

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ
ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย

**The Effects of Cardiac Rehabilitation Promoting Program Integrated with Meditation on
Functional Capacity and Well-being in Patients with Myocardial Infarction before Discharge**

พัชรินทร์ นະนุ้ย^{1*} ไหมไทย ศรีแก้ว² และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา²

Patcharin Nanui^{1*} Maithai Srikaew² and Charuwan Kritpracha³

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถนนกาญจนาภิเษย ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

²อาจารย์ประจำ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ถนนกาญจนาภิเษย ตำบลคอหงส์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

^{1*}Graduate student in Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Prince of Songkla
University, Kanjanavanit Rd, Chohong, Hatyai, Songkhla

²Associate Professor in Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, Prince of Songkla
University, Kanjanavanit Rd, Chohong, Hatyai, Songkhla

*Corresponding author, E mail: cock_moo@hotmail.co.th

บทคัดย่อ

การวิจัยที่ทดลองศึกษา ผลของโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่าย ร่วมกับการทำสมาธิ
ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งจำนวน 60 คนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30
คนแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสนับสนุน
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกัน
ด้วยการจับคู่ โดยให้มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด เครื่องมือในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
หัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและ
ความรู้ของโอเรียม บูรณาการร่วมกับการทำสมาธิ และใช้แนวทางวางแผนจำหน่าย 2) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) แผ่น
ซีดี 4) แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา
เปรียบเทียบความแตกต่าง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทีคู่ และสถิติที
อิสระ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การทำสมาธิ

Abstract

This quasi-experimental research examined the effect of discharge planning program on cardiac rehabilitation promotion integrated with meditation on functional capacity and well-being in patient with myocardial infarction in the medical ward. Sixty subjects were selected and assigned to either experimental or control group. Thirty subjects were assigned to a control group that received routine medical treatment. The others were selected to an experimental group who had the cardiac rehabilitation program with meditation before discharge. The research instrument included: 1) Cardiac rehabilitation promoting program with meditation in myocardial infarction patient before discharge integrating with supportive nursing theory of Orem (2001), 2) Handbook of cardiac rehabilitation program, 3) Video compact disc, and 4) Assessment of functional capacity with well-being. The data were analyzed using descriptive statistics. Chi-square test was used to evaluate the difference between control and experimental group. The hypotheses were tested using paired-t-test and independent t-test. The results revealed that that the functional capacity and well-being of patients who received the program were better than patients who received standard care.

Keywords: cardiac rehabilitation, meditation

1. บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั้งโลกรวมทั้งประเทศไทย นับเป็นปัญหาหลักทางสาธารณสุขที่สำคัญส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (กุลวรรณ ทองมาก, 2554) จากผลกระทบดังกล่าว ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังนั้นจึงต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อส่งเสริมศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตทั้งทางด้านส่วนตัว ครอบครัวและสังคมได้อย่างรวดเร็วที่สุด (ดนตรี หะหรับ, 2551)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีความสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพทำให้เกิดความผาสุก มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น 2) ด้านคลินิกทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น 3) ด้านเศรษฐศาสตร์ ช่วยลดค่ารักษาพยาบาล (ปิยะนุช รัชพันธ์, 2545) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การพยาบาลที่เหมาะสม

สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คือ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของทฤษฎีโอเร็ม (Orem, 2001)

ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประเมินความต้องการการดูแลตนเอง และประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความพร้อมในด้านการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถลงมือปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วิธีการช่วยเหลือ ประกอบด้วย การสอนโดยให้ความรู้ การชี้แนะด้านต่างๆ ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ เพื่อแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ การสนับสนุนโดยให้กำลังใจ และการสร้างสิ่งแวดล้อมโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อการส่งเสริมพัฒนาทั้งด้าน ภายภาพ จิตใจ และสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การทำสมาธิช่วยทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หายเครียด เกิดความสงบ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง มีประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในประเทศอิหร่านมีการนำสมาธิเข้ามาใช้ร่วมกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลลัพธ์คือความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น เกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Hassanzadeh, 2013)

การวางแผนจำหน่าย มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อการดูแลตนเองอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่วันแรกของการรับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย หากขาดการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และยังพบอัตราการตายสูง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขึ้นนาระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) ผสานกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA, 2013) ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล และนำการทำสมาธิ เข้ามาบูรณาการร่วมด้วยประเมินผลลัพธ์ จากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้รับประโยชน์สูงสุดและเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบผลของ โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ ต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาธิ มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับสมาธิมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลชนิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบการพยาบาลที่ประเมินความต้องการในการดูแลตนเอง พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีรายละเอียดในการให้การพยาบาลดังนี้ 1) การสอน เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาที่ได้รับ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง การทำสมาธิโดยการฝึกไทชิ เพื่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง 2) การชี้แนะ เป็นวิธีช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อแปลงความรู้สู่การปฏิบัติ 3) การสนับสนุน มีการมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติและสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีช่วยเหลือ ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคมโดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดก่อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control group design) ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ให้มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันมากที่สุด ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ

5.1 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง กำหนดขนาดกลุ่มผู้ป่วย 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน การเลือกกลุ่มผู้ป่วยเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ 1) อายุ 40-70 ปี 2) ได้รับการวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรก 3) เป็นโรคหัวใจโดยจำแนกความรุนแรงของโรคตามแนวทางการจำแนกของคิลลิปไม่เกินระดับ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และหาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) จากการศึกษาของ กันหา ปานสมุทร (2547) ซึ่งมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.84

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว เครื่องมือวัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ได้แก่ แบบบันทึกการวัดระยะทางในการเดิน 6 นาที นาฬิกาจับเวลาที่มีเข็มวินาทีพื้นซีเมนต์ราบที่มีขีดบอกระยะทางยาว 30 เมตร แบบประเมินระดับของการ

รับรู้ความเหนื่อยในขณะออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม (Borg scale) และแบบประเมินความผาสุก ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยใช้แบบวัดตามวิธีของแคนทริล (Cantril, 1965 cite in Mckeehan, Cowling & Wykle, 1986 อ้างตาม อัญชลี, 2544)

5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่ายร่วมกับการทำสมาธิ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พัฒนาขึ้นตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมแพทย์โรคหัวใจสหรัฐอเมริกา ใช้กรอบแนวคิดระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) บูรณาการร่วมกับการทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิ และใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การรับประทานยา การออกกำลังกาย ข้อห้ามในการออกกำลังกาย วิธีการทำสมาธิ โดยการฝึกไทชิ และแบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล และใช้ดำเนินการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สำหรับแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และแบบประเมินความเหนื่อย ได้นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 10 ราย

5.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการวิจัย

ประโยชน์ที่จะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมหรือลงลายมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการให้การพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด

5.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีการดำเนินการทดลอง 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแล้วจึงเริ่มกิจกรรมดังนี้

1) ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อช่วยสำรวจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดและยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2) แนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและแจ้งระยะเวลาในการเข้าร่วมศึกษา

3) เริ่มดำเนินการตามโปรแกรม

5.4.2 ขั้นตอนการทดลอง

1) กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือได้รับการติดตามสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง ได้รับออกซิเจน ได้รับคำแนะนำการรับประทานยา ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ก่อนและหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

2) กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อนจำหน่าย ร่วมกับการทำสมาธิ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และประเมินความผาสุก ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งหมด 4 ครั้ง โดยครั้งแรกจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรืออาการแสดงถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำในระหว่างการทดลอง เข้าพบครั้งที่ 2 นับจากวันแรก 2 วัน ก่อนการจำหน่าย ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการชี้แจงโทรศัพท์ติดตามหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่าย และครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งตรงกับ การนัดมาตรวจซ้ำของแพทย์ เพื่อทำการประเมินผลหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งภายใน 4 สัปดาห์นี้ ผู้วิจัยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อมทุกครั้งที่ได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย การหาค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภายในกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

6. ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ข้อมูลทั่วไปของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.3 เพศหญิง ร้อยละ 6.7 เท่ากัน อายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมา อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 36.7 และอายุระหว่าง 40-50 ปี ร้อยละ 13.3 เท่ากัน เมื่อนำ ข้อมูลทั่วไปมาทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้า ร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วย สถิติทีไอส์ระ

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถใน การทำหน้าที่ ของร่างกาย	534.33	20.12	523.17	20.23	2.14**	.001
ความผาสุก	8.63	.80	7.43	.89	5.44	.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายและความผาสุก ของกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถใน การทำหน้าที่ ของร่างกาย	518	25.92	522.33	21.56	-0.70**	.484
ความผาสุก	7.37	.92	7.30	.75	3.06	.761

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและความผาสุก ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วม โปรแกรม

ข้อมูล	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถ ในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	518	25.92	534.33	20.12	4.43	.001
ความผาสุก	7.37	.92	8.63	0.81	8.83	.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและความผาสุก ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรม

ข้อมูล	ก่อนการพยาบาล ตามปกติ		หลังการพยาบาล ตามปกติ		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความสามารถ ในการทำหน้าที่ ของร่างกาย	522.33	21.56	523.17	20.23	579	.576
ความผาสุก	7.30	.75	7.43	.89	1.97	.058

7. การอภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความ ผาสุก ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วม โปรแกรม ผลการทดสอบโดยใช้สถิติทีไอส์ระ พบว่าค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความ ผาสุกของกลุ่มทดลองกับควบคุมก่อนเข้าร่วม โปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ .05 เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการจับคู่ และควบคุมตัวแปรได้แก่ เพศ อายุ ของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อ ทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความ ผาสุก ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการ พยาบาลตามปกติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจซึ่งผู้วิจัย ใช้แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคม โรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA, 2013) โดยนำกรอบแนวคิดทฤษฎี การพยาบาลชนิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอ เร็ม (Orem, 2001) ใช้แนวทางวางแผนจำหน่ายกองการ

พยาบาล นำมาบูรณาการร่วมกับการทำสมาธิโดยการฝึก ไทชิ สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าหลังเข้าร่วม โปรแกรมสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก่อน จำหน่ายร่วมกับสมาธิ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติโดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 534.33 (SD=20.12) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 523.17 (SD= 20.23)

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะเริ่มให้การ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทันที ที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 1 ไม่มี การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 8 ชั่วโมง แรก โดยการให้ความรู้ตาม โปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคหัวใจ การ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุม ปัจจัยเสี่ยงการออกกำลังกายการดูแลด้านจิตใจและ สังคมนอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีการ พยาบาลชนิดระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Orem, 2001) และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสอนการทำสมาธิด้วยการฝึกไทชิ โดยใช้สื่อวี ดีทัศน์เป็นลักษณะการเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ มีส่วนช่วย ในการเพิ่มออกซิเจนของเซลล์หัวใจ หัวใจก็ทำงานได้ ปกติ เมื่อเปรียบเทียบความผาสุก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมี ค่าเฉลี่ยความผาสุกเพิ่มขึ้น โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ ได้นำมาผสานกับแนว ทางการวางแผนจำหน่ายของกองการพยาบาล เพื่อให้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องภายหลังจำหน่าย มีการ โทรศัพทติดต่อ ให้กำลังใจ และกระตุ้นให้ปฏิบัติ กิจกรรมอย่างต่อเนื่องและภายหลังการศึกษาระยะเวลา 4 สัปดาห์พบว่ากลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายและความผาสุกสูงขึ้น สรุปได้ว่าผล การเข้าร่วม โปรแกรมของกลุ่มทดลอง มีความสามารถ

ในการทำหน้าที่ของร่างกาย และมีความผาสุกสูงกว่า กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

8. กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

9. เอกสารอ้างอิง

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แนวทางการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย. โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- กัณหา ปานสมุทร. (2547). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของ ร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กุลวรรณ ทองมาก. (2554). การรับรู้การเจ็บป่วยการได้รับ ข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจใน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คนละ หะหรับ. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

ปิยะนุช รักษ์พานิช. (2545). การฟื้นฟูหัวใจกับการป้องกันและการรักษาเพื่อสุขภาพดีถ่วงหน้า.

เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการฟื้นฟูหัวใจกับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยชมรมฟื้นฟูหัวใจ, ณ.โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และ โรงแรม พลาซ่า แอทธินี, กรุงเทพมหานคร.

American Heart Association.(2013). Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. Journal of The College of Cardiology. Downloaded from onlinejacc.org/article. articleid=1486115 August 25, 2013.

Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavior Sciences (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Hassanzadeh, D.M., Yari. M., Khouyinezhad. G.,Maral. A. and Bayazi. M. H. (2013). Comparison of Cardiac Rehabilitation Programs Combined with Relaxationand Meditation Techniques on Reduction of Depression and Anxiety of Cardiovascular Patients.Retrievedrom <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3812783/> December 3,2013.

Orem, D.E. (2001). Nursing Concepts of Practice. 6 th edition, St. Louis : Mosby Year Book.