไม่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ร้อยละ 75.3) โดยผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย พบว่าเป็นบุตร (ร้อยละ 43.1) ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเพียงพอ ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจึงไม่มีผลต่อการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

โดยสรุป ผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งได้นำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ⁵ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาบางส่วน พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้รับการสอนก่อนจำหน่ายออกจาก

โรงพยาบาลที่มีคุณภาพดีส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะออกจากโรงพยาบาล เกิดการเปลี่ยนผ่านจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นดูแลตนเองที่บ้าน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลควรมีประเมินการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และควรมีการส่งเสริมการสอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นคุณภาพด้านเนื้อหาการสอนและด้านทักษะการสอนที่เหมาะสมในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพื่อเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น ทักษะคิดและวัฒนธรรมความเชื่อทางสังคม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistic – 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129 (1): e28-e292.
- Srimahachota S, Boonyaratavej S, Anjanavanit RK, Sritara P, Krittayaphong RK, Unjara – Na – Ayudhya RK, et al. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TASCR). *J Med Assoc Thai* 2012; 95 (4): 508-18
- Mahanonda N, editor. Acute myocardial infarction. Bangkok: O-S Printing house; 2000. (in Thai).
- Weiss M, Placentine LB, Lokken L, Ancona J, Archer J, Gressor S, et al. Perceived readiness for hospital discharge in adult medical – surgical patients. *Clin Nurse Spec* 2007; 21(1): 31-42.
- Meleis IA, Sawyer ML, Im E, Messias HDK, Schumacker K. Experiencing transition: an emerging middle-range theory. *Advances Nurs. Sci* 2000; 23(1): 12-28.
- Kushner FG, Hand M, Smith SC, King SB, Anderson JL, Antman EM, et al. 2009 Focus updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST– elevation myocardial infarction (Updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update). *Circulation*. 2009; 120(22): 2271-2306.
- Kristofferzon ML, Löfmark R, Carlsson M. Coping, social support, and quality of life over time after myocardial infarction. *J Adv Nurs* 2005; 52(2): 113-24.
- Kunthakhu S, Watthanakitkrileartt D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Factors influencing readiness for hospital discharge in acute myocardial infarction patients. *Journal of Nursing Science*. 2009;27(2):83-91.(in Thai).
- Stewart DE, Abbey SE, Shinek ZM, Irvine J. Grace SL. Gender differences in health information needs and decisional preferences in patients recovering from an acute

- ischemic coronar event. *Psychosom Med* 2004;66(1):42-8.
10. Son H, Thomas AS, Friedmann E. Longitudinal changes in coping for spouses of post-myocardial infarction patients. *West J Nurs Res* 2013; 35(8): 1011-1025.
11. Elliott T, Shewchuk R. Family adaptation in illness, disease, and disability: handbook of clinical health psychology; 2004. 379-403 p.
12. Huffman JC, Celano CM, Junuzzi JL. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010;6(1):123-36.
13. Randall G, Molloy JG, Steptoe A. The impact of an acute cardiac event on the partners of patients: a systematic review. *Health Psychol Rev* 2009;3(1):1-84.
14. Archbold GP, Stewart JB. Family caregiving inventory. [PhD. dissertation]. Portland, Oregon: Health & Sciences University; 1986.
15. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory. [PhD dissertation]. Portland, Oregon: Health & Science University; 2000.
16. Broadbent E, Petrie, JK, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J of Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-637.
17. Ware JE, Kosinski M, Turner – Bowker DM, Sundaram M, Gandek B, Maruish ME. SF-12 v2 Health survey: administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated; 2009.
18. Campeau L. The canadian cardiovascular society grading of angina pectoris revisited 30 years later. *Can J Cardiol* 2002; 18(4): 371-79.
19. Kopachon C, Influence on preparedness, rewards of caregiving, and factors in role strain of caregivers of patients with cerebrovascular disease. [Thesis of Master degree of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2002.
20. Umpichit P, Jitpanya C. Factor realated to self – care in acute coronary syndrome patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2009; 20(2): 1-16. (in Thai).
21. Harnirattisai T, Raethong P. Perceived preparedness in caregiving among stroke's caregivers. *Thai Journal of Science and Technology* 2013;21(7):634-9. (in Thai).

๒๐๑๖ ๒๗ ๒๐๑๖ ๒๗ ๒๐๑๖