



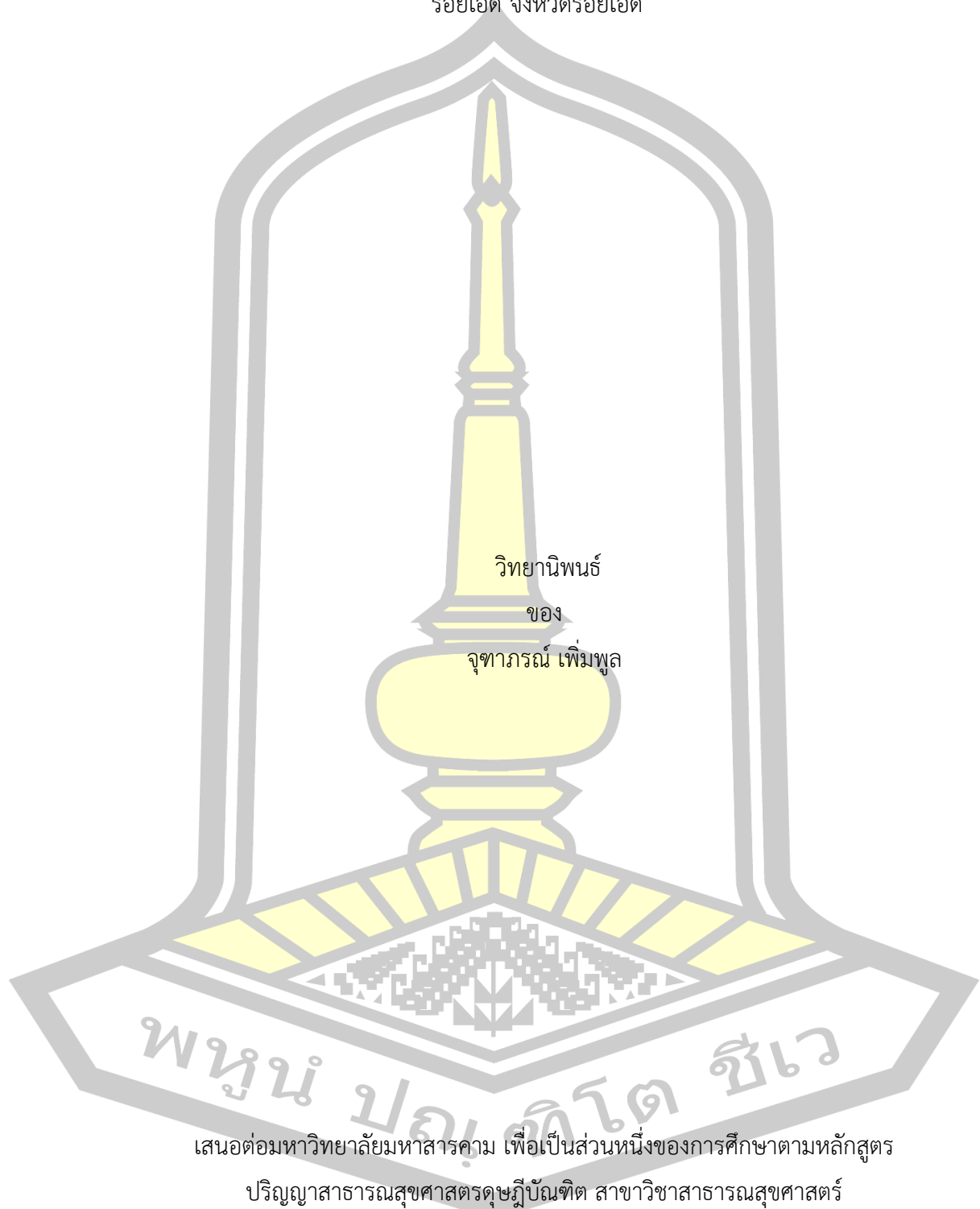
รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมือง
ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วิทยานิพนธ์
ของ
จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
สิงหาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมือง
ร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

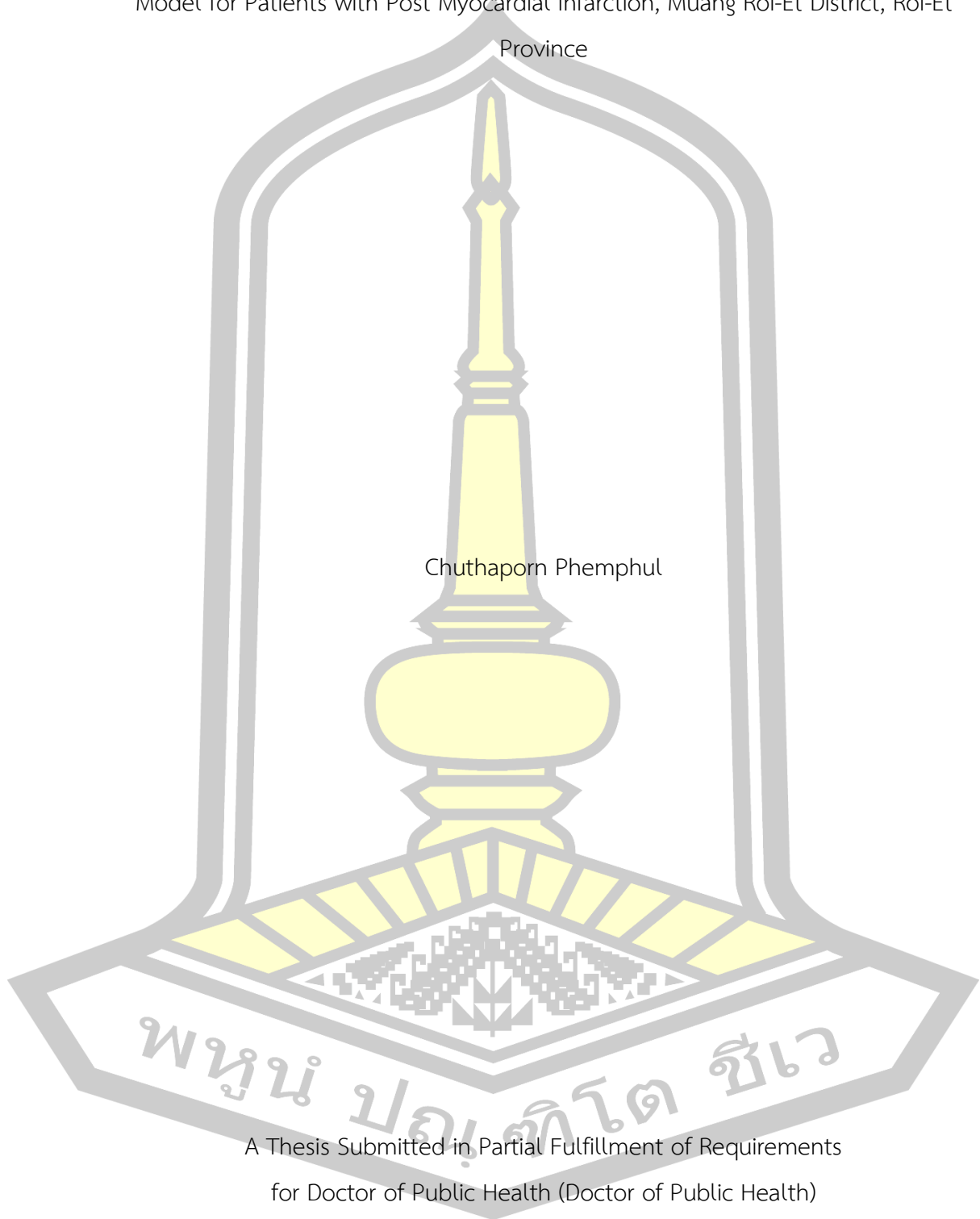
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

สิงหาคม 2563

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Community-Based Cardiac Rehabilitation
Model for Patients with Post Myocardial Infarction, Muang Roi-Et District, Roi-Et
Province

Chuthaporn Phemphul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Public Health (Doctor of Public Health)

August 2020

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ประจักษ์ บัวผัน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. วิรัตน์ ปานศิลา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. นิสากร วิบูลชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร)

.....กรรมการ

(รศ. ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. นิรุวรรณ เทิร์นโบล)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุกัญญา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิรติ ปานศิลา อาจารย์ ดร. นิสากร วิบูลชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตร
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2563

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ร่วมวิจัยคือ ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการใน 3 ระยะคือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ดำเนินการพัฒนา และ 3) ประเมินผล เครื่องมือวิจัยได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกภาคสนาม แบบวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ แบบบันทึกการกลับมารักษซ้ำ แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจกรรมประจำวันของดึก แบบประเมินอารมณ์เศร้า และแบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ การวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีอุปนัยและวิธีวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีนิรนัย

ผลการศึกษา 1) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบ ปัญหาการกลับมารักษซ้ำภายใน 1 ปี สูงถึง ร้อยละ 35.8 และมีความต้องการพัฒนาเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 5 ด้าน คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน การดูแลต่อเนื่อง และการเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน 2) ได้กระบวนการพัฒนา 4 ขั้นตอน ได้แก่ สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ นำร่องการพัฒนาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัวอย่างและ ขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น 3) ผลลัพธ์การพัฒนา พบว่า (3.1) ได้เครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็งในชุมชน มี

สภาพแวดล้อม แนวปฏิบัติและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่ดีขึ้น (3.2) ผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ได้แก่ (3.2.1) การกลับมารักษาซ้ำภายใน 4 เดือน ลดลง จากร้อยละ 35.8 เป็น ร้อยละ 10 (3.2.2) ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลระยะ 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 4 เดือน ค่าเฉลี่ยระยะทางในการเดินใน 6 นาทีและการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=51.458, p < .001$; $F=27.092, p < .001$, ตามลำดับ) ผู้ป่วยทุกคนมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และไม่พบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดการพัฒนากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน และผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ, การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน, กล้ามเนื้อหัวใจตาย



TITLE	Community-Based Cardiac Rehabilitation Model for Patients with Post Myocardial Infarction, Muang Roi- Et District, Roi-Et Province		
AUTHOR	Chuthaporn Phemphul		
ADVISORS	Assistant Professor Wirat Pansila , Ph.D. Nisakorn Vibulchai , Ph.D. Assistant Professor Chaivasith Wongvipaporn , M.D.		
DEGREE	Doctor of Public Health	MAJOR	Doctor of Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2020

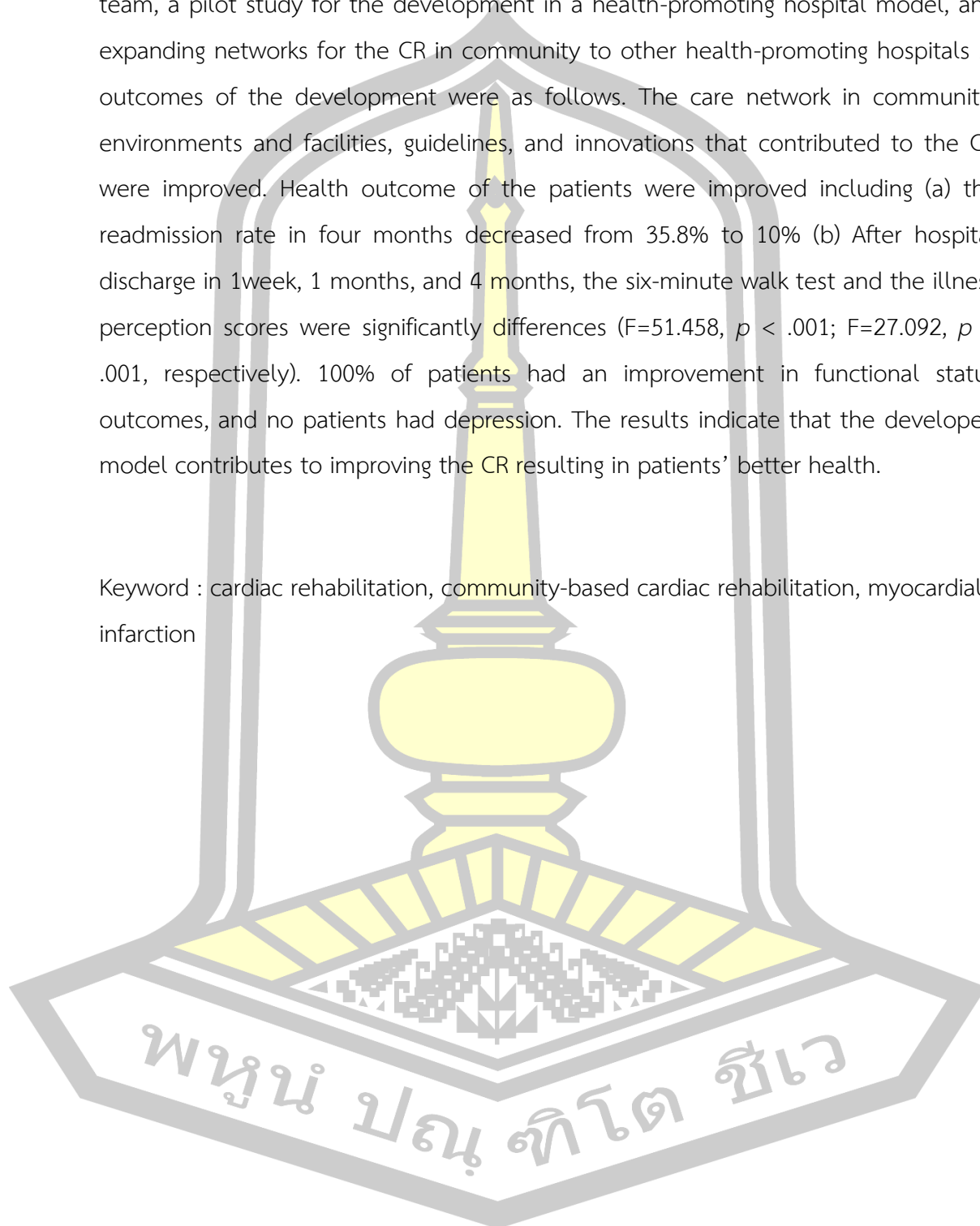
ABSTRACT

This action research aimed to develop the community-based cardiac rehabilitation (CR) model for patients with post myocardial infarction, Muang Roi-Et district, Roi-Et province. Participants consisted of post myocardial infarction patients, caregivers, community leaders, stakeholders, and multidisciplinary teams. The study processes followed three phases: 1) situational analysis; 2) development; and 3) evaluation. Research instruments included in-depth interview questions, questions for a focused group discussion, field note record, after action review record form, readmission record form, six-minute walk test record form, questionnaires of Duke Activity Status Index, questionnaires of Thai Depression Inventory, and questionnaires of The Revised Illness Perception. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, logistic regression analysis, one way repeated measure ANOVA, inductive content analysis and deductive content analysis.

Results: 1) Readmission rate was found at 35.8%. Needs for the development were identified in five dimensions: community participation in the CR, promoting the self-efficacy of patients in the CR, enhancing the capacity of a caregiver network in the community, continuing care, and care coordination between hospital and community 2) the development process consisted of four steps:

building awareness and the development needs, building up caring and managing team, a pilot study for the development in a health-promoting hospital model, and expanding networks for the CR in community to other health-promoting hospitals 3) outcomes of the development were as follows. The care network in community, environments and facilities, guidelines, and innovations that contributed to the CR were improved. Health outcome of the patients were improved including (a) the readmission rate in four months decreased from 35.8% to 10% (b) After hospital discharge in 1week, 1 months, and 4 months, the six-minute walk test and the illness perception scores were significantly differences ($F=51.458$, $p < .001$; $F=27.092$, $p < .001$, respectively). 100% of patients had an improvement in functional status outcomes, and no patients had depression. The results indicate that the developed model contributes to improving the CR resulting in patients' better health.

Keyword : cardiac rehabilitation, community-based cardiac rehabilitation, myocardial infarction



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องและทีมสุขภาพในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้พิการ จิตอาสา นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลชุมชนพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้านนักกายภาพบำบัด หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักหัวใจและทรวงอก พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด นักโภชนาการ เภสัชกร จิตแพทย์ อายุรแพทย์โรคหัวใจ ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ภายใต้สถานการณ์ที่ศึกษา ตลอดจนร่วมกันวางแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงร่วมกันตัดสินใจ ร่วมกันลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาในแต่ละระยะ และร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการที่เกิดขึ้นวางแผนร่วมกันในการปรับวิธีการแก้ไข จนได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ในบริบทจังหวัดร้อยเอ็ด

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา อาจารย์ ดร.นิสกร วิบูลชัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่อบรมชี้แนะในการ ศึกษาวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณคณบดี และคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่อบรมสั่งสอนประสิทธิ์ประสาทวิชา ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ที่สนับสนุนให้โอกาสได้ศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย หลานและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนให้กำลังใจ ตลอดช่วงเวลาศึกษาในวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ได้สำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและทีมสุขภาพในพื้นที่

วิทยานิพนธ์นี้ "ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)" ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในวิทยานิพนธ์นี้เป็นของผู้วิจัยมิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

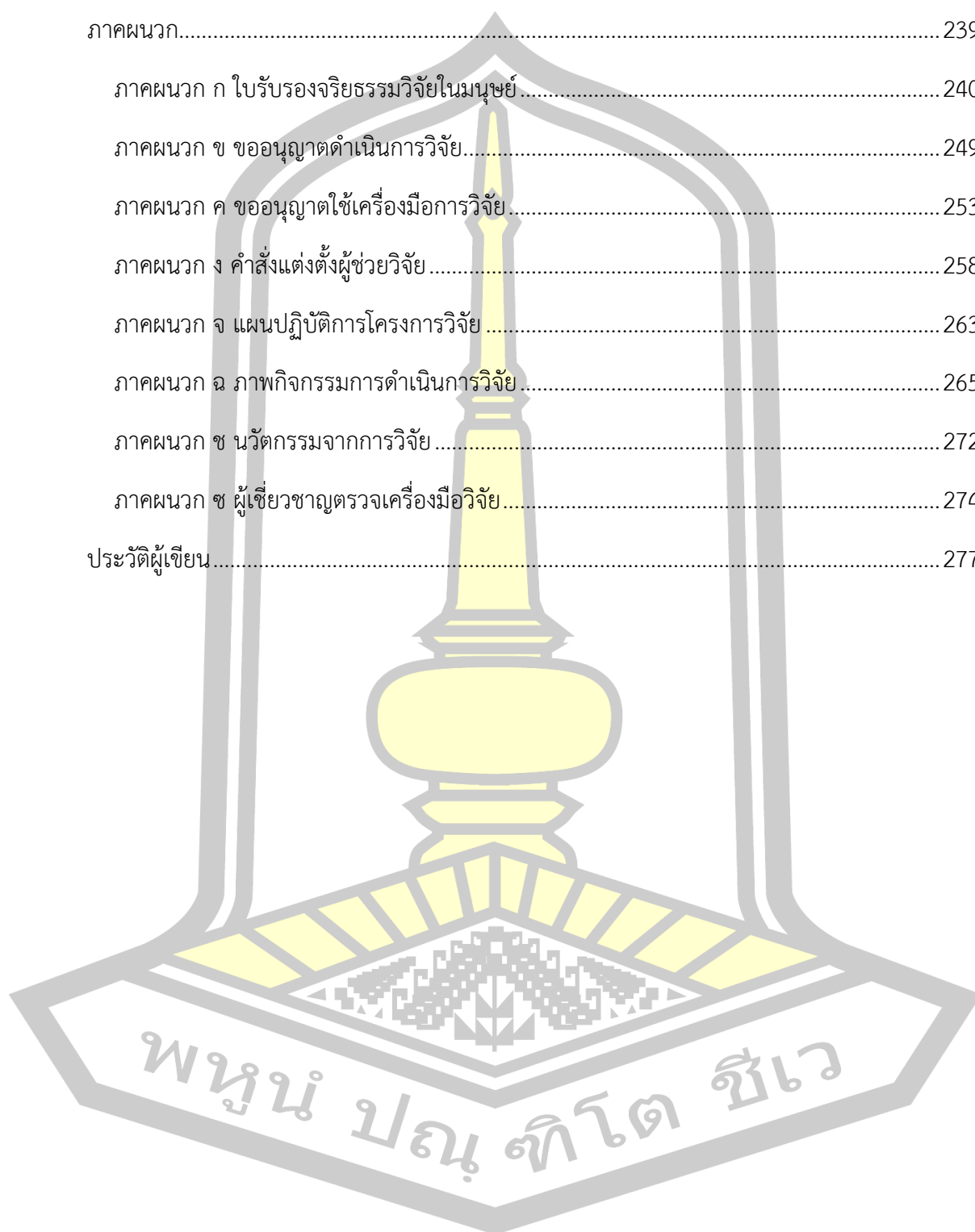
จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	7
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ.....	9
บทที่ 2 บริทัศน์เอกสารข้อมูล.....	10
2.1 สถานการณ์และชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	10
2.2 ปัญหาและผลกระทบผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน.....	15
2.3 การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและสุขภาวะ.....	19
2.4 ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care).....	26
2.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	29
2.6 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาวะผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและสุขภาวะชุมชน.....	52

2.7 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	63
2.8 แนวคิดและหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	67
2.9 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ	74
2.10 การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	93
2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	94
2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย	97
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	100
3.1 ระเบียบวิธีวิจัย	100
3.2 พื้นที่ในการศึกษาและผู้ร่วมวิจัย	101
3.3 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย	111
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	132
3.5 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย	135
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	136
3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย	140
บทที่ 4 ผลการวิจัย	143
4.1 ผลการศึกษาศาณการณที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชน ที่ศึกษา	143
4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อ หัวใจตาย	166
4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจ ตายภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา	173
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	203
5.1 สรุปผลการวิจัย	203
5.2 อภิปรายผล	218
5.3 ข้อเสนอแนะ	221

บรรณานุกรม.....	222
ภาคผนวก.....	239
ภาคผนวก ก ใบรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์.....	240
ภาคผนวก ข ขออนุญาตดำเนินการวิจัย.....	249
ภาคผนวก ค ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย.....	253
ภาคผนวก ง คำสั่งแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัย.....	258
ภาคผนวก จ แผนปฏิบัติการโครงการวิจัย.....	263
ภาคผนวก ฉ ภาพกิจกรรมการดำเนินการวิจัย.....	265
ภาคผนวก ช นวัตกรรมจากการวิจัย.....	272
ภาคผนวก ซ ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย.....	274
ประวัติผู้เขียน.....	277



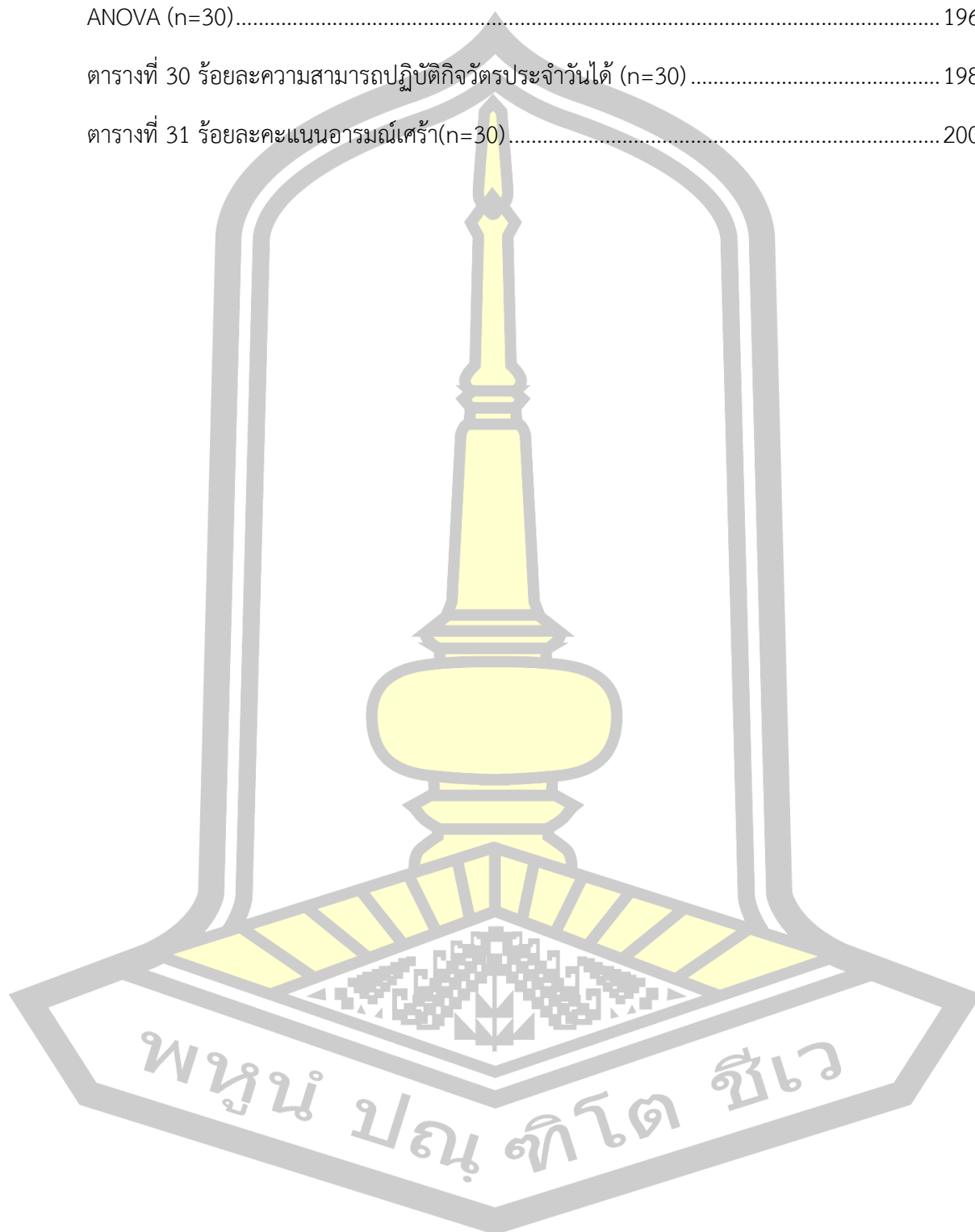
สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	57
ตารางที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาวะผู้ป่วยและสุขภาวะชุมชน	61
ตารางที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาวะผู้ป่วยและสุขภาวะชุมชน (ต่อ).....	62
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด	71
ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ...	102
ตารางที่ 5 จำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	103
ตารางที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 1	104
ตารางที่ 7 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3	106
ตารางที่ 8 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ ในวงจรที่ 1 121	
ตารางที่ 9 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ ในวงจรที่ 2 124	
ตารางที่ 10 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในวงจรที่ 3.....	128
ตารางที่ 11 การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=376).....	145
ตารางที่ 12 การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=376).....	146
ตารางที่ 13 ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=376).....	147
ตารางที่ 14 ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	149
ตารางที่ 15 ความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ.....	168
ตารางที่ 16 ความคิดเห็นของแกนนำในชุมชน (อสม.) ต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ	168
ตารางที่ 17 ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ.....	169
ตารางที่ 18 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการผู้ป่วยและผู้ดูแล.....	176
ตารางที่ 19 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ อสม.....	177

ตารางที่ 20 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ รพสต.	179
ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไป (n=30)	182
ตารางที่ 22 ประเมินการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	186
ตารางที่ 23 เปรียบเทียบความแตกต่างระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA.....	187
ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni (n=30).....	188
ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA.....	190
ตารางที่ 26 ร้อยละการรับรู้ลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=30).....	191
ตารางที่ 27 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA.....	193
ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni (n=30).....	194
ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1	

เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA (n=30).....	196
ตารางที่ 30 ร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (n=30)	198
ตารางที่ 31 ร้อยละคะแนนอารมณ์เศร้า(n=30).....	200



สารบัญภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับการป้องกันทุติยภูมิในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดัดแปลงจาก Sandesara et al. (2015).....	47
ภาพประกอบที่ 2 การฟื้นฟูฯ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ไปจนถึงระยะที่ 4.....	56
ภาพประกอบที่ 3 ทฤษฎีระบบ (Katz & Kahn, 1978).....	64
ภาพประกอบที่ 4 การวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) มิติที่ 4	73
ภาพประกอบที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย	99
ภาพประกอบที่ 6 สรุปวงจรในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย	118
ภาพประกอบที่ 7 สรุปข้อมูลหลักการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อมีอาการโรคกำเริบระหว่างอยู่ในชุมชน.....	153
ภาพประกอบที่ 8 สรุปสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนาเพื่อขึ้นสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด	165
ภาพประกอบที่ 9 สรุป รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย.....	202

พจน ปรณ จิตโต ชีเว

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปี ค.ศ. 2015 มากถึง 7.4 ล้านคน และคาดการณ์เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นใน ปี ค.ศ. 2030 มากถึง 23.6 ล้านคนทั่วโลก และเมื่อเปรียบเทียบคนที่เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา 5.5 ล้านคนมากกว่าในประเทศที่พัฒนาซึ่งมีเพียง 1.9 ล้านคน ชี้ให้เห็นว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีสัดส่วนการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นคิดเป็นสามเท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว (World Health Organization, 2015) สำหรับไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2561 พบมีจำนวนคนไทยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 432,943 คน เสียชีวิตจำนวน 20,855 คนต่อปี หรือชั่วโมงละ 2 คน ไทยพบอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 407.7, 435.18, 503.67, 501.41 และ 515.91 เรียงตามลำดับและอัตราการตายต่อประชากรแสนคนปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 คิดเป็น 27.8, 29.90, 32.3 และ 31.8 เรียงตามลำดับ และในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2557 ถึง พ.ศ. 2561 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 386.66, 518.99, 537.99, 507.13 และ 497.12 เรียงตามลำดับ พบอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็น 17.63, 19.99, 21.38 และ 22.17ตามลำดับ สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 287.17, 371.07, 336.75, 323.72 และ 306.54 เรียงตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 โดยมีอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 16.59, 20.14, 22.49 และ 22.49 เรียงตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2562; สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2562)

จากสถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วยเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวต้องกลับกลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Thompson & Lewin, 2000; สมเกียรติ ภูพัฒน์วิบูล, 2556) โดยปัญหาด้านร่างกายที่พบ ได้แก่ อาการอ่อนล้า วิงเวียน หน้ามืด เกิดอาการเหนื่อยง่าย ความคงทนต่อ

การทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมถึงประสิทธิภาพการนอนลดลง อาการดังกล่าวมีสาเหตุมาจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง (Antman, 2005; Gheorghiade & Fonarow, 2007) พบว่าในเดือนแรกหลังจากออกโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่กล้าออกกำลังกายมาก กิจกรรมที่ผู้ป่วยทำ เช่น นั่ง นอนพัก อ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ มีผู้ป่วยส่วนน้อยที่จะมีกิจกรรมออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกาย ทำงานบ้าน และการมีเพศสัมพันธ์ (Sriprasong et al., 2009; Vibulchai et al., 2015) ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาจิตใจมากกว่าร่างกาย ที่พบมาก คือ ผู้ป่วยวิตกกังวลในการทำกิจวัตรประจำวัน (Valge, 1996) หรือไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวันเลย (Girard, 1999; Martin & Woods, 2012) ผู้ป่วยรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กลัวการเจ็บหน้าอกซ้ำและกลัวเสียชีวิตกะทันหัน โดยภาวะจิตใจที่เกิดขึ้นเรื้อรังอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ การศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังกลืนเนื้อหัวใจตาย 1.4 ถึง 1.8 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Banankhah, 2012) ด้านสังคมพบว่าผู้ป่วยต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัวลดลง กลับไปทำงานซ้ำหรือบางรายต้องหยุดงานเป็นเวลาหลายเดือน (Nadarajah, 2012) พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือขาดผู้ดูแล ภายใน 1 ปีหลังเกิดโรคต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้มีโอกาเสียชีวิตภายใน 4 ปี มากถึงร้อยละ 21.8 (Bucholz et al., 2011) และในผู้ป่วยที่มีครอบครัวผู้ดูแล ครอบครัวมักมีพฤติกรรมปกป้องมาก (overprotective behavior) โดยไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใดๆ (Mathur-Marchesani, 1998) เนื่องจากกลัวผู้ป่วยออกแรงแล้วทำให้อาการหัวใจกำเริบ และมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นสิ่งสำคัญและทำให้เสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว (Coyne, 1999)

การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกลืนเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชนพบว่าในระยะ 1 เดือนแรก ผู้ป่วยวัยสูงอายุกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน เป็น 0.69 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และในระยะ 1 ปีแรก พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เบาหวาน โรคไต และโรคปอด มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 1.36 ถึง 1.42 เท่าของผู้ป่วยไม่มีโรคร่วม (Southern et al., 2014) ในผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 1 ปีหลังเกิดโรคมามากถึงร้อยละ 41.6 (Bucholz et al., 2011) ซึ่งการกลับมารักษาซ้ำส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยครอบครัว และในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย ถ้ากลับมารักษาซ้ำด้วยอาการวิกฤติรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้ (Bjorvatn, 2013)

หน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงทำงานที่มุ่งเน้นในการจัดการบริการที่ครอบคลุมด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พัฒนาสุขภาพ เท่านั้นแต่มีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ มีการจัดระบบต่างๆ ของหน่วยบริการให้สอดคล้องกับชุมชนเพื่อนำไปสู่ความมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชนทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา ทั้งขณะเจ็บป่วยและมีสุขภาพแข็งแรง (วิสุทธิ บุญญะโสภิต, 2555) การดูแลและส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยภายหลังกลืนเนื้อหัวใจตายในระยะยาว (long term care) มีความสำคัญไม่ว่าการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ดังนั้น ครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการเตรียมการและวางระบบรองรับ เพื่อตอบสนองและช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวให้มีสุขภาพะ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ดูแลตนเองได้ไม่เกิดอาการกำเริบต้องกลับมารักษาโรงพยาบาลซ้ำ (Newberry, 2007; Yee et al., 2011)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post myocardial infarction) ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย การส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและปรับลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมเบาหวาน และการหยุดบุหรี่ การให้คำปรึกษาในการดูแลตนเอง การดูแลจิตสังคม การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายและการสว่นพลังงาน การรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งเป็นการจัดบริการที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมผู้ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ (Smith et al., 2011) ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยให้ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคได้เร็วขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้เร็ว ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ควบคุมไขมันในเส้นเลือดระดับปกติ การหยุดบุหรี่ ช่วยลดความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า รวมถึงป้องกันการกลับมารักษาซ้ำและการเสียชีวิตหลังเกิดโรคได้ (Dolansky & Moore, 2004; Oerkild et al., 2011; วิศาล คันธารัตนกุล, 2558)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย 4 ระยะการฟื้นฟู (วรมนต บำรุงสุข, 2548; ประวิษฐ์ ตันประเสริฐ และคณะ, 2553; รพีพัชร ทับทิมเพชรกุล, 2558) คือ ระยะที่ 1) การฟื้นฟูขณะอยู่ในโรงพยาบาล (inpatient rehabilitation) ระยะที่ 2) การฟื้นฟูระยะผู้ป่วยนอก (outpatient rehabilitation) ระยะที่ 3) การฟื้นฟูโดยมีผู้เชี่ยวชาญกำกับ (supervised rehabilitation) และระยะที่ 4) การฟื้นฟูเพื่อการดำรงอยู่ (maintenance of rehabilitation) องค์ประกอบสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพผู้ป่วย การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง (เช่น การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมเบาหวาน การเลิกบุหรี่) การฝึกการออกกำลังกาย การจัดการดูแลด้านจิตสังคม การให้คำปรึกษาด้านออกกำลังกาย และการฝึกออกกำลังกาย (Smith et al., 2006; Balady et al., 2007; Smith et al., 2011; ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยเพียงครั้งหนึ่งที่สามารถเข้าถึงโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาลได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ ผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งที่ไม่ได้เข้าถึงโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่จัดไว้ให้เลย เนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องทำงานไม่มีเวลาไปเข้าร่วมโปรแกรม มีปัญหาด้านการเดินทางมาโรงพยาบาล และครอบครัวไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจึงไม่ได้พาผู้ป่วยเข้ารับบริการ (Dunlay et al., 2009; Ghisi et al., 2013)

การขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่งผลให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อหัวใจและการทำงานของหัวใจผู้ป่วย (myocardial remodeling and cardiac function) ไม่มีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อหัวใจช่วงคลายตัวไม่ดีทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (Garza, Wason, & Zhang, 2015) จะเห็นได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วย เป็นทางเลือกหนึ่งในการขยายบริการสุขภาพตามความต้องการของประชาชน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงบริการได้ง่าย ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีความครอบคลุมและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลและสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด (ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน (community-based cardiac rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ในชุมชนมากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเริ่มในระยะที่ 2 ต่อเนื่องไปในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถออกกำลังกายได้เอง ตามความสามารถและความถนัด (Hutchinson, 2006) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีการจัดบริการในต่างประเทศ มีความหลากหลาย เช่น รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเน้นการให้คำปรึกษาผ่านโทรศัพท์ในด้านการปรับพฤติกรรมสุขภาพและปรับลดปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดโรค (McLaughlin et al., 2005; Mittag et al., 2006; Ma, et al., 2010; Kotb et al., 2014) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีการจัดหลักสูตรอบรมให้ความรู้เป็นระยะและมีทีมหรือสถานที่ออกกำลังกายในชุมชน มีทีมสุขภาพในพื้นที่เป็นผู้ให้การปรึกษาผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาระหว่างการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน (Hutchinson, 2006) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนแบบบูรณาการประสานเป็นเครือข่ายความร่วมมือกับทีมสุขภาพในพื้นที่ (Briffa et al., 2009) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่ทีมสุขภาพในพื้นที่ มีบูรณาการเข้ากับบริบทวัฒนธรรม ตรงกับความต้องการความชอบความถนัดของผู้ป่วย (Clark et al., 2015) และรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย เป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่น ไม่ซับซ้อน ตรงตามบริบทและอาศัยทีมสุขภาพในชุมชนในพื้นที่นั้นขับเคลื่อน (Grace et al., 2016)

สำหรับไทยรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่จะมีให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือสถานบริการสุขภาพที่มีเป็นสถาบันการศึกษาและมีสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเพียงพอ และเป็นการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพียง 2 ระยะ คือ การฟื้นฟูขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูระยะผู้ป่วยนอก (ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558) แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนหรือที่บ้าน ยังเป็นช่องว่าง และยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมโดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

บริบทโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A2 ขนาด 820 สามารถรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครอบคลุมทั้งจังหวัด และในปี 2560 พัฒนาระดับเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญโรคหัวใจระดับ 2 ที่สามารถเปิดบริการตรวจสอบหัวใจและผ่าตัดหัวใจได้ ที่ผ่านมาสถิติการรับบริการด้านการตรวจสอบหัวใจ ปี 2561 ถึงปี 2562 มีจำนวนผู้รับบริการตรวจสอบหัวใจทั้งสิ้นจำนวน 188 ราย และจำนวนผู้รับบริการผ่าตัดลิ้นหัวใจจำนวน 15 ราย ผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 2 ราย จากสถิติบริการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวนผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ปี 2559 ถึง ปี 2562 จำนวน 1,549 ราย 1,605 ราย 1,827 รายและ 1,952 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยรับบริการแบบผู้ป่วยใน ปี 2559 ถึง ปี 2562 จำนวน 532 ราย 517 ราย 441 รายและ 400 ราย ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2562) การให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ด้านจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังไม่มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการ มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 17.7 ที่มีโอกาสได้ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาล โดยเป็นรูปแบบให้คำแนะนำและมอบคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ผู้ป่วยไปทบทวนที่บ้าน ในบริบทชุมชนยังไม่มีเตรียมระบบบริการรองรับผู้ป่วยที่ต้องไปฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ยังไม่มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นระบบ และเป็นรูปธรรมในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ จากการทบทวนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ป่วยขาดผู้ดูแล จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนหลังจำหน่ายจำนวนทั้งสิ้น 101 คน ด้วยอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (recurrence myocardial infarction) จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.3 อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina) จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.1 และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.2 (จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล, 2558)

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ทำให้ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย เกิดการแก้ไขปัญหาและได้ทางเลือกหรือวิธีการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับบริบทพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นการดำเนินการวิจัยโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนาแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

คำถามหลัก

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

คำถามรอง

- 1) สถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร
- 2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร
- 3) ผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) ศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
- 3) ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative action research)

พื้นที่ศึกษา คือ ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ที่ให้บริการผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (ตำบลสีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง โดยทั้ง 6 รพ.สต.นี้มีผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใกล้เคียงกัน ยินดีและมีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วยดังนี้

- 1) ผู้ร่วมวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 12 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน ผู้ให้บริการในพื้นที่ จำนวน 9 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 11 คน และ ผู้ให้บริการในโรงพยาบาล จำนวน 9 คน จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 53 คน
- 2) ผู้ร่วมวิจัยระยะดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน ผู้ให้บริการในพื้นที่ จำนวน 41 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 41 คน และผู้ให้บริการในโรงพยาบาล จำนวน 12 คน จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 154 คน

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ กุมภาพันธ์ 2563

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ใน 6 รพ.สต.ที่ศึกษาภายใต้บริบทของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) ที่ประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการดำเนินการพัฒนารูปแบบ รวมทั้งใช้ผลการศึกษาศาสนาการณที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ให้บริการผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้องที่ประกอบด้วย 1) การศึกษาศาสนาการณการกลับมาพักอาศัยในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2) การศึกษาศาสนาการณการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชนและ 3) ศึกษา

สถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยนำทฤษฎีระบบของเคทซ์ และคาน (Katz & Kahn, 1978) ทฤษฎีสร้างเสริมพลังอำนาจของซิมเมอร์แมน (Zimmerman's empowerment theory) (Zimmerman, 1993) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของเบนดูรา (Bandura, 1997) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทยในสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (ชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ, 2553) แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American Heart Association, 2007) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอดอเมริกา (American cardiovascular pulmonary rehabilitation association, 2008) เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการท์ (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting) (Kemmis & McTaggart, 1990) ในการขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

การกลับมารักษาซ้ำ หมายถึง การกลับเข้ารับรักษาของผู้ป่วยที่เข้าร่วมในกิจกรรมของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่พัฒนาขึ้น โดยกลับเข้ารับรักษาด้วยอาการกำเริบของโรคภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหอบนอนราบไม่ได้ วิงเวียน ใจสั่น หน้ามืด และเป็นลม อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมีอาการดังกล่าวร่วมกันโดยเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกแพทย์ หรือ แผนกฉุกเฉิน หรือ หอผู้ป่วยของสถานบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชน (นิภาพร ประจันบาน, 2550) โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึง 4 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้วัดที่ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน โดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อบันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำจากสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วย หรือผู้ป่วย และจากการทบทวนประวัติการเจ็บป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่าง โดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาทีและเมื่อได้พักหรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอสที (ST-segment) ยกสูงขึ้นมากกว่า 0.05 มิลลิโวลต์ และตรวจคาร์ดิเอค มาร์คเกอร์ (cardiac marker) พบค่าทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่าง โดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาที และเมื่อได้พัก หรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่มีทิศทางกลับ (T-inverse) มากกว่า 0.2 มิลลิโวลต์ โดยไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอสที (ST- segment) ยกสูงขึ้นมากกว่า 0.05 มิลลิโวลต์ และตรวจ คาร์ดิเอค มาร์คเกอร์ (cardiac marker) พบค่าทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือ ทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.01 แต่น้อยกว่า 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1.6.1 ชุมชนที่ศึกษาได้มีการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่ศึกษา

1.6.2 ขยายชุมชนอื่นที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แนวทางของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่สามารถนำไปพิจารณาและปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

1.6.3 ฝ่ายบริการสุขภาพ ได้แนวทางการพัฒนาการให้บริการและการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.6.4 เป็นการพัฒนาศักยภาพความรู้จากการเรียนรู้โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยตามสถานการณ์และเป็นการวิจัยที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง

พญ. ปณ. จิต ชีเว

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 สถานการณ์และชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- 2.2 ปัญหาและผลกระทบผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน
- 2.3 การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและสุขภาพะ
- 2.4 ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care)
- 2.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
- 2.6 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาพะผู้ป่วยและชุมชน
- 2.7 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
- 2.8 แนวคิดและหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.9 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.10 การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 สถานการณ์และชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.1.1 สถานการณ์โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) เป็นปัญหาทางการแพทย์สาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปี ค.ศ. 2015 มากถึง 7.4 ล้านคน และองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ผู้เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปี ค.ศ. 2030 มากถึง 23.6 ล้านคนทั่วโลก โดยผู้เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นผู้ที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้วประมาณ 1.9 ล้านคน และอยู่ในประเทศกำลังพัฒนามากถึงประมาณ 5.5 ล้านคน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าในประเทศที่กำลังพัฒนามีสัดส่วนการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นคิดเป็นสามเท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว (World Health Organization, 2015) สำหรับประเทศไทยสถิติจากกระทรวงสาธารณสุข (16 กันยายน 2561) พบว่า มีจำนวนคนไทยที่ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 432,943 คน มีจำนวนเสียชีวิตถึง

20,855 คนต่อปี หรือชั่วโมงละ 2 คน ไทยพบอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 407.7, 435.18, 503.67, 501.41 และ 515.91 เรียงตามลำดับและอัตราการตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 คิดเป็น 27.8, 29.90, 32.3 และ 31.8 เรียงตามลำดับ และในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 386.66, 518.99, 537.99, 507.13 และ 497.12 เรียงตามลำดับ พบอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็น 17.63, 19.99, 21.38 และ 22.17ตามลำดับ สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2561 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 287.17, 371.07, 336.75, 323.72 และ 306.54 เรียงตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 โดยมีอัตราตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 16.59, 20.14, 22.49 และ 22.49 เรียงตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2562; สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2562)

2.1.2 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.1.2.1 พยาธิสภาพ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือภาวะที่มีการสลายตัว (necrosis) ของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ (myocytes) จากการขาดเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจน เนื่องจากหลอดเลือดโคโรนารีอุดตัน การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะเกิดเฉพาะบริเวณที่ถูกหลอดเลือดที่อุดตันนั้น สาเหตุส่วนใหญ่ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตายอุดตันเกิดจากการที่มีลิ้มเลือด สืบเนื่องจากผลของไขมันสะสม (plaque) ในหลอดเลือดหัวใจที่แข็งตัว (atherosclerosis) เกิดการปริแตกทำให้เกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือดมาปิดบริเวณที่ปริแตกนั้น ทำให้ภายในหลอดเลือดหัวใจเกิดการอุดตันหรืออุดกั้นจากลิ่มเลือด (thrombus) เกิดขึ้นบนรอยโรค ในหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) (Antman, 2005)

2.1.2.2 ชนิดของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Thygesen et al., 2012)

1) ชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดขึ้นเอง (spontaneous myocardial infarction) เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบมากที่สุด โดยเกิดจากไขมันสะสมในหลอดเลือดหัวใจมีการปริแตกทำให้เกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือดมาปิดบริเวณที่ปริแตกนั้น ทำให้ภายในหลอดเลือดหัวใจเกิดการอุดตัน หรืออุดกั้นของลิ่มเลือดส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ตามมา พบได้ทั้งผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดรุนแรง หรือกลุ่มที่ไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งประกอบด้วย (Camm, Luscher & Serruys, 2006; Antman, 2005)

1.1) กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) สามารถวินิจฉัยได้จากอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่าง โดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาที และเมื่อได้พัก หรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่มีทิศทางกลับ (T-inverse) มากกว่า 0.2 มิลลิโวลต์ โดยไม่พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอส-ที (ST-segment) ยกสูงขึ้นมากกว่า 0.05 มิลลิโวลต์ และตรวจ คาร์ดิเอค มาคเคอร์ (cardiac marker) พบค่าทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือ ทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.01 แต่น้อยกว่า 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

1.2) กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) สามารถวินิจฉัยได้จากอาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรง เจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่าง โดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาทีและเมื่อได้พักหรือได้รับยาไนโตรกลีเซอรีน (nitroglycerine) อาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้นตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่มีทิศทางกลับ (T-inverse) มากกว่า 0.2 มิลลิโวลต์และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอส-ที (ST-segment) ยกสูงขึ้นมากกว่า 0.05 มิลลิโวลต์ และตรวจคาร์ดิเอค มาคเคอร์ (cardiac marker) พบค่าทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) เพิ่มขึ้นมากกว่า 0.1 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายบางรายอาจมีอาการเจ็บหน้าอกแต่ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจชนิดบิลเดิล-บราซ-บล็อก (the right bundle branches block or the left bundle branches block) โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งที่ (T-inverse) หรือไม่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจในช่วงตำแหน่งเอส-ที (ST-segment) ยกสูงขึ้นได้ (Evans & Tippins, 2008) และที่สำคัญอาการเจ็บหน้าอกที่นำผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก็อาจมีความแตกต่างกันด้วย ดังนั้นแพทย์ควรส่งตรวจทรอปโปนิน-ที (troponin-T) หรือ ทรอปโปนิน-ไอ (troponin-I) ในขณะแรกรับผู้ป่วยทุกราย และตรวจซ้ำอีก 4-6 ชั่วโมงต่อมา เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) ชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เกิดภายหลังการขาดสมดุลเลือดไปเลี้ยง (myocardial infarction secondary to an ischemic imbalance) เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สาเหตุไม่ได้เกิดจากไขมันสะสมในหลอดเลือดหัวใจมีการปรับแก้โดยตรงดังชนิดที่ 1 แต่เกิดจากการขาดสมดุลของความต้องการ (demand) ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจกับออกซิเจนที่ได้รับ (supply) มีปริมาณลดลงจากการเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอตนเอง พบได้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาของผนังหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำหน้าที่ได้ (coronary endothelial dysfunction) หลอดเลือดหัวใจหดตัว (coronary artery spasm) หลอดเลือดหัวใจมีฟองอากาศ (coronary embolism) ภาวะ

หัวใจเต้นช้าหรือเร็วกว่าปกติ ภาวะช็อค ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจโตและหัวใจปกติ

3) ชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผลการตรวจคาร์ดิเอนค มาคเคอร์ไม่ขึ้น (myocardial infarction resulting in death when biomarker values are unavailable) เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบน้อยมาก เป็นการตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่เริ่มขาดเลือดไปเลี้ยงในชั่วคราว (myocardial ischemia) และผลการตรวจคาร์ดิเอนค มาคเคอร์ (cardiac marker) ไม่ขึ้น

4) ชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะทำการหัตถการ (myocardial infarction related to intervention) เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะทำการหัตถการเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบน้อยที่สุด มี 2 สาเหตุคือ

4.1) กล้ามเนื้อหัวใจตายขณะทำการหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (myocardial infarction related to percutaneous coronary intervention: PCI) ซึ่งพบอุบัติการณ์ได้น้อย

4.2) กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจากหัตถการใส่ขดลวดขยายหลอดเลือดหัวใจ (myocardial infarction related to stent thrombosis) ซึ่งเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ขดลวดทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ซึ่งพบอุบัติการณ์ได้น้อยถ้าแก้ไขไม่ทันเวลาอาจทำให้เสียชีวิตได้

5) ชนิดกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะทำการหัตถการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (myocardial infarction related to coronary artery bypass grafting: CABG) เป็นกลุ่มซึ่งพบอุบัติการณ์ได้น้อย

2.1.2.3 อาการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแบ่งเป็น 2 ชนิด

1) อาการเจ็บหน้าอกที่เฉพาะเจาะจง (typical chest pain) โดยอาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงลักษณะเจ็บแน่นกลางหน้าอกร้าวไปที่ไหล่ซ้าย บางรายร้าวไปที่คอและกรามล่างโดยมีระยะเวลาการเจ็บหน้าอกมากกว่า 20 นาที (Camm, Luscher & Serruys, 2006; Antman, 2005)

2) อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจง (atypical chest pain) โดยอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งการเกิดได้ ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่เฉพาะเจาะจงจะพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยเบาหวาน และพบในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Milner, Funk, Arnold, & Vaccarino, 2002)

นอกจากอาการเจ็บหน้าอกแล้วอาการอื่นที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย มีเหงื่อแตก อ่อนเพลีย เป็นลมหมดสติหรือสับสนและบางรายอาจพบอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการปวดแน่นท้องเหมือนอาหารไม่ย่อยได้

2.1.2.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Antman, 2005)

1) ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้

(1) อายุ 30 ปีขึ้นไป

(2) เพศชาย

(3) กรรมพันธุ์

(4) วยหมดประจำเดือน

2) ปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้

(1) การสูบบุหรี่

(2) ไขมันแอลดีแอล (ไขมันไม่ดี) ในเลือดสูงมากกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(3) ไขมันเอชดีแอล (ไขมันดี) ในเลือดต่ำโดยในผู้ชาย มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในผู้หญิงมีค่าน้อยกว่า หรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(4) การบริโภคอาหารไขมัน และโคเลสเตอรอลสูง

(5) ความดันโลหิตสูงมากกว่า หรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท

(6) เบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

(7) การไม่ออกกำลังกาย

(8) โรคอ้วน ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ รอบเอว ในผู้ชายมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว หรือในผู้หญิงมากกว่า 80 เซนติเมตรหรือ 32 นิ้ว

(9) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

(10) ภาวะเครียด

2.1.2.5 การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Antman, 2005)

1) การรักษาด้วยยา โดยการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในระยะเฉียบพลัน เพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตันให้เร็วที่สุด ควรได้รับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับยา ไม่เกิน 30 นาทีที่จะเกิดผลดี เพราะยิ่งเวลาผ่านไปคือเกิน 6 ชั่วโมง ผนังกล้ามเนื้อที่ขาดเลือดจะยิ่งถูกทำลายมากขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจวายตามมาได้ ดังนั้นการเข้ารับการรักษาที่เร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดในการแก้ไขขัดกั้นหลอดเลือดที่อุดตันโดยเร็วจะสามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยและสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาได้

2) การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่ได้ผล หรือโรงพยาบาลมีศักยภาพที่ทำหัตถการการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ควรได้รับการรักษาตั้งแต่เกิดอาการจนกระทั่งได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 90 นาทีที่จะเกิดผลดี พบว่าในการขจัดกั้นหลอดเลือดที่อุดตันด้วยยาการขยายหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด

3) การรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีที่การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบไม่ได้ผล หรือทำไม่ได้และเป็นที่ยอมรับในรายที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่

หลอดเลือดหัวใจในตำแหน่งแขนงใหญ่ที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบ หรือ หลอดเลือดหัวใจทั้งสามเส้นตีบ ร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

4) การปรับลดปัจจัยเสี่ยง การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การปรับลดปัจจัยเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นส่วนที่สำคัญในการทำให้ผู้ป่วยฟื้นหายเร็ว ลดการกลับมารักษาซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตหลังจำหน่าย

ในระยะแรกต้องใช้เทคโนโลยีในการรักษาสูงและมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ว่าการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจนถึงการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ ในระยะยาวผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องรักษาด้วยยารับประทานอย่างต่อเนื่องรวมถึงการปรับลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

จะเห็นว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคที่เป็นปัญหาสำหรับประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เป็นโรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงทั้งระยะเฉียบพลันและระยะยาว การดูแลผู้ป่วยภายหลังกลับไปอยู่ในชุมชนจึงมีความสำคัญ

2.2 ปัญหาและผลกระทบผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน

2.2.1 ปัญหาภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.2.1.1 ผู้ป่วย

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องกลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประสบกับปัญหาความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ อาการอ่อนล้า วิงเวียน หน้ามืด เกิดอาการเหนื่อยง่าย ความคงทนต่อการทำกิจวัตรประจำวันลดลง รวมถึงประสิทธิภาพการนอนลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง (Antman, 2005; Gheorghiade & Fonarow, 2007) ในเดือนแรกหลังจากออกโรงพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทำกิจวัตรที่ไม่ต้องออกแรงมาก เช่น การนั่ง นอน การอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่จะมีกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย การทำงานบ้าน และการมีเพศสัมพันธ์ (Sriprasong et al., 2009; Vibulchai et al., 2015)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ น้ำหนักเกิน ไม่ออกกำลังกาย มีอุบัติการณ์เกิดโรคเส้นเลือดสมอง (cerebrovascular disease) และมีภาวะทุพพลภาพเมื่อกลับไปในชุมชนได้ (Roth, 1993; Selvin & Erilnger, 2004; วิลาวัณย์ ธิรภัทรพงศ์ และธนัชฐา ธนาเกียรติภิญโญ, 2558) การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นและต้องอาศัย

การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนไม่ใช่เพียงหน้าที่โดยตรงของครอบครัวแต่ฝ่ายเดียวเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

ด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาจิตใจมากกว่าร่างกาย (Thompson & Lewin, 2000) โดยผู้ป่วยมักเกิดความวิตกกังวล (anxiety) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Valge, 1996) มีความรู้สึกไม่แน่นอน ในการเจ็บป่วย กลัวการเจ็บหน้าอกและการเสียชีวิตกะทันหัน ไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวัน (Girard, 1999; Martin & Woods, 2012) ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวมากขึ้น เกิดความเบื่อหน่าย ผิดหวัง เสียใจ รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (depression) ตามมาได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังกลืนเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นถึง 1.4 ถึง 1.8 เท่า (Banankhah, 2012)

ด้านสังคมพบว่าผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตแบบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บทบาทหน้าที่เดิมในครอบครัวลดลง กลับไปทำงานซ้ำหรือบางรายต้องหยุดงาน (Nadarajah, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ครอบครัวมักมีพฤติกรรมปกป้องมาก (overprotective behavior) โดยไม่ยอมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใดๆ เลย (Mathur-Marchesani, 1998) เนื่องจากกลัวอาการผู้ป่วยกำเริบ และมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจเป็นสิ่งที่สำคัญและทำให้เสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว (Coyne, 1999)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาการช่วยเหลือหรือการรักษาเพื่อให้ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะหลังเกิดโรค (สุจิตราภรณ์ พิมพิโพธิ์และคณะ, 2556)

2.2.1.2 ผู้ดูแลและครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไทย ซึ่งมีขนาดที่ลดลง เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาดโครงสร้าง บทบาทและภาระหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง (Ministry of Social Development and Human Security, 2013) ประกอบกับตัวเลขการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อภาระที่สมาชิกครอบครัวต้องดูแล ผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นสตรี ในต่างประเทศพบร้อยละ 66 (McCubbin & McCubbin MA, 1996) และในไทยพบมากถึงร้อยละ 84 ซึ่งให้เห็นว่าเพศหญิงถูกคาดหวังจากครอบครัวและสังคมให้เป็นผู้ดูแลเมื่อมีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย โดยต้องรับภาระหนักมาก มักเสียโอกาสในการหารายได้เอง เพราะครอบครัวส่วนใหญ่ขาดการหมุนเวียนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักจึงมีความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ เครียด กัดดัน มีสุขภาพไม่ดีเช่นกัน บางคนเจ็บป่วยเรื้อรังเช่นกัน (Sihapark et al., 2014; ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ, 2558) ที่สำคัญการดูแลผู้ป่วยระยะยาวจึงก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแลและครอบครัว

ภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เกิดความเครียดและวิตกกังวล กลัวผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน กลัวอาการของโรคหัวใจผู้ป่วยกำเริบ มีการระงับในการเฝ้าผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องหยุดงานมาเฝ้า (รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น, 25546) ในระยะยาวเมื่อผู้ป่วยกลับมาอยู่ในชุมชน ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างใกล้ชิด ต้องเฝ้าระวังอาการกำเริบของโรค ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ผู้ดูแลและครอบครัวจำเป็นต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาเฝ้าดูแล ทำให้ครอบครัวรายได้ลดลง บางครั้งครอบครัวและผู้ดูแลต้องขาดโอกาสการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและชุมชนเพราะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทำให้เกิดการเบื่อหน่ายท้อแท้ (burnout) ได้ (สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ และคณะ, 2556)

ดังนั้น ถ้าส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถปรับตัวรับมือกับปัญหาที่ต้องดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน จะช่วยให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ เป็นแบบแผนพฤติกรรมครอบครัวทางบวก และช่วยลดความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยไปได้

2.2.1.3 ชุมชน

ชุมชนมีความสัมพันธ์กันทั้งการเมือง เศรษฐกิจและสังคม มีเอกลักษณ์เฉพาะตน เช่น ศาสนา ประเพณี ระบบการปกครอง เท่านั้น แต่ชุมชนยังหมายถึงกลุ่มคนที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีกิจกรรมร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำรวมถึงมีการติดต่อสื่อสารกันในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2541) นอกจากนี้ชุมชนยังมีลักษณะเครือข่ายความสัมพันธ์ที่กว้างขวาง ทั้งระบบเครือญาติและระบบอุปถัมภ์ (Kemp, 1991)

ผู้ป่วยทุกคนมีบทบาทในการทำหน้าที่ทางสังคมในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและทำประโยชน์ต่อชุมชนเพื่อให้ชุมชนที่อาศัยอยู่ขับเคลื่อนความเจริญไปได้ ผู้ป่วยทุกคนมีคุณค่าทั้งกับสมาชิกในครอบครัว เครือญาติและชุมชน ได้พึ่งพาอาศัยทั้งทางจิตสังคมและปัญญา เมื่อต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังผู้ป่วยมักใช้เวลาอยู่กับตนเองและให้เวลากับชุมชนและสังคมลดลง บทบาททางสังคมในชุมชนทำได้ไม่สมบูรณ์ดังก่อนการเจ็บป่วย บางรายลดบทบาทหรือยุติบทบาทในชุมชนลงเนื่องจากปัญหาสุขภาพไม่เอื้ออำนวย ทำให้ชุมชนขาดที่พึ่งและขาดที่ปรึกษาในการพัฒนาเพื่อการคงไว้ซึ่งชุมชนที่สมบูรณ์และสืบต่อวัฒนธรรมของชุมชน (จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล, 2558)

2.2.1.4 หน่วยบริการสุขภาพและศักยภาพบุคคลากร

หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด และได้รับผิดชอบทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ฟื้นฟูสภาพ มีการเชื่อมโยงเครือข่ายดูแลต่อเนื่องกับบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะรวมทั้งงานอื่นๆ ปัจจุบันจึงทำให้ภาระงานบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มขึ้น (ดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ, 2558)

โดยสรุปผลกระทบภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายนอกจากจะมีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แล้วยังมีผลกระทบทางอ้อมต่อชุมชน ดังนั้นหน่วยบริการสุขภาพและบุคลากรทุกระดับในพื้นที่จึงควรเตรียมระบบรองรับ ตอบสนองและช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้คงสุภาพะ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่ออยู่ในชุมชน ดูแลตนเองได้ไม่เกิดอาการกำเริบต้องกลับมารักษาโรงพยาบาลซ้ำ

2.2.2 ผลกระทบผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน

2.2.2.1 การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน

1) อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ

อุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชนพบว่าในระยะ 1 เดือนแรก ผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 75 ปี มีการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน 0.69 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) มีการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วันเป็น 1.31 เท่าของกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (Non-ST elevation myocardial infarction: NSTEMI) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีโรคร่วมเบาหวาน โรคไต และโรคปอด มีอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน เป็น 1.36 ถึง 1.66 เท่าของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีโรคร่วม และในระยะ 1 ปีแรก พบว่า ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีโรคร่วมเบาหวาน โรคไต และโรคปอด มีอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำใน 1 ปี เป็น 1.36 ถึง 1.42 เท่าของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีโรคร่วม (Southern et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยอยู่คนเดียวขาดผู้ดูแล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำใน 1 ปีหลังเกิดโรคมามากถึงร้อยละ 41.6 (Bucholz et al., 2011)

2) ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำมีหลายสาเหตุ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ สูงอายุ มีโรคร่วมเบาหวาน โรคไต โรคปอด และมีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น (Rana et al., 2014; Liu, 2015) การขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ปัจจัยและด้านระบบสุขภาพ ได้แก่ การจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้นเนื่องจากเตียงจำกัด และการขาดการประสานในการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน (Shams, 2014) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำเช่นกัน

3) ผลกระทบการกลับมารักษาซ้ำ

ผลกระทบการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วันหลังกลับสู่ชุมชนเพิ่มอัตราการเสียชีวิตใน 1 ปีหลังเกิดโรคถึงร้อยละ 38.7 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ (Lum, Studenski, Degenholtz, & Hardy, 2012) การกลับมารักษาซ้ำส่งผลต่อค่าใช้จ่ายทั้งผู้ป่วยครอบครัว และค่ารักษาพยาบาลใน

ระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น การกลับมารักษาซ้ำทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องหยุดงาน มีผลต่อความมั่นคงของหน้าที่การงานรวมถึงรายได้ลดลง ได้ (Bjorvatn, 2013)

2.2.2.2 ปัญหาด้านจิตสังคมผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน

1) อุบัติการณ์ปัญหาด้านจิตสังคม

ปัญหาด้านจิตสังคมมีความสำคัญยิ่งในการฟื้นฟูของผู้ป่วย ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความเครียด โดยพบว่าใน 6 สัปดาห์แรกเมื่อกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยชายสามารถปรับตัวด้านจิตใจได้ดีกว่าผู้ป่วยหญิง (Denham, 1997) และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวขาดผู้ดูแลมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 1.35 เท่าหลังเกิดโรค (Bucholz et al., 2011)

2) ผลกระทบปัญหาด้านจิตสังคม

ผู้ป่วยที่แยกตัวจากสังคม และมีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ (Samaniego, 2010) หลังกลับไปอยู่ในชุมชน และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวขาดผู้ดูแล พบว่ามีโอกาสเสียชีวิตภายใน 4 ปี มากถึงร้อยละ 21.8 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) (Bucholz et al., 2011)

ดังนั้นผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับสู่ชุมชน มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การกลับมารักษาซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังเกิดโรคได้ การได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดีมีความสำคัญควรส่งเสริมสุขภาวะให้ครอบคลุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมภายหลังกลับไปอยู่ในชุมชน

2.3 การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและสุขภาวะ

2.3.1 ประเด็นปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสังคม โครงสร้างประชากร และระบาดวิทยาโดยปรับเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรม และอยู่แบบครอบครัวขยาย มาสู่สังคมอุตสาหกรรม และครอบครัวเดี่ยว ปัจจุบันการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้นประชากรวัยผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้านระบาดวิทยาพบโรคเรื้อรังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงกับวิถีชีวิตของประชาชนจากโลกที่ความเจริญก้าวหน้า (diseases of civilization) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น สิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลง มีโรคระบาดใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสาธารณสุขที่ควรได้รับการแก้ไขตั้งแต่ระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

2.3.2 การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

2.3.2.1 แนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขและระบบสุขภาพ เป็นส่วนที่ใกล้ชิดประชาชนชุมชนมากที่สุด โดยระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนามาจากรากฐาน สาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ที่ประชาชนและสังคม ยอมรับ มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ด้วยค่าใช้จ่ายที่ชุมชนและประเทศยอมรับได้ และเป็นส่วนที่ ประกันความเป็นธรรมของสังคมด้านสุขภาพ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2550) โดยลักษณะบริการ สุขภาพในระดับปฐมภูมิที่ดีมีดังนี้ (World Health Organization, 2010)

1) ขยายขอบเขตการให้บริการสุขภาพ (comprehensiveness) ที่อยู่ภายใต้ เงื่อนไขความต้องการของประชาชน ที่รวมถึงการควบคุมป้องกันโรค การรักษา การดูแลระยะสุดท้าย การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ

2) การเข้าถึงบริการ (accessibility) โดยเป็นเข้าถึงการบริการสุขภาพโดยตรง และไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย ภาษา วัฒนธรรม หรืออาศัยอยู่ที่ใด การบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดประชาชน และเป็นการเชื่อมโยงที่เข้าถึงการบริการระดับปฐมภูมิ ที่บ้าน ที่ทำงาน ชุมชนที่อาศัย และการเข้าถึง บริการ ต้องมีการประสานงานที่ดี

3) ความครอบคลุม (coverage) โดยการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุก กลุ่มเป้าหมาย ทั้งผู้ป่วย ผู้มีสุขภาพดี ทุกระดับรายได้ ทุกสังคม

4) ความต่อเนื่อง (continuity) โดยการบริการสุขภาพที่มีความต่อเนื่องทั้ง เครือข่ายบริการสุขภาพ ต่อเนื่องตามสภาวะสุขภาพ และต่อเนื่องเมื่อต่างระดับบริการ

5) มีคุณภาพ (quality) โดยบริการสุขภาพต้องมีคุณภาพสูง มีประสิทธิภาพ มี ความปลอดภัย เน้นความต้องการของผู้ป่วยที่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์

6) ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (person-centeredness) โดยการ บริการสุขภาพมุ่งที่บุคคล เน้นออกแบบบริการเพื่อตอบสนองความต้องการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมี ส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพและเป็นผู้ประเมินผลการบริการ

7) การประสานงาน (coordination) ควรมีความคล่องตัวทั้งในระดับเครือข่ายใน พื้นที่ ระดับผู้ให้บริการ และการบริการในระดับต่างๆ การประสานต้องพร้อมทั้งในการบริการในภาวะ ปกติและการบริการในฉุกเฉิน ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับสหสาขา วิชาชีพทั้ง ในระดับเครือข่ายพื้นที่และในระดับที่สูงขึ้น รวมถึงการประสานกับองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และองค์กรที่สำคัญในชุมชนด้วย

8) เป็นเหตุเป็นผลและมีประสิทธิภาพ (accountability and efficiency) ระบบ บริการสุขภาพควรมีการบริหารจัดการที่ดี โดยมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า มีการกระจายอำนาจมี

ธรรมภิบาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และให้เกิดผลงานที่มีประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพควรมีกลไกในการประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและประชาชน

ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่พึงประสงค์ควรมีหลักการและเป้าหมายที่สำคัญ คือ มีความเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลเป็นระบบบริการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป โดยมีลักษณะการบริการที่ผสมผสาน มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม เข้าถึงได้ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและชุมชน ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

2.3.2.2 การจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในไทย

ที่ผ่านมาระบบสุขภาพปฐมภูมิมีการเปลี่ยนแปลงถูกขับเคลื่อนในหลายด้านเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่เป็นของประชาชนในพื้นที่ กระบวนการต่างๆ มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบตามแผนการพัฒนาและระบบจัดการของกระทรวงสาธารณสุข และส่งผลไปยังเป้าหมายของสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายให้เกิดผลลัพธ์ 2 ประการ คือ (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

- 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) เช่น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการป่วย อัตราการตาย, ความพิการ และ คุณภาพชีวิต เป็นต้น
- 2) ผลลัพธ์ทางจิตสังคม (psychosocial outcomes) เช่น คุณค่าในตัวเอง, ความสำเร็จในตนเอง ความสุข เป็นต้น

โดยสรุปการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในไทย ไม่เพียงทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มุ่งเน้นในการจัดบริการที่ครอบคลุมด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่มีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ รับรู้สุขภาพในแต่ละช่วงเวลาเปลี่ยนแปลง สามารถจัดระบบต่างๆ ของหน่วยบริการให้สอดคล้อง มีการเสริมหรือร่วมสร้างปัญญาของชุมชนในการดูแลกันและกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.3.3 สุขภาวะ

2.3.3.1 ความหมายสุขภาวะ

สุขภาวะ หมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หรือทางปัญญา มีความผาสุก ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และการเจ็บป่วยเท่านั้น (World Health Organization, 2010)

สุขภาวะ หมายถึง การที่คนเราดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีปัญญา รู้ เข้าใจในเหตุและผลของความดีและความชั่ว รู้คุณ รู้โทษในสิ่งต่างๆ ที่สำคัญ การมีสุขภาวะที่ดีจะต้องอยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่ดีและเป็นสุขด้วยโดยการจัดการให้

ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งชุมชน ท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐเอกชน และหน่วยงานวิชาการ (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551)

สุขภาวะ หมายถึง องค์ประกอบด้วยมิติที่กว้างใหญ่ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณหรือทางปัญญา เชื่อมโยงกับการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อมด้านต่างๆ ขยายความไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2550)

สุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา เชื่อมโยงเป็นองค์รวม สุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ผลจากการดำเนินงานตามนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรมต่างๆ ย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดสุขภาพ และส่งผลต่อสุขภาพในที่สุด (ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, 2558)

2.3.3.2 สุขภาวะ 4 มิติ

สุขภาวะ 4 มิติ ประกอบด้วย (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พงษ์สุนันท์, 2555)

สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง อวัยวะต่างๆ ทำงานได้ตามปกติและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนอย่างดี ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด สามารถควบคุมอารมณ์ทางจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใสไม่ให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สุขภาพจิตที่ดีย่อมมีผลจากสุขภาพกายที่ดีด้วย

สุขภาวะทางสังคม หมายถึงการอยู่ร่วมกันด้วยความผาสุกของครอบครัว ชุมชน และที่ทำงาน โดยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรเสมอภาค มีความยุติธรรม สันติสุข มีวัฒนธรรมชุมชนและมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

สุขภาวะทางจิตวิญญาณและปัญญา หมายถึง ทางจิตวิญญาณ เป็นความผาสุกที่เกิดจากการมีความหวังในชีวิต มีความรัก ความอบอุ่น ความเชื่อมั่นศรัทธา มีสิ่งยึดมั่นเครารพ มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ประสบความสำเร็จ

โดยสรุปสุขภาวะหรือสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา เชื่อมโยงเป็นองค์รวม เกิดความผาสุกไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และการเจ็บป่วยเท่านั้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข โดยการมีสุขภาวะนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ถ้ามึนโยบาย แผนงาน โครงการ กิจกรรมต่างๆ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงปัจจัยกำหนดสุขภาพ และส่งผลต่อสุขภาวะตามมา

2.3.3.3 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยตัดขวาง (cross-cutting determinants) และปัจจัยกำหนด (determinants) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และระดับชาติ ปัจจัยตัดขวางเป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงเป็นภาพใหญ่ก่อน ได้แก่ เพศ (gender) และวัฒนธรรม (culture) โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย ปัจจัยกำหนดนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผล คือ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบบริการทางสังคม ปัจจัยกำหนดทางพฤติกรรม ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมทางสังคม และ ปัจจัยปัจจัยกำหนดทางเศรษฐกิจ (World Health Organization, 2002)

โดยตัวกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ดังกล่าวในผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนควรได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง มีชุมชนและทีมสุขภาพช่วยเหลือสนับสนุน มีการส่งเสริม พื้นฟูสภาพ ที่บูรณาการให้เข้าการดำรงชีวิต โดยคำนึงถึงตัวปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมถึงสังคมวัฒนธรรมของชุมชนที่อาศัยอยู่ (World Health Organization, 2009; Public Health Agency of Canada., 2009) เพื่อให้ผู้ป่วยและชุมชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญา

2.3.3.4 แนวคิดสุขภาพกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 (คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551) ได้มีแนวคิดหลักสำคัญของกฎหมายมีดังนี้

1) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา (สร้างนำซ่อม) อีกนัยหนึ่งคือเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

2) สร้างความเข้าใจว่าสุขภาพมีขอบเขตกว้างไกลกว่าการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่รวมไปถึงการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่และสังคมอยู่เย็นเป็นสุขด้วย

3) รับรองสิทธิประชาชนให้ได้รับการคุ้มครองดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงเท่าเทียม

4) ประชาชนมีหน้าที่ปกป้องดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

5) เปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญหา และร่วมกำหนดนโยบายกับองค์กรภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพโดยรวม

โดยแนวคิดสุขภาพกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพโดยรวม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมแก้ปัญหา และร่วมกำหนดนโยบายกับองค์กรภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสุขภาพชุมชนนั้น

2.3.3.5 สุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวม มี 3 ระดับ (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พงษ์สุนันท์, 2555)

ประกอบด้วย

1) ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึง การทำให้เกิดความสมดุลภายในตัวบุคคลแต่ละคน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (อารมณ์) และจิตวิญญาณ โดยที่หนทางไปสู่ดุลยภาพ คือ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรักษาอารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และการมีคุณธรรม เป็นพฤติกรรมที่มุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม

2) ระดับครอบครัว มีความสมดุลของสุขภาวะในตัวตน เชื่อมโยงกับคนอื่น ๆ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน ช่วยกันดูแลให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบและบทบาทแตกต่างกันไป

3) ระดับชุมชนและสังคม มีความสมดุลของสุขภาวะในตัวบุคคล เชื่อมโยงกับบุคคลอื่น ๆ และสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคมโดยรวม

3.1) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล หมายถึง คนในชุมชน สังคมมีความเกื้อกูล เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เป็นชุมชน สังคมที่มีเอกภาพกันถึงแม้ว่าคนในสังคมนั้น ๆ จะมีความแตกต่างและหลากหลายชนชั้น อาชีพ ความคิด ฐานะ เป็นต้น แต่คนจำนวนมากมีเจตจำนงอย่างเดียวกัน ที่จะสร้างสังคมที่ดีงาม สุขภาพและชีวิตของคนในชุมชน สังคมจึงเจริญอย่างสมดุล

3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ มีความตระหนักรู้ว่ามนุษย์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ให้ความเคารพและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับธรรมชาติและสรรพชีวิตอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นสัตว์ สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ มีความตระหนักและจริงจังในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน สร้างความสัมพันธ์ที่กลมกลืนและเกิดความสมดุลระหว่างคน ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ดังนั้นสุขภาพองค์รวมมี 3 ระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันมีลักษณะเชื่อมโยงและมีผลซึ่งกันและกัน ถ้าสุขภาพระดับบุคคลมีความไม่สมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมา เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยมีผลให้ครอบครัวต้องมีการดูแล ส่งผลกระทบสุขภาพองค์รวมของครอบครัวและชุมชนในที่สุด ทางตรงกันข้ามถ้าสุขภาพบุคคลดี ส่งผลต่อสุขภาวะครอบครัว และสุขภาวะชุมชนดีขึ้นด้วย

2.3.3.6 สุขภาวะชุมชน (community health)

สุขภาวะชุมชน คือ ภาวะแห่งการรวมเอาสุขภาพของบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งสุขภาพอนามัยของแต่ละบุคคลจะดีได้นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมด้วย โดยสุขภาวะชุมชนเป็นงานจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่าง

สะดวก มีระบบให้การปรึกษาและส่งเสริม ทั้งนี้เพื่อสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม (วิสุทธิ บุญญะโสภิต, 2555)

ดังนั้นการมีนโยบาย โครงการ หรือกิจกรรมที่จัดขึ้นระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงมุ่งหวังให้เกิดสุขภาวะองค์รวมในทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เกิดสุขภาวะชุมชนที่สมบูรณ์ ชุมชนพึ่งตนได้และอยู่ดีมีสุข

2.3.3.7 นวัตกรรมการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและสุขภาวะชุมชน

1) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบเขตสุขภาพ โดยเขตสุขภาพ เป็นระบบสุขภาพระดับพื้นที่ (locality level) ที่กำหนดพื้นที่และประชากรรับผิดชอบชัดเจนมีกิจกรรมการซื้อและจัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ที่มีบริการที่เหมาะสมและผสมผสานทั้งด้านบริการสุขภาพส่วนบุคคลการสาธารณสุขและบริการสังคมโดยมีหน่วยบริการหลักที่กำหนดชัดและเข้าถึงบริการได้ดี มีการเชื่อมโยงการดูแลส่งต่อบริการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ โดยเน้นสร้างความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิและเครือข่ายบริการ

2) การจัดระบบบริการสุขภาพรายสาขา (service plan) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่แท้จริงมีการรับฟังปัญหาความต้องการผู้รับบริการ เน้นประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงบริการ การจัดบริการที่มาตรฐาน การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่า มีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการระบบและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ประการที่สองในแต่ละสาขาของ service plan ควรมีการประสานเชื่อมโยงมีการทำงานร่วมกัน มีการแบ่งปันทั้งทางด้านวิชาการ ทรัพยากร และความเชี่ยวชาญ ประการสุดท้ายควรมีการบูรณาการ service plan ให้เชื่อมโยงประสานและบูรณาการเข้าไปถึงเครือข่ายระดับอำเภอ (District Health System: DHS) และการบริการระดับปฐมภูมิ

3) ระบบเครือข่ายระดับอำเภอ (District Health System: DHS) คือ ระบบการทำงานเพื่อร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ บูรณาการภาคีเครือข่าย เน้นเป้าหมาย ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรูปแบบที่อิงบริบทของแต่ละสถานที่ หลักคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอจึงต้องการให้เกิดภาพของการรับรู้และการร่วมสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชนในอำเภอให้ดีขึ้น (อิทธิพล สูงแข็ง, 2558)

4) ทีมหมอครอบครัว เป็นกลไกสำคัญของระบบเครือข่ายระดับอำเภอ (District Health System: DHS) ที่จะนำไปสู่ความมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการดูแลที่จำเป็น (essential care) โดยมีหน้าที่หลัก 2 ประการ คือ ประการแรกทำให้ชุมชนได้พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น (self-care) ทีมหมอครอบครัวจึงมีหน้าที่ค้นหาความเสี่ยงตามกลุ่มวัย แล้วดำเนินจัดการความเสี่ยงนั้นร่วมกับประชาชน ทำให้ประชาชนป่วยน้อยลง และประการที่

สอง ทำให้ประชาชนถึงการบริการที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม โดยทีมหมอครอบครัวประกอบด้วยแพทย์และหรือทีมสุขภาพสาธารณสุข อาสาสมัครชุมชน และผู้นำชุมชนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (สุกัญญา หังสพฤกษ์ และคณะ, 2558)

ดังนั้นการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ชิดประชาชน ชุมชน เข้าถึงบริการได้ หน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงทำงานที่มุ่งเน้นในการจัดบริการที่ครอบคลุมด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ เพียงอย่างเดียว แต่มีบทบาทในการทำงานร่วมกับเครือข่ายและประชาชนในพื้นที่ จัดระบบต่างๆ ของหน่วยบริการให้สอดคล้องประชาชน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นการจัดบริการที่ครอบคลุมทำให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมการฟื้นฟู ป้องกันการกลับซ้ำของโรคสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

2.4 ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care)

2.4.1 ความหมาย

ระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุความพิการต่างๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบเป็นทางการ ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม และไม่เป็นทางการดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อน เพื่อนบ้าน ซึ่งบริการทดแทนดังกล่าวมักเป็นบริการสังคม เพื่อมุ่งเน้นในด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่กลุ่มคนเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้เขามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้โดยอยู่บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สำหรับการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุ หรือเป็นผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ควรได้รับการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยอาศัยการดูแลโดย ครอบครัว อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน เป็นหลัก มีบุคลากรสุขภาพในพื้นที่และชุมชนดูแลช่วยเหลือสนับสนุนควบคู่กันไป

2.4.2 ความสำคัญพัฒนาการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่

จากสถิติผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านระบาดวิทยาของการเจ็บป่วยของประชาชนจากโรคติดต่อชนิดเฉียบพลันเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความต้องการบริการดูแลแบบต่อเนื่องมีเพิ่มขึ้น ในขณะที่ปัจจุบันไทยมีศักยภาพของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากขนาดครัวเรือนที่

ลดลง มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทสู่เมือง สตรีมีบทบาทในการทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพในสังคมมีมากขึ้น ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องอยู่บ้านคนเดียวในช่วงกลางวันเพราะลูกหลานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน ถึงแม้ในครอบครัวที่มีผู้ดูแลยังพบมีปัญหาระยะของผู้ดูแลรวมถึงมีผลกระทบต่อการเสียโอกาสในด้านต่างๆ ทางสังคมและการประกอบอาชีพ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวเน้นสำหรับผู้สูงอายุซึ่งผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและคณะกรรมการผู้สูงอายุ แห่งชาติรวมถึงนโยบายพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในระดับตำบลของกระทรวง สาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทางทีมโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือองค์กรปกครองท้องถิ่นตระหนักในสภาพปัญหาและเริ่มต้นจัดบริการขึ้น แต่ยังคงมีลักษณะเป็นหย่อมๆ บางพื้นที่ขึ้นกับความสนใจของบุคลากรและชุมชนในพื้นที่นั้นๆ เป็นหลัก (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ดังนั้นสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิตและปรับลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค การดูแลระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับซ้ำของโรคต้องอาศัยครอบครัวและชุมชนในการช่วยเหลือ และส่วนหนึ่งของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นผู้สูงอายุและมีภาวะพึ่งพิงการจัดระบบการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปสู่ชุมชนจึงมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งการพัฒนานั้นจะดำเนินการไปได้มากน้อยเท่าใดขึ้นอยู่กับความพร้อมของทีมสุขภาพและชุมชนในพื้นที่นั้นเป็นหลัก

2.4.3 เป้าประสงค์การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน

2.4.3.1 เป้าประสงค์หลัก (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

บุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้รับการสนับสนุนให้มีขีดความสามารถ ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในทุกกลุ่มวัยรวมถึงกลุ่มสูงอายุ เพื่อให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน และได้รับการทั้งด้านสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.3.2 เป้าหมายเฉพาะของการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

- 1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายทุกคน ได้รับการคัดกรอง และมีระบบส่งเสริมป้องกัน ฟันฟูและการดูแล ตามระดับความจำเป็นในการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี
- 2) ผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง
- 3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่าง ครบวงจร
- 4) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มีสถานที่ดูแลชั่วคราว (respite care)/ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (community LTC center) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home care)
- 5) สถานพยาบาลทุกแห่งมีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

2.4.4 เป้าหมายเฉพาะของการนำร่องการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชน (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

- 1) พัฒนาและทดสอบเครื่องมือที่จะใช้ในการคัดกรองและประเมินความจำเป็นในการได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชน
- 2) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่เป็นรูปธรรมและเป็นไปได้เหมาะสมสำหรับการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชน
- 3) พัฒนาหลักสูตรการอบรมทั้งผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ (long term care manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาคทางการ (care giver) ที่จะไปสนับสนุนการดูแลสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชน
- 4) พัฒนารูปแบบการอภิบาลและการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชน
- 5) หลักการสำคัญในการพัฒนา
 - 5.1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชนที่มีภาวะทุพพลภาพและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง และติดบ้าน) สามารถเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวที่พึงได้รับได้อย่างเหมาะสมต่อเนื่อง โดยมีการเชื่อมโยงของระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่สถานพยาบาล ชุมชน และ ครอบครัว
 - 5.2) การสนับสนุนการจัดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายในชุมชนไม่ไปแย่งชิง บทบาทหน้าที่การดูแลของครอบครัว โดยครอบครัวยังคง

เป็นผู้ดูแลหลักและระบบเข้าไปสนับสนุนยกเว้นในรายที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการสนับสนุนเป็นไปตามศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับการพึ่งพิง

5.3) ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขอาศัยบุคลากรที่มีใช้วิชาชีพ เป็นหลัก เช่น ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยมีบุคลากรด้านวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นผู้สนับสนุนในการจัดระบบการดูแล

5.4) ทุกพื้นที่ที่มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชนโดยอาศัย ต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัคร วัด และโรงเรียน เป็นต้น

2.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2.5.1 ความหมาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) หมายถึง กระบวนการรักษาหรือกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสภาพที่ใกล้เคียงปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้วยความพยายามของตนเองในการกลับเข้าสู่สังคมแบบที่ยังคงมีการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าและคุณภาพชีวิต มีอง

ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินความพร้อมการออกกำลังกาย การให้คำแนะนำในการออกกำลังกาย การให้ความรู้ คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต การปรับตัวด้านจิตสังคม รวมถึงการกลับไปทำงานในอาชีพที่เหมาะสมกับสถานะของร่างกาย (World Health Organization, 1993; รพีพัชร ทับทิมเพชรารกุล, 2558)

2.5.2 เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ในปัจจุบันโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจถือว่าเป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นในการให้การดูแลโรคหัวใจไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจและขยายเส้นเลือดหัวใจ (post coronary bypass and angioplasty) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกแบบสม่ำเสมอ (stable angina) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (chronic Heart failure) รวมถึงผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post myocardial Infarction) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายภายหลังได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลันโดยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือด หรือการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยทุกราย จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งเป็นการจัดบริการที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมาย 2 ระยะ คือ (ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558; Dalal, Doherty, & Taylor, 2015)

2.5.2.1 เป้าหมายระยะสั้น

- 1) เพื่อฟื้นฟูและปรับปรุง สมรรถภาพของผู้ป่วยให้กลับไปมีกิจกรรมได้ตามปกติ สามารถดำรงชีวิตอย่างเต็มศักยภาพในครอบครัวและสังคม
- 2) จำกัดและลดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดจากการรักษาโรคหัวใจ
- 3) ลดอัตราการเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำหรือการเสียชีวิต
- 4) ควบคุมและบรรเทาอาการเจ็บป่วยของโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.5.2.2 เป้าหมายระยะยาว

- 1) เพื่อค้นหาและจัดการกับปัจจัยเสี่ยง โดยการยับยั้งและลดกระบวนการเกิดหลอดเลือดอุดตัน (atherosclerotic)
- 2) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ทำให้หัวใจแข็งแรง (healthy heart behavior) ทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่การมีศักยภาพในการทำงาน รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้บุคคลทุกวัย เช่น ผู้สูงอายุ และทุกเพศสามารถมีการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมที่ดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ญาติ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

2.5.3. ผู้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผู้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบ (director) คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ และหรือ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะปฏิบัติงาน (staffs) ประกอบด้วย แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสรีรวิทยาการออกกำลังกาย นักโภชนาการ นักจิตวิทยา ทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล มีดังนี้ (วรมนต์ บำรุงสุข, 2548)

2.5.3.1 แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ (cardiologist) เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหัวใจให้การวินิจฉัยและวางแผนในการรักษาโรค

2.5.3.2 แพทย์ผ่าตัดหัวใจและทรวงอก (cardiac surgeon) เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะหลังผ่าตัด

2.5.3.3 แพทย์วิสัญญี (cardiac anesthetist) ผู้ให้การดมยาระหว่างการผ่าตัด โดยมีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ชักประวัติการแพ้ยา อาหาร ตลอดจนดูแลถึงระยะหลังผ่าตัด

2.5.3.4 แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitationist) ตรวจวินิจฉัยและการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งทำงานร่วมกับพยาบาลและนักกายภาพบำบัด

2.5.3.5 พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู (cardiac rehabilitation nurse) เป็นพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจปฏิบัติงานตามแผนการรักษาของแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ บางแห่งเป็นผู้ฝึกหลักและผู้ฝึกครอง โดยจะทำหน้าที่ฟื้นฟูผู้ป่วยในเป็นหลักต่อเนื่องตามขั้นตอนจนสิ้นสุดโปรแกรม นอกจากบทบาทด้านการฟื้นฟูแล้ว สิ่งที่ยาบาลทำได้ดี ได้แก่ โครงการเลิกบุหรี่ โครงการลดความดันโลหิต และไขมันในเลือด เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค วิธีการคือ การให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ประเมินผล และเสริมแรงสนับสนุน เน้นพฤติกรรมระยะยาว (lifelong behavior change) ในการออกกำลังกาย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งทางด้านสุขภาพจิตและสังคม

2.5.3.6 นักกายภาพบำบัด เป็นบุคลากรที่สำคัญที่มาร่วมดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำหน้าที่ร่วมกับแพทย์ พยาบาลในการให้การบำบัดรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัด โดยมีบทบาทดังนี้

1) ด้านการส่งเสริมป้องกัน (promotion and prevention) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญรวมถึงประโยชน์ของการฝึกทำกายภาพบำบัด ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักและให้ความสำคัญในการทำกายภาพบำบัดและเต็มใจที่จะร่วมมือกับนักกายภาพบำบัดอย่างเต็มที่ เช่น การฝึกไอ การฝึกหายใจที่ถูกต้อง แนะนำการบริหารกายตามภาวะผู้ป่วย แนะนำท่าที่ถูกต้องหลังผ่าตัด

2) ด้านการรักษา (treatment) นักกายภาพมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยที่มีปัญหาหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบทางเดินหายใจ การคั่งค้างของเสมหะ แนวทางการรักษาเช่น การฝึกหายใจ การจัดทำระบายเสมหะ การเคาะปอดและการสั่นปอด การกระตุ้นการไอ การบริหารเพื่อเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว

3) ด้านการฟื้นฟู (rehabilitation) นักกายภาพบำบัดจะเข้าไปดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด วันแรกหลังผ่าตัดและฟื้นฟูร่างกายจนผู้ป่วยกลับบ้าน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มเดินโดยเร็วที่สุด ทั้งนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

2.5.3.7 นักกิจกรรมบำบัด มุ่งหวังไปในทางที่จะให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมเพื่อรักษา สถานะทางสรีรวิทยาและหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งส่งเสริมจิตใจ และความมั่นใจให้ผู้ป่วย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจมักจะเหนื่อยง่ายเพราะร่างกายทั่วไปรับออกซิเจนไม่เพียงพอ

2.5.3.8 นักจิตวิทยา จะเข้ามาให้คำปรึกษาพูดคุยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดปัญหาตนเองและระบายออกมา เพื่อให้เห็นแนวคิดและแนวทางการดำเนินชีวิตว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหรือไม่ นักจิตวิทยาให้คำแนะนำในการดำเนินชีวิตให้ปลอดภัยจากโรค และทำอย่างไรที่จะปรับแนวคิดไปในทางที่มองโลกในแง่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีความสุขกับการดำรงชีวิตตลอดไปได้

2.5.3.9 นักโภชนาการ เพราะอาหารมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคหัวใจเกิดจากการไม่ใส่ใจในการบริโภคอาหารเช่น ชอบรับประทานเนื้อสัตว์

อาหารที่มีไขมันสูง ชอบอาหารผัดทอด ทำให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมักมีโรคร่วมความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง บทบาทของนักโภชนาการ คือ การให้ความรู้และการปรึกษาด้านอาหารกับผู้ป่วย

2.5.4 กลุ่มเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

กลุ่มเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นทั้งกลุ่มที่เป็นโรคหัวใจและกลุ่มที่ไม่เป็นโรคหัวใจ เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และเน้นกลุ่มที่เป็นโรคหัวใจดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction)
- 2) กลุ่มผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention)
- 3) กลุ่มผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหัวใจ (coronary artery bypass grafting)
- 4) กลุ่มผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (chronic stable angina)
- 5) กลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (heart failure)
- 6) กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation)
- 7) กลุ่มผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease)

2.5.5 องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (core components of cardiac rehabilitation)

องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Balady et al., 2007; Wenger, 2008; Contractor, 2011) ประกอบด้วย

- 1) การประเมินผู้ป่วย (patient assessment)
- 2) การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ (nutritional counseling)
- 3) การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด (lipid management) การควบคุมน้ำหนัก (weight management) การควบคุมความดันโลหิต (blood pressure management) ควบคุมเบาหวาน (diabetes management) การหยุดบุหรี่ (tobacco cessation)
- 4) การฝึกการออกกำลังกาย (exercise training)
- 5) การจัดการด้านจิตสังคม (psychosocial management)
- 6) การให้คำปรึกษาด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity counseling)

2.5.6 ประโยชน์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

- 1) ลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (all-cause mortality rate) หลังเกิดโรคถึงร้อยละ 20-30 (Taylor et al., 2006; Geol et al., 2011)

2) ลดการเสียชีวิตใน 5 ปี หลังเกิดโรค โดยถ้าเข้าครบโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Suaya et al., 2009) สามารถลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังโรคได้ถึงร้อยละ 45-47 โดยช่วยยับยั้งและชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดการกลับซ้ำของอาการ (Goel et al., 2010)

3) ลดอาการอาการเจ็บหน้าอก (angina) อาการหายใจลำบาก (dyspnea) และอาการเหนื่อยล้า (fatigue) หลังเกิดโรคได้ (Jolliffe et al., 2001)

4) ลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (nonfatal recurrent myocardial infarction) ใน 12 เดือนหลังเกิดโรค (Stephens, 2009)

5) การส่งเสริมความต่อเนื่องในการรับการรักษา (Jolliffe et al., 2001)

6) เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย เพิ่มการคงทนของการออกกำลังกาย (improved exercise tolerance) เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (improving functional capacity) มากถึงร้อยละ 20 เมื่อเข้าครบโปรแกรม (Swabey et al., 2004; Taylor et al., 2004; Beswick et al., 2005)

7) เพิ่มการควบคุมระดับไขมันและความดันโลหิต รวมถึงลดการสูบบุหรี่ การปรับลดปัจจัยเสี่ยง (Stephens, 2009)

8) ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในเรื่องโรคหัวใจและการจัดการดูแลเมื่อเกิดโรค (Clark et al., 2015)

9) เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Stephens, 2009)

10) เพิ่มคุณภาพชีวิตหลังเกิดโรค (Stephens, 2009) เพิ่มความหวัง (improving hope) สำหรับผู้ป่วย และสามารถดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพ (Coyne, 1999)

11) ทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตสังคม (psychosocial wellbeing) ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า (Mampuya, 2012) ป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล (reducing anxiety) และลดความเครียด (Milani & Lavie, 2007)

12) ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คลินิกหรือสถานบริการด้านสุขภาพ (Stephens, 2009) หลังเกิดโรค

13) ช่วยในการกลับไปทำงานในอาชีพได้เร็วขึ้น (Williams et al., 2006)

โดยสรุปการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีประโยชน์หลายประการที่สำคัญเกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วย ทางอ้อมสำหรับครอบครัวและชุมชน ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ขึ้นอยู่กับสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและส่งเสริมในความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามระยะตั้งแต่ที่โรงพยาบาลและชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

2.5.7 ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมี 4 ระยะ ดังนี้ (ประวิทย์ ต้นประเสริฐ และคณะ, 2553; ดวงมล วัตราคุลย์, 2558)

ระยะที่ 1 ขณะผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (inpatient phase) ขณะผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายรักษาในโรงพยาบาลโดยมีทีมสุขภาพให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีจุดประสงค์เพื่อลดผลกระทบจากการนอนในโรงพยาบาล ช่วยส่งเสริมในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มกายหลังจากออกจากโรงพยาบาลรวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง

ระยะที่ 2 แบบผู้ป่วยนอก (outpatient phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายออกจากโรงพยาบาล 8-12 สัปดาห์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อติดตาม และประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยไปสู่กิจกรรมเดิมทั้งการทำงาน และงานอดิเรก หรือการปรับเปลี่ยนกิจกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการหยุดสูบบุหรี่ ในระยะนี้ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ระยะผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ขึ้นไป ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระยะที่ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายออกกำลังกายได้เอง ตามความสามารถและความถนัด และหรือการให้คำแนะนำเพิ่มเติม โดยมีความต่อเนื่องจากระยะที่ 2 ได้แก่ การเดินในระยะทางที่ไกลขึ้น รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนลดปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 4 การฟื้นฟูเพื่อการดำรงอยู่ (maintenance of rehabilitation) เมื่อผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 3 เป็นระยะคงสภาพร่างกายและเป็นการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเมื่อกลับสู่ชุมชน การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดไปตามความสามารถ และความถนัดซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อให้กลับมาามีคุณภาพชีวิตที่ดีและได้ประโยชน์สูงสุดจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อไป

2.5.8 แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American Heart Association) และสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอดอเมริกา (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation) มี ดังนี้ (Balady et al., 2007; Wenger, 2008)

2.5.8.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย (patient assessment)

1) การประเมิน

1.1) การประเมินจากประวัติการรักษา โดยการทบทวนการรักษาในอดีตและปัจจุบันทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรมที่ได้รับ โดยมีการประเมินดังนี้ การประเมินการบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (left ventricular function) การประเมินการมีโรคร่วมขณะเจ็บป่วย (comorbidities) หรือไม่มี โรคร่วมที่ประเมินได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอด โรคไต โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก

1.2) การประเมินอาการของโรคหัวใจ ได้แก่ ยาที่ได้รับ ได้แก่ ขนาดยา ความถี่ที่ได้รับ และความต่อเนื่องการรับประทานยา (compliance) วันที่ได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัด (influenza vaccination) ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ ระดับการศึกษาผู้ป่วยมีอุปสรรคการเรียนรู้หรือไม่

1.3) การตรวจร่างกาย โดยการประเมินระบบหัวใจ ได้แก่ อัตราการเต้นชีพจร ความดันโลหิต ฟังปอดและหัวใจ ภาวะช้ำ ประเมินการบวมตามแขนขา การคลำชีพจรส่วนปลาย การประเมินตำแหน่งแผลภายหลังทำหัตถการและการผ่าตัด ประเมินความผิดปกติของกระดูกและข้อ ประเมินการรับรู้ (cognitive function) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต หรือ ภาวะสุขภาพ (health status)

2) วิธีการ

2.1) ข้อมูลจากประวัติการรักษาสะท้อนให้เห็นสภาพผู้ป่วย ณ ปัจจุบันและใช้เป็นแนวทางการวางแผนและช่วยเหลือดังนี้ การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนและปรับลดปัจจัยเสี่ยง การติดตามในระยะยาวเพื่อหาแนวทางการป้องกันการกลับซ้ำหลังเกิดโรค (secondary prevention)

2.2) การสื่อสารแผนการรักษาและการวางแผนติดตามดูแลต่อเนื่องระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการประสานงานการดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในพื้นที่

2.3) การสื่อสารในการส่งต่อข้อมูลการรักษาของแพทย์โรคหัวใจกับทีมสุขภาพในพื้นที่เกี่ยวกับขนาดยาที่ได้รับเพียงพอและครบถ้วนหรือไม่ ยาได้แก่ ยาป้องกันการอุดตันซ้ำของหลอดเลือด เช่น ยาแอสไพริน (aspirin) ยาคลอพิโดเกรล (clopidogrel) ยาเบตาบล็อค (β-blockers) ยาลดไขมัน ยาต้านเอซีอี (ACE inhibitors) เป็นต้น และการได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

โดยผลจากการประเมินและบันทึกไว้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตั้งเป้าหมายในระยะสั้น (เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน) ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล การติดตามผู้ป่วยในระยะยาวร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ ข้อมูลจากการประเมินผลลัพธ์ที่ได้สามารถสะท้อนถึง

การบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ประเมินว่าผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่ได้รับเพียงพอและครบถ้วนตามมาตรฐาน และในระยะยาวมีตั้งเป้าหมายร่วมวางแผนกับผู้ป่วยและครอบครัว

2.5.8.2 การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ (nutritional counseling)

1) การประเมิน

ประเมินการรับประทานอาหารต่อวันมีอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง อาหารเค็ม หวาน เป็นต้น ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับประทานผัก ผลไม้ ปลา ความถี่มากน้อยเพียงใด ประเมินความถี่การรับประทานเนื้อสัตว์ หรือขนมขบเคี้ยว ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านโภชนาการนี้สามารถนำมาใช้ในการให้คำแนะนำและให้การปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวในการควบคุมอาหารซึ่งมีผลไม่ว่าจะเป็นการควบคุมน้ำหนัก มีผลต่อการควบคุมโรคร่วมเดิมไม่ว่าจะเป็นความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน รวมถึงโรคไต และโรคร่วมอื่นๆ

2) วิธีการ

การปรับลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง การปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน การวางแผนรายบุคคลในการควบคุมอาหารเพื่อเป้าหมาย เช่น การควบคุมน้ำหนัก อาหารเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคร่วมอื่นๆ ที่สำคัญการควบคุมอาหารเค็มสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ที่สำคัญการให้ความรู้ในการปรับอาหารและการให้การปรึกษาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล ควรคำนึงถึงความเปราะบาง ทางความรู้สึกและค่านิยมวัฒนธรรม การรับประทานอาหารตามบริบทในพื้นที่ ควรมีรูปแบบหรือกลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และความคงอยู่อย่างต่อเนื่องของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระยะยาวการรับประทานอาหาร

3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ป่วยเข้าใจหลักเบื้องต้นเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ แคลอรีอาหาร อาหารที่มีไขมัน และคอเลสเตอรอลสูง และสามารถวางแผนให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.5.8.3 การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

1) การควบคุมระดับไขมันในเลือด (lipid management)

1.1) การประเมิน

โดยการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจระดับไขมันดี (HDL) ตรวจความผิดปกติของค่าไขมันคอเลสเตอรอลระดับไขมันไม่ดี (LDL) และไขมันไตรกลีเซอไรด์ถ้าพบค่าไขมันคอเลสเตอรอล ระดับไขมันไม่ดี และไขมันไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าปกติ ควรซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับประทานไขมันสูง การรับประทานยาที่อาจมีผลต่อระดับไขมันในเลือดหรือปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง มีประเมินการรักษา ณ ปัจจุบัน ได้รับยาลดไขมันหรือไม่ และผู้ป่วยรับประทาน

ยาลดไขมันต่อเนื่องหรือไม่ มีการตรวจไขมันในเลือดหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล 4-6 สัปดาห์แรก และอีก 2 เดือนหลังได้รับยาลดไขมัน ว่ามีระดับการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นหรือไม่ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับยาลดไขมันควรตรวจระดับ creatine kinase และตรวจการทำงานของตับด้วย

1.2) วิธีการ

1.2.1) ให้การปรึกษาในการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร เน้นรับประทาน ถั่วและธัญพืชที่มีไขมันไม่อิ่มตัว อาหารที่มีใยอาหารสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว รวมกับเสริมอาหารที่มีโอเมก้า 3 ให้การปรึกษาในการควบคุมน้ำหนัก ในกรณีผู้ป่วยมีระดับไขมันไม่ดี (LDL) มากกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรให้การรักษาด้วยยาลดไขมันให้ระดับไขมันไม่ดี (LDL) อยู่ในค่าปกติ 70-100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และในกรณีต้องควบคุมระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ให้มีระดับน้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ควรให้การปรึกษาในการรับประทานอาหารร่วมกับควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การหยุดบุหรี่ การหลีกเลี่ยงดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการรับประทานยาลดไขมัน

1.2.2) การสื่อสารการรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยกับทีมสุขภาพในพื้นที่

1.3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ในระยะสั้นมีการประเมินและประยุกต์วิธีการในการลดระดับไขมันไม่ดี (LDL) ให้มีค่าน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ให้มีระดับน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเป้าหมายในระยะยาววางแผนลดระดับไขมันไม่ดี (LDL) ให้มีค่าน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และลดระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ให้มีระดับน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2) การควบคุมน้ำหนัก (weight management)

2.1) การประเมิน

โดยการประเมินน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เพื่อประเมินภาวะน้ำหนักเกินและวางแผนในการควบคุมน้ำหนัก

2.2) วิธีการ

ในผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อเมตร² และหรือรอบเอว ในเพศชายมากกว่า 40 นิ้ว (102 เซนติเมตร) และ ในเพศหญิงมากกว่า 35 นิ้ว (88 เซนติเมตร) ควรมีการกำหนดเป้าหมายในการควบคุมน้ำหนักโดยกำหนดเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น การลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 หรือตั้งเป้าลดน้ำหนัก 1-2 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ เป็นต้น มีการปรับลดพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าให้เหมาะสมกับกิจกรรมในแต่ละวัน การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย หรือการเข้าโปรแกรมลดน้ำหนักและการลดปริมาณแคลอรีที่ได้รับในแต่ละวัน เน้น

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานผักผลไม้และอาหารที่มีกากใยสูง การมีกิจกรรมระหว่างวันเพิ่มการเผาผลาญระหว่างวัน เช่น การเดินระหว่างวัน

2.3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ในระยะสั้นมีการประเมินและประยุกต์วิธีการในการลดน้ำหนัก อย่างต่อเนื่อง และในระยะยาวมีการส่งเสริมในการควบคุมอาหาร ร่วมกับโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในแต่ละบุคคลเพื่อให้ได้น้ำหนักตามเป้า

3) การควบคุมความดันโลหิต (blood pressure management)

3.1) การประเมิน

การวัดความดันโลหิตขณะพักและวัดที่แขนทั้งสองข้างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ก่อนให้ยาลดความดันโลหิตครั้งแรกหรือก่อนปรับขนาดยาและเปลี่ยนชนิดของยาลดความดันโลหิต การประเมินยาลดความดันโลหิตที่ผู้ป่วยใช้ ณ ปัจจุบัน และการประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิต

3.2) วิธีการ

การดูแลและเฝ้าระวังร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ ถ้าความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 120-139 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 80-89 มิลลิเมตรปรอท เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) การควบคุมน้ำหนัก การจำกัดโซเดียม การเพิ่มผลไม้ และผักสด รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ การหยุดบุหรี่ การหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และสำหรับกลุ่มที่มีโรคไต เบาหวาน หรือ มีภาวะหัวใจล้มเหลว ถ้าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอทหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแล้วยังคงต้องได้ยาลดความดันโลหิตด้วย แต่ในกรณีไม่มีโรคไต เบาหวานและภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ความดันโลหิตซิสโตลิกมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำและให้การปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและยาลดความดันโลหิตด้วย

3.3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ในระยะสั้นมีการประเมินและปรับวิธีการจนกระทั่งความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติและควบคุมได้ ในกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงระยะเริ่มต้น (prehypertensive) ความดันโลหิตซิสโตลิกควบคุมให้น้อยกว่า 140 /90 มิลลิเมตรปรอท ส่วนกลุ่มที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคเบาหวาน หัวใจล้มเหลว หรือมีโรคไต ร่วมด้วยความดันโลหิตซิสโตลิกควบคุมให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนในระยะยาวส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าที่ตั้งไว้

4) ควบคุมเบาหวาน (diabetes management)

4.1) การประเมิน

ประเมินบันทึกการรักษาจากเวชระเบียน ประเมินว่ามีประวัติภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ เช่น มีภาวะแทรกซ้อนปัญหาตา ไตและเท้าหรือไม่ หรือมีปัญหาประสาทส่วนปลาย รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้ป่วยถึงประวัติอาการและอาการแสดง ในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ ประเมินการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ประวัติการรับประทาน ณ ปัจจุบัน รายละเอียดของการควบคุมน้ำตาล สัมภาษณ์การควบคุมอาหารอย่างต่อเนื่อง ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเข้า เป็นต้น ประเมินว่าก่อนออกกำลังกายต้องดูว่าระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้าและฮีโมโกลบินเอวันซี ((HbA1c) ควบคุมได้ปกติเพราะถ้าน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงกว่าปกติไม่ควรออกกำลังกาย

4.2) วิธีการ

ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้สามารถสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงได้ ทีมสุขภาพผู้ให้บริการสามารถประเมินและหาวิธีร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและดูแลตนเองได้ เช่น ฉีดยาอินซูลินถูกวิธีหรือไม่ การรู้ระยะเวลาที่อินซูลินออกฤทธิ์สูงสุดไม่ควรออกกำลังกาย ถ้าสามารถมีตรวจวัดระดับก่อนและหลังออกกำลังกายได้ แนะนำผู้ป่วยดังนี้ ถ้าก่อนออกกำลังกายระดับน้ำตาลน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้เลื่อนการออกกำลังกายไปก่อนและให้รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตประมาณ 15 กรัม หลังจากนั้น 15 นาทีวัดซ้ำระดับน้ำตาลมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร โดยวันนั้นให้หยุดออกกำลังกายและให้กลับไปปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา ถ้าตรวจแล้วก่อนออกกำลังกายระดับน้ำตาลมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรโดยวันนั้นให้หยุดออกกำลังกาย และให้กลับไปปรึกษาแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาเช่นกันแต่ถ้าไม่สามารถตรวจวัดระดับน้ำตาลได้ให้แนะนำการประเมินอาการก่อนและหลังออกกำลังกายผู้ป่วยมีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือไม่ เช่น รู้สึกเหนื่อยอ่อนล้า เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น ควรดื่มน้ำและปรึกษาแพทย์

นอกจากนี้การส่งปรึกษาด้านโภชนาการและเข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีมากยิ่งขึ้น

4.3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ทีมสุขภาพและทีมสุขภาพในพื้นที่ ต้องสื่อสารให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ทั้งด้านการประเมิน การเฝ้าระวังและการแก้ไขอาการเบื้องต้น ในระยะยาวสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้และถ้าสามารถออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องจะส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในระยะยาวระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้าควบคุมได้

90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และฮีโมโกลบินเอวันซี ((HbA1c) น้อยกว่าร้อยละ 7 และสามารถควบคุมความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท

5) การหยุดบุหรี่ (tobacco cessation)

5.1) การประเมิน

สอบถามผู้ป่วยว่าสูบบุหรี่กี่มวนต่อวัน ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ในแต่ละวัน ชนิดของบุหรี่ เช่น แบบซองหรือยาพื้นบ้าน สอบถามเคยหยุดบุหรี่หรือไม่ ถ้าหยุดบุหรี่ได้น้อยกว่า 12 เดือนโอกาสกลับมาสูบซ้ำได้ นอกจากนี้ถ้าไม่สูบบุหรี่ที่บ้านหรือที่ทำงานมีความเสี่ยงในการสูดควันบุหรี่หรือไม่ สอบถามความพร้อมที่จะหยุดบุหรี่ นอกจากนี้ควรประเมินปัญหาด้านจิตสังคมที่มีผลต่อการสูบบุหรี่หรือหยุดบุหรี่ ถ้าพร้อมหยุดบุหรี่ควรเริ่มโปรแกรมการเลิกบุหรี่ และช่วงแรกติดตามทุก 2 สัปดาห์และระยะยาวตามแต่รายบุคคลจนกว่าจะหยุดบุหรี่ได้สำเร็จ

5.2) วิธีการ

ต้องตกลงกับผู้ป่วยว่าจะเริ่มหยุดบุหรี่วันไหน ต้องการให้ใช้ยาหยุดบุหรี่หรือไม่ เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้และให้การปรึกษาในการหยุดบุหรี่ยารายบุคคล การให้การสนับสนุนทางสังคมทั้งแพทย์ ทีมสุขภาพ การส่งเสริมให้ครอบครัวและเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดมีส่วนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยหยุดบุหรี่ได้ขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องมีการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผนป้องกันผู้ป่วยการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ ในระยะยาวมีให้การปรึกษาและอาจใช้ยาที่ทดแทนนิโคตินช่วยระหว่งการหยุดบุหรี่ซึ่งอยู่ในแผนการรักษาของแพทย์ แนะนำแนวทางการป้องกันสูดควันบุหรี่มือสอง หลักการในการช่วยให้ผู้ป่วยหยุดบุหรือนี้นี้ คือ การใช้หลัก 5 As และหลัก 5Rs โดย การใช้หลัก 5 As ได้แก่ (1) ถาม (ask) การถามผู้ที่สูบบุหรี่ถึงพฤติกรรมในการสูบบุหรี่ (2) แนะนำ (advise) การให้คำแนะนำถึงอันตรายการสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค แนะนำการลด การเลิกบุหรี่ การเข้าถึงบริการในคลินิกอดบุหรี่ (3) ประเมิน (assess) การประเมินว่าบุคคลนั้นติดบุหรี่เพราะความเคยชินหรือการติดบุหรี่ ควรบำบัดด้วยการสร้างพลังอำนาจในตนเอง (empowerment)/ การจูงใจ (motivation) หรือรักษาด้วยยาในคลินิกอดบุหรี่ (4) ช่วยเหลือ (assist) ช่วยเหลือโดยการบำบัดหรือการรักษาด้วยยา และ (5) จัดการ (arrange) การจัดการติดตามผลในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมและสิ้นสุดกิจกรรม ส่วนการให้การปรึกษาและจูงใจให้เลิกบุหรี่ใช้หลัก 5Rs ได้แก่ (1) ความสอดคล้อง (relevance) การทำกิจกรรมให้ตรงประเด็นและสอดคล้องกับสิ่งที่เป็จุดสนใจของผู้สูบบุหรี่ (2) ความเสี่ยง (risks) ให้ข้อมูลกับผู้สูบบุหรี่ ผู้ใกล้ชิด ญาติ ผู้เกี่ยวข้องถึงความเสี่ยง ข้อเสีย ภัยอันตราย โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ (3) รางวัล (rewards) ข้อดีที่จะได้รับการหยุดบุหรี่ เป็นรางวัลสำหรับตนเอง บุคคลใกล้ชิด อันเป็นที่รัก ห่วงใย (4) ข้อขัดขวาง (roadblocks) อุปสรรค ปัญหา สิ่งที่เป็นข้อขัดขวางรวมถึงการให้คำแนะนำ/วิธีการแก้ไข และ(5) การกระทำซ้ำๆ (repetition) ในทุกครั้งที่มาติดต่อและบำบัดรักษา กับโรงพยาบาลหรือคลินิกบุหรี่

5.3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

การประเมินว่าจำนวนผู้ป่วยขาดหายจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการหยุดบุหรี่หรือไม่ ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยหยุดบุหรี่ได้ควรมีการติดตามให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งระยะเวลาที่หยุดบุหรี่ได้และการยังใช้ยาที่ทดแทนนิโคตินอย่างต่อเนื่อง ระยะยาวติดตามผู้ป่วยสามารถหยุดบุหรี่ได้มากกว่า 12 เดือนหรือไม่ ยังใช้ยาที่ทดแทนนิโคตินหรือไม่ และติดตามการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

2.5.8.4 การฝึกการออกกำลังกาย (exercise training)

1) การประเมิน

ประเมินข้อจำกัดการออกกำลังกายก่อนเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจ (จังหวะและอัตรา) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจประเมินหัวใจเต้นผิดปกติหรือมีกล้ามเนื้อตายเฉียบพลัน วัดความดันโลหิต รวมถึงการประเมินความเสี่ยงต่อการออกกำลังกายเพื่อการเฝ้าระวังขณะออกกำลังกายในผู้ป่วยแต่ละคน

2) วิธีการ

การฝึกการออกกำลังกายและคำแนะนำในการออกกำลังกายในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ การประเมินความเสี่ยงการออกกำลังกายและการมีโรคร่วม โดยส่วนใหญ่ให้ออกกำลังกายแบบเอโรบิก (การออกกำลังกายแบบไม่มีแรงต้าน) มากกว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน การออกกำลังกายแบบเอโรบิก เช่น การเดิน ให้คำแนะนำในการออกกำลังกายแบบเอโรบิก 3-5 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 20 -60 นาที ออกกำลังกายค่อยเป็นค่อยไปเหนื่อยก็พักเป็นระยะไม่หักโหมและมีความยืดหยุ่น ช่วงแรกให้ระยะพักมากกว่าระยะออกกำลังกายและในระยะยาวลดระยะพักให้น้อยลงและระยะการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นซึ่งแล้วแต่ความสามารถของแต่ละบุคคลรวมถึงโรคร่วม ส่วนการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านเช่น การยกดัมเบล แนะนำให้ ออกกำลังกายแบบเอโรบิก 2-3 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 10 -15 นาทีต่อเซต ในการออกกำลังกายทั้งการออกกำลังกายแบบเอโรบิกและการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน ต้องมีการอุ่นร่างกายก่อน (warm-up) และการผ่อนคลาย (cool-down) หลังจากออกกำลังกายใกล้สิ้นสุดในแต่ละครั้ง

3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ป่วยเข้าใจการออกกำลังกายที่ปลอดภัย ประเมินและสังเกตทั้งอาการและอาการแสดงระหว่างการออกกำลังกายได้ ผู้ป่วยระยะแรกผลลัพธ์ของการออกกำลังกายผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความทนต่อกิจกรรม กลับไปทำงานในอาชีพได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

2.5.8.5 การจัดการด้านจิตสังคม (psychosocial management)

1) การประเมิน

ประเมินด้านจิตใจและอารมณ์ทั้งด้านชนิดและระดับความรุนแรง โดยประเมินภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ภาวะโศก การแยกตัวจากสังคม ปัญหาจิตสังคมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด การเสื่อมสมรรถนะทางเพศ รวมถึงการใช้เสพติดสาร เช่น แอลกอฮอล์ หรือสารที่มีผลด้านจิตอารมณ์ ควรใช้เครื่องมือการประเมินที่ได้มาตรฐาน เพื่อหาวิธีการป้องกันและการให้การช่วยเหลือ รวมถึงการรักษาด้วยยาจิตเวช

2) วิธีการ

การให้ความรู้รายบุคคลหรือกลุ่มเล็ก รวมถึงให้การปรึกษาเกี่ยวกับโรคหัวใจ การจัดการความเครียด และการเปลี่ยนแปลงวิถีสุขภาพ (health-related lifestyle change) โดยให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วม การปรับสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการฟื้นฟู การหาแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ควรประสานและทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ ในการให้ความสำคัญและเฝ้าระวังด้านจิตสังคมของผู้ป่วยหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ ถ้าพบอาการทางจิตอารมณ์มีการส่งต่อการรักษาและพบแพทย์จิตเวชต่อไป

3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ป่วยมีสุขภาวะทางจิต ไม่มีปัญหาจิตอารมณ์ ไม่มีการแยกตัวจากสังคม หรือไม่ได้ใช้ยาควบคุมจิตอารมณ์ ผู้ป่วยรับผิดชอบในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้ มีความผ่อนคลายและมีทักษะในการจัดการความเครียด ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ลดการพึ่งพาการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาร์เฟอีน นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับยารักษาจิตอารมณ์ควรมีการวางแผนและหาสาเหตุทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติให้มากที่สุด

2.5.8.6 การให้คำปรึกษาด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity counseling) การกลับไปทำงานในอาชีพ

1) การประเมิน

การประเมินด้านกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับใด อาจประเมินจากแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์ การกลับไปทำงานในอาชีพ และประเมินความต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้มีการประเมินทางกายที่เหมาะสมกับอายุ เพศและกิจวัตรประจำวัน การมีเพศสัมพันธ์ การเล่นกีฬา การทำสวน หรือ การทำงานบ้าน ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความมั่นใจอุปสรรคในการเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการสนับสนุนทางสังคม

2) วิธีการ

การให้คำแนะนำให้ควารู้ มีการสนับสนุนและให้การปรึกษาการมีกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ป่วย มีการประเมินและติดตาม ซึ่งอาจต้องเข้าโปรแกรมการฝึกออกกำลังกาย มากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ 30-60 นาทีต่อวัน เริ่มการออกกำลังกายแบบเอโรบิคแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่หักโหม เช่น การเดิน การออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงต้านของแขน เป็นต้น

3) ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มขึ้น กลับไปทำงานในอาชีพได้ กลับไปทำกิจกรรมทางกายได้ใกล้เคียงเดิม ผู้ป่วยมีสุขภาวะจิตสังคม เกิดความผาสุก ลดภาวะเครียดจากการจำกัดกิจกรรมหรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ สามารถปรับตัวและมีความแข็งแรงและทนกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น

2.5.9 การประเมินผลที่มีต่อผู้ป่วย (outcome measurements)

การประเมินองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วย (outcome measurements) ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่อคุณค่าของโปรแกรมการฟื้นฟู โดยการประเมินหลักจะเป็นการประเมินตามกระบวนการหลัก (core components) (วิศาล คันธารัตนกุล, 2558) โดยในส่วนนี้จะกล่าวถึงเฉพาะผลลัพธ์ขององค์ประกอบนั้น ดังนี้

1) การประเมินผู้ป่วย ได้แก่

(1.1) การวางแผนการรักษาผู้ป่วยหลังการประเมินผู้ป่วยและการจัดลำดับความสำคัญระยะสั้น (สัปดาห์หรือเดือน) เป้าหมายของความเสี่ยงแต่ละตัว แนะนำกลยุทธ์และการให้คำแนะนำ คำอธิบายรวมถึงการติดตาม แผนการที่จะให้ผู้ป่วยร่วมมือในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น

(1.2) รายงานผลของการรักษาผู้ป่วยตามองค์ประกอบหลักของการดูแลที่แสดงให้เห็นถึงความคืบหน้าสู่เป้าหมายการรักษาต่างๆ รวมถึงการใช้ยาต่างๆ และการมุ่งเน้นองค์ประกอบบางประการที่ต้องการคำแนะนำและติดตามผลต่อเนื่องสืบไป

(1.3) การวางแผนจำหน่าย: บันทึกเอกสาร สรุป และเป้าหมายในระยะยาวและกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จ

2) การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ได้แก่

(2.1) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่กำหนด

(2.2) ผู้ป่วยมีความเข้าใจในหลักการพื้นฐานของเนื้อหาด้านโภชนาการ เช่น แคลอรี ไขมัน โคเลสเตอรอล และสารอาหารที่จำเป็นต่างๆ

(2.3) มีแผนดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมรับประทานอาหาร

3) การควบคุมน้ำหนัก ได้แก่

(3.1) แผนระยะสั้น: ทำการประเมินและปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำหนักได้จนประสบผลสำเร็จ รวมถึงการส่งต่อผู้ชำนาญการเมื่อจำเป็น รวมถึงการติดตามตรวจสอบโปรแกรมโภชนาการหากไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ตามเป้าหมาย

(3.2) แผนระยะยาว: ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายตามเป้าหมายที่กำหนดได้ (สามารถลดลงได้ร้อยละ 5-10 ภายใน 6 เดือน)

4) การควบคุมความดันโลหิต ได้แก่

(4.1) เป้าหมายระยะสั้น: ติดตามและให้คำแนะนำในการดูแลจนกระทั่งความดันโลหิตได้ในระดับปกติ สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง เป้าคือได้ระดับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก่อนเป้าคือได้ระดับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท

(4.2) เป้าหมายระยะยาว คือ สามารถคงระดับความดันโลหิตสูงได้ตามเป้า

5) การควบคุมระดับไขมันในเลือด ได้แก่

(5.1) เป้าหมายระยะสั้น: ติดตามและให้คำแนะนำในการดูแลจนกระทั่งไขมันในเลือดชนิด LDL น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ควรพิจารณาลดให้ได้ น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หากสามารถทำได้) และไขมันในเลือดชนิดที่ไม่ใช่ HDL น้อยกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ควรพิจารณาลดให้ได้ น้อยกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หากสามารถทำได้)

(5.2) เป้าหมายระยะยาว คือ ยังคงระดับไขมันในเลือดได้ตามเป้าหมายระยะสั้น

6) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่

(6.1) เป้าหมายระยะสั้น: การส่งต่อข้อมูลกับแพทย์ผู้รักษาเรื่องเบาหวาน สำหรับอาการและอาการแสดงในขณะออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมและการปรับระดับยา

(6.2) เป้าหมายระยะยาว ให้ได้ระดับน้ำตาลก่อนอาหารระหว่าง 90-130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และระดับเม็ดเลือดน้ำตาลสะสม HbA1c น้อยกว่าร้อยละ 7 รวมถึงการลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงทั้งในขณะพักและในขณะออกกำลังกายและพยายามให้ระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท

7) การลดการบริโภคสุบบุหรี่ ได้แก่

(7.1) เป้าหมายระยะสั้น: ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงและความพร้อมในการงดการบริโภคการสุบบุหรี่และกำหนดวันแล้ว การใช้ยาทดแทนตามที่แนะนำอย่างถูกต้อง รวมถึงการวางแผนการป้องกันการมาสูบและดำเนินการทันทีที่เริ่มกลับมาสูบบุหรี่ใหม่

(7.2) เป้าหมายระยะยาว สามารถหยุดการบริโภคบุหรี่อย่างน้อย 12 เดือน และไม่ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีการบริโภคบุหรี่ทั้งที่ทำงานและที่บ้าน

8) การดูแลด้านวิกฤติด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่

(8.1) มีภาวะอารมณ์ที่ดีขึ้น โดยดูจากพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น การผ่อนคลาย และการจัดการความเครียดต่างๆ สามารถเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคม หากมีปัญหาใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (หากได้รับการสั่งยา) รวมถึงการลดหรือหยุดการบริโภคแอลกอฮอล์ บุหรี่ สารเสพติด หรือ ยาอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการสั่ง

(8.2) เริ่มนัดหมายการรักษาหากเริ่มมีอาการด้านวิกฤติด้านอารมณ์และจิตใจ

9) การให้คำแนะนำกิจกรรมทางกาย ได้แก่

(9.1) มีการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการต่างๆ ทั้งกับครอบครัวและที่ทำงาน

(9.2) ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ดีขึ้น ลดความเครียด สามารถดำรงการใช้ชีวิตด้วยตนเอง การป้องกันการเกิดภาวะความพิการอื่นๆ รวมถึงการที่สามารถเพิ่มโอกาสในการดำรงกิจกรรมทางกายตามเป้าหมายได้

(9.3) มีสมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้น ทั้งด้านการออกกำลังกาย สัดส่วนร่างกาย และการลดของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจต่างๆ

10) การออกกำลังกาย ได้แก่

(10.1) รู้และเข้าใจ ข้อระวังอาการเตือนและเรื่องความปลอดภัยในการออกกำลังกาย

(10.2) มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ทั้งด้านสมรรถภาพของปอดและหัวใจ รวมถึงความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (เพิ่มขึ้น 5-10%)

(10.3) สามารถบรรลุการลดอาการในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงในขณะที่มีกิจกรรมในระดับที่หนักขึ้น โดยมีอารมณ์และจิตใจที่เหมาะสมต่อกิจกรรมนั้นๆ

(10.4) แสดงผลของการลดลงของปัจจัยเสี่ยงโดยรวม และการลดอัตราการเสียชีวิต ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูที่มีโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมด้วย

2.5.10 การประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ได้แก่ ผลเลือดของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ น้ำหนัก ชีพจร ความดันโลหิต ตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ อัตราการเสียชีวิต การเกิดอาการของโรค การเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การมีอารมณ์และจิตใจที่ดีขึ้น รวมถึงความสามารถในการดำรงชีพได้ด้วยตัวเองอย่างอิสระ

นอกจากปัจจัยต่างที่ประเมินผลลัพธ์ดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว แบบการประเมินที่มีคำแนะนำจากองค์กรต่างๆ เพื่อประเมินด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ และคุณภาพชีวิต/การดูแลตนเองยกตัวอย่างได้ดังนี้

1) การประเมินผลลัพธ์ด้านร่างกาย เช่น (1.1) Symptom-limited Graded Exercise test (1.2) Six-minute Walk Test (1.3) Duke activity status index: DASI (1.4)

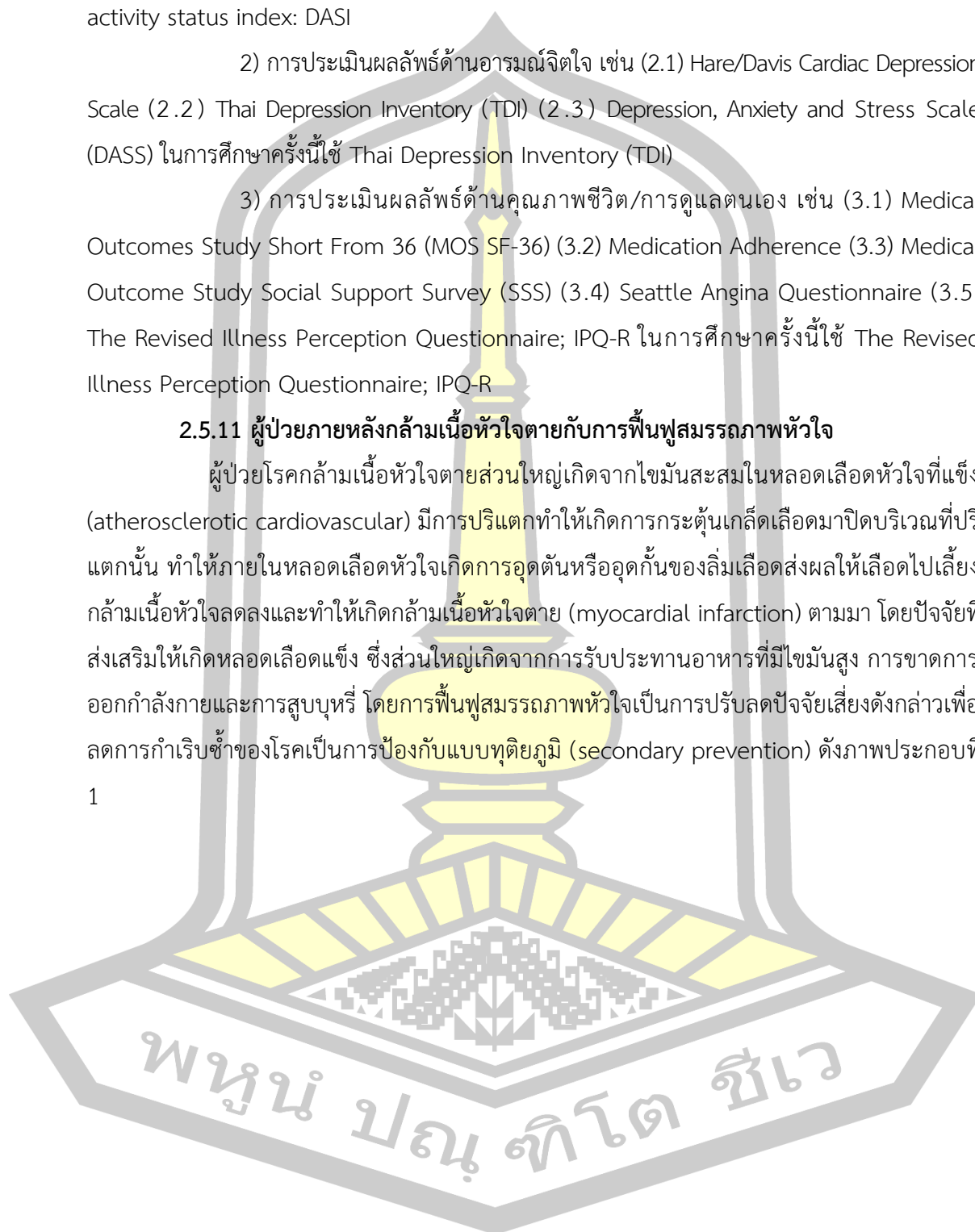
Specific Activity Questionnaire ในการศึกษารั้งนี้ใช้ Six-minute Walk Test และ Duke activity status index: DASl

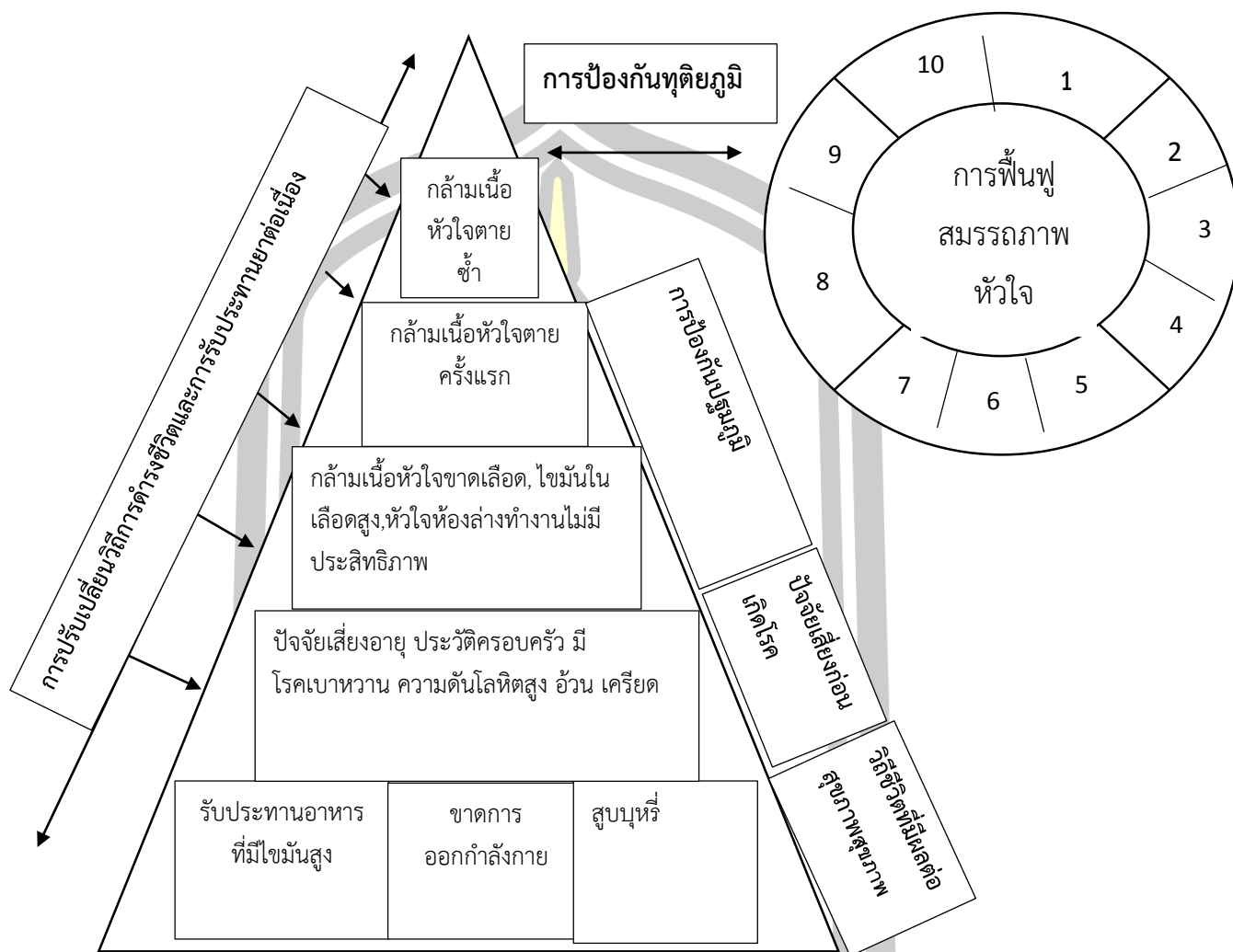
2) การประเมินผลลัพธ์ด้านอารมณ์จิตใจ เช่น (2.1) Hare/Davis Cardiac Depression Scale (2.2) Thai Depression Inventory (TDI) (2.3) Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) ในการศึกษารั้งนี้ใช้ Thai Depression Inventory (TDI)

3) การประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต/การดูแลตนเอง เช่น (3.1) Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS SF-36) (3.2) Medication Adherence (3.3) Medical Outcome Study Social Support Survey (SSS) (3.4) Seattle Angina Questionnaire (3.5) The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R ในการศึกษารั้งนี้ใช้ The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R

2.5.11 ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เกิดจากไขมันสะสมในหลอดเลือดหัวใจที่แข็ง (atherosclerotic cardiovascular) มีการปริแตกทำให้เกิดการกระตุ้นเกล็ดเลือดมาปิดบริเวณที่ปริแตกนั้น ทำให้ภายในหลอดเลือดหัวใจเกิดการอุดตันหรืออุดกั้นของลิ้นเลือดส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงและทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ตามมา โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดหลอดเลือดแข็ง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การขาดการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการปรับลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเพื่อลดการกำเริบซ้ำของโรคเป็นการป้องกันแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) ดังภาพประกอบที่





หมายเหตุ 1=การประเมินผู้ป่วย 2= การปรึกษาโภชนาการ 3=ควบคุมน้ำหนัก 4= ควบคุมความดันโลหิต 5= ควบคุมไขมัน 6=ควบคุมเบาหวาน 7= การหยุดบุหรี่ 8=การจัดการด้านจิตสังคม 9= การปรึกษากิจกรรมทางกาย 10=ฝึกการออกกำลังกาย

ภาพประกอบที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับการป้องกันทุติยภูมิในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดัดแปลงจาก Sandesara et al. (2015)

จากภาพประกอบที่ 1 อธิบายได้ว่าการเริ่มต้นของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดจากวิถีชีวิตที่มีผลต่อภาวะสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหารที่มีไขมันในเลือดสูง การขาดการออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่ ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ปัจจัยด้านอายุ และประวัติครอบครัวมีผลทำให้เกิดโรคนี้เช่นกัน ถ้าไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การป้องกันในระดับปฐมภูมิ) และหรือการรับประทานยาร่วมด้วย จะส่งผลทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในครั้งแรก และถ้าภายหลังเกิดโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตายผู้ป่วยควรได้มีการปรับวิถีชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพและปรับลดปัจจัยเสี่ยงของโรค (การป้องกันในระดับทุติยภูมิ คือ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย) เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ (Sandesara et al., 2015)

ดังนั้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจึงมีความสำคัญยิ่งแต่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจยังพบปัญหาและอุปสรรคโดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ยังไม่สามารถปฏิบัติให้เกิดความต่อเนื่องได้หลังกลับไปอยู่ในชุมชน

2.5.12 ปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1) ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน พบปัญหา 3 การ คือ ด้านผู้ป่วย ด้านครอบครัว ด้านทีมสุขภาพในพื้นที่ ดังนี้

1.1) ด้านผู้ป่วย

1.1.1) ปัญหาปัจจัยส่วนบุคคล

1.1.1.1) ด้านร่างกาย

ปัญหาด้านร่างกายโดยเฉพาะด้านสูงอายุ ผู้ป่วยให้เหตุผลร่างกายไม่มีพลัง และไม่เหมาะที่จะทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากอาการปวดตามร่างกาย การออกกำลังกายผู้ป่วยต้องใช้ความพยายามในการออกแรงมาก การมีโรคร่วม และ ส่วนในกลุ่มวัยทำงานให้เหตุผลร่างกายแข็งแรงดี เชื่อว่าการทำงานถือเป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Connors, 2000) ปัจจัยทำนายที่ผู้ป่วยไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ครบโปรแกรมหลังจากออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ เพศหญิง การมีโรคร่วม อ้วน มีสถานภาพโสด เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ (Marzolini, Brooks, & Oh, 2008; Yohannes et al., 2007; Heydarpour et al., 2015)

1.1.1.2) ด้านจิตใจ

ปัญหาด้านจิตใจมีความสำคัญเช่นกัน ที่พบบ่อย คือภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ดังนี้ ภาวะซึมเศร้าภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายพบได้ถึงร้อยละ 20 (Larney, 2002; Dunlay et al., 2009; Banankhah, 2012) ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยหยุดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยผู้ป่วยมักใช้ชีวิตแบบนั่งนอนมากขึ้น (sedentary lifestyle) รู้สึกอ่อนล้า (fatigued) รู้สึกร่างกายที่ไม่มีพลัง (lack of energy) เหมือนเดิม (Girard, 1999; Martin & Woods, 2012) กิจกรรมทางกายที่ลดลง (low physical activity) การควบคุมอาหารได้ไม่ดีโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีโรคร่วมเบาหวาน (Ziegelstein et al., 2000) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยหยุดบุหรี่ไม่สำเร็จ รวมถึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง (DiMatteo et al., 2000; Ziegelstein et al., 2000; Mitchell, 2005; Whooley, 2006; Lochner, 2011;

Messerli-Burgy et al., 2012; Kim, 2013) ภาวะซึมเศร้าส่งผลทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องขณะอยู่ที่ชุมชน (Tolmie et al., 2009) เพิ่มอัตราการเสียชีวิตใน 4 เดือนแรก ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Bush et al., 2001; Banankhah, 2012) ส่วนความวิตกกังวลในผู้ป่วยสามารถพบมากที่สุดภายใน 3 เดือนแรกหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่พบผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการเจ็บแน่นหน้าอกซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้มงวด (strictions) ขณะทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง มากกว่าปกติ ทำให้กิจกรรมทางกาย (physical activity) ลดลงทำให้ผู้ป่วยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ต่อเนื่อง วิตกกังวลว่าเมื่อไหร่ร่างกายจะแข็งแรงและสามารถกลับไปทำงานได้ดังเดิม (Leon, 1997; Contractor, 2011; Girard, 1999; Martin & Woods, 2012)

1.1.2) ปัญหาไม่ได้รับคำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เพียงพอ

หลังกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับไปอยู่ในชุมชนพบว่า ใน 1 เดือนแรกไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ครบตามกำหนดถึงร้อยละ 43 (Banerjee et al., 2007) ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าไม่ได้รับคำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่จากทีมสุขภาพที่เพียงพอทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการออกกำลังกายและปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Grace et al., 2009) ทำให้มองไม่เห็นประโยชน์ที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Jolly et al., 2013)

1.1.3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยต้องทำงานประจำโดยโปรแกรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้น เวลาตรงกับเวลาทำงานผู้ป่วย (Jones et al., 2007) ผู้ป่วยกลัวขาดงานขาดรายได้ และกลัวให้ออกจากงาน ผู้ป่วยจึงไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาลจัดให้ได้ (Jolly et al., 2013; Dalal et al., 2010; Scane, 2013; Taylor et al., 2014)

1.1.4) ปัญหาการเดินทาง

ถึงแม้จะมีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาลได้จัดโปรแกรมสำหรับผู้ป่วยอย่างสมบูรณ์แบบ (Yohannes et al., 2007) แต่กลับพบผู้ป่วยเพียงร้อยละ 30-35 ที่ได้เข้าร่วมตลอดโปรแกรมซึ่งถือว่าอัตราค่อนข้างต่ำ (Ades et al., 1986) อย่างไรก็ตามแม้จะมีผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมแต่อัตราขาดหายออกระหว่างให้โปรแกรมสูงถึงร้อยละ 40-55 (Oldridge & Jones, 1983; Martin et al., 2012) ส่วนหนึ่งที่ทำให้อัตราการขาดหายจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสูงส่วนใหญ่มาจากการค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การขาดพาหนะนำส่ง หรืออยู่ห่างไกลจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Shanmugasagaram et al., 2013)

1.2) ด้านครอบครัว

1.2.1) ปัญหาขาดความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย

ถ้าครอบครัวและผู้ดูแลไม่ได้รับความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เพียงพอ จะทำให้ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ชุมชน รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลกลัวผู้ป่วยมี

อาการกำเริบของโรคเมื่อกลับไปชุมชน ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันระมัดระวังผู้ป่วยมากเกินไป (overprotective behavior) ไม่ให้ทำกิจกรรมใดๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหยุดฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในช่วงที่หัวใจเริ่มมีการฟื้นตัว (heart recovery) ส่งผลต่อการกลับมาทำงานของหัวใจที่ไม่สมบูรณ์ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า (Mathur-Marchesani, 1998)

1.2.2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจสังคม

ครอบครัวและผู้ดูแลต้องไปทำงานไม่มีเวลาพาผู้ป่วยไปฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาลหรือช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านได้โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังกลับไปอยู่ในชุมชน (Al-Duhoun, 2015)

1.3) ด้านทีมสุขภาพในพื้นที่ (primary healthcare provider)

1.3.1) ปัญหาองค์ความรู้และทักษะ

พบว่า ทีมสุขภาพในพื้นที่ที่มีความสำคัญยิ่งในการเฝ้าดูแลและติดตามผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะอยู่ในชุมชน พบปัญหาที่บุคลากรในพื้นที่ส่วนใหญ่เกิดความกลัวไม่กล้าดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ยังต้องพัฒนาองค์ความรู้ที่เพียงพอในการช่วยเหลือและการกำกับติดตามผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวตามระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Sriprasong et al., 2009; Vibulchai et al., 2015)

1.3.2) ปัญหาด้านการสื่อสารการส่งต่อข้อมูล

ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารติดตามและให้การปรึกษาจากทีมโรงพยาบาลติดต่อโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งรูปแบบมีทั้งการติดตามเยี่ยมที่บ้านและการติดตามเยี่ยมโดยโทรศัพท์ในการออกกกำลังกายและปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Carlson et al., 2001; Kodis et al., 2001; Marchionni et al., 2003) ในส่วนการส่งต่อจากโรงพยาบาลและทีมสุขภาพในพื้นที่ยังเป็นช่องว่าง เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ยังขาดการส่งต่อข้อมูลในการดูแลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Wenger, 1981) ให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่

2) อุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

2.1) ผู้ป่วยและครอบครัวมองไม่เห็นประโยชน์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ปฏิเสธการติดตามจากทีมสุขภาพหรือการปฏิเสธการช่วยเหลือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Jolly et al., 2003)

2.2) อายุ ในกลุ่มที่สูงอายุ ผู้ป่วยปฏิเสธฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากสูงอายุร่างกายไม่มีแรงและกลัวไม่เหมาะในการออกแรงทำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนในกลุ่มวัยทำงานให้เหตุผลร่างกายแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เชื่อว่าการทำงานในอาชีพที่ทำอยู่นั้นเท่ากับการออกกกำลังกายแล้ว (Connors, 2000)

2.3) โรคร่วม การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และไขมันในเลือดสูง เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยกลัวเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างออกกำลังกาย เช่น ความดันโลหิตสูงหรือต่ำกว่าปกติ น้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เป็นต้น (Connors, 2000)

2.4) ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลหรือศูนย์ฟื้นฟูหัวใจจะมีอุปสรรคการเดินทางและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาลจัดขึ้น (Shanmugasagaram et al., 2013)

2.5) ต้องการงานหารายได้ ทำงานเต็มเวลาโอกาสที่จะไปฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เป็นทางการและเต็มรูปแบบในโรงพยาบาลมีความลำบากหรือโปรแกรมที่จัดขึ้นตรงกับเวลาทำงาน (Connors, 2000) ดังนั้นใน 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายผู้ป่วยจะมีการคงอยู่ในโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอัตราต่ำและจะออกจากโปรแกรมก่อนกำหนดถึงร้อยละ 43 (Banerjee et al., 2007)

2.6) การเข้าถึงและความครอบคลุมบริการ ยังขาดแคลนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในชนบทและประเทศที่ด้อยพัฒนา ส่วนใหญ่ในไทยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะมีเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย (Suaya et al., 2007; Dunlay et al. 2009)

2.7) มีข้อจำกัดการติดตามผู้ป่วยเมื่อกลับสู่ชุมชนทั้งทีมและค่าใช้จ่ายในการติดตามต่อเนื่องระยะยาว (Suaya et al., 2007; Dunlay et al. 2009)

2.8) ด้านภาษา สังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อของแต่ละพื้นที่ ความแตกต่างไม่ว่าจะเป็นประเพณีที่สืบทอดกันมา ความเป็นอยู่วิถีการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร (Suaya et al., 2007; Dunlay et al. 2009)

2.5.13 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

1) ด้านผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.1) ด้านองค์ความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2) การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน ในการดูแลด้านจิตสังคม

1.3) การได้รับการเสริมพลังอำนาจ และการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.4) มีผู้ช่วยเหลือด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน (secondary prevention) การกลับซ้ำของโรค มีที่ปรึกษาอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

2) ด้านจัดระบบบริการ

- 2.1) จัดระบบบริการที่ใกล้บ้านใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ใกล้ชิดดูแลกันได้
- 2.2) การส่งต่อเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและทีมสุขภาพในพื้นที่ทั้งด้านข้อมูลผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ การประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
- 2.3) ด้านองค์ความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของทีมสุขภาพในพื้นที่
- 2.4) การออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ตรงกับความต้องการ ตรงปัจจัยเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงออกแบบตามความชอบความถนัดของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงบริบทและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ด้วย
- 2.5) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้ง ผู้ป่วย ผู้ดูแล แกนนำในชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือกัน พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเกิดความยั่งยืนของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

3) ด้านต้นทุน

- 3.1) จัดระบบบริการที่ใกล้บ้านลดค่าใช้จ่าย และลดระยะเวลาในการเดินทาง ลดค่าใช้จ่ายของทีมสุขภาพในการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องระยะยาว
- 3.2) การส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องถึงชุมชนทั้ง 4 ระยะ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วย ครอบครัวและระบบบริการ (Garza, Wason, & Zhang, 2015)

สรุป การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนทำให้ผู้ป่วยลดอุปสรรคด้านค่าจ่ายการเดินทางและเพิ่มเข้าถึงบริการใกล้บ้าน การจะได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีดังกล่าวข้างต้นผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีความรู้และทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้รับการส่งเสริมช่วยเหลือและสนับสนุนจากทีมสุขภาพในพื้นที่ และชุมชนนั้น

2.6 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาวะผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและสุขภาวะชุมชน

2.6.1 ความหมาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ จนสามารถทำงานได้ในระดับที่เหมาะสม ร่วมกับฟื้นฟูสภาวะจิตใจ

อารมณ์ให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชุมชน และสามารถกลับไปประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย รวมถึงกระบวนการป้องกันโรคไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ โดยมีองค์ประกอบของการฟื้นฟูที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การประเมินสภาพ 2) การออกกำลังกาย และ 3) การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมเบาหวาน และการหยุดบุหรี่ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้เหมาะสม ได้แก่ กิจกรรมทางกายและการสว่นพลังงาน การรับประทานยา เป็นต้น (Hutchinson, 2006; ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558)

2.6.2 เป้าหมาย

เป้าหมายเน้นสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความเสี่ยงต่ำหลังจากออกจากโรงพยาบาลซึ่งมีลักษณะดังนี้ ประวิทย์ ตันประเสริฐ และคณะ, 2553;

- 1) หัวใจด้านซ้ายทำงานปกติการบีบตัวของหัวใจห้องล่างมากกว่าร้อยละ 50
- 2) ไม่มีอาการแสดงภาวะหัวใจขาดเลือดทั้งในขณะพักหรือขณะออกกำลังกาย เช่น อาการเจ็บหน้าอก
- 3) ไม่มีอาการหัวใจเต้นผิดปกติในขณะพัก หรือขณะออกกำลังกาย
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภายหลังการรักษา ทั้งการผ่าตัด หรือการขยายหลอดเลือดโดยใช้บอลลูน
- 5) มีสมรรถภาพการทำงานของร่างกายมากกว่า 6 METs

โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ทำให้หัวใจแข็งแรง (Healthy heart behavior) ทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่การมีศักยภาพในการทำงาน รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้บุคคลทุกวัย เช่น ผู้สูงอายุ และทุกเพศสามารถมีการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และส่งเสริมสนับสนุนผู้ป่วยมีศักยภาพทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคมที่ดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมถึงการให้ญาติ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558)

2.6.3 รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

- 1) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผ่านโทรศัพท์ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผ่านโทรศัพท์ ซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในหลายประเทศ เช่น แคนาดา อเมริกา เยอรมันนี นอร์เวย์ ออสเตรเลีย เป็นต้น (Kotb et al., 2014) ปี 1985 ประเทศแคนาดา เริ่มมีรูปแบบการให้การปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทางโทรศัพท์โดยพยาบาล และมีคู่มือให้ผู้ป่วยกลับไปฟื้นฟูอยู่ในชุมชนด้วย (Stevens, 1985) เป็นโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ การหยุดบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามลำดับ (Smith et al., 2011) ปี 1994 ประเทศอเมริกา เริ่มใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผ่านโทรศัพท์ (Elderen-van Kemenade et al., 1994) เน้นให้คำปรึกษา

ด้านจิตใจ การปรับตัวภายหลังเกิดโรค (McLaughlin et al., 2005; Ma et al., 2010) เป็นต้น ปี 2006 ประเทศเยอรมันมี มีพยาบาลโทรศัพท์ติดตามและให้การปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พร้อมมอบคู่มือให้ผู้ป่วยไปทบทวนที่บ้าน (Mittag et al., 2006) ปี 2009 ประเทศนอร์เวย์ มีพยาบาล โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและปรึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใน 6 เดือนแรก (Hanssen et al., 2009) ปี 2014 ประเทศออสเตรเลีย ทีมสุขภาพ ใช้โทรศัพท์สมาชิโฟน ที่ทันสมัย เพื่อให้การปรึกษาและติดตามผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับไปอยู่ที่บ้าน ติดตาม ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกาย การเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ผ่านการส่งข้อความ บันทึกลเสียง รวมทั้งวิดีโอ ในการเข้าใจอาการและการจัดการอาการของโรค (Varnfield et al., 2014)

2) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีการให้การปรึกษา การอบรมให้ความรู้ เป็นระยะ และมีทีมออกกำลังกายในชุมชน ปี 2006 ในประเทศอเมริกาใช้รูปแบบการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจในชุมชนของวายเอ็มซีเอ (Young Men's Christian Association : YMCA) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เอง ตามความสามารถและความถนัด และหรือการให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนลดปัจจัย เสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยเลือกที่จะฟื้นฟูที่บ้านหรือที่ยิมหรือศูนย์ออกกำลังกายได้ตามความ สะดวก มีการปรึกษาเมื่อเกิดปัญหากับทีมสุขภาพในพื้นที่ในการปรับเปลี่ยนลดปัจจัยเสี่ยงและมีการ ส่งต่อข้อมูลกับทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การติดตามความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีการ อบรมกับทีมสุขภาพในพื้นที่เป็นระยะ (Hutchinson, 2006)

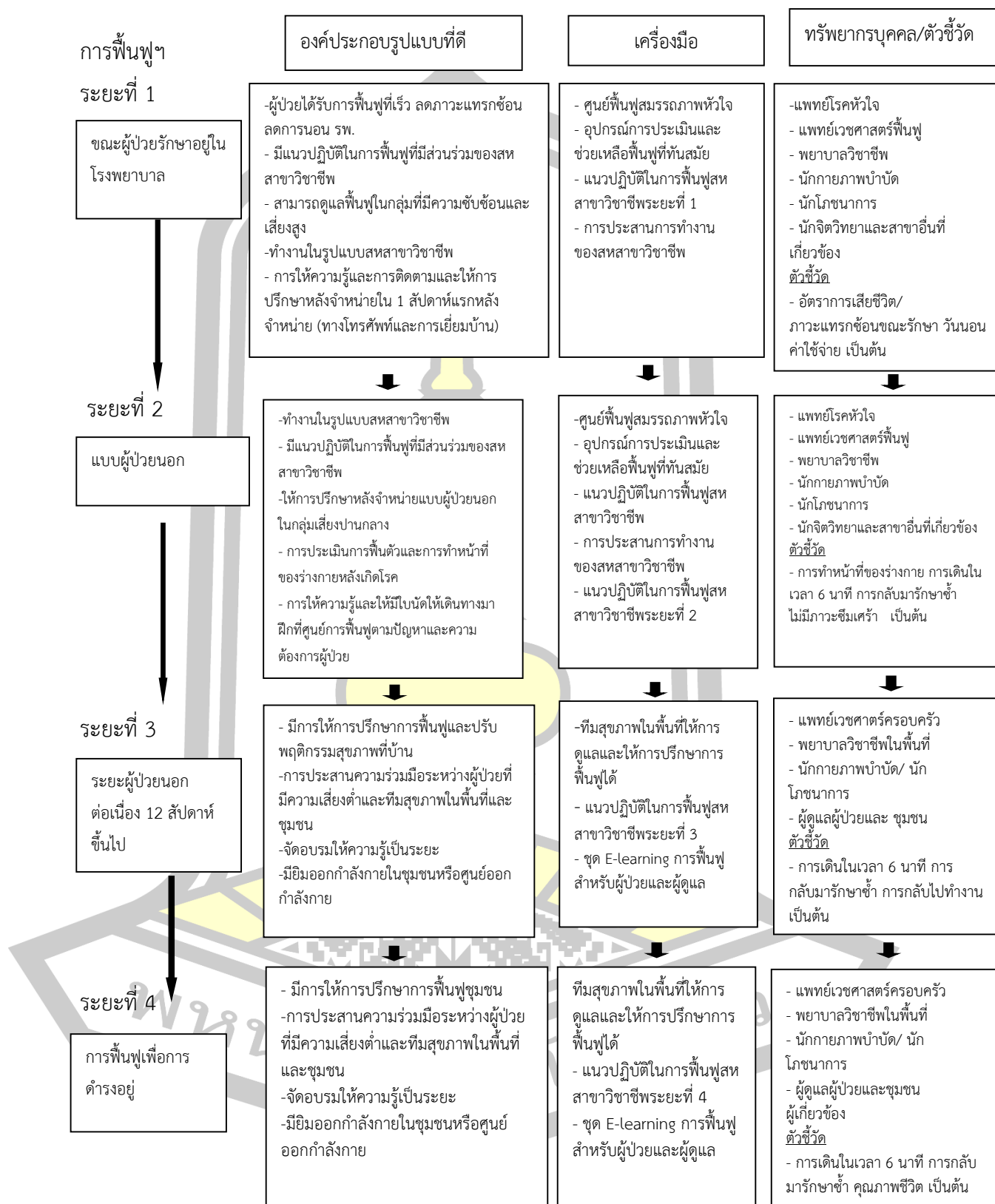
3) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเชิงประยุกต์ร่วมกับการประสานความ ร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในพื้นที่ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบทุติยภูมิในระยะ ยาว การประสานความร่วมมือในการดูแลโดยทีมสุขภาพในพื้นที่และการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง ผู้ป่วย ทีมสุขภาพในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังเกิดโรค การที่ทีม สุขภาพในพื้นที่เป็นผู้ให้ความรู้เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ลดการกลับ ซ้ำของโรค (Briffa et al., 2009)

4) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนแบบผสมผสาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจที่ทีมสุขภาพในพื้นที่แบบผสมผสานการสื่อสารการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยหลังเกิดโรค มีการ ประยุกต์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สามารถผสมผสานให้เข้ากับบริบทวัฒนธรรม ภาษาที่แตกต่าง การให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ตรงกับความต้องการ ตรงปัจจัยเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงออกแบบตามความชอบความถนัดของผู้ป่วยด้วย (Clark et al., 2015)

5) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนแหล่งที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนในประเทศที่ด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา ซึ่งได้แก่ การปรับลดปัจจัยเสี่ยง การควบคุมไขมันและความดันโลหิต การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การกลับไปทำงานในอาชีพ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่าย รูปแบบที่มีความยืดหยุ่น มีองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติตามบริบท และอาศัยทีมสุขภาพในชุมชนในพื้นที่นั้นขับเคลื่อน (Grace et al., 2016)

ผลการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ สามารถวิเคราะห์ สรุป เพื่อเขียนเป็นแผนภาพ ที่ดีสำหรับการดูแลการฟื้นฟูฯ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ไปจนถึงระยะที่ 4 จะต้องมีความต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของหัวใจและการป้องกันการกลับซ้ำของโรค (secondary prevention) ภาพประกอบที่ 2 ดังนี้





ภาพประกอบที่ 2 การฟื้นฟูฯ ตั้งแต่ระยะที่ 1 ไปจนถึงระยะที่ 4

จากการทบทวนการศึกษามีช่องว่างที่เป็นโอกาสพัฒนา เมื่อเทียบกับ แผนภาพประกอบ

1 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากการทบทวนการศึกษาในต่างประเทศ	สถานการณ์ปัจจุบันจากการทบทวนการศึกษาในประเทศไทย	ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	โอกาสพัฒนา	ในการศึกษานี้
ระบบบริการ				
-รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่จะมีให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือสถานบริการสุขภาพที่มีเป็นสถาบันการศึกษาและมีสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเพียงพอ	-รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่จะมีให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือสถานบริการสุขภาพที่มีเป็นสถาบันการศึกษาและมีสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเพียงพอ	- ผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 50 ที่สามารถเข้าถึงโปรแกรมการฟื้นฟูที่จัดโดยสถานบริการสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาไปเข้าร่วมโปรแกรม มีปัญหาด้านการเดินทาง และครอบครัวไม่เห็นความสำคัญในการพาผู้ป่วยรับบริการ	-การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและเกิดความต่อเนื่อง ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4	-การพัฒนาบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและเกิดความต่อเนื่อง ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4
-มีการฟื้นฟูตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 มีความต่อเนื่อง มีการให้การศึกษา	-มีการฟื้นฟูเฉพาะระยะที่ 1 และระยะที่ 2	-ขาดความต่อเนื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	-การจัดระบบบริการที่จำเป็นใกล้บ้าน	-การจัดระบบบริการที่จำเป็นใกล้บ้านที่ตรงความต้องการผู้ป่วยและสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง
-มีความรู้ในการดูแลตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟู	-ยังต้องพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการฟื้นฟู	- ความไม่ต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหัวใจของผู้ป่วยทำให้เกิดการกลับซ้ำ	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องลดการกลับซ้ำของโรค กลับไปทำงานได้เร็วและมีคุณภาพ	-ได้รับการบริการที่จำเป็นใกล้บ้านหัวใจได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่อง ลดการกลับซ้ำของโรค กลับไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (ต่อ)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากการทบทวนการศึกษาในต่างประเทศ	สถานการณ์ปัจจุบันจากการทบทวนการศึกษาในประเทศไทย	ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	โอกาสพัฒนา	ในการศึกษานี้
-ในผู้สูงอายุ มีปัญหาการเดินทางและค่าใช้จ่าย -ผู้ดูแลไม่ให้ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ -สำหรับวัยทำงานไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมที่โรงพยาบาลจัดให้เนื่องจากตรงกับเวลาทำงาน	- ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะที่ 4 ที่ผู้ป่วยสามารถดำรงอยู่ได้	ของโรค การกลับมารักษา รวมถึงกลับไปทำงานช้า มีคุณภาพชีวิตลดลง	ชีวิตดีขึ้น	ทำงานได้เร็วและมีคุณภาพชีวิต
องค์ความรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ				
รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะลงสู่ชุมชนมากขึ้นโดยอาศัยทีมสุขภาพในพื้นที่ในการช่วยเหลือในการขับเคลื่อนยึดหยุ่นตามบริบท ภาษา วัฒนธรรมของชุมชนนั้น	-ยังไม่มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่ชัดเจน -โปรแกรมการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระยะที่ 1 และระยะที่ 2	-เป็นเรื่องที่ใหม่สำหรับระบบบริการปฐมภูมิ -ยังต้องการพัฒนาระบบ องค์ความรู้และคน ที่มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน	มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนทีมสุขภาพในพื้นที่ในการช่วยเหลือในการขับเคลื่อนยึดหยุ่นตามบริบท ภาษา วัฒนธรรมของชุมชนนั้น	รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนในบริบทที่ศึกษาเป็นอย่างไร (การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพและชุมชน)

โดยสรุปการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนในระยะแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาลจะใช้รูปแบบการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและให้คำปรึกษาจนถึงปัจจุบัน ต่อมารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะลงสู่ชุมชนมากขึ้นโดยอาศัยทีมสุขภาพในพื้นที่ในการช่วยเหลือในการขับเคลื่อนทั้งการสอนให้ความรู้ การสอนทักษะที่สำคัญ การให้คำปรึกษาในรูปแบบโปรแกรมต่างๆ โดยส่วน

ใหญ่จะความยืดหยุ่นตามบริบท ภาษา วัฒนธรรมของชุมชนนั้น ส่วนในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่ชัดเจนตรงกับบริบทไทยดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนขึ้นเพื่อประโยชน์และเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยต่อไป

2.6.4 ผลลัพธ์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

1) ลดการกลับมารักษาซ้ำ

ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจลดการกลับมารักษาซ้ำใน 30 วันและ 180 วันหลังเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญ (Shook, 2015)

2) ลดการเสียชีวิต

โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยหลังเกิดโรคได้ร้อยละ 45 ถึงร้อยละ 47 โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยยับยั้งและชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดการกลับซ้ำของอาการ (Goel et al., 2010) โดยสามารถลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ถึง 0.74 เท่า (relative risk 0.74 95% CI 0.64-0.86)(Anderson et al, 2016)

3) เพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกาย (functional status)

การได้รับฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่งผลในการเพิ่มการทำหน้าที่ของร่างกาย (พัชรพร เถาว์พันธ์, 2544; ลัดดา อินทร์พรมมา, 2552; เบญจรัตน์ เสงี่ยมวิบูล., 2553; Boosomchua, 2000; Taylor et al., 2004; Sadeghi et al., 2015) ผู้ป่วยมีกำลังที่เข้มแข็งขึ้นและร่างกายกลับมาปกติ ลดการทุกข์ทรมาน (suffer) จากโรคหัวใจ (Poortaghi et al., 2013) เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการลดดัชนีมวลกาย ลดน้ำหนัก ลดระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือด ลดความดันโลหิตสูง ลดระดับน้ำตาลในเลือดและเพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายในแต่ละสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญ (Mundra et al., 2014)

4) เพิ่มคุณภาพชีวิต (quality of life)

พบว่าการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (ลัดดา อินทร์พรมมา, 2552; Sadeghi et al., 2015) ทำให้ผู้ป่วยฟื้นหาย ดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพและมีคุณภาพชีวิต (ดวงกมล วัตราดุลย์, 2558) พบว่าถ้าไม่ปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเลย (Non-attended) มีคุณภาพชีวิตต่ำ ถ้าได้ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจบางส่วน (partial attended) และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบโปรแกรม (full attended) คุณภาพชีวิตจะดีขึ้นตามลำดับ (Dorn et al., 1999; Girard, 1999; Davies et al., 2010) พบว่าฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังกลับไปอยู่ในชุมชน ทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (Pica, 2011) และการที่คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้นใน 1 เดือนแรกหลังเกิดโรคสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุใน 4 ปีหลังเกิดโรคได้ถึง 1.7 เท่า และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

เพิ่มอย่างต่อเนื่องใน 3 เดือนแรกหลังเกิดโรค จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุใน 4 ปี หลังเกิดโรคได้เพิ่มขึ้น 2.07 เท่า (Hoefer, Benzer & Oldridge, 2014)

5) ลดค่าใช้จ่าย

โดยเมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกับไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ด้านผู้ป่วยพบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 1,418 ดอลลาร์ ลดลง ร้อยละ 213 เทียบกับไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Southard, Southard & Nuckolls, 2003) ส่วนค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพหลังเกิดโรคพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีค่าใช้จ่าย (502.71 ดอลลาร์ต่อคน) น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (12,433 ดอลลาร์ต่อคน) (Salvetti et al., 2008)

โดยสรุปการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสำคัญยิ่งและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งการทำหน้าที่ของร่างกาย ผลดีต่อจิตสังคม รวมถึงคุณภาพชีวิต แต่อย่างไรก็ตาม การจะได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีดังกล่าวข้างต้นผู้ป่วยต้องมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และได้รับการส่งเสริม ช่วยเหลือและสนับสนุน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างต่อเนื่องหลังกลับบ้านและอยู่ในชุมชน

2.6.2 สุขภาวะผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

สุขภาวะผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือผู้ป่วยกลับมา มีสุขภาวะภายหลังเจ็บด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม โดยผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงาน ของหัวใจจนสามารถทำงานได้ในระดับที่เหมาะสม (physiological conditions) สามารถฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจอารมณ์ (psychological conditions) ให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในสังคมหรือชุมชน (social conditions) ที่ตนอาศัยอยู่ และสามารถกลับไปประกอบอาชีพ (vocational conditions) ที่เหมาะสมกับสภาวะทางร่างกาย สามารถดูแลตนเองได้ รวมถึงการปรับลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรครีกลับมาเป็นกำเริบอีก ประวิทย์ ตันประเสริฐ และคณะ, 2553; มีความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน

การที่จะทำให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเกิดสุขภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัวหรือผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่ คนในชุมชนและแหล่งเครือข่าย/แหล่งประโยชน์ในชุมชนที่มีส่วนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการดูแลไม่ทอดทิ้งกันแม้ในยามเจ็บป่วยหรือมีสุขภาวะ เกิดความสามัคคีในชุมชน เกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชน เป็นชุมชนที่พึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค รวมถึงการฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดโรคด้วยโดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

2.6.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาพผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ตายและสุขภาพชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาพผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และสุขภาพชุมชนโดยองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคือมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยโรคหัวใจรวมถึงผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคหัวใจด้วย เป็นการส่งเสริมการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคมที่เฉพาะเจาะจงเฉพาะโรคหัวใจที่ต้องมีการประเมินและการติดตามที่เป็นระบบและมีความต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ถ้าผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมีสุขภาพแบบองค์รวมจะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของคนในชุมชนนั้นด้วยดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาพผู้ป่วยและสุขภาพชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน	สุขภาพผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย	สุขภาพชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย
1.ด้านร่างกาย		
- การประเมินสภาพผู้ป่วย	- ฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ	- ดำเนินชีวิตด้วยความผาสุกและ
- การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ	จนสามารถทำงานได้ในระดับที่	ทำงานช่วยเหลือสังคมและชุมชน
- การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่	เหมาะสม กลับไปประกอบ	ได้ ไม่เป็นภาระของครอบครัว/
ควบคุมไขมันในเลือด ควบคุม	อาชีพ ที่เหมาะสมกับสภาวะทาง	ชุมชน
น้ำหนัก ควบคุมเบาหวาน/ความดัน	ร่างกาย	- คนในชุมชนร่างกายแข็งแรงไม่มี
โลหิต การหยุดบุหรี่	- ดูแลตนเองได้ไม่มีภาวะพึ่งพิง	ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ ซึ่งเกิดการ
- การฝึกการออกกำลังกาย	และดำรงชีวิตได้เต็มศักยภาพ	ได้เรียนรู้และถอดบทเรียนจาก
- การให้คำปรึกษากิจกรรมทาง	- ลดปัจจัยเสี่ยงไม่ให้เกิดภาวะ	การดูแลฟื้นฟูหัวใจผู้ป่วยในชุมชน
กาย/การกลับไปทำงานในอาชีพ	ต้องกลับมารักษาซ้ำ	

พหุ ประเด็น ชีว

ตารางที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีต่อสุขภาวะผู้ป่วยและสุขภาวะชุมชน (ต่อ)

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน	สุขภาวะผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย	สุขภาวะชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย
2. จิตอารมณ์และสังคม		
- การจัดการด้านความเครียด ความวิตกกังวลได้	-ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ อารมณ์ไม่เกิดความวิตกกังวล	-ครอบครัวผู้ดูแลไม่เกิด ความเครียด หรือวิตกกังวล
- การประเมินความเสี่ยงจิตอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคและ ให้การดูแลรักษา	ภาวะซึมเศร้า	ไม่เปื้อนหนายในการดูแลผู้ป่วย
- การสนับสนุนทางสังคม	- ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในสังคมหรือ ชุมชน ด้วยความผาสุกและมี คุณภาพชีวิต ที่ดี	- ชุมชนมีน้ำใจช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน ดูแลกันไม่ทอดทิ้งกัน
	- ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและไม่เป็น ภาระของชุมชน	- ใช้ภูมิปัญญาของชุมชนในการมี ส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย
		- เกิดการเรียนรู้ของคนในชุมชน เป็นชุมชนที่พึ่งตนเองด้านสุขภาพ ได้

จากตารางจะกล่าวได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไม่เพียงเป็นศาสตร์ในการฟื้นฟู
สุขภาวะสำหรับผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่านั้นแต่ยังประโยชน์สำหรับผู้ที่มีสุขภาวะ
ดีที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีโอกาสได้เรียนรู้และถอดบทเรียนจากการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย
ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อาศัยร่วมในชุมชน และสามารถดูแลป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคหัวใจใน
อนาคตได้

สรุปการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนจะประสบผลสำเร็จและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับ
สุขภาวะผู้ป่วยและชุมชนนั้นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนเป็นสำคัญและควรมีการประยุกต์
ศาสตร์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ว่าการประเมินสภาพผู้ป่วย การให้การปรึกษาการออกกำลังกาย
การบริโภคอาหาร การกลับไปทำงานในอาชีพ หรือการปรับลดปัจจัยเสี่ยงของโรคให้สอดคล้องกับ
บริบทสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนนั้นๆ ด้วย

2.7 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.7.1 ทฤษฎีระบบ (System Theory)

2.7.1.1 แนวคิด

แนวคิดทฤษฎีระบบของ Daniel Katz & Robert Kahn (1978) เป็นกระบวนการจัดการที่มีลำดับขั้นตอนที่ต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ มีการเชื่อมโยงอย่างเป็นระเบียบและต่างมีปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพกันโดยตลอดกับระบบอื่นๆ แม้จะมีระบบย่อยลงไปแต่ต้องสัมพันธ์อยู่กับระบบใหญ่เสมอ ตั้งแต่ขั้นตอนการป้อนเข้า (input) จนถึงขั้นสุดท้าย คือผลสำเร็จออกมา (output) (บรรยงค์ โตจินดา, 2542) คุณสมบัติที่สำคัญของระบบจึงประกอบด้วยลักษณะสำคัญ ดังนี้(ธงชัย สันติวงษ์, 2546)

- 1) ส่วนต่างๆ ของระบบจะอยู่ในสถานะที่เคลื่อนไหวได้ หรือมีพลวัต
- 2) การเคลื่อนไหว หรือพลวัต ของส่วนต่างๆ จะมีปฏิกิริยาตอบโต้ที่ต่างกัน
- 3) ในระบบหนึ่งๆ จะประกอบไปด้วยระบบย่อยต่างๆ ที่หลากหลายหลาย และ

ภายใต้ระบบย่อยต่างๆ มากหลากหลาย อาจมีระบบย่อยลงไปอีกเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบ อาจมีผลทำให้ต้องเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงส่วนอื่นๆ ในระบบด้วยการเปลี่ยนแปลงระบบย่อยหนึ่งอาจทำให้กระทบกระเทือนถึงระบบใหญ่กว่าได้

2.7.1.2 ประเภทของระบบ (ปิยนารถ ประยูร, 2548)

1) ระบบปิด (closed system) คือ ระบบที่มีความสมบูรณ์ภายในตัว ไม่พยายามผูกพันกับระบบอื่นใด และแยกตนเองออกจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ในสังคม (ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม)

2) ระบบเปิด (open system) คือระบบที่ต้องอาศัยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล องค์กร หรือ หน่วยงานอื่นๆ ในลักษณะเป็นการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นมีความสมดุล รวมทั้งสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงนั้นอาจมีผลหรือมีอิทธิพลต่อการทำงานขององค์กรเช่นกัน

2.7.1.3 ความหมาย

ระบบ หมายถึง ความเชื่อมโยงของทุกส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินการอย่างผสมผสาน เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถแก้ไขขั้นตอนของการดำเนินงานที่ยังไม่สมบูรณ์ให้มีการดำเนินงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องได้ (จันทราณี สงวนนาม, 2545)

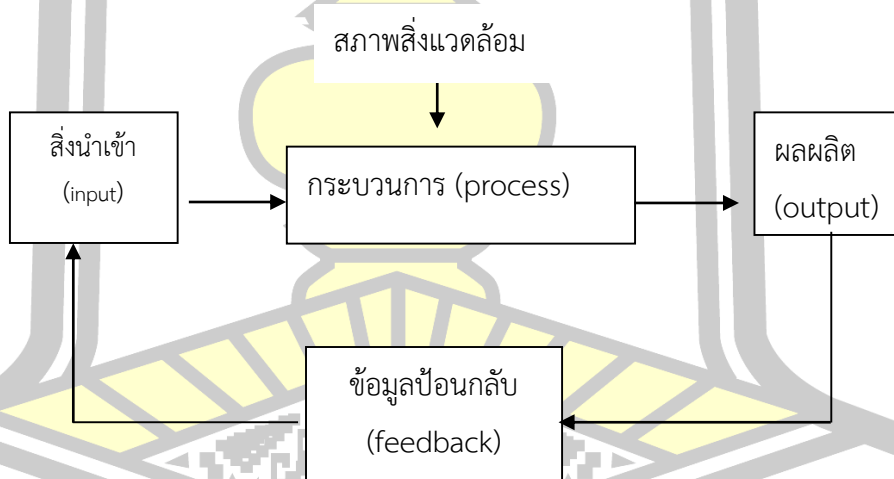
2.7.1.4 องค์ประกอบของระบบ (จันทราณี สงวนนาม, 2545)

สิ่งนำเข้า (input) หมายถึง ปัจจัยต่างๆ และองค์ประกอบแรกที่จะนำไปสู่การดำเนินงานของระบบ โดยรวมไปถึงสภาพแวดล้อมต่างๆ อันเป็นที่ต้องการของระบบนั้นด้วย ในระบบสุขภาพ ตัวป้อนเข้าไป เช่น ผู้ป่วย ทรัพยากร เครื่องมือการแพทย์ งบประมาณ เป็นต้น

กระบวนการ (process) เป็นองค์ประกอบที่สองของระบบ หมายถึง วิธีการต่างๆ ที่นำไปสู่ผลงาน หรือผลผลิตของระบบ และในระบบสุขภาพ ได้แก่ วิธีการรักษา , วิธีการพัฒนารูปแบบการบริการ เป็นต้น

ผลงาน (output) หรือ ผลผลิต (product) ซึ่งเป็นประกอบสุดท้ายของระบบ หมายถึง ความสำเร็จในลักษณะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาบริการ ผลลัพธ์บริการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น มีสุขภาพดี ความพึงพอใจ การกลับมารักษาซ้ำ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้ นอกจากนี้ทั้ง 3 องค์ประกอบ ยังมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานขององค์กรด้วย ในขณะที่องค์กรต้องดำเนินงานหรือดำเนินกิจกรรมนั้น ต้องอาศัยข้อมูลป้อนกลับ (feedback) ซึ่งจะช่วยให้องค์กรสามารถปรับปรุง ตัวป้อน (input) กระบวนการ (process)



ภาพประกอบที่ 3 ทฤษฎีระบบ (Katz & Kahn, 1978)

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีระบบมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะตั้งแต่ศึกษาสถานการณ์ปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า หลังจากนั้นเข้าสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผลผลิตที่ได้ คือรูปแบบการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2.7.2 ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผู้วิจัยนำมาใช้ในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

2.7.2.1 ความหมาย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย หมายถึง การที่ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายตัดสินใจความสามารถของตนเอง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ได้ สามารถผสมผสานการเรียนรู้ของชุมชนเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (cognitive behavior) พฤติกรรมของผู้ป่วย มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่าง 3 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน คือ

- 1) ปัจจัยในตัวบุคคล (behavior personal factor) ได้แก่ ความเชื่อ การรับรู้ความคาดหวัง ความรู้สึกผู้ป่วย
- 2) เงื่อนไขพฤติกรรม (behavior condition) ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน
- 3) เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อม (environment condition) ได้แก่ บทบาทและอิทธิพลทางสังคม

2.7.2.2 การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ข้อมูลจากแหล่ง 4 แหล่งคือ

- 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) จะช่วยให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูง ถ้าให้กระทำการกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอีกก็จะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคยการกระทำกิจกรรมที่สำเร็จหลาย ๆ ครั้งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น
- 2) การสังเกตตัวแบบ (model) หรือ ผู้ป่วยสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarios experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการกระทำ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในเรื่องนั้นด้วย ถ้าตัวแบบมีสถานการณ์ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากเท่าใด ก็จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้น

3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูง ด้วยคำพูด (verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งเป็นที่เชื่อถือของผู้ป่วย ได้แสดงออกโดยคำพูด ว่าเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยว่าจะสามารถทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่กำหนดไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ มีกำลังใจ และมีความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จมากขึ้น

4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามความรู้สึก เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้สมรรถนะลดลง เกิดความรู้สึกท้อถอยที่จะกระทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนั้นให้สำเร็จ

ดังนั้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนจึงมีความสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ถึงเป้าหมายการรักษาของแพทย์ได้

2.7.3 ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ของ Zimmerman (1993) ผู้วิจัยนำมาใช้ในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายรวมถึงใช้ประเมินผลเชิงบวกในการพัฒนารูปแบบ

2.7.3.1 ความหมาย

การสร้างเสริมพลังอำนาจในทีมสุขภาพในพื้นที่ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมโอกาสให้ทีมสุขภาพในพื้นที่ในการเรียนรู้ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมทรัพยากรที่จำเป็นและการเข้าใจสิ่งแวดล้อมทางสังคมของปัจเจกบุคคลอย่างวิพากษ์ (Zimmerman, 1993)

2.7.3.2 การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับทีมสุขภาพในพื้นที่ (อรทัย อัจฉา, 2549)

การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับทีมสุขภาพในพื้นที่ คือการพัฒนาปรับปรุงแผนการงานดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายให้รู้ว่ตอนนั้นถึงจุดไหนของกระบวนการพัฒนาและเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต ทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินโดยมีรูปแบบประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจสำหรับทีมสุขภาพในพื้นที่ดังนี้

1) การฝึกอบรม ผู้ประเมินสอนและชี้แนะให้ผู้ดำเนินโครงการสามารถประเมินผลโครงการได้ด้วยตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ วิธีการนี้ช่วยสภาพลงเกี่ยวกับการประเมินผลที่มีอยู่ไปได้

2) การเอื้ออำนวยความสะดวกและช่วยการสร้างความเรียนรู้ ผู้ประเมินต้องแสดงบทบาทเป็นผู้สอน ผู้ชี้แนะแนวทาง หรือเป็นผู้อำนวยความสะดวกและผู้ช่วยการเรียนรู้ เพื่อช่วยให้คนอื่นสามารถประเมินผลตนเองได้

3) การชี้แนะหรือการสร้างความยอมรับ การประเมินตนเองเป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งของการสร้างความยอมรับ การประเมินตนเองระดับปัจเจกบุคคลสามารถส่งต่อไปยังระดับกลุ่มและระดับแผนงานได้ง่ายอีกด้วย

4) การปลดปล่อยตนเองสู่เสรีภาพ การปลดปล่อยตนเองให้อิสระ ไม่ว่าจะเป็นบทบาทต่างๆ ที่มีอยู่หรือสิ่งกีดขวางที่อาจเกิดขึ้น หรือการประเมินโดยมองผ่านเลนส์ใหม่

5) การให้แสงสว่างทางปัญญา การให้แสงสว่าง คือ การสร้างประสบการณ์ที่มีลักษณะของการเปิดหูเปิดตา เปิดเผยและเปิดทาง เพื่อให้เกิดปัญญารู้แจ้งเห็นจริงหรือเกิดความเข้าใจใหม่ๆ เกี่ยวกับบทบาท โครงสร้างและพลวัตของแผนงานนั้น

2.8 แนวคิดและหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.8.1 ความหมาย

วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) หมายถึง การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบสภาพและผลที่ได้รับจากการกระทำทางสังคมและงานวิจัยนำไปสู่การกระทำทางสังคม เป็นขั้นตอนของเกลียวสว่าน ซึ่งแต่ละขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผนการแก้ปัญหาโดยนำกิจกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และประเมินผลการเปลี่ยนแปลง หลังจากนั้นปรับปรุงการปฏิบัติการให้ดีขึ้นแล้ว เริ่มกระบวนการทั้งหมดอีกครั้ง (Lewin, 1946)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยเพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติการอย่างเป็นระบบ (Improve practice and systematically) โดยศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะนั้น ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและได้มาซึ่งรูปแบบในการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว (Streubert & Carpenter, 1999)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่มีเป้าหมายในแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นโดยตรง เป็นรูปแบบเพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อปรับปรุงพัฒนา หาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นพร้อมกับการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติงานนั้น ๆ (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้โดยนักปฏิบัติที่มาเป็นนักวิจัย หรือ ผู้ที่ทำงานเป็นหุ้นส่วนกับนักวิจัย มีแนวคิดเพื่อการตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร โดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ (Holloway, 2010)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การวิจัยที่มีเป้าหมายแก้ปัญหาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน โดยบุคลากรในพื้นที่ที่ศึกษาร่วมกับนักวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่มีการแยกกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง แต่เป็นการทดลองปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นจริง โดยวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้งและเหมาะสม เน้นการสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการวิจัย จนเกิดองค์ความรู้ต่าง ๆ ที่ได้จากกระบวนการวิจัย สามารถนำมาประมวลเป็นแนวคิด หลักการและสร้างเป็นทฤษฎีได้ (สมปอง พะมุลิลา, 2558)

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงหมายถึงการแสวงหาความรู้มีเป้าหมายในแก้ปัญหาและพัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงโดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นโดยตรง เพื่อให้ได้มาซึ่งรูปแบบในการแก้ปัญหาและได้คำตอบในการแก้ปัญหาดังกล่าว การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางาน เป็นการปฏิบัติในสถานการณ์ตามธรรมชาติ ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการ

2.8.2 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) วิวัฒนาการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นเมื่อปลายปี 1945 โดย Collier เป็นคนแรกที่มีแนวคิดในการรวมทีมวิจัยที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักบริหาร และประชาชนในการปรับปรุงความสัมพันธ์ของเชื้อชาติ (Collier, 1945) และ Lewin (1946) ได้นำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานของคณงาน Kurt Lewin ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Lewin, 1946) ต่อมาปี 1982 Kemmis และ McTaggart ชาวออสเตรเลีย ได้เสนอกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีรูปแบบสมบูรณ์มากขึ้น และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในรูปของวงจรการปฏิบัติการ (the action research spiral) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflect) เมื่อครบวงจรหนึ่งๆจะพิจารณาปรับปรุงแผน (replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป จนกว่าการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ศึกษาได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ทั้งนี้ Kemmis และ McTaggart มีความเห็นว่าวิธีการปฏิบัติที่จะถือได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นจะต้องมีการร่วมมือ (collaborative approach) เพื่อให้เกิดความยั่งยืน (Kemmis & McTaggart, 1990) หลังจากนั้นก็มีผู้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการไปใช้ในการพัฒนา

ทั้งด้านการศึกษา มานุษยวิทยาสังคม การเมืองการปกครอง การสาธารณสุขและด้านต่างๆ อีกมากมายจนถึงปัจจุบัน ทั้งในต่างประเทศรวมถึงไทย

2) ฐานปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิจัยเชิงปฏิบัติการเชื่อแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริงซึ่งมาจากประสบการณ์ที่ได้รับ (pragmatism) โดยผ่านการลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยังเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใด ๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น (สมปอง พะมุลิตา, 2558)

3) คุณลักษณะเด่น วิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative) และวิธีคุณภาพ (qualitative) ร่วมกัน ซึ่งเรียกวิธีการวิจัยแบบนี้ว่าพหุวิธี (multiple methodology) แต่มีความโดดเด่นด้านวิธีคุณภาพ (Greenwood & Levin, 2007) การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ไม่ได้เน้นในการกำหนดแนวทางรูปแบบที่ชัดเจนของวิธีวิทยานัก แต่มีเป้าหมายสูงสุด คือ ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษาโดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นวงจรหรือเกลียว (spiral) มีความเป็นพลวัต ในวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มต้นที่การวางแผน (planning) เป็นการวางแผนที่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ลำดับต่อมาคือการปฏิบัติ (action) เป็นการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้ จากนั้นเข้าสู่การติดตามผลการปฏิบัติเป็นการสังเกต (observation) และขั้นสุดท้ายคือการสะท้อน (reflection) เป็นการสะท้อนคิดผลของการปฏิบัติว่าได้ดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการส่งเสริมให้ผู้วางแผนได้เรียนรู้หรือเข้าใจ จุดอ่อนและจุดแข็งของแผน เพื่อนำไปสู่การปรับแผนการดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป เพื่อที่จะเริ่มต้นเข้าสู่เกลียวลำดับวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1990)

4) ชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; สมปอง พะมุลิตา, 2558) ดังนี้ (ดังตารางที่ 3)

4.1) ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (technical collaborative approach) ที่มาของปัญหาวิจัยนักวิจัยเป็นผู้เริ่ม เป้าหมายหลักเพื่อการทดสอบวิธีการแก้ไขปัญหา (intervention) ซึ่งพัฒนามาจากความรู้หรือทฤษฎีที่มีอยู่ เพื่อประเมินวิธีการตามทฤษฎีนั้นสามารถใช้ได้จริงในทางปฏิบัติ โดยส่วนใหญ่ นักวิจัยมีการตั้งสมมติฐานนำมาก่อน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอนุมาน (deductive approach) โดยผู้วิจัยได้มีการกำหนดปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหามาก่อน หลังจากนั้นผู้ร่วมวิจัยมีการตกลงหรือยอมรับและช่วยสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนั้น ๆ มาใช้ในทางปฏิบัติ ผลที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นใน

ระยะสั้น และความรู้ที่ได้รับจะเป็นความรู้เชิงทำนาย (predictive knowledge) ซึ่งสอดคล้องกับชนิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เรียกว่า traditional action research ซึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างอำนาจขององค์กรในการปฏิบัติการแก้ปัญหา

4.2) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างนักวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (mutual collaborative approach) ที่มาของปัญหาวิจัยเกิดจากนักวิจัยและผู้ร่วมวิจัย โดยมีลักษณะดังนี้ผู้วิจัยอาจมีแนวคิดหรือมีปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งมาก่อนอย่างกว้าง ๆ และในขั้นตอนของการวิจัยนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นหรือที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ๆ ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่อาจจะเป็นไปได้ (possible interventions) เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการอุปมาน (inductive approach) เป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดเร็วแต่เกิดเฉพาะกลุ่มโดยทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุของปัญหาในมุมมองใหม่ ๆ ตลอดจนได้ทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหานั้นและนำไปสู่การพัฒนาความรู้หรือทฤษฎีใหม่ หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า contextual action research :Action learning ซึ่งงานวิจัยทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างองค์กร ผู้ปฏิบัติงานได้เข้าใจงานทั้งหมด และช่วยให้ผู้ร่วมงานได้กระทำตนเป็นผู้ออกแบบโครงการและผู้ร่วมวิจัย

4.3) ดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (enhancement approach) ที่มาของปัญหาวิจัยนักวิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยคิด มีเป้าหมายช่วยให้ผู้ประสบปัญหาได้ค้นพบปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีการคิดถึงสภาพปัญหาและเงื่อนไขต่าง ๆ ทั้งในระดับบุคคลหรือองค์กรภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และความขัดแย้งที่เกิดขึ้น จากการสะท้อนความคิดเชิงเหตุและผลของผู้ร่วมวิจัยจะทำให้ได้มุมมองใหม่ ๆ เกี่ยวกับปัญหาและการปฏิบัติ จะได้มาซึ่งความรู้เชิงบรรยายและเชิงทำนายด้วย (descriptive and predictive knowledge) หรืออาจเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็น radical action research มีการใช้การมีส่วนร่วม (participant action research: PAR) ในการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผลที่ได้รับจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไปแต่ยั่งยืน

โดยสรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งระเบียบวิธีวิจัยเป็น 3 แนวทาง ได้แก่ ดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือทางเทคนิค (technical collaborative approach) การดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (mutual collaborative approach) และดำเนินการโดยการส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อนถึงปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (enhancement approach) โดยสามารถเปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการทั้ง 3 ชนิด

ลักษณะและชนิด	ชนิด 1	ชนิด 2	ชนิด 3
การประสาน	ร่วมมือทางเทคนิค (a technical or technical action research)	ร่วมมือซึ่งกันและกัน (a mutual collaborative approach or practical action research)	ส่งเสริมให้บุคคลได้สะท้อน ถึง ปัญหาและการปฏิบัติด้วยตนเอง (An enhancement approach or participatory action research)
ที่มาของปัญหาวิจัย	นักวิจัยเป็นผู้เริ่ม	นักวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย	นักวิจัยกระตุ้นให้ผู้ร่วมวิจัยคิด
วิธีการวิจัย	deductive approach	inductive approach	deductive & inductive approach
ระยะเวลา	เร็วแต่ไม่ยั่งยืน	เร็วแต่เกิดเฉพาะกลุ่ม	ค่อยเป็นค่อยไปแต่ยั่งยืน
กระบวนการ	เน้นเทคนิคทาง วิทยาศาสตร์(scientific- technical)	อภิปรายเน้นการปฏิบัติ (practical deliberative)	การวิพากษ์เป็นฐานและอิสระ จากการครอบงำ (critical emancipator)
เป้าหมาย	เกิดการเปลี่ยนแปลง	เกิดการเปลี่ยนแปลง	เกิดการเปลี่ยนแปลง
ความรู้	ความรู้เชิงทำนาย ตรวจสอบและปรับปรุง ทฤษฎี	ความรู้เชิงพรรณนา	ความรู้เชิงพรรณนา

ที่มา: สมปอง พะมูลิลา (2558)

2.8.3 หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1) การออกแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การออกแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการดำเนินงานโดยการวางแผนกระบวนการ ค้นหาความรู้อย่างเป็นระบบ มีการตรวจสอบจริยธรรมและความตรงในการดำเนินงานอย่างละเอียด และชัดเจนบนพื้นฐานของการยึดถือปัญหาและบริบทของปัญหาในพื้นที่เป็นศูนย์กลาง หลักสำคัญในการดำเนินกิจกรรมในการวิจัยในระยะแรกมีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ก่อนเพื่อให้ผู้วิจัยสามารถวางแผนในการวิจัยได้ตรงปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถออกแบบวิธีการได้อย่างเป็นระบบ แสดงให้เห็นทางเลือกใหม่เพื่อใช้ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและเป็นไปตามบริบทที่ศึกษา นอกจากนี้มีการกระตุ้นให้กลุ่มบุคคลผู้ทำวิจัยมีการคิดอย่างไตร่ตรองในทางปฏิบัติที่เป็นไปตามกระบวนการ ศึกษาวิจัยที่จะเกิดขึ้นและดำเนินไปอย่างเป็นระบบ โดยการออกแบบวิจัย จะต้องครอบคลุมกิจกรรม

หลัก 2 กิจกรรมที่มีรายละเอียด รวมทั้งการให้ความเห็นชอบและโต้แย้งด้วยเหตุผลระหว่างนักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย คือ (องอาจ นัยพัฒน์, 2551)

1.1) การออกแบบการวิจัยให้เป็นแบบมีส่วนร่วมนักวิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและสร้างความไว้วางใจกับผู้ร่วมวิจัย มีการออกแบบโดยระบุว่าใครเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัย และจะเข้าร่วมวิจัยอย่างไร มีส่วนร่วมในระดับใด และมีส่วนร่วมทางตรงหรือทางอ้อม รวมถึงมีการตั้งเป้าหมายและปรับเปลี่ยนบทบาทความสัมพันธ์ของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

1.2) การออกแบบการวิจัยให้เป็นแบบปฏิบัติการ มีการระบุเกี่ยวกับวิธีการลงมือปฏิบัติการของนักวิจัยในบทบาทผู้อำนวยการความสะดวก ระบุบทบาทของนักวิจัยในการกำหนดยุทธวิธี และการสร้างพลังร่วมในการวิจัย และระบุประเด็นทางด้านจริยธรรมในการลงมือปฏิบัติการวิจัย

ดังนั้นการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการนักวิจัยสามารถออกแบบด้วยวิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ หรือผสมผสานกันก็ได้ เพียงแต่ต้องเป็นวิธีการที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาวิจัย และบริบทของพื้นที่วิจัย รวมทั้งสามารถดำเนินการจนกระทั่งได้ข้อสรุปผลของการวิจัยที่เป็นความรู้เชิงปฏิบัติการ (practical knowledge) โดยการออกแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มต้นด้วยการวางแผน มีการปรับเปลี่ยนแผนเมื่อมีการนำแผนนั้นไปลงมือปฏิบัติในภาคสนาม หรือการออกแบบการวิจัยที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องพร้อมกับกระบวนการทำวิจัยในภาคสนาม ตามขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียว แบบซ้อนเหลื่อมกัน (Kemmis & McTaggart, 1990)

2.8.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการกับการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนหรือพื้นที่ที่มีความสำคัญยิ่ง ถ้าการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้นต้องทำในชุมชนและต้องการแก้ไขปัญหาที่ตรงความต้องการและบริบทของพื้นที่นั้น ซึ่งระดับการมีส่วนร่วมมีผลอย่างยิ่งต่อประสิทธิภาพการแก้ปัญหา การเรียนรู้ร่วมกัน รวมถึงความยั่งยืนในการปฏิบัติด้วย (Stringer, 1999) โดยระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน (public participation spectrum) มี 5 ระดับ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2559)

ระดับที่ 1 การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงาน ภาครัฐเป็นระดับที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นน้อยที่สุด

ระดับที่ 2 การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อเท็จจริง ความรู้สึกและความคิดเห็นประกอบการตัดสินใจ ดังนั้นประชาชนมีบทบาทในฐานะการให้ข้อมูลการตัดสินใจเป็นของหน่วยงานภาครัฐ เช่น การสำรวจความคิดเห็น และการประชุมสาธารณะ

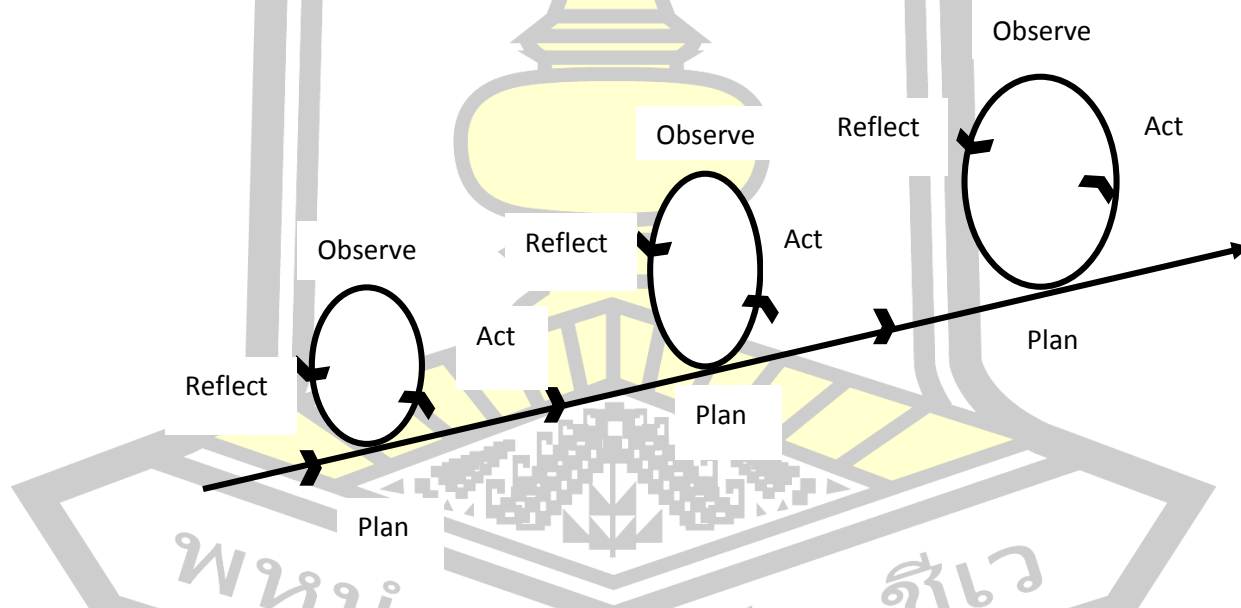
ระดับที่ 3 การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการตัดสินใจ หรือเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย การวางแผนงานโครงการ และวิธีการทำงานโดย

หน่วยงานภาครัฐมีหน้าที่จัดระบบอำนวยความสะดวก ยอมรับการเสนอแนะและการตัดสินใจร่วมกับภาคประชาชน การมีส่วนร่วมระดับนี้มีกำหนดดำเนินการในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ระดับที่ 4 การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระดับสูง โดยประชาชนและภาครัฐจะทำงานร่วมกันในกระบวนการตัดสินใจ เช่น คณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชน คณะที่ปรึกษาภาคประชาชน

ระดับที่ 5 เป็นระดับที่ให้บทบาทแก่ประชาชนในระดับที่สูงสุด เพราะให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ รัฐจะดำเนินการตามตัดสินใจนั้น ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับนี้สูงสุด เน้นให้ประชาชนเป็นเจ้าของดำเนินการกิจ และภาครัฐมีหน้าที่ในการส่งเสริมสนับสนุนเท่านั้น รูปแบบการมีส่วนร่วมในระดับนี้ เช่น การลงประชามติ และการแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยกระบวนการประชาคม

โดยสรุป ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีระบบ (Systems theory) และแนวคิดการวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) มิติที่ 4 โดยการเริ่มต้นในการแก้ปัญหาในพื้นที่/ชุมชนที่พร้อมให้ความร่วมมือ หลังจากนั้นมีการวางแผนขยายไปยังชุมชนอื่นๆ อย่างมีพลัง (synergy) ดังภาพที่ 4



ภาพประกอบที่ 4 การวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) มิติที่ 4

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัยและการปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ทำให้ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย เกิดการแก้ไขปัญหาและได้ทางเลือกหรือวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่ตรงกับบริบทพื้นที่

ศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Mutual collaborative approach) ซึ่งเป็นการดำเนินการวิจัยโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยซึ่งได้แก่ ผู้ป่วย ภายหลังกล่ามนื้อหัวใจตาย ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งบุคลากรทีมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ทั้งนี้เพื่อดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วย ภายหลังกล่ามนื้อหัวใจตายต่อไป

2.9 เครื่องมือในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ เครื่องมือในการจัดทำแผนและวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ สรุปได้ดังนี้

2.9.1 เครื่องมือในการจัดทำแผนและวิเคราะห์ข้อมูล

1) เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (technology of Participation: TOP) (สถาบันพระปกเกล้า, 2550; วิรัตน์ ปานศิลา, 2557)

เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมมีพื้นฐานมาจากการเอื้ออำนาจการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีที่สามารถใช้ในสถานการณ์ที่หลากหลายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเกิดความคิดสร้างสรรค์อย่างลึกซึ้งในหัวข้อหรือประสบการณ์ร่วมกันและเกิดปัญญา (American planning association, 2016; The institute of cultural affairs in the USA, 2016) ซึ่งมี 3 วิธีดังนี้

1.1) วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (discussion-ORID-Method) เป็นวิธีที่เอื้ออำนาจให้กลุ่มได้พบปะสนทนา โดยการสนทนาแบบมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเกิดความคิดสร้างสรรค์อย่างลึกซึ้งในหัวข้อหรือประสบการณ์ร่วมกันและเกิดปัญญา สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนมุมมองที่หลากหลายโดยปราศจากการเผชิญหน้า วิธีการนี้ช่วยให้กลุ่มมองเห็นว่าจะยินยอมให้ความเห็นพร้อมกันว่าจะมีขอบเขตอยู่ที่ตรงไหน วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมเป็นการวางกรอบสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มดังนี้ (Heierbacher, 2010; วิรัตน์ ปานศิลา, 2557)

1.1.1) ทำให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้มีส่วนร่วมและเสนอความคิดเห็นเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนให้แสดงมุมมองหลากหลายในหัวข้อที่กำหนดอย่างไม่เผชิญหน้ากัน

1.1.2) เป็นเวทีสำหรับการสนทนาที่รวมศูนย์หมายถึงเบ็ดเสร็จได้ข้อยุติในกลุ่มและประหยัดเวลาเกิดผลคุ้มค่า

1.1.3) ทำให้ปัญญารู้แจ้งโดยองค์รวมของกลุ่มลึกซึ้งมากขึ้น

1.1.4) มีผลให้เกิดเป็นความคิดและข้อสรุปที่ชัดเจน นำกลุ่มให้สามารถลงมติเกี่ยวกับแนวทางการกระทำและความมุ่งมั่นที่ชัดเจนวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยชุด

คำถามที่นำกลุ่มเดินไปตามเส้นทางของการสนทนา คำถามเหล่านี้พากลุ่มผ่านระดับความสำนึกสี่ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (objective) ไตร่ตรอง (reflective) ตีความ (interpretative) และตัดสินใจ (decisional) รวมเรียกสั้น ๆ ว่า ORID (Barcillano, 2016) โครงสร้างนี้ช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการสนทนาระดับพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายและปัญญาที่แจ่มชัดอย่างลึกซึ้ง วิธีการสนทนาโดย (วิริติ ปานศิลา, 2557)

- (1) กำกับความคิดของกลุ่มให้อยู่ในประเด็นที่สนทนา
- (2) ใช้คำถามที่เรียงลำดับโดยเฉพาะ
- (3) เริ่มจากคำถามที่ง่ายที่สุดที่ระดับวัตถุประสงค์หรือวัตถุประสงค์จนถึงยากที่สุดที่ระดับตัดสินใจ

- (4) ปล่อยให้จิตสำนึกโดยองค์รวมก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง
- (5) ปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์และกลุ่ม

การจัดโครงสร้างการสนทนาแบบมีส่วนร่วมกลุ่มจะทำให้กลุ่มมีโอกาสสำรวจความสำคัญของหัวข้อ ประเด็นหรือประสบการณ์ร่วมกันแม้ว่าจะมีเวลาอยู่อย่างจำกัด วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมช่วยให้กลุ่มเข้าใจหัวข้อที่สนทนาในมุมมองที่ถูกต้องจนสามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ที่เป็นเช่นนี้ก็เนื่องจากว่ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนและทำให้ข้อมูลและความคิดกระจ่างชัด ในระดับความลึกที่ไม่เพียงแต่น่าพึงพอใจ แต่ยังช่วยให้เกิดความกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวที่แนบแน่นภายในกลุ่ม ที่ดีที่สุดก็คือ วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม จะช่วยให้สมาชิกทั้งหมดของกลุ่มได้ริเริ่มและเข้าร่วมในกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยนกันอย่างแท้จริงวิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วมจึงเป็นฐานสำหรับ (วิริติ ปานศิลา, 2557)

- (1) เก็บรวบรวมข้อมูล ทศนะความเห็นและแนวความคิดอย่างกว้างขวาง
- (2) ถกประเด็นที่ยุ่งยาก
- (3) ทบทวนไตร่ตรองเหตุการณ์และประสบการณ์สำคัญ
- (4) ทำความเข้าใจประเด็นและปัญหาให้มากขึ้น
- (5) ตัดสินเลือกแนวทางการปฏิบัติที่กลุ่มควรทำ

2) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop method)

เป็นการเอื้ออำนวยให้กลุ่มได้ใช้กำลังความคิดโดยคำนึงถึงหัวข้อเฉพาะหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง จนสามารถพัฒนาไปเป็นมติและปฏิบัติการ วิธีการนี้เหมาะมากสำหรับการสร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มจนนำไปสู่ความมุ่งมั่นและปฏิบัติการร่วมกัน วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการการเอื้ออำนวยให้กลุ่มดังนี้ (วิริติ ปานศิลา, 2557)

- 2.1) ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม
- 2.2) ปลดปล่อยความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น

2.3) กระตุ้นความคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม

2.4) สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้

2.5) เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์เพื่อการแก้ปัญหาและคลี่คลายประเด็น

2.6) สร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่มวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอน เพื่อการบริหารกลุ่มในการเดินทางไปสู่การถกเถียงแลกเปลี่ยนและการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม ได้แก่ (Barcillano, 2016; วิริติ ปานศิลา, 2557)

(1) บริบท (context) ที่กำหนดขอบเขตการถกเถียงของกลุ่ม โดยปกติจะอยู่ในรูปคำถามรวมศูนย์ (focus question) ที่ทางกลุ่มต้องการคำตอบ

(2) การระดมสมอง (brainstorm) ซึ่งเป็นการระดมข้อมูลและความคิดจาก 3 ระดับ คือ ระดับตัวบุคคล กลุ่มขนาดเล็ก และที่ประชุมเต็มคณะ เมื่อได้ความคิดจากการระดมสมอง มีขั้นตอนดังนี้

(2.1) เชิญชวนสมาชิกกลุ่มให้เข้าร่วมด้วย

(2.2) กล่าวนำเริ่มการประชุม

(2.3) อธิบายและเน้นความสำคัญของคำถามนำการประชุม

(2.4) วางโครงสร้างขั้นตอนที่จะทำระยะเวลาที่ให้เข้าร่วม

(3) ขอให้กลุ่มจัดหมวดหมู่ (cluster) ความคิดเหล่านี้ เมื่อความคิดถูกจัดเป็นหมวดหมู่ตามความคล้ายคลึงกัน มีขั้นตอนดังนี้

(3.1) ขอให้สมาชิกทุกคนจดความคิดของแต่ละคนลงบนแผ่นกระดาษ

(3.2) จัดกลุ่มถกเถียงขนาดเล็กให้สมาชิกในกลุ่มได้แลกเปลี่ยนถกเถียงความคิดของทุกคนให้แต่ละกลุ่มคัดเลือกความคิดที่สำคัญที่สุด 5 – 7 ข้อ แล้วจดลงบนบัตรความคิด

(3.3) ขอบัตรความคิดจากกลุ่มต่าง ๆ นำไปติดไว้บนกระดานบอกสมาชิกกลุ่มทุกคนให้ทำการศึกษาความคิดต่าง ๆ ที่กลุ่มย่อยต่าง ๆ เหล่านั้นได้ช่วยกันระดมให้เข้าใจชัดเจน

(4) กลุ่มก็จะตั้งชื่อ (title) กลุ่มความคิด แต่ละหมวดหมู่ที่ตอบสนองหรือขานรับโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ที่พวกเขาต้องการหาคำตอบ ในท้ายที่สุดแล้ว เมื่อความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้ถูกประกาศให้ทราบ มีขั้นตอนดังนี้

(4.1) ขอให้กลุ่มจัดความคิดที่เกี่ยวข้อง/ คล้ายคลึงกันจำนวน 4-8 คู่ ตามความรู้สึก

(4.2) ติดป้ายหรือหางบัตรที่แต่ละหมวดหมู่อย่างรวดเร็ว ใช้คำ 1-2 คำ

(4.3) จัดหมวดหมู่ต่าง ๆ เหล่านี้ให้ชัดเจนดูดีขึ้น โดยจัดเรียงบัตรความคิดทุกใบที่ติดบนกระดานให้ถูกต้องเหมาะสม

(4.4) สนทนาไปที่ละหมวดหมู่ในที่ประชุมใหญ่ ที่ประชุมมีความเห็นว่อย่างไร ที่ประชุมเกิดปัญหาความเข้าใจอะไรบ้าง

(4.5) ตั้งชื่อหมวดหมู่แต่ละกลุ่ม ด้วยชื่อที่ใช้คำ 3 – 5 คำ ที่ตอบสนองโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์

(5) ช่วงไตร่ตรอง (reflect) เป็นการปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการจัดร่วมกันสั้น ๆ เพื่อทำการทบทวนและยืนยันผลพวงที่จะตามมาของหัวข้อที่เห็นพ้องร่วมกัน

(5.1) อภิปรายความสำคัญของผลผลิตที่ได้จากการทำกระบวนการกลุ่ม

(5.2) ช่วยกลุ่มสร้างรูปแบบสำหรับรอบรับความเห็นพ้องร่วมกัน

(5.3) ถกขั้นตอนที่จะทำต่อไปสั้น ๆ

ในท้ายสุดขอให้กลุ่มได้ร่วมกันอภิปราย ORID อย่างสั้น ๆ ว่าด้วยผลลัพธ์โดยรวมของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ผลที่จะตามมาและขั้นตอนต่อไปที่ต้องให้ความสนใจและลงมือปฏิบัติในทันที โดยขั้นตอนการไตร่ตรองของกระบวนการเป็นจุดฝึกความมุ่งมั่นของกลุ่มที่มีต่อหัวข้อต่าง ๆ ที่กลุ่มเห็นพ้องร่วมกันเป็นหนึ่งเดียว เป็นจุดที่กลุ่มร่วมกันชื่นชมผลที่ได้ร่วมกันทำให้เกิดขึ้น กระบวนการวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการดึงเอาพลังงานสร้างสรรค์ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนออกมา แล้วจัดแถวให้พุ่งเป้าไปที่จุดรวมศูนย์เดียวกัน การกระทำต่อกันเชิงพลวัตในลักษณะดังกล่าวนี้ อันเป็นผลมาจากการทำตามขั้นตอนที่ละขั้นตอนของวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการจะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความสนใจ นำความพึงพอใจและเพิ่มความแข็งแกร่งให้แก่สมาชิกกลุ่มได้เป็นอย่างดี (วิริติ ปานศิลา, 2557)

3) วิธีการวางแผนปฏิบัติการ (action planning)

เป็นวิธีการที่รวมเอาวิธีการสนทนาและวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเข้าด้วยกันจนเกิดเป็นโครงสร้างที่ช่วยผลักดันกลุ่มให้เคลื่อนจากการมีความคิดที่ดีไปสู่แผนปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรมภายในกรอบเวลาที่แน่นอน พร้อมกับการกำหนดภารกิจและความรับผิดชอบที่วางโครงร่างไว้อย่างชัดเจน วิธีการวางแผนปฏิบัติการช่วยให้เรามีกระบวนการที่ (วิริติ ปานศิลา, 2557)

3.1) ให้สมาชิกกลุ่มทุกคนมีส่วนร่วมเสนอแนะ

3.2) ให้แผนปฏิบัติการที่สมจริงและนำไปปฏิบัติได้ในระยะเวลาอันสั้น

3.3) กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่ใช้ทั้งกระบวนการเชิงเหตุผลและใช้สัญชาตญาณ

3.4) สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้

3.5) ทำให้กลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนกัน

3.6) ระบุศูนย์ความรับผิดชอบต่อด้านต่างๆ ของแผน

3.7) ช่วยให้อำนาจนำปัจจัยด้านเป้าหมายและการจัดแบ่งทรัพยากรมาร่วม

พิจารณาได้อย่างง่ายดาย

3.8) ช่วยนำผลผลิตมาใช้เป็นแนวทางที่ทำได้จริงในการตรวจสอบความก้าวหน้าของการนำไปปฏิบัติวิธีการวางแผนปฏิบัติการเป็นกระบวนการเจ็ดขั้นตอนที่จัดเตรียมกลุ่มให้สามารถเดินไปตามเส้นทางสู่การพัฒนาแผนที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ได้แก่ (Gilbraith, 2016; วิริติ ปานศิลา, 2557)

(1) บริบท (context) สร้างบริบทแนะนำเหตุการณ์หรือกิจกรรมโดยในขั้นนี้กลุ่มจะทำการพิจารณาขอบเขตปริณิณทลพื้นฐานของกิจกรรมที่กำลังวางแผนเพื่อนำไปทำ ได้แก่ จะพัฒนาอะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม อย่างไร และโดยใคร จากการสร้างความเป็นเอกภาพให้เกิดขึ้นในขั้นแรกนี้เอง ที่กลุ่มเริ่มสร้างแผนปฏิบัติการ มีขั้นตอนดังนี้

(1.1) เชิญชวนสมาชิกกลุ่มให้เข้าร่วมด้วย

(1.2) กล่าวนำเริ่มการประชุม

(1.3) อธิบายและเน้นย้ำเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่จะวางแผน

(1.4) วางโครงสร้างขั้นตอนที่จะทำ ระบุระยะเวลาที่จะใช้

(1.5) เชื้อเชิญให้เข้าร่วม

(2) วงกลมแห่งชัยชนะ (victory circle) ให้คำนิยามชัยชนะ/ ความสำเร็จของกิจกรรมในขั้นนี้กลุ่มสามารถที่จะร่วมกันนิยาม “ความสำเร็จ” ว่าคืออะไรกันแน่ในความหมายของกลุ่มสำหรับกิจกรรมที่กำลังจะวางแผนที่จะทำ มีขั้นตอนดังนี้

(2.1) ขอให้กลุ่มจัดทำรายละเอียดแสดงกิจกรรมที่ทำเสร็จแล้ว ในวันที่ตามมาหลังทำกิจกรรม กลุ่มจะได้อะไร กลุ่มรู้สึกอย่างไร ประชาชนจะกล่าวถึงโครงการนี้อย่างไร

(2.2) จดคำตอบที่ได้ลงบนแผ่นกระดาษ

(3) การประเมินสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน (current reality) ผูกแผนปฏิบัติการให้ยึดติดกับความเป็นจริงของสถานการณ์ปัจจุบันในแง่ของทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนภายในกลุ่ม และผลประโยชน์และอันตรายภายนอก มีขั้นตอนดังนี้

(3.1) ขอให้กลุ่มระบุจุดแข็งและจุดอ่อนในสถานการณ์ปัจจุบัน จากนั้นให้กลุ่มระบุผลดีและผลเสียที่อาจจะเป็นผลมาจากการดำเนินการตามแผนจนประสบความสำเร็จ

(3.2) จดคำตอบทั้งหมดลงบนแผ่นกระดาษ

(4) การสื่อสารออกมาเป็นข้อผูกมัดหรือสัญญาใจ (commitment) ต่อกิจกรรมที่กำลังวางแผนจะทำ เมื่อได้ทำการสื่อสารออกมา มีขั้นตอนดังนี้

(4.1) อ่านรายการแสดงภาพความเป็นจริงปัจจุบันที่ทำได้และพิจารณา
สั้น ๆ ผลที่จะเกิดตามมาของสิ่งเหล่านั้นต่อแผนที่กำลังจะร่าง

(4.2) ขอให้กลุ่มให้ความผูกมัดทุ่มเทต่อความสำเร็จของกิจกรรม

(4.3) จดสัญญาใจลงบนกระดาษ

(4.4) ร่างข้อความที่มีความยาวเป็นประโยคหรือย่อหน้า เพื่อประกาศ
ขอบเขตและผลลัพธ์ของโครงการ

(5) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ

ระบุปฏิบัติการที่ต้องทำ และตั้งคณะทำงาน การประชุมเชิงปฏิบัติการ
เพื่อกำหนดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (key actions workshop) ในกลุ่มเพื่อที่จะกำหนดหมวด
ปฏิบัติการหรือการกระทำที่จำเป็นและสรรหาสมาชิกเพื่อตั้งเป็นคณะทำงานที่มีหน้าที่นำหมวด
ปฏิบัติการที่จำเป็นเหล่านั้นไปปฏิบัติ หลังจากนั้น กลุ่มก็จะแตกตัวเป็นคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อที่จะเขียน
ปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (calendar of activities and assignments) กระบวนการการทำ
แผนปฏิบัติการตามกิจกรรมต่าง ๆ ได้จัดทำไว้เป็นตารางกำหนดการ กลไกการประสานงานได้ถูกจนเข้าใจ
กันดี และการจัดสรรทรัพยากรได้ร่วมกันตัดสินใจเรียบร้อยในท้ายสุด (resolve) การไตร่ตรอง (reflect)
ร่วมกันเพื่อที่จะยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่ม ถกผลที่ตามมาและนำแผนไปปฏิบัติในที่สุด วิธีการ
วางแผนปฏิบัติการใช้ได้ผลดีที่สุดสำหรับการวางแผนรองรับเหตุการณ์หรือกิจกรรมเนื่องจาก (1)
สร้างความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนในกิจกรรมที่วางแผน (2) ทำให้เกิดความรู้สึกผูกมัดทุ่มเทจากรายบุคคล
และเป็นองค์รวมต่อความสำเร็จของกิจกรรม (3) ระบุความรับผิดชอบและการต้องอธิบายชี้แจงของ
สมาชิกกลุ่มทุกคน และ (4) ตัดสินใจเรื่องการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการดำเนินกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้
(วีรติ ปานศิลา, 2557)

3) ถอดบทเรียน (Lessons learned)

3.1) ความหมาย

การถอดบทเรียน หมายถึง เครื่องมือเพื่อสร้างการเรียนรู้และการจัดการความรู้
โดยการจัดการความรู้ที่มีอยู่ในตัวคน (tacit knowledge) ออกมาเป็นบทเรียนหรือความรู้ที่ชัดเจน
(explicit knowledge) ทั้งนี้บทเรียน คือ สิ่งที่ต้องอธิบายว่าทำไมถึงเกิด ทำไมถึงเป็นแบบนั้น ไม่ใช่เป็น
เฉพาะเรื่องเล่า โดยหัวใจหลักของการถอดบทเรียน คือ ต้องมีการแบ่งปันความรู้ (knowledge
sharing) โดยมีผลประโยชน์ร่วมกัน (mutual benefit) มีความไว้วางใจทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (trust)
และมีการเรียนรู้ (learning) ร่วมกัน (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2558) บทเรียนหรือบทสรุปความรู้ที่เป็น

รูปธรรมที่ได้จากการทำงาน หรือความรู้ที่ได้จากข้อค้นพบใหม่ หรือมีการแก้ไขจากความผิดพลาดเดิม และไม่ให้ความผิดพลาดนั้นเกิดขึ้นอีก จะเป็นองค์ความรู้ให้คนรุ่นต่อไปสามารถนำไปปฏิบัติได้

3.2) สิ่งที่ได้จากการถอดบทเรียน (สมเกียรติ ภูพจน์วิบูล, 2556)

การถอดบทเรียนเป็นเครื่องมือในการผลิตความรู้ ได้แก่ การค้นหาความรู้จาก การปฏิบัติ การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ การใช้ความรู้จากการปฏิบัติครั้งก่อนเพื่อการปฏิบัติซ้ำ การปรับปรุงพัฒนาความรู้เพื่อการปฏิบัติครั้งต่อไป และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3.3) ระยะเวลาในการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนแบ่งเป็น 3 ระยะ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2558) ได้แก่

(3.3.1) ถอดบทเรียนก่อนการดำเนินการเป็นการเรียนรู้ก่อนที่จะเกิด ข้อผิดพลาดและวางแผนการดำเนินให้รัดกุม

(3.3.2) ถอดบทเรียนระหว่างดำเนินการ เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นระหว่าง ดำเนินงานเพื่อปรับแก้ไขระหว่างดำเนินการได้

(3.3) การถอดบทเรียนหลังการดำเนินการเป็นการเรียนรู้เพื่อการดำเนินการ ครั้งต่อไป

3.4) วิธีการถอดบทเรียน มี 3 รูปแบบ (ยุวดี เกตสัมพันธ์, 2558) ได้แก่

(3.4.1) วิธีการถอดบทเรียนด้วยการเรียนรู้จากเพื่อน (peer assist) เป็นการ เรียนรู้ก่อนการทำการกิจกรรม เป็นการเรียนรู้จากเขา เขาเรียนรู้จากเรา ทั้งเราและเขาเรียนรู้ร่วมกัน และสิ่งที่เราร่วมกันสร้าง (เกิดความรู้ใหม่) โดยมีลักษณะเป็น การประชุมหรือประชุมเชิงปฏิบัติ

(3.4.2) การถอดบทเรียนแบบเรื่องเล่า (story telling) เป็นการเรียนรู้ก่อนหรือ ระหว่างทำการกิจกรรม ด้วยการให้ผู้มีความรู้จากการปฏิบัติ ปลดปล่อยความรู้ที่ซ่อนเร้นอยู่ในตัวออกมา แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยผู้เล่าจะเล่าความรู้สึกที่ฝังลึกอยู่ในตัวที่เกิดจากการปฏิบัติ ผู้ฟังสามารถตีความ ได้อิสระ การถอดบทเรียนในลักษณะนี้ เป็นการสกัดความรู้จากเรื่องที่เล่าว่ามีคุณค่าและสามารถ นำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างไร

(3.4.3) การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (after action review: AAR) การจับ ความรู้ที่เกิดขึ้นสั้นๆ หลังการทำการกิจกรรม แล้วนำไปสู่การวางแผนในครั้งต่อไป การทำ AAR สามารถ ดำเนินการได้ทั้งระหว่างทำการกิจกรรม เพื่อปรับปรุงแก้ไขระหว่างการทำงาน หรือการทำให้ คิดไป แก้ไขไป และภายหลังสิ้นสุดแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปวางแผนกิจกรรมครั้งต่อไป สำหรับโครงการหรือ กิจกรรมที่ทำครั้งเดียวแล้วจบ ไม่จำเป็นต้องทำ AAR

3.5) กระบวนการเรียนรู้ในการถอดบทเรียน

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (มณฑา เก่งการพานิช และคณะ, 2558) คือ

ประเภทที่ 1 เน้นการถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์โดยวิทยากรหรือกระบวนการเป็นหลักยึดวิทยากรเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

ประเภทที่ 2 ผู้เข้าร่วมสามารถสร้างความรู้ได้เอง โดยอิงประสบการณ์และร่วมกันค้นหาหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ขึ้นมา กระบวนการมีหน้าที่เป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ด้วยผู้เข้าร่วมเป็นศูนย์กลาง

3.6) ขั้นตอนการถอดบทเรียน (สมเกียรติ ภูวัฒน์วิบูล, 2556) มีดังนี้

(3.6.1) การตั้งประเด็น

ประเด็นการจัดการความรู้ คือ การพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ต้องใช้อะไร ปัจจุบันมีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด และอยู่ที่ใคร ทั้งนี้การกำหนดความรู้หลักที่จำเป็นหรือสำคัญต่องานหรือกิจกรรมของกลุ่มหรือองค์กร เช่น ประเด็นที่สำคัญในองค์กร ในชีวิตประจำวัน ในงานที่ทำ ในกลุ่มเป้าหมายสนใจร่วมกัน ประเด็นที่ทำให้เกิดการพัฒนาที่ดีขึ้น ประเด็นตั้งไว้เพื่อการแก้ปัญหา และประเด็นที่ช่วยให้บรรลุเป้าหมาย

(3.6.2) กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มที่มีความสนใจร่วมกัน กลุ่มที่มีประสบการณ์หน้าที่การทำงานร่วมกัน และ กลุ่มที่นำไปใช้

กลุ่มเป้าหมายไม่ควรมีจำนวนมากนัก วิทยากรมีส่วนช่วยน้อยมาก เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้ ทั้งนี้ ต้องจัดเป็นระยะเวลาที่ชัดเจนตามแผนการจัดการความรู้ของหน่วยงาน ประมาณ 8-9 ครั้ง จะดีมาก โดยควรแตกประเด็นไปเรื่อยๆ เหมือนต้นไม้ที่แตกกิ่งก้านสาขา ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานได้แนวปฏิบัติ เกิดการต่อยอดไปเรื่อยๆ

บรรยากาศการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรเป็นบรรยากาศสบายไม่เคร่งเครียด เป็นกันเอง ใช้เวลาไม่มาก มีการจดบันทึกประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะประเด็นจะทำให้บรรลุได้อย่างไร (How to) สำหรับการจัดห้องและสถานที่สามารถเดินไปเดินมา ผ่อนคลายนั่งคุยกันได้สะดวก สัมผัสได้ทุกทาง ต่อการเกิดองค์ความรู้ และไม่ต้องไปเกร็งว่าผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ต้องพูดทุกคำ

การบันทึกสิ่งที่ควรบันทึกควรมีในองค์ความรู้ คือจัดการความรู้เรื่องอะไร ประเด็นเรื่องอะไร ผู้เข้าร่วมมีใครบ้าง และเป็นครั้งที่เท่าไร เจาะลึกเรื่องประเด็นอะไร และที่สำคัญที่สุด คือ สิ่งที่ค้นพบคืออะไร ข้อค้นพบ เช่นแนวปฏิบัติที่ดี มีการสรุปเป็นตารางสรุปว่าจัดกี่ครั้งและได้อะไรบ้าง โดยเฉพาะประเด็นจะทำให้บรรลุได้อย่างไร (how to)

3.7) ประโยชน์ของการถอดบทเรียน (สมเกียรติ ภูวัฒน์วิบูล, 2556)

- ประเด็นที่เป็นค่านัดคือประเด็นที่ยังไม่ลงตัวแน่นอนสามารถพัฒนาขึ้นได้
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นส่วนหนึ่งของการถอดบทเรียน ผลของการถอดบทเรียนหรือบทสรุปที่ได้จากการทำงาน หรือขั้นตอนการทำงาน หรือสิ่งที่ต้องทำต่อไป
- เกิดผลลัพธ์ที่ได้จากกระบวนการจัดการความรู้
- การนำเครื่องมือการจัดการความรู้มาใช้ จะทำให้เรารู้สึกเปิดใจ พร้อมทั้งจะเรียนรู้ มีความคิดสร้างสรรค์ และรักองค์กร เข้าใจวัฒนธรรมองค์กร
- ช่วยลดขั้นตอนในการทำงานได้ เช่นเมื่อมีปัญหาในการทำงานเกิดขึ้น ผู้ปฏิบัติงานก็จะสามารถหาแนวทางหรือวิธีการแก้ปัญหาได้รวดเร็ว โดยค้นคว้าจากผลการจัดการความรู้ในเรื่องนั้นๆ
- ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานไม่ต้องทำงานด้วยการลองผิดลองถูก

4) การวิเคราะห์สถานการณ์ด้วยเทคนิค SWOT

4.1) ความหมาย (สถาบันการพัฒนาชุมชน, 2557)

จุดแข็ง (strengths) หมายถึง ความสามารถและสถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นบวก ซึ่งองค์กรนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึง การดำเนินงานภายในที่องค์กรทำได้ดี

จุดอ่อน (weaknesses) หมายถึง สถานการณ์ภายในองค์กรที่เป็นลบและด้อยความสามารถ ซึ่งองค์กรไม่สามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการทำงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึง การดำเนินงานภายในที่องค์กรทำได้ไม่ดี

โอกาส (opportunities) หมายถึง ปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่เอื้ออำนวยให้การทำงานขององค์กรบรรลุวัตถุประสงค์ หรือ สภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการขององค์กร

อุปสรรค (threats) หมายถึง ปัจจัยและสถานการณ์ภายนอกที่ขัดขวางการทำงานขององค์กรไม่บรรลุวัตถุประสงค์ หรือหมายถึงสภาพแวดล้อมภายนอกที่เป็นปัญหาต่อองค์กร บางครั้งการจำแนกโอกาสและอุปสรรคเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะทั้งสองสิ่งนี้สามารถเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจทำให้สถานการณ์ที่เคยเป็นโอกาสกลับกลายเป็นอุปสรรคได้

4.2) กรอบการวิเคราะห์ SWOT

ในการวิเคราะห์ SWOT ให้กำหนดเรื่อง หัวข้อ หรือประเด็น (area) เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึง เพราะว่า การกำหนดประเด็นทำให้การวิเคราะห์และประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และอุปสรรคได้ถูกต้องโดยเฉพาะการกำหนดประเด็นหลัก (key area) ได้ถูกต้องจะทำให้การวิเคราะห์ถูกต้องยิ่งขึ้น (สถาบันการพัฒนาชุมชน, 2557)

4.3) ลักษณะการวิเคราะห์ SWOT

การวิเคราะห์ SWOT ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมทุกระดับ เกิดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำและผู้ปฏิบัติ เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน สิ่งสำคัญในการวิเคราะห์ SWOT จะใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการวิเคราะห์ มีข้อมูลสนับสนุน เน้นการกระตุ้นให้ทุกคนได้คิด และเปิดเผยประเด็นที่ซ่อนเร้น ทำให้มองเห็นปัญหาพ้องกัน ทำให้ทุกคนในองค์กรมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพันธสัญญาในองค์กรเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาองค์กรต่อไป (สถาบันการพัฒนาชุมชน, 2557)

2.9.2 เครื่องมือวิจัยในการดำเนินการวิจัย

1) แผนปฏิบัติการ (action plan) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย (1.1) ชื่อโครงการ เป้าหมาย (1.2) กิจกรรม วัตถุประสงค์ เป้าหมาย (1.3) วิธีการ ขั้นตอนการดำเนินการ 4) วันเวลา สถานที่ อุปกรณ์ (1.5) ผลที่คาดว่าจะได้รับ (1.6) วิธีประเมิน (1.7) ผู้รับผิดชอบ ประกอบด้วย 3 โครงการดังนี้ (1) โครงการศึกษาสถานการณ์ ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (2) โครงการกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ (3) โครงการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากรที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำขึ้นสำหรับบุคลากรสุขภาพที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เพื่อเป็นแนวทางและประกอบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีเนื้อหาประกอบด้วย หลักการและเหตุผล กรอบการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคู่มือนี้สร้างขึ้นภายใต้แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจของชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ฉบับปี 2553 และฉบับปรับปรุงปี 2558 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การออกกำลังกายและกิจกรรมประจำวันสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน รวมถึงใช้เป็นแนวทางสำหรับครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ด้วย

4) แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคู่มือนี้สร้างขึ้นภายใต้แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจของชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่ง

ประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ฉบับปี 2553 และฉบับปรับปรุงปี 2558 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบบันทึกนี้ใช้สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายได้เขียนเป้าหมายและแผนปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการเดินออกกำลังกาย ทำกิจกรรมประจำวัน การปรับลดปัจจัยเสี่ยงและจิตสังคม และใช้สำหรับบันทึก กำกับติดตามการเดินออกกำลังกายและทำกิจกรรมประจำวันในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายของทีมสุขภาพ

5) คู่มือเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นคู่มือนี้สร้างขึ้นภายใต้แนวทางการฟื้นฟูสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจของชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ฉบับปี 2553 และฉบับปรับปรุงปี 2558 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยคู่มือนี้มีส่วนประกอบ 2 ส่วนดังนี้ (1) แนวทางการเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยที่ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและ (2) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ตนเองต้องติดตามดูแล

6) แบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review) ประกอบด้วย (1) ชื่อโครงการ (2) กิจกรรม/วัตถุประสงค์/เป้าหมาย (3) สิ่งที่คาดหวัง คาดหวังอะไร (4) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ ได้ทำอะไรกันบ้าง ทำอย่างไรบ้าง สิ่งที่เกิดขึ้นเป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ 5) เรียนรู้อะไรจากการทำกิจกรรมนี้ร่วมกัน ทำไมเป็นเช่นนั้น เปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเรียนรู้อะไรจากการทำกิจกรรมนี้ร่วมกัน มีเหตุปัจจัยอะไรเป็นตัวหนุนเสริม หรือขัดขวางบ้าง 6) เกิดความรู้สึกอย่างไรบ้างในการทำกิจกรรม ดี ไม่ดี, ชอบ ไม่ชอบ อะไรคือสิ่งที่ทำได้ดีกับกลุ่ม กลุ่มเห็นว่าอย่างไร (อะไรที่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ทำง่าย ทำยาก อยากทำ ควรทำหรือไม่ควรทำ น่าจะอย่างไร สิ่งใดที่อยากทำซ้ำ)ทำไมเป็นเช่นนั้น 7) สิ่งที่ได้ไม่ดีคืออะไร อะไรเป็นปัญหา สิ่งที่ไม่ชอบมากๆ จนไม่อยากทำซ้ำ ทำไมเป็นเช่นนั้น 8) สิ่งที่เราควรทำต่อไปสำหรับกิจกรรมนี้คืออะไร จะต้องทำอะไร ทำอย่างไร (วิริติ ปานศิลา, 2557) โดยการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review) 3 โครงการดังนี้ (1) โครงการศึกษาสถานการณ์ ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (2) โครงการกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ (3) โครงการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2.9.3 เครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participatory observation)

การวิจัยปฏิบัติการ มักใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการสังเกตเป็นวิธีที่ผู้วิจัยเข้าไปอยู่ร่วมกับกลุ่มที่ศึกษา ร่วมพัฒนา เป็นที่ปรึกษาและประสานความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

โดยผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธ์ภาพกับพื้นที่ศึกษาจนเป็นที่ยอมรับไว้วางใจ โดยแบ่งการสังเกตเป็น 2 ลักษณะ คือ (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2540)

1.1) การเข้าไปร่วมโดยสมบูรณ์ ผู้วิจัยเข้าร่วมในกิจกรรมทุกอย่าง เป็นไปตามธรรมชาติ เข้าถึงทุกเหตุการณ์หรือทุกสถานการณ์ในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยผู้ถูกสังเกตจะรู้ตัวเลยว่ากำลังถูกสังเกต พฤติกรรม

1.2) การเข้าไปร่วมไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัย เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมบ้างตามที่เห็นสมควร ทั้งนี้เพื่อสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัย และผู้ถูกสังเกตให้เกิดความสนิทคุ้นเคย ผู้ถูกสังเกตจะรู้ตัวว่ากำลังถูกสังเกต การสังเกตแบบนี้นิยมใช้กันมากในการศึกษาชุมชน ทั้งนี้ การสังเกต จะประกอบไปด้วย การสังเกต การสอบถามหรือสัมภาษณ์ และการบันทึกร่วมด้วย โดยใช้ การบันทึกเสียง การถ่ายภาพ เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน สิ่งที่ต้อง สังเกตที่สำคัญ 6 ประเภท คือ การกระทำ (acts) กิจกรรม (activities) ความหมาย (meaning) ความสัมพันธ์ (relationship) การมีส่วนร่วม (participatory) และสภาพสังคม (setting) (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2540)

2) การสัมภาษณ์ (interview) (สุภางค์ จันทวานิช, 2557)

2.1) การสัมภาษณ์ เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อาศัยการโต้ตอบทางวาจาเป็นหลัก เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึก ความสนใจ ความคิดเห็น และทัศนคติในเรื่องต่างๆ ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านจิตอารมณ์ และอาจใช้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ความคิดต่างๆ ได้ด้วย

2.2) ประเภทของการสัมภาษณ์ ในงานวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 3 ลักษณะ คือ

(1) การสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างหรือแบบมาตรฐาน (structured or standardized interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่มีการกำหนดเฉพาะเจาะจงและชัดเจน หลักการและเหตุผลของการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างคือ การพยายามทำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้รับคำถามชุดเดียวกัน เพื่อว่าจะสามารถเปรียบเทียบคำตอบของแต่ละคนได้สะดวกขึ้น

(2) การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือแบบปลายเปิด (unstructured or open-ended interview) เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมที่สุดในการเก็บรวบรวมสาระด้านการรับรู้โลกและประสบการณ์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือแบบปลายเปิดมีลักษณะตรงข้ามกับการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเพราะจะมีลักษณะที่สลับไหลไปตามสถานการณ์ได้ดีกว่า ทั้งนี้เพราะไม่ได้ใช้คำถามที่กำหนดไว้อย่างตายตัว

(3) การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured or guided interview) หรือการสัมภาษณ์แบบชี้นำ (guided interview) เป็นการสัมภาษณ์ที่อยู่ระหว่างกลางการสัมภาษณ์ทั้งสองประเภทข้างต้น ส่วนใหญ่จะกำหนดคำถามที่พอจะตัดสินใจได้ว่าคำถามอะไร หรือการใช้คำสำคัญ (key word) เป็นเครื่องชี้นำการสัมภาษณ์ คือเป็นการเตรียมสัมภาษณ์ด้วยคำถามแบบ

หลวม ๆ ในลักษณะกึ่งโครงสร้าง โดยการร่างคำถามปลายเปิดที่มีความสำคัญที่ต้องการ พร้อมกับมีความยืดหยุ่น พร้อมจะเปลี่ยนถ้อยคำให้สอดคล้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยแต่ละคนและสถานการณ์การสัมภาษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ส่วนใหญ่จะทำการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือกึ่งโครงสร้าง ซึ่งลึกซึ้ง มีรายละเอียดมาก และต้องการทำความเข้าใจกับความคิดและพฤติกรรมในประเด็นที่สำคัญของผู้ให้สัมภาษณ์อย่างแท้จริง

2.3) หลักและเทคนิคการสัมภาษณ์

หลักการสัมภาษณ์ มีดังนี้

(1) การสัมภาษณ์ต้องมีจุดมุ่งหมายแน่นอน โดยผู้สัมภาษณ์ต้องเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้า และเรียงลำดับคำถามไว้อย่างเป็นระบบไม่ให้เกิดความสับสน แล้วฝึกหรือทดลองสัมภาษณ์ก่อนสัมภาษณ์จริงเพื่อให้เกิดความชำนาญ

(2) ในการสัมภาษณ์ต้องมีการสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง เพื่อผู้ถูกสัมภาษณ์จะได้สบายใจและได้ข้อมูลตามความเป็นจริงมากที่สุด ควรใช้วาจาสุภาพ ชัดเจน เข้าใจง่ายต้องมีการยั่วยุหรือเร้าให้ผู้ถูกสัมภาษณ์อยากให้คำตอบ อยากแสดงความคิดเห็น โดยไม่มีการแนะนำคำตอบ

(3) ผู้สัมภาษณ์ต้องมีพื้นความรู้ในเรื่องที่จะสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ซึ่งจะทำการสนทนาเป็นที่เข้าใจกัน สามารถแปลและสรุปคำตอบได้ถูกต้อง

(4) การสัมภาษณ์ต้องมีการจดบันทึกผลการสัมภาษณ์ การจดบันทึกต้องกระทำอย่างรอบคอบ ระมัดระวังให้เกิดความคลาดเคลื่อน อาจใช้เครื่องมืออื่นช่วย เช่น เทป โดยต้องขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ด้วยสำหรับเทคนิคการสัมภาษณ์ ควรสัมภาษณ์ทีละคำถาม โดยเริ่มจากคำถามง่าย ๆ ใช้ถ้อยคำที่เข้าใจง่าย คำถามพยายามสัมภาษณ์ให้เสร็จในเวลาที่กำหนดหลีกเลี่ยงการแนะนำคำตอบและถามนอกเรื่อง หลีกเลี่ยงคำถามที่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์

3) การสนทนากลุ่ม (focus Group) (สุภางค์ จันทวานิช, 2557)

3.1) การสนทนากลุ่มเป็นการรวบรวมข้อมูลจากการนั่งสนทนากับผู้ให้ข้อมูล (key information) ที่ได้รับการเลือกสรรตามหลักเกณฑ์ที่นักวิจัยกำหนดไว้และเป็นผู้ที่สามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น และสามารถตอบวัตถุประสงค์ที่สนใจศึกษามากที่สุด การสนทนากลุ่ม เป็นวิธีการอันหนึ่งในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความนึกคิด จิตใจ และพฤติกรรมของมนุษย์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ และยังทำให้ทราบถึงปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้า โดยคำถามในวงสนทนากลุ่มจะเป็นคำถามถึงความรู้สึก การตัดสินใจ การให้เหตุผล แรงจูงใจ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนความประทับใจเป็นต้น

3.2) องค์ประกอบของการจัดสนทนา องค์ประกอบของการจัดสนทนากลุ่มไว้ว่า สิ่งแรกที่ต้องทำคือ การกำหนดเรื่องที่จะทำการศึกษา จากนั้นกำหนดตัวแปรหรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ทำการศึกษาเพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนา สำหรับการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา ให้พิจารณาว่าเป็นบุคคลที่สามารถให้คำตอบในการศึกษาครั้งนี้ตรงตามวัตถุประสงค์มากที่สุด โดยบุคลากรในการจัดสนทนากลุ่มมีดังนี้

- (1) ผู้นำกลุ่มและกำกับการสนทนาให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการสนทนา
- (2) ผู้จัดบันทึกคำสนทนา ซึ่งทำหน้าที่คอยจดบันทึกคำสนทนา และสังเกต รวมทั้งคอยสะกิดเตือนพิธีกรในกรณีที่พิธีกรลืมคำถามหรือข้ามคำถาม และทำหน้าที่เขียนผังการสนทนากลุ่มให้พิธีกรเพื่อจะได้ทราบว่าในกลุ่มมีใครบ้าง ชื่ออะไร นั่งตรงไหน และพูดอะไรบ้าง
- (3) เจ้าหน้าที่บริการทั่วไป ซึ่งทำหน้าที่คอยกันผู้เข้าร่วมวงในกลุ่มที่ไม่ได้รับเชิญ และคอยอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาในด้านต่าง ๆ มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง เทปเปล่า สมุดจดบันทึก ดินสอ ปากกา ยางลบ ฯลฯ รวมทั้งอุปกรณ์เสริมที่ช่วยให้การสนทนาดำเนินไปด้วยบรรยากาศราบรื่นและดูเป็นธรรมชาติ ไม่เครียด และมีสภาพแวดล้อมที่ดีไม่มีสิ่งรบกวนจนเกินไป และใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มไม่เกิน 2 ชั่วโมง

3.3) ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่มมีดังนี้

- (1) แนะนำตัวเองและเพื่อนสมาชิก เมื่อสมาชิกกลุ่มมาพร้อมกันแล้วก็เริ่มดำเนินการสนทนา โดยผู้ดำเนินการสนทนา คือพิธีกรแนะนำตนเองและทีมงาน ผู้จัดบันทึก และผู้บริการทั่วไป บางครั้งอาจมีผู้สังเกตการณ์ด้วย
- (2) อธิบายจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ในการสนทนา รวมทั้งการบอกให้ทราบว่ามีการบันทึกคำสนทนา ตลอดจนการยกประเด็นปัญหา และการจดบันทึกคำสนทนาด้วย
- (3) เกริ่นนำด้วยคำถามอุ่นเครื่องสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้เกิดขึ้นในวงสนทนา
- (4) เริ่มตั้งคำถามในแนวการสนทนาตามที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งหลังจากพิจารณาแล้วว่าสมาชิกภายในกลุ่มเริ่มคุ้นเคยกับเราดีแล้ว โดยทิ้งช่วงให้มีการถกเถียงและโต้แย้งกันให้พอสมควร
- (5) พยายามสร้างบรรยากาศในกลุ่มสนทนาให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ควบคุมการสนทนาไม่ให้หยุดนิ่ง และอย่าชักคนใดคนหนึ่งมากจนเกินไป
- (6) พยายามควบคุมการสนทนาอย่าให้เกิดการข่มกันทางความคิด คือควบคุมมิให้คนที่พูดเก่งในกลุ่มได้ชักจูงให้สมาชิกในกลุ่มคล้อยตามคนที่พูดเก่ง และพยายามสร้างบรรยากาศให้คนที่ไม่ค่อยได้พูดได้แสดงความคิดเห็นออกมาให้ได้
- (7) ผู้นำกลุ่มควรจะต้องเป็นคนที่ยึดถามเก่ง มีพรสวรรค์ในการสนทนา มีการเว้นจังหวะการถามที่ดี ถามซ้ำ ๆ ละเอียดย และต้องมีการพูดแทรกตลกอย่างเหมาะสม เพื่อจะช่วยให้

บรรยากาศการสนทนากลุ่มสนุกไม่เหนียวเล้าการสนทนากลุ่มนี้มีข้อดีคือสามารถเสวนากันในเรื่องที่สนใจไม่มีการปิดบัง สมาชิกในกลุ่มกล้าพูด กล้าแสดงออก กล้าแสดงความคิดเห็น

4) การวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis)

เอกสาร หมายถึง หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข แบบฟอร์ม พระราชกฤษฎีกา พระราชบัญญัติ กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ประกาศ หนังสือเวียน มติที่ประชุม คำสั่ง ระบบไอที (เรื่องชัย จรุงศิริวัฒน์, 2555)

5) การใช้อุปกรณ์ช่วยรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.1) กล้องถ่ายภาพ

การออกปฏิบัติงานภาคสนามสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ควรใช้กล้องถ่ายภาพ เป็นอย่างยิ่งเพราะการถ่ายภาพทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่แน่นอนของสนามที่ตนวิจัยสามารถจัดทำแผนที่ และแผนผังต่างๆ มีความถูกต้องแม่นยำ รายละเอียดของเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วม (สุภางค์ จันทวานิช, 2557)

5.2) เครื่องบันทึกเสียง

เครื่องบันทึกเสียงเป็นสิ่งที่นักวิจัยจะนำมาใช้เป็นอย่างดีในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เล่าข้อมูลต่อเนื่องได้ยาว การใช้แถบบันทึกควรมีการจดบันทึกด้วยเพื่อความสมบูรณ์ และง่ายเวลาถอดเสียง (สุภางค์ จันทวานิช, 2557)

6) แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา สิทธิการรักษา ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ วินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย การมีโรคร่วม การรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจ Echocardiogram ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความดันโลหิตไดเอสโตลิกก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ชนิดของยาที่รับประทานที่บ้าน ประวัติการหยุดยาหรือขาดยา ประวัติการติดเชื้อ ประวัติการสูบบุหรี่ และส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ระยะเวลาที่กลับมารักษาซ้ำนับจากวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล อาการสำคัญที่กลับมารักษาซ้ำ การวินิจฉัยโรค จำนวนวันนอนของการกลับมารักษาซ้ำ ผลการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

7) แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการวัดความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในการประเมินการฟื้นฟูสภาพระบบต่างๆ ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ภายหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินความพร้อมการทำงานของระบบอวัยวะภายในร่างกายของผู้ป่วยเพื่อคาดการณ์ถึงความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่ามีความเที่ยงตรงสูงในการประเมินความสามารถในการทำงานของระบบร่างกายและใช้ในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของหัวใจและปอดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วย (LaPier, 2003; Du, Newton, Salamonson, Carrieri-Kohlman & Davidson, 2008) วิธีการทดสอบทำได้โดยให้ผู้ป่วยเดินทางราบในเวลา 6 นาที ได้ระยะทางเดินได้เท่าใดบันทึกโดยใช้แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาทีเพื่อเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายได้ดีเท่าใด ยิ่งเดินภายใน 6 นาทีได้ระยะทางยาวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพของร่างกายดีขึ้นตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้วัดความสามารถในการเดิน 6 นาที

8) แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดัก (Duke activity status index: DASI) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายฉบับภาษาไทยของ นิสากร วิบูลชัย (Vibulchai, 2014) ที่แปลจากต้นฉบับ Duke activity status index: DASI สำหรับประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจของดัก (Duke activity status index: DASI) ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม (item) ซึ่งครอบคลุม 4 กิจกรรมหลัก (major activity domains) คือ การดูแลกิจวัตรส่วนบุคคล (personal care) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (ambulation) การทำงานบ้าน (household tasks) การมีเพศสัมพันธ์ (sexual function) งานอดิเรก (recreation) โดยสอบถามแต่ละข้อ ผู้ป่วยโดยตอบ ใช่ และไม่ใช่ ถ้าตอบใช่ นับเป็นคะแนนบ่งชี้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ ถ้าตอบไม่ใช่ ไม่นับเป็นคะแนนบ่งชี้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ หรือมีคะแนนเป็น 0 คะแนน โดยคะแนนรวมระดับสูง (58.2 คะแนน) แปลผลผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีมาก (better functional capacity) (Hlatky et al., 1989) โดยคะแนนรวมของดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดัก (Duke Activity status index: DASI) สามารถคาดการณ์การใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายได้ (maximal oxygen consumption: VO_2)

โดยคำนวณโดยใช้สูตรสมการ $VO_2 = 0.43 \times DASI + 9.6$ (Hlatky et al., 1989) โดย $VO_2 = 3.5$ มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อนาทีเท่ากับ 1 MET (Metabolic equivalents: METs) (Fleisher et al., 2007) ส่วน cut-off points ของ ดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดัก (Duke activity status index: DASI) โดยการเทียบกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (Metabolic equivalents: METs) หลังคำนวณ METs โดย (Fleisher et al., 2007) น้อยกว่า 4 METs แปลผล ระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยไม่ดี (poor) 4-6 METs แปลผล ระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยปานกลาง (moderate) 7-10

METS

แปลผล ระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยดี (good) แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดุก (Duke activity status index: DASI) แปลเป็นภาษาไทยโดย นิสากร วิบูลชัย โดยใช้วัดระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความเที่ยงตรงโดย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.76 (Vibulchai et al., 2015)

9) แบบประเมินอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory, TDI) ของ มาโนชหล่อตระกูล พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้าขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษา อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย และจากแบบสอบถามที่ ใช้อยู่ในทางตะวันตก 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 ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 3 หมายถึง มากที่สุด คะแนนของแบบประเมินทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ภาวะซึมเศร้า ยิ่งมาก (แสงเดือน กันทะชู และคณะ, 2557)

10) แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ต้นฉบับพัฒนาโดย Weinman เมื่อปี 1996 และพัฒนาปรับปรุงโดย Moss-Morris และคณะ ในปี 2002 เพื่อใช้สอบถามภาพสะท้อนความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตน การรับรู้ของบุคคลเป็นการจัดระบบวิเคราะห์ แปลและให้ความหมายของการเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม รอบตัว รวมทั้งความรู้สึกต่ออาการขณะนั้น ซึ่งภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความน่าสนใจถึงการรับรู้ภาพสุขภาพที่เป็นมุมมองของผู้ป่วยเนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายนี้มีผลต่อการจัดการอาการและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพสะท้อนทางความคิดในการค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการวางแผนจัดการตนเองในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเองและสามารถกลับไปทำงานตามปกติได้เร็วขึ้น แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการ แปลย้อนกลับโดย ศรีนรินทร์ สมประสงค์ แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้ คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วย

มาก คะแนน รวมของแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าระหว่าง 38-158 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยยิ่งมาก ประกอบด้วย 2 ส่วน (Sriprasong et al., 2009) ดังนี้

ส่วนที่ 1 บ่งชี้คุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย (identity) เป็นการรับรู้ การให้ความหมาย (label) การเจ็บป่วยตามความเข้าใจของบุคคลว่าโรคนั้นมีลักษณะเฉพาะอย่างไร หรือมีอาการอย่างไร (symptom) เช่น อาการปวด อาการคลื่นไส้ ขาดความแข็งแรง เป็นต้น มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แถวแนวตั้งที่ 1 เป็นการถามประสบการณ์อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ตอบใช่ และไม่ใช่ แถวแนวตั้งที่ 2 สอบถามอาการหรือความเจ็บป่วยที่พบในแถวแนวตั้งที่ 1 เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือไม่ คะแนนสูงแสดงให้เห็นความเชื่อเกี่ยวกับจำนวนอาการที่เกิดขึ้นกับการเจ็บป่วยหรือผลกระทบอาการที่บ่งชี้ได้

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 หมวด ดังนี้ 1) การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับระยะเวลา (time-line) เป็นแบบเฉียบพลัน (acute) หรือเป็นเรื้อรัง (chronic) 2) การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับระยะเวลา (time-line) การกำเริบในแต่ละวงจรรอบ (cyclical) 3) ผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (consequences) 4) การจัดการเจ็บป่วย (personal control) 5) ประสิทธิภาพในการรักษา (treatment control) 6) ความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (illness coherence) และ 7) การตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (emotional) มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ ข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้าม (reverse score) ได้แก่ ข้อที่ 1, ข้อที่ 4 ข้อที่ 8, ข้อที่ 12, ข้อที่ 13, ข้อที่ 14, ข้อที่ 18, ข้อที่ 20, ข้อที่ 21, ข้อที่ 22, ข้อที่ 28 และข้อที่ 36

(1) การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับระยะเวลา (time-line) เป็นแบบเฉียบพลัน (acute) หรือเป็นเรื้อรัง (chronic) มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, ข้อที่ 2, ข้อที่ 3, ข้อที่ 4, ข้อที่ 5, ข้อที่ 18 ช่วงคะแนน 6-30 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูงแปลผล ผู้ป่วยเชื่อว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังมีมาเป็นช่วง ๆ หรือมาเป็นพักๆ

(2) การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องกับระยะเวลา (time-line) การกำเริบในแต่ละวงจรรอบ(cyclical) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคว่ามีเงื่อนไขใดทำให้เกิดในแต่ละวงจรรอบ มีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 29, ข้อที่ 30, ข้อที่ 31, ข้อที่ 32 ช่วงคะแนน 4-20 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แปลผลมีเงื่อนไขทำให้เกิดอาการกำเริบในแต่ละวงจรรอบ

(3) ผลที่เกิดตามมาภายหลังการเจ็บป่วย (consequences) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ที่ส่งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ว่าการเจ็บป่วยนี้มีผลกระทบมากหรือผลมีผลกระทบน้อยเพียงใด ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมตอบสนองที่แตกต่างกัน มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 6, ข้อที่ 7, ข้อที่ 8, ข้อที่ 9, ข้อที่ 10 และข้อที่

11 ช่วงคะแนน 6-30 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แปลผล มีผลกระทบทางลบตามมาภายหลังการเจ็บป่วย

(4) การจัดการเจ็บป่วย (personal control) ความสามารถที่จะควบคุมตนเอง และประสิทธิภาพรักษาการเจ็บป่วยได้ (cure/controllability) เป็นการรับรู้ถึงวิธีการที่ช่วยให้บุคคลหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพรวมทั้งวิธีการจัดการเจ็บป่วย (personal control) เพื่อควบคุมโรคให้กลับคืนสู่สภาพปกติอย่างไร เพื่อควบคุมโรคให้กลับคืนสู่สภาพปกติ มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12, ข้อที่ 13, ข้อที่ 14, ข้อที่ 15, ข้อที่ 16 และข้อที่ 17 ช่วงคะแนน 6-30 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แปลผล ไม่สามารถควบคุมตนเองการเจ็บป่วยได้

(5) ประสิทธิภาพในการรักษา (treatment control) ความสามารถที่จะควบคุมตนเองและประสิทธิภาพรักษาการเจ็บป่วยได้ (cure/controllability) เป็นการรับรู้ถึงวิธีการที่ช่วยให้บุคคลหายจากโรคหรือการเจ็บป่วยในด้านประสิทธิภาพในการรักษา (treatment control) ที่ได้รับ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 19, ข้อที่ 20, ข้อที่ 21, ข้อที่ 22 และข้อที่ 23 ช่วงคะแนน 5-25 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แปลผล การรักษาไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้

(6) ความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (illness coherence) การรับรู้และเข้าใจสาเหตุของโรคและอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 24, ข้อที่ 25, ข้อที่ 26, ข้อที่ 27 และข้อที่ 28 ช่วงคะแนน 5-25 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แปลผล ไม่เข้าใจสาเหตุของโรคและอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง

(7) การตอบสนองทางอารมณ์ต่อการเจ็บป่วย (emotional) เป็นการรับรู้อารมณ์ขณะเผชิญกับการเจ็บป่วย เป็นปฏิกิริยาเชิงลบ เช่น ความกลัว ความโกรธ และความเครียด จะมีผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในระยะต่อไป ทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 33, ข้อที่ 34 ข้อที่ 35, ข้อที่ 36, ข้อที่ 37 และข้อที่ 38 ช่วงคะแนน 6-30 คะแนน ถ้าคะแนนยิ่งสูง แปลผล การตอบสนองทางอารมณ์ทางลบต่อการเจ็บป่วย

สรุป เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนปฏิบัติการ (action plan) คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย และแบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติเครื่องมือวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์เอกสาร และแบบประเมินดังกล่าวข้างต้น อุปกรณ์ ได้แก่ เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ เป็นต้น

2.10 การตรวจสอบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.10.1 การตรวจสอบข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลมาขั้นแรกผู้วิจัยต้องตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มาเพียงพอหรือยัง ข้อมูลนั้นตอบปัญหาการวิจัยหรือไม่ ถ้าได้ข้อมูลไม่ตรงกัน จะต้องตรวจสอบว่าข้อมูลที่แท้จริงเป็นอย่างไร การตรวจสอบการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ซึ่งมี 4 วิธีดังนี้ (Denzin, 1970; สุกงศ์ จันทวานิช, 2557)

1) การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation)

โดยตรวจสอบข้อมูลถึงความถูกต้องโดยเฉพาะตรวจสอบแหล่งข้อมูลได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล โดยถ้าเวลา สถานที่และบุคคลที่ต่างกันข้อมูลเหมือนกันหรือไม่

2) การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation)

เป็นการตรวจสอบว่า ผู้วิจัยแต่ละคนได้ข้อมูลต่างกันอย่างไร โดยเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้วิจัยคนเดียวกันสังเกตโดยตลอด

3) การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation)

การตรวจสอบว่า ถ้าผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลที่แตกต่างกันไปมากน้อยเพียงใด ซึ่งเป็นวิธีการตรวจสอบที่ยาก

4) การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation)

เป็นการใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลต่างกัน เพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน เช่น ใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถามพร้อมกันนั้นมีการศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย

2.10.2 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุป

1) การวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction) คือ วิธีตีความสร้างข้อสรุปจากรูปธรรม หรือปรากฏการณ์ที่มองเห็น โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในขณะที่อยู่ในสนามวิจัยด้วยนักวิจัยเองพร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลไปด้วย นักวิจัยจะต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปเป็นระยะจะผิดหรือถูกยังไม่ทราบเป็นเพียงสมมุติฐานชั่วคราว (working hypothesis) ผู้วิจัยจะไม่มีกำหนดสมมุติฐานจากกรอบแนวคิดอันใดอันหนึ่งเฉพาะ ตรงกันข้ามผู้วิจัยจะปรับและเปลี่ยนสมมุติฐานอยู่เสมอโดยการพิสูจน์สมมุติฐานนั้นตลอดเวลา เมื่อสมมุติฐานนั้นถูกพิสูจน์และตรวจสอบแล้วจึงจะเป็นข้อสรุป (สุกงศ์ จันทวานิช, 2557)

2) การวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) คือการจำแนกข้อมูลเป็นชนิดโดยขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันไปโดยยึดกรอบของ Lofland (1971) คล้ายกับการสังเกต ดังนี้ การกระทำ (acts) กิจกรรม (activities) ความหมาย (meaning) ความสัมพันธ์ (relationship) การมีส่วนร่วม (participatory) และสภาพสังคม (setting) ตามข้อที่

สังเกตเห็นทั้ง 6 ขั้นตอนดังกล่าวเพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยได้ทำได้ครบถ้วนหรือไม่ และพยายามอธิบายถึงความเป็นมา สาเหตุ และผลลัพธ์ (Lofland, 1971) สิ่งทีวิเคราะห์ซึ่งอาจเป็นสถานการณ์ กิจกรรม ความสัมพันธ์และอื่นๆ นั้นมีรูปแบบอย่างไร เกิดขึ้นอย่างไร เพราะเหตุใด และจะมีผลกระทบต่อสถานการณ์ กิจกรรม หรือความสัมพันธ์อย่างไร ซึ่งต้องอาศัยทั้งการสังเกตและการสัมภาษณ์ร่วมด้วย (สุรางค์ จันทวานิช, 2557)

3) การวิเคราะห์โดยการเปรียบเทียบข้อมูล (constant comparison)

การใช้วิธีการเปรียบเทียบ โดยการนำข้อมูลมาเทียบเป็นปรากฏการณ์ มีความเป็นนามธรรมมากขึ้นโดยผู้วิจัยสังเกตหลายๆเหตุการณ์ เมื่อจำแนกชนิดของข้อมูลในเหตุการณ์เหล่านั้นแล้วจึงนำมาเปรียบเทียบกับ โดยอาจนำมาทำตารางหาความสัมพันธ์ ซึ่งอาจพบความสัมพันธ์ใหม่เกิดขึ้น (สุรางค์ จันทวานิช, 2557)

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเน้นการวิจัยเชิงคุณภาพเมื่อได้ข้อมูลจากการศึกษาผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัยรวมถึงด้านวิธีรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิเคราะห์แบบอุปนัย การจำแนกชนิดข้อมูลร่วมกับการเปรียบเทียบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและตอบปัญหาการวิจัยในครั้งนี้

2.11 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.11.1 รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

1) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผ่านโทรศัพท์

รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผ่านโทรศัพท์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการโทรศัพท์เพื่อให้การปรึกษา ให้คำแนะนำและการติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นรูปแบบที่ใช้ในหลายประเทศไม่ว่าจะเป็นที่ แคนาดา อเมริกา เยอรมันนี นอร์เวย์ ออสเตรเลีย เป็นต้น (van Elderen-van Kemenade et al., 1994; Stevens, 1985; McLaughlin et al., 2005; Kotb et al., 2014) ซึ่งคำแนะนำที่ให้ส่วนใหญ่ ได้แก่ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การหยุดบุหรี่ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามลำดับ (Smith et al., 2011) นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ การปรับตัวภายหลังเกิดโรค ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงการปรึกษาเรื่องยารักษาโรคหัวใจ (Ma et al., 2010) เป็นต้น ซึ่งระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผ่านโทรศัพท์เป็นเพียงระยะเวลาน้อยๆ ในระยะที่ 2 ถึงระยะที่ 3 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อผู้ป่วยกลับไปชุมชน ในช่วง 6 เดือนแรก (Hanssen et al., 2009) และปัจจุบันมีโทรศัพท์สมาร์ตโฟน ที่มีความทันสมัยมากขึ้น ทำให้การติดตามภาวะสุขภาพ การติดตามการออกกำลังกาย การ

เสริมสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ผ่านการส่งข้อความ บันทึกเสียง รวมทั้งวิดีโอ ในการเข้าใจอาการ และการจัดการอาการของโรคได้ดียิ่งขึ้น (Varnfield et al., 2014)

2) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่มีการให้การปรึกษา การอบรมให้ความรู้ เป็นระยะจากทีมสุขภาพในพื้นที่และมีyimออกกำลังกายในชุมชน เมื่อปี 2006 ในประเทศอเมริกาใช้ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนของวายเอ็มซีเอ (Young Men's Christian Association : YMCA) ซึ่งเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ต่อเนื่องจากระยะที่ 1 และ 2 การ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเริ่มใน 3-4 เดือนหลังเกิดโรคหัวใจ เป็นโปรแกรมระยะยาวเมื่ออยู่ใน ชุมชน เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้เอง ตามความสามารถและความถนัด และหรือการ ให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนลดปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยจะฟื้นฟูที่บ้าน หรือที่yimหรือศูนย์ออกกำลังกาย ตามความสะดวก มีการปรึกษาเมื่อเกิดปัญหากับทีมสุขภาพในพื้นที่ มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง และติดตามความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดย การโทรศัพท์ติดตามหรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ผู้ป่วยอาจเข้ามาอบรมกับทีมสุขภาพเป็นระยะได้ (Hutchinson, 2006)

3) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนประยุกต์และประสานความร่วมมือ ระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในพื้นที่ การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในพื้นที่ใน การดูแลสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพภายหลังเกิดโรค มีทีมสุขภาพในพื้นที่เป็นผู้ให้ความรู้ใน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อลดการกลับซ้ำของโรค (Briffa et al., 2009)

4) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการออกกำลังกายในyimและมี พยาบาลเฉพาะทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ความรู้และการให้การปรึกษา และจัดโปรแกรม ตามความชอบและถนัด มีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจในชุมชนเป็นระยะ (Leeds community health care, 2014)

5) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนแบบผสมผสาน

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ทีมสุขภาพในพื้นที่แบบผสมผสานการสื่อสารการดูแล สุขภาพให้กับผู้ป่วยหลังเกิดโรค มีการประยุกต์การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สามารถผสมผสานให้เข้า กับบริบทวัฒนธรรม ภาษาที่แตกต่าง การให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน มีการออกแบบการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจที่ตรงกับความต้องการ ตรงปัจจัยเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมถึงออกแบบตาม ความชอบความถนัดของผู้ป่วยด้วย (Clark et al., 2015)

6) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนแหล่งที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอโดย คำนึงถึงค่าใช้จ่าย เป็นรูปแบบที่มีความยืดหยุ่น มีองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ไม่ซับซ้อน มี

ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติตามบริบท และอาศัยทีมสุขภาพในชุมชนในพื้นที่นั้นขับเคลื่อน (Grace et al., 2016)

2.11.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนในมุมมองของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่อยู่ในระบบปฐมภูมิที่ต้องการ 4 ประการ ดังนี้ (1) ประเด็นในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (patient behavioral management issues) ได้แก่ ต้องการข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยอยู่ขั้นตอนใด ต้องการทราบว่าความต่อเนื่องการฟื้นฟูอยู่ในระดับใด ต้องการคำแนะนำในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเมื่อกลับไปชุมชน ต้องการข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยปัจจุบัน (2) ปัจจัยในระบบสุขภาพ (health system factors) ได้แก่ ต้องการกระบวนการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจากโรงพยาบาล ต้องการข้อมูลความแตกต่างของโปรแกรมที่ให้ผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในความต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ยาปัจจุบันของผู้ป่วย (3) ประสิทธิภาพข้อมูลการส่งต่อ (efficiency of data transfer) ได้แก่ ยังขาดข้อมูลการส่งต่อในชุมชน ต้องการแบบสรุปจำหน่ายจากโรงพยาบาล บางครั้งการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแพทย์โรคหัวใจยังให้ความสำคัญน้อย (4) ประเด็นการสื่อสาร (communication issues) ได้แก่ การสื่อสาร การฟื้นฟูสมรรถภาพในประเด็นหลักผู้ป่วยทำได้มากน้อยเท่าใด ควรมีการสื่อสารแบบบันทึกและแนะนำความก้าวหน้าของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นระยะ (Riley, 2006)

2) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังเกิดโรค (Fraser, 2006)

3) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนในองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารภายหลังเกิดโรค ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (family) โอกาสในการปรับเปลี่ยนอาหารเพื่อสุขภาพด้วยความเข้าใจและเห็นประโยชน์ในระยะยาวผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้มีประสิทธิภาพขึ้นและครอบครัวมีโอกาสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารตามผู้ป่วยไปด้วย (Newberry, 2007)

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในการมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) อย่างต่อเนื่องและคงสภาพนั้น ควรมีการวางแผนการปฏิบัติ ในแต่ละสัปดาห์ มีการทบทวนสัปดาห์ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง และนำไปปรับแผนการปฏิบัติเป็นระยะ (Sniehottaa et al., 2009)

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนควรมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีมสุขภาพในพื้นที่โดยผ่านเอกสารหรือเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลที่ทีมสุขภาพในพื้นที่ต้องการ ได้แก่ อาการทางคลินิก การทดสอบการออกกำลังกายร่วมกับคำแนะนำในการออกกำลังกาย การวางแผนการดูแล ยาที่ได้รับ ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้

ตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ข้อมูลความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด รอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานการณ์สูบบุหรี่ ผลการประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้ามีหรือไม่ คำแนะนำเพิ่มเติมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเฉพาะแต่ละบุคคล (Yee et al., 2011)

2.12 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบของเคทซ์และคาน (Katz & Kahn, 1978) ทฤษฎีสรางเสริมพลังอำนาจของซิมเมอร์แมน (Zimmerman's empowerment theory) (Zimmerman, 1993) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของเบนดูรา (Bandura, 1997) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทยในสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (ชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ, 2553) แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American Heart Association, 2007) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอดอเมริกา (American cardiovascular pulmonary rehabilitation association, 2008) เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และแนวคิดของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และสะท้อนผล (reflect) เป็นแนวคิดเชิงกระบวนการในการพัฒนา ซึ่งเป็นวงจรต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการศึกษาศถานการณ์ เป็นการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษารวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ (1.1) การศึกษาศถานการณ์การกลับมาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (1.2) การศึกษาศถานการณ์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชนและ (1.3) ศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน หลังจากนั้นนำเสนอประเด็นสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในที่ประชุมการประชุมเชิงปฏิบัติการทีมสุขภาพ/ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และประชุมการประชุมเชิงปฏิบัติการผู้ป่วย/ผู้ดูแลเพื่อสร้างความตระหนักและส่วนร่วมในการพัฒนา

2) ขั้นตอนกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย ดังนี้

2.1) การวางแผน (plan) โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพในพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแผนปฏิบัติการ (action plan) และการพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) มีการถอดบทเรียนการใช้เทคนิค SWOT เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องให้ข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน

2.2) การลงมือปฏิบัติตามแผน (act) และสังเกตผล (observe) โดยการลงมือปฏิบัติตามแผนงานและสังเกตผลที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่พบและรวบรวมปัญหา การสรุปและถอดบทเรียน

2.3) กระบวนการการสะท้อนผล (reflect) และปรับปรุงแผน โดยการสะท้อนผล การปฏิบัติและปรับปรุงแผนร่วมกัน ประกอบด้วยการสนทนากลุ่มย่อยเพื่อวิเคราะห์หน้างานและแก้ปัญหาตามสถานการณ์ การประชุมชี้แจงสถานการณ์พัฒนา การประชุมเชิงปฏิบัติการถอดบทเรียนและปรับปรุงแผนพัฒนาในวงจรต่อไป จนได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

3) ขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย

3.1) ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมและร่วมออกแบบรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน (2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (3) การพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน (4) การพัฒนาระบบพี่เลี้ยงให้การปรึกษาและการส่งต่อข้อมูล (5) การดูแลต่อเนื่อง (6) ประเมินความร่วมมือ/ประเมินศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแลและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน

3.2) ผลลัพธ์จากการประเมินรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วย (1) การกลับมารักษาซ้ำ (2) ความสามารถในการเดิน 6 นาที (3) ดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของภารกิจวัตรประจำวัน (4) ภาวะซึมเศร้า และ (5) การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย

3.3) ความคิดเห็นต่อกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ (1) ความคิดเห็นของ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ และ (2) ความคิดเห็นหลังเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย สรุปดังภาพที่ 5

พหุ ประเด็น ชีว

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพประกอบที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) ซึ่งเป็นการดำเนินการวิจัยโดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องและเชื่อมต่อประสานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน หลังจากผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน อย่างไรก็ตามการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการนี้ได้อย่างครอบคลุม ยังมีช่องว่างของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนและความต้องการของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงเป็นประเด็นคำถามถึงการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่ศึกษาควรเป็นอย่างไร กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษาเป็นอย่างไร ผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษาเป็นอย่างไร

ผู้วิจัยได้เลือกการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นระเบียบการวิจัยที่จะนำไปสู่คำตอบในปรากฏการณ์ที่เกิดคำถาม เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนากิจกรรมเพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยบุคคลที่เผชิญอยู่กับปัญหาและเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มบุคคล องค์กร หรือชุมชน ในการปฏิบัติการร่วมกัน อาศัยความรู้ที่ผ่านกระบวนการคิดอย่างใคร่ครวญในเชิงวิพากษ์บนพื้นฐานของเหตุผลตามประสบการณ์ของบุคคล แล้วสะท้อนกลับผลของวิธีการปฏิบัติที่ได้กระทำ

ไป เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไขให้มีคุณภาพขึ้น (องอาจ นัยพัฒน์, 2548; Cassell, & Johnson, 2006)

ในการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaboration approach) ซึ่งเป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจกับการปฏิบัติและการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษากระบวนการ (process consultant) โดยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันและเกิดการสะท้อนคิดตนเองของผู้ร่วมวิจัย ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันค้นหาปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ภายในสถานการณ์ที่ศึกษา โดยผ่านกันเสวนาร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุ นำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ปัญหา ตลอดจนการวางแผนสำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลง มีการตัดสินใจร่วมกันในการลงปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาในแต่ละระยะ ร่วมกันประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการที่เกิดขึ้นและวางแผนร่วมกันในการปรับวิธีการแก้จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงการปฏิบัติงานร่วมกัน ตามสถานการณ์ที่ศึกษา (Stauffacher et al., 2008; Holter & Schwartz-Barcott, 1993) มีการวางแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ การสังเกต การสะท้อนผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแผนเพื่อนำไปปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1990) จนกว่าจะได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ และสามารถปฏิบัติได้ในบริบทที่ศึกษา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาจึงเป็นสิ่งที่เกิดมาจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยอยู่บนพื้นฐานของความคิดและการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน ที่เป็นการร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

3.2 พื้นที่ในการศึกษาและผู้ร่วมวิจัย

3.2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับพื้นที่และการให้บริการสุขภาพ ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

พื้นที่ที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 15 ตำบล 201 หมู่บ้านพื้นที่ 493.6 ตารางกิโลเมตร ประชากร 174,222 คน อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด มีองค์กรปกครองท้องถิ่น 14 แห่ง มีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง 1 แห่ง ศูนย์แพทย์ชุมชน 2 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 18 แห่ง

เหตุผลที่เลือกอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าอำเภอแห่งนี้มีทั้งจำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่อยู่ในชุมชนมากกว่าอำเภออื่น จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ

หัวใจตายจำนวน 372 คน ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI จำนวน 81คน ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI จำนวน 291 ราย (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2562) (ดังตารางที่ 4) และพบว่าอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดมีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2559 และปี 2560 คิดเป็น 1.3 ต่อประชากรแสนคน และ 2.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2562) มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน จำนวน 14 คน และทีมสุขภาพในพื้นที่จำนวน 80 คน รวมจำนวน 94 คน (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ตำบล/รพสต.	ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย	ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย	รวม (คน)
	ชนิด STEMI	ชนิด NSTEMI	
1. ในเมือง (ศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่ง)	18	71	89
2. รอบเมือง (รพ.สต. 1 แห่ง)	10	39	49
3. เหนือเมือง (รพ.สต. 2 แห่ง)	17	42	59
4. ขอนแก่น (รพ.สต. 1 แห่ง)	3	12	15
5. นาโพธิ์ (รพ.สต. 1 แห่ง)	3	9	12
6. สะอาดสมบูรณ์ (รพ.สต. 3 แห่ง)	4	14	18
7. สีแก้ว (รพ.สต. 1 แห่ง)	9	23	32
8. ปอภาร (รพ.สต. 1 แห่ง)	1	13	14
9. โนนรัง (รพ.สต. 1 แห่ง)	3	12	15
10. หนองแก้ว (รพ.สต. 1 แห่ง)	3	15	18
11. หนองวาง (รพ.สต. 1 แห่ง)	2	7	9
12. ดงลาน (รพ.สต. 1 แห่ง)	4	19	23
13. แคนใหญ่ (รพ.สต. 1 แห่ง)	3	2	5
14. โนนตาล (รพ.สต. 1 แห่ง)	1	2	3
15. เมืองทอง (รพ.สต. 1 แห่ง)	0	11	11
รวม (15 ตำบล/ 18 รพ.สต. 1 ศูนย์แพทย์)	81	291	372

ข้อมูล ณ วันที่ 18 มีนาคม 2562 รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังหัวใจตาย
ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ดร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยภายหลัง หัวใจตาย	จำนวนบุคลากร		รวม (คน)	ประชากรและ กลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้
	สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล (คน)	ทีมสุขภาพใน พื้นที่ (คน)		
1. สาธารณสุขอำเภอเมือง	-	1	1	1
2. นักวิชาการสาธารณสุข สสจ./ สสอ.	-	2	2	2
3. ผู้อำนวยการ รพ.สต.	-	18	18	18
4. พยาบาลวิชาชีพ	2	18	20	20
5. แกนนำ อสม.	-	36	36	36
6. ผู้นำชุมชน และจิตอาสา	-	5	5	5
7. อายุแพทย์โรคหัวใจ	1	-	1	1
8. ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก	1	-	1	1
9. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	-	1	1
10. พยาบาลโรคหัวใจ	2	-	2	2
11. นักกายภาพบำบัด	3	-	3	3
12. นักโภชนาการ	2	-	2	2
13. เภสัชกร	2	-	2	2
รวม	14	80	94	94

ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2561

สสจ.=สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สสอ.= สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

3.2.3 พื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นชุมชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวันมหาราชินี (ตำบลสีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง เหตุผลที่เลือกชุมชนดังกล่าวข้างต้นเป็นชุมชนที่ศึกษา คือ 1) เป็นชุมชนที่มีจำนวนผู้ป่วย

ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2) จำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาลึกซึ้งที่สุด 3) มีจำนวนผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใกล้เคียงกันในแต่ละพื้นที่ให้บริการของ รพ.สต. และ 4) มีความพร้อมและยินดีเข้าร่วมโครงการ

3.2.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.3.1 ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด ณ เวลาที่ทำการศึกษา จำนวนผู้ป่วยจำนวน 102 คน และผู้ให้บริการผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ จำนวน 144 คน รวมทั้งสิ้น 246 คน

3.2.3.2 ผู้ร่วมวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ผู้ร่วมวิจัยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มในองค์กรของชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุม กลุ่มลึกได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (เกษราวัลณ์ นิลวรารัง, 2558) ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแลหลัก 2) ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และ 3) ผู้ให้บริการ ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยมีจำนวนและการได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยรวมทั้งเกณฑ์ ในแต่ละระยะของการดำเนินวิจัย ดังตารางที่ 6 และดังตารางที่ 7

ตารางที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
1. ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย	12 คน	เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (2) มีประสบการณ์การได้รับการรักษาด้วยยา/การ ตรวจสวนหัวใจ/การผ่าตัดหัวใจ (3) มีประวัติการกลับมารักษาลึกซึ้ง ใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือนและ 1 ปี ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ชนิด STEMI และ NSTEMI (4) ทั้งเพศชายและหญิง (5) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด (6) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล

ตารางที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 1 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
2. ผู้ดูแลหลัก	12 คน	เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI และ NSTEMI (2) ทั้งเพศชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป (3) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด (4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
3. แกนนำชุมชน		เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้
3.1 แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)	6 คน	(1) เป็นได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน
3.2 อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสผ.)	1 คน	(2) ทั้งเพศชายและหญิง (3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
3.3 อาสาสมัครดูแลผู้พิการ(อสก.)	1 คน	
4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน		เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้
4.1 ผู้นำท้องถิ่น (นายก อบต.)	1 คน	(1) มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน
4.2 ผู้นำท้องที่(กำนัน)	1 คน	(2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
4.3 จิตอาสา	1 คน	เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (1) ประชาชนในพื้นที่ทั้งเพศชายและหญิงที่อาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน (2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
5.ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง		เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้
5.1 ทีมสุขภาพในพื้นที่		ให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในเขตพื้นที่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ดทั้งหมด (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน)
1) ผู้อำนวยการ รพ.สต.	3 คน	
2) พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.	5 คน	

ตารางที่ 6 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 1 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
3) นักวิชาการสาธารณสุข 5.2 ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล	1 คน	(2) มีประสบการณ์ในการดูแลและให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 1 ปี
1) นักกายภาพบำบัด	3 คน	ขึ้นไป
2) อายุรแพทย์โรคหัวใจ	1 คน	(3) ทั้งเพศชายและหญิง
3) ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก	1 คน	(4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
4) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1 คน	
5) พยาบาลดูแลโรคหัวใจ	1 คน	
6) นักโภชนาการ	1 คน	
7) เภสัชกร	1 คน	

ในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 การศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจ ในการศึกษานี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มในองค์กรของชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมกลุ่มลึกได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (เกษราวัลณ์ นิลรางกูร, 2558) กลุ่มตัวอย่าง หรือ ผู้ร่วมวิจัย ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
1. ภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย	30 คน	เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วย (inclusion criteria) (1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI และ NSTEMI ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 35 ปี ขึ้นไป (2) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 1 สัปดาห์ (3) อาศัยอยู่ในชุมชนในพื้นที่บริการ 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามวินทราชินี (ตำบลสีแก้ว) รพ.สต. บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

ตารางที่ 7 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
		(4) รู้สึกตัวดี สื่อสารรู้เรื่อง (5) มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) ตามเกณฑ์การประเมินของ American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: AACPR (2012) (6) ไม่มีปัญหาการเดินและการเคลื่อนไหว (7) มีผู้ดูแลและมีโทรศัพท์สามารถติดต่อได้ (8) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลเกณฑ์ในการคัดออกผู้ป่วย (exclusion criteria) (1) มีโรคทางจิตเวช (2) มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น โรคอัมพาตที่ไม่สามารถเดินได้ มีกระดูกหัก มีปัญหากล้ามเนื้ออักเสบอยู่ระหว่างการรักษา (3) มีภาวะหัวใจล้มเหลว (4) ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ systolic blood pressure มากกว่า 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ Diastolic blood pressure มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท (5) ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ Fasting blood sugar มากกว่า 300 มิลลิกรัม
2. ผู้ดูแลหลัก	30 คน	เกณฑ์การคัดเลือกเข้าผู้ดูแล (inclusion criteria) (1) ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปี ขึ้นไป (2) เป็นผู้ที่ทำให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล (3) อาศัยอยู่ในชุมชนในพื้นที่บริการ 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (ตำบลสีแก้ว) รพ.สต. บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด (4) สื่อสารรู้เรื่อง

ตารางที่ 7 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
		(5) มีโทรศัพท์สามารถติดต่อได้ (6) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล เกณฑ์ในการคัดออกผู้ดูแล (Exclusion criteria) (1) มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวที่เป็นอุปสรรคต่อการ ช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย (2) มีข้อจำกัดด้านสติปัญญา การรับรู้และการสื่อสาร
3. แกนนำชุมชน		เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้
3.1 แกนนำอาสาสมัคร สาธารณสุข(อสม.)	36 คน	(1) เป็นได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย ในพื้นที่ 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (ตำบลสีแก้ว) รพ. สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์
3.2 อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ(อสม.)	1 คน	สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด
3.3 อาสาสมัครดูแล ผู้พิการ(อสม.)	1 คน	(2) ทั้งเพศชายและหญิง (3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
4. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน ชุมชน		เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้
4.1 ผู้นำท้องถิ่น (นายก อบต.)	1 คน	(1) มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในพื้นที่ 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานี อนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (ตำบล สีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต. บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง
4.2 ผู้นำท้องที่ (กำนัน)	1 คน	เขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด
4.3 ผู้นำท้องที่ (ผู้ใหญ่บ้าน)	2 คน	(2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
4.4 จิตอาสา	1 คน	เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้ (1) ประชาชนในพื้นที่ทั้งเพศชายและหญิงที่ อาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อ หัวใจตายในชุมชน (2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล

ตารางที่ 7 ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	การได้มาซึ่งผู้ร่วมวิจัยและเกณฑ์
5.ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง		เลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ดังนี้
5.1 ทีมสุขภาพในพื้นที่		(1) เป็นบุคลากรที่รับผิดชอบในการดูแลและให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
1) สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด	1 คน	ตายในเขตพื้นที่ 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามินทราชนิ (ตำบลสีแก้ว) รพ.สต.บ้าน
2) นักวิชาการสาธารณสุข	2 คน	ขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้าน
3) ผู้อำนวยการ รพ.สต.	18 คน	สังขสงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง เขตอำเภอเมือง
4) พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.	20 คน	ร้อยเอ็ด
5.2 ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล		(2) มีประสบการณ์ในการดูแลและให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป
1) อายุรแพทย์โรคหัวใจ	1 คน	(3) ทั้งเพศชายและหญิง
2) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู	1 คน	(4) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูล
3) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1 คน	
4) พยาบาลดูแลโรคหัวใจ	2 คน	
5) นักกายภาพบำบัด	3 คน	
6) นักโภชนาการ	2 คน	
7) เภสัชกร	2 คน	

3.2.2.3 การกำหนดขนาดตัวอย่าง มีดังนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ร่วมวิจัยซึ่งเป็นผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการศึกษาระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 คำนวณได้จากผลการศึกษาของ Chul Kim และคณะ (2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งแนวทางการศึกษาและกลุ่มประชากรที่ศึกษาลักษณะคล้ายคลึงกับงานวิจัยในครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรเดียวโดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ($\alpha = .05$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.8 และ ค่าขนาดอิทธิพล (d) เท่ากับ.7 (Kim, Choi, Lim, 2016)

ได้ขนาดผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย 25 ราย เนื่องจากผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายต้องได้รับการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี ป้องกันการขาดหายร้อยละ 20 จึงได้จำนวนผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 ราย

การเลือกผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและผู้ดูแล เพื่อมาเป็นตัวแทนในการศึกษาที่หลากหลายครอบคลุม (Patton, 2002) และตรงตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้ เลือกตัวอย่างแบบสุ่มตามวัตถุประสงค์ (purposeful Random Sampling) ร่วมกับการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยในการวิจัยครั้งนี้เลือกสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย ในตำบลที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในดำเนินการศึกษานี้ จาก 6 ตำบล

ขั้นที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบโควตา (quota Sampling) โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบสัดส่วนตามจำนวนผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย ในแต่ละตำบล ที่มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษานี้

ขั้นที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบตามความสะดวก (convenience Sampling) ในแต่ละตำบลตามจำนวนโควตาที่กำหนดไว้

3.2.3 บทบาทหน้าที่ในการวิจัย

3.2.3.1 ผู้วิจัยหลัก ได้แก่ ทีมผู้ศึกษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกและประสานให้การดำเนินวิจัยเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลการศึกษา

3.2.3.2 ผู้ร่วมวิจัย ทำหน้าที่ดังนี้

1) เป็นผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมือง อายุมะแพทย์โรคหัวใจ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร พยาบาลดูแลโรคหัวใจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) และศูนย์แพทย์ชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และทีมผู้ศึกษา ทำหน้าที่ร่วมเก็บข้อมูล ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมถอดบทเรียน และร่วมวางแผนพัฒนารูปแบบร่วมกัน

2) เป็นผู้ปฏิบัติการวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (รพ.สต. / ศูนย์แพทย์ชุมชน) อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาลโรคหัวใจ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร ผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย ครอบครัวและผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ดำเนินการปฏิบัติตามแผนการวิจัยและร่วมสะท้อนผลการปฏิบัติ และร่วมวางแผนพัฒนารูปแบบร่วมกัน

3) ผู้ช่วยวิจัย เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาในวิจัยนี้มีทั้งการศึกษาศาสนาการณปัญหาและการพัฒนารูปแบบในชุมชน ดังนั้น ผู้ช่วยวิจัยครั้งนี้จึง มี 2 ทีม ได้แก่ 1) ทีมสุขภาพใน

โรงพยาบาล และ 2) ทีมสุขภาพ รพ.สต. เพื่อลดความลำเอียงในการเก็บข้อมูล โดยบทบาทของผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การบันทึกเทป จดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ การร่วมสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกขณะประชุมเชิงปฏิบัติการ การบันทึกขณะลงพื้นที่ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และการตรวจสอบความถูกต้องของผลการศึกษา

3.3 ขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) เป็นกรอบแนวคิดวิธีการวิจัยเพื่อชี้แนะแนวทางการศึกษาในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยขอเสนอกระบวนการในการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการวิจัย ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย และระยะการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นการศึกษาสถานการณ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2) ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 3) ขั้นประเมินผลรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ดังมีรายละเอียดในแต่ละระยะดังนี้

3.3.1 ระยะก่อนการวิจัย: การเตรียมตัวของผู้วิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้แนวทางการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นวิธีเชิงอุปมานที่ต้องใช้ความสามารถในการจัดระบบความคิด วิเคราะห์ สังเกต ตีความ ตลอดจนการสร้างความคิดจากข้อมูลรวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นตัวนักวิจัยเอง (สฤงค์ จันทวานิช, 2557) โดยเฉพาะการวิจัยเชิงปฏิบัติการนั้น ผู้วิจัยต้องมีทักษะที่กว้างขวางและแตกต่างจากงานวิจัยที่ผู้ร่วมวิจัยไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยต้องมีบทบาทเป็นที่ปรึกษากระบวนการ (process consultant) ซึ่งเป็นบทบาทที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะในการทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่ศึกษาได้ตระหนักในปัญหา และให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตลอดจนการกระตุ้นให้กลุ่มบุคคลได้มีการแสดงออกทางความคิด ดังนั้นการดำเนินบทบาทของผู้วิจัยจึงมีความสำคัญยิ่ง อีกทั้งเพื่อความเที่ยงตรงและความถูกต้องของการวิจัย ผู้วิจัยจึงต้องมีการเตรียมตัวเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความสามารถในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมเพื่อให้สามารถเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยเข้าอบรมหลักสูตรวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาให้พร้อมก่อนดำเนินการวิจัย มีการเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้วิจัยได้มีการเพิ่มพูนประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการศึกษาเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมอบรมหลักสูตรผู้ให้การฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation trainers) รุ่นที่10 จัดโดยชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากสถาบันที่เป็นต้นแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ได้มาตรฐาน ซึ่งการเตรียมตัวและพัฒนาศักยภาพของผู้วิจัยนั้น ผู้วิจัยต้องมีการพัฒนาและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพบางอย่างจึงมีช่วงเวลาคาบเกี่ยวทั้งช่วงก่อนและขณะดำเนินการวิจัยด้วย

3.3.2 ระยะของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative approach) เป็นแนวทางการดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและ 3) ระยะการประเมินผล ดังมีรายละเอียดในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

เพื่อทำความเข้าใจกับบริบทและสถานการณ์สภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับ (1.1) การศึกษาสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (1.2) การศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (1.3) การศึกษาความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน หลังจากนั้นนำประเด็นสถานการณ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนโดยการคืนข้อมูลแก่ ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อสร้างความตระหนักและส่วนร่วมในการพัฒนา โดยกำหนดกระบวนการดังนี้

1) **วัตถุประสงค์การศึกษา** เพื่อศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษาในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

2) **ระยะเวลา** กรกฎาคม พ.ศ. 2561 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

3) **การรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

3.1) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1) การศึกษาเชิงปริมาณการทบทวนเวชระเบียนโดยระเบียบวิธีวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective observational study) ระยะเวลาศึกษา กรกฎาคม 2561- กันยายน 2561

2) ทบทวนเวชระเบียนการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 5 ปี ย้อนหลัง (วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวนทั้งสิ้น 376 ราย (ชนิด STEMI 81 ราย ชนิด NSTEMI 295 ราย) โดยวัดผลลัพธ์ การกลับมารักษาซ้ำ ดังนี้ การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปี สถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการถดถอยลอจิสติก

3) เกณฑ์ในการคัดเข้า

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เข้ารับการรักษารักษา โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ICD I210-I213, ICD I214)

4) เกณฑ์ในการคัดออก

4.1) ได้รับการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ICD I210-I213, ICD I214) และอาการของโรคไม่เป็นไปตามแนวทางการวินิจฉัยของสมาคมแพทย์โรคหัวใจสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA)

4.2) อายุผู้ป่วย น้อยกว่า 18 ปี หรือ อายุมากกว่า 100 ปี

4.3) อาศัยอยู่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

4.4) ข้อมูลการบันทึกไม่สมบูรณ์ เช่น ขาดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขาดข้อมูลสัญญาณชีพ ข้อมูลยา ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขาดข้อมูลการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

5) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยเวชระเบียนผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผลการตรวจรักษาที่เกี่ยวข้องและนำข้อมูลบันทึกในแบบประเมินการกลับมารักษาซ้ำ

3.2) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัย เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลตามประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ (1.1) การศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคกำเริบเป็นอย่างไร (1.2) การศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอย่างไร (1.3) การศึกษาความต้องการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเป็นอย่างไร

1) ระยะเวลาศึกษา ตุลาคม 2561- กุมภาพันธ์ 2562

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1) แนวคำถามสำหรับการใช้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถามสำหรับการใช้สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มด้วยการรวบรวมและเลือกประเด็นคำถามต่างๆ ไปจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานของ

ตนเองที่ผ่านมา โดยสร้างเป็นแนวคำถามปลายเปิด คำถามในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่น ข้อคำถามบางข้ออาจถูกดัดแปลงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะทำการสัมภาษณ์

2.2) อุปกรณ์เสริมที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อุปกรณ์การบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป โดยอุปกรณ์การบันทึกเสียงช่วยให้ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลรายละเอียดที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจดจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่สามารถนำมาเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ได้ รวมถึงความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วนกล้องถ่ายรูปช่วยให้เห็นรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน

3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

3.1.1) การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและผู้ดูแลผู้ป่วย ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล ทีมสุขภาพใน รพ.สต. และผู้เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้เตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ที่เน้นประเด็นสำคัญๆ เกี่ยวกับการกลับมาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและความต้องการการดูแล ลักษณะคำถามปลายเปิดที่มุ่งให้ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายให้ความเห็นหรือเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้น ๆ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเป็นทางการกับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย จำนวน 12 คนและผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บ้านกำหนดการสัมภาษณ์ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยได้มีการนัดสัมภาษณ์ตามช่วงเวลาที่ถูกสัมภาษณ์สะดวก

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเป็นทางการกับทีมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผอ. รพ.สต. จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ที่สถานที่ทำงานที่แยกเป็นสัดส่วน กำหนดการสัมภาษณ์ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยได้มีการนัดสัมภาษณ์ตามช่วงเวลาที่ถูกสัมภาษณ์สะดวก

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบเป็นทางการกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาล จำนวน 9 คนประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 1 คน ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 คน พยาบาลดูแลโรคหัวใจ จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน ดำเนินการสัมภาษณ์ที่สถานที่ทำงานที่แยกเป็นสัดส่วน กำหนดการสัมภาษณ์ จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที โดยผู้วิจัยได้มีการนัดสัมภาษณ์ตามช่วงเวลาที่ถูกสัมภาษณ์สะดวก

ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการบันทึกเสียงและการจดบันทึกย่อขณะสัมภาษณ์ และได้มีการชวนพูดคุยสนทนาในเรื่องทั่วไป ก่อนนำเข้าสู่ประเด็นการสนทนา และในขณะดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้ฟังและติดตามผู้ให้ข้อมูลทั้งเนื้อหาสาระ อารมณ์

ความรู้สึก ตลอดจนปฏิกิริยาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์และจับประเด็น การทบทวนคำที่ผู้ให้ข้อมูลพูดออกมา การถามคำถามเพื่อขอความกระจ่างชัด ตลอดจนการสรุปสาระสำคัญ

ระหว่างดำเนินการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลไม่สบายใจและไม่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะสอบถามถึงความต้องการในการหยุดพัก สัมภาษณ์ต่อ หรือ ยุติการสัมภาษณ์ และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

3.1.2) การสนทนากลุ่ม เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนา โดยทำการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการสำคัญของการสนทนากลุ่ม คือ ผู้ร่วมสนทนากลุ่มจะต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน อยู่ในวัฒนธรรมภูมิหลังที่คล้ายกัน มีประสบการณ์เดียวกันในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และบรรยากาศการสนทนากลุ่มเป็นสบายๆ และผ่อนคลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง โดยเป็นการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายจำนวน 6 คน 2 ครั้ง และผู้ดูแลหลัก จำนวน 6 คน 2 ครั้ง การสนทนากลุ่มกับ อสม. จำนวน 6 คน 1 ครั้ง และการสนทนากลุ่มกับผู้นำ จิตอาสา ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนที่ศึกษา จำนวน 5 คน 1 ครั้ง

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย จำนวน 6 คน (โซนสีแก้ว) กำหนดดำเนินการในช่วงเช้าทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เดือนตุลาคม 2561 ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาและเดินทางสะดวกมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย จำนวน 6 คน (โซนขอนแก่น) กำหนดดำเนินการในช่วงเช้าทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เดือนพฤศจิกายน 2561 ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาและเดินทางสะดวกมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 ในกลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 6 คน (โซนสีแก้ว) กำหนดดำเนินการในช่วงเช้าทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เดือนตุลาคม 2561 ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาและเดินทางสะดวกมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 ในกลุ่มผู้ดูแลหลัก จำนวน 6 คน (โซนขอนแก่น) กำหนดดำเนินการในช่วงเช้าทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เดือนพฤศจิกายน 2561 ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาและเดินทางสะดวกมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 5 ในกลุ่มกลุ่มกับ อสม. จำนวน 6 คน (โซนขอนแก่น) กำหนดดำเนินการในช่วงเช้าทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เดือนพฤศจิกายน 2561 ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาและเดินทางสะดวกมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

การสนทนากลุ่มครั้งที่ 6 ในกลุ่มกับผู้นำ จิตอาสา ผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน (โซนขอนแก่น) กำหนดดำเนินการในช่วงเช้าทุกวันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เดือนพฤศจิกายน 2561 ช่วงเวลา 09.00-12.00 น. ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนเวลาและเดินทางสะดวกมากที่สุด ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที โดยมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม คือ การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาและความต้องการการพัฒนา

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคกำเริบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาวิธีอุปนัย (inductive content analysis) โดยผู้วิจัยตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากสิ่งที่ปรากฏหรือปรากฏการณ์ ที่มองเห็นที่เก็บรวบรวมมาได้จากข้อมูลตั้งแต่ 2 ชุดขึ้นไป เช่น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม บันทึกภาคสนาม ระบบบริการในพื้นที่ที่ศึกษา การลงพื้นที่สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมสังเกตการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและครอบครัว เมื่อผู้วิจัยได้เห็นหรือสังเกตหลาย ๆ เหตุการณ์ต่าง ๆ แล้วจึงลงมือสรุปเป็นข้อสรุป

ข้อมูลการศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและข้อมูลการศึกษาความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

3.3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมลงพื้นที่ เพื่อศึกษาบริบทการบริการปฐมภูมิและสร้างสัมพันธ์ภาพกับทีมสุขภาพในพื้นที่

1) ระยะเวลาศึกษา ตุลาคม 2561- กุมภาพันธ์ 2562

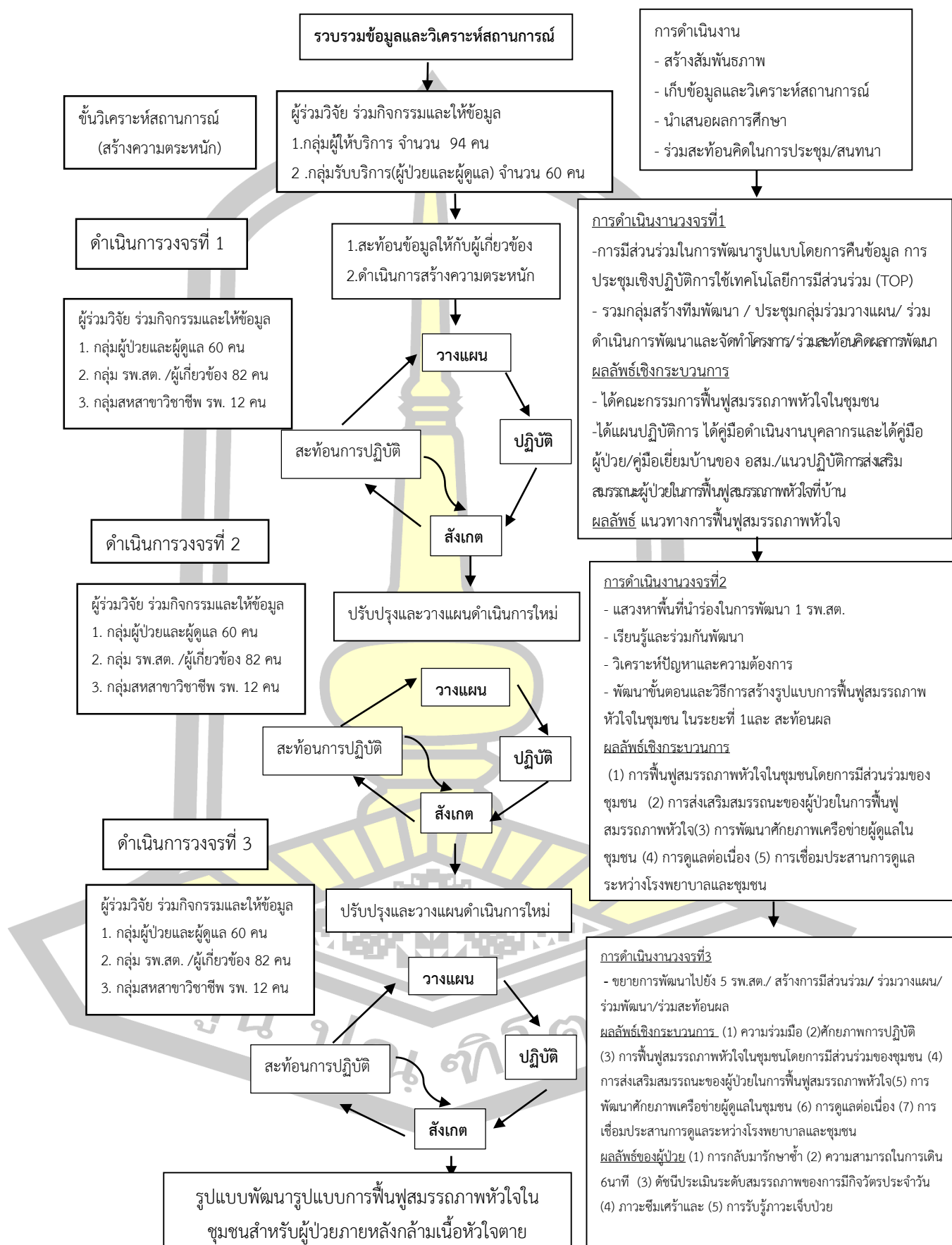
2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนาม การศึกษาเอกสารและแบบบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมการเข้าไปร่วมไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของพื้นที่ศึกษาโซนสีแก้ว โซนขอนแก่น โซนนพบุรี เพื่อสร้างสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและทีมสุขภาพในพื้นที่ให้เกิดความสนิทคุ้นเคย การสังเกตจะประกอบไปด้วย การสังเกต การสอบถามหรือสัมภาษณ์ และการบันทึกร่วมด้วย โดยการบันทึกอาจใช้เทคนิคอื่นประกอบไปด้วย เช่น การบันทึกเสียง การถ่ายภาพ เพื่อให้ข้อมูลมีความครบถ้วน สิ่งที่ต้อง สังเกตที่สำคัญ 6 ประเภท (พันธุ์ทิพย์ รามสูตร, 2540) คือ การกระทำ (acts) กิจกรรม (activities) ความหมาย (meaning) ความสัมพันธ์ (relationship) การมีส่วนร่วม (participatory) และสภาพสังคม (setting)

การบันทึกภาคสนาม โดยมีการบันทึกเกี่ยวกับเหตุการณ์และรายละเอียดต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ครอบคลุมรายละเอียดในเรื่องเหตุการณ์ เวลา สถานที่ บุคคลที่เกี่ยวข้องและการกระทำที่เกิดขึ้น โดยมีการบันทึกทันทีที่มีโอกาสหรือหลังเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันการลืมรายละเอียดของข้อมูล มีการบันทึกเทปและภาพถ่ายประกอบ

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายของชุมชนที่ศึกษา

การดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้นับว่าวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1990) ประกอบด้วย การวางแผน (plan) การลงมือปฏิบัติ (acting) การสังเกต (observe) และการสะท้อนคิด (reflecting) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการขับเคลื่อนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ได้มีการพัฒนา 3 วงจรหลัก โดยในแต่ละวงจรมีการดำเนินการพัฒนาและผลลัพธ์ ดังแผนภาพที่ 6 และแต่ละวงจรปฏิบัติการมีผู้ร่วมดำเนินการ การดำเนินการพัฒนา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดดังนี้



ภาพประกอบที่ 6 สรุปวงจรในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

การดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 1 (มีนาคม 2562-พฤษภาคม พ.ศ. 2562)

การดำเนินการพัฒนาในวงจรปฏิบัติการที่ 1 เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ทำให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เกิดความตระหนักและมีความต้องการพัฒนา เกิดฉันทามติร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยในวงจรนี้มีผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการพัฒนาและสะท้อนผลการปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ร่วมวิจัย และผู้ให้ข้อมูล

1.1) ผู้ร่วมวิจัย

การได้มาของผู้ร่วมวิจัยเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มและผู้มีส่วนได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลุ่มลึกได้ (เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร, 2558) ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

1.1.1) ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นแกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย

(1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 คน (2) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน ได้จำนวนผู้รับบริการทั้งสิ้น 60 คน

1.1.2) ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 41 คน ประกอบด้วย แกนนำ อสม. /อสม./อสก. จำนวน 36 คน ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 1 คน ผู้นำท้องที่จำนวน 3 คน และจิตอาสา จำนวน 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ตามตารางที่ 7)

1.1.3) ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย (1) ทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 41 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอเมือง จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 18 คน พยาบาลวิชาชีพ (รพ.สต.) จำนวน 20 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ (ตามเกณฑ์ตามตารางที่ 7) และ (2) สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล จำนวน 12 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคหัวใจ จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลดูแลโรคหัวใจ จำนวน 2 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 3 คน นักโภชนาการ จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (ตามเกณฑ์ตามตารางที่ 7) จึงได้จำนวนทีมผู้ให้บริการทั้งสิ้น 94 คน

1.2) ผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการพัฒนาและสะท้อนการปฏิบัติที่เป็นผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1.2.2) ผู้รับบริการ (6 รพ.สต.) ประกอบด้วย (1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 คน (2) ผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน ได้จำนวนผู้รับบริการทั้งสิ้น 60 คน ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยตามหัวข้อ 1.1.1

1.2.1) ทีม รพ.สต. 23 คน ประกอบด้วย สาธารณสุขอำเภอเมือง 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน ผู้อำนวยการ รพ.สต. 6 คน พยาบาลวิชาชีพ (6 รพ.สต.) 14 คน (2) ผู้ที่เกี่ยวข้อง (6 รพ.สต.) 41 คน ได้แก่ แกนนำ อสม. 36 คน ผู้นำท้องถิ่น 2 คน ผู้นำท้องที่ 2 คน จิตอาสา 1 คน ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยตามหัวข้อ 1.1.2 จำนวนทีมผู้ให้บริการทั้งสิ้น 64 คน

2) กระบวนการพัฒนาและวิธีการที่ใช้

กระบวนการพัฒนาในวงจรนี้เป็นการดำเนินการในสร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ โดยใช้วิธีการหลักในการพัฒนา คือ 1) ประชุมร่วมกันเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการในการพัฒนาและวางแผนการพัฒนา จำนวน 1 ครั้ง 2) การประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิด วิเคราะห์ วางแผนการพัฒนา ซึ่งได้ข้อสรุปร่วมกันว่า ในการพัฒนาควรที่จะพัฒนาใน รพ.สต. นาร่อง จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง โดยทั้ง 6 รพ.สต. นี้มีผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใกล้เคียงกันและมีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ โดยเริ่มการพัฒนานาร่องใน 1 รพ.สต. ก่อน แล้วจึงขยายไปรพ.สต. อื่นอีก 5 แห่ง และมีมติร่วมกันให้ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ เป็นรพ.สต. นาร่องก่อน เนื่องจาก มีพื้นที่สภาพแวดล้อม การบริหารจัดการ รวมทั้งศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรเอื้ออำนวยต่อการพัฒนานาร่องมากที่สุด และทีมแกนหลักในการพัฒนาได้ร่วมกันเห็นว่า ในการพัฒนาจำเป็นต้องมีแผนปฏิบัติการเพื่อการวางแผน ควบคุม และติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) 4) ร่วมพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือดำเนินงานสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแล และ คู่มือการเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมของ อสม. และ 5) นำแผนปฏิบัติการ ไปจัดทำโครงการสู่ปฏิบัติจริงและสะท้อนคิดผลการพัฒนางานครั้งที่ 1 โดยได้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะตามแผนที่กำหนด จำนวน 1 ครั้ง

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาโดยใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ การถอดบทเรียน และการจดบันทึกภาคสนาม โดยที่ในระหว่างกระบวนการพัฒนาได้มีการสรุปปัญหาที่พบและนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มเพื่อปรับแก้ไขเป็นระยะ หลังดำเนินการพัฒนาในระยะเวลา 1 เดือน ได้ร่างแผนปฏิบัติการ และได้มีการร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนการพัฒนางานต่อไป

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

การดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 1 สามารถสรุป ผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ ในวงจรที่ 1

ผู้ร่วมวิจัย	การดำเนินการ	ข้อมูลที่รวบรวม/วิธีการเก็บข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล
1. ผู้รับบริการ (6 รพ.สต.) - ผู้ป่วย 30 คน - ผู้ดูแล 30 คน 2. ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นผู้ให้บริการ - ทีมรพ.สต. 41 คน - แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต.) 41 คน - สหสาขาวิชาชีพ รพ. 12 คน รวมจำนวน 154 คน	1. ประชุมร่วมกันเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการในการพัฒนาและวางแผนการพัฒนา 2. ประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดวิเคราะห์ วางแผนการพัฒนา 3. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) 4. ร่วมพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือดำเนินงานสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลและ คู่มือการเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมของ อสม. 5. นำแผนปฏิบัติการไปจัดทำโครงการสู่ปฏิบัติจริงและสะท้อนคิดผลการพัฒนาวงจรที่ 1	1. ข้อมูลที่รวบรวม - กระบวนการดำเนินการ - ปัญหาที่พบในการดำเนินการ - ผลลัพธ์การพัฒนา - ความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ดำเนินการพัฒนา 2. วิธีการเก็บข้อมูล - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม - การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ - การถอดบทเรียน - การจดบันทึกภาคสนาม 3. การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ: วิเคราะห์เนื้อหาวิธีนัย (deductive content analysis)	1. ผู้รับบริการ (6 รพ.สต.) - ผู้ป่วย 30 คน - ผู้ดูแล 30 คน 2. ผู้ให้บริการ - ทีมรพ.สต. 23 คน - แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต.) 41 คน รวมจำนวน 124 คน

การดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 2 (มิถุนายน พ.ศ. 2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 1 สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการสู่การดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 2 ดำเนินการพัฒนาในรพ.สต. นำร่อง คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ โดยในวงจรนี้มีผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการพัฒนา และสะท้อนผลการปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ร่วมวิจัย และผู้ให้ข้อมูล

1.1) ผู้ร่วมวิจัย

การได้มาของผู้ร่วมวิจัยเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มและผู้มีส่วนได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกได้ (เกษราวัลณ์ นิลวรารกฎ, 2558) ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ร่วมวิจัยจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สีแก้ว) ที่เป็น รพ.สต. นำร่องผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 10 คน ผู้ดูแลหลัก 10 คน อสม. 6 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 3 คน พยาบาลผู้ให้บริการ จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน และผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 คน รวมจำนวน 33 คน โดยผู้ร่วมวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในตารางที่ 7

1.2) ผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการพัฒนาและสะท้อนการปฏิบัติที่เป็นผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 10 คน ผู้ดูแลหลัก 10 คน อสม. 6 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 3 คน พยาบาลผู้ให้บริการ จำนวน 2 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน และผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 คน รวมจำนวน 33 คน เป็นกลุ่มเดียวกันกับผู้ร่วมวิจัย

2) กระบวนการพัฒนาและวิธีการที่ใช้

การดำเนินการพัฒนาในวงจรนี้เป็นการดำเนินการในการออกแบบการพัฒนา รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ 1) พัฒนาขั้นตอนและวิธีการสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และร่วมออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยการคืนข้อมูลและประชุมเชิงปฏิบัติการการสร้างแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) 3) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล โชนสีแก้ว (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 แห่ง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง มีคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ติดตามเยี่ยมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟู

สมรรถภาพหัวใจ และนำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านไปใช้ 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกลุ่มผู้อำนวยความสะดวก รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต. (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้งและการอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. ,3 โชน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้งดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนตามแผนปฏิบัติการในวงจรที่ 1 นำคู่มือดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน นำคู่มือเยี่ยมบ้านสำหรับ อสม. และแบบบันทึกแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ลงพื้นที่เสริมพลังอำนาจทีมสุขภาพในพื้นที่ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และผ่านไลน์กรุป ในการแก้ปัญหา ตามสถานการณ์ที่พบ ประเมินความร่วมมือ ประเมินศักยภาพการปฏิบัติ 5) สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว 6) สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กรุป การนำแบบบันทึกการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไปใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน 7) ประชุมกลุ่มย่อย ร่วมกันเสนอแนะเพิ่มเติม/ร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างปฏิบัติ 8) ประชุมแกนหลักการพัฒนารวบรวมปัญหา สรุป และถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินการและเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนพัฒนารูปแบบในวงจรที่ 3 ต่อไป เดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ และการจดบันทึกภาคสนาม และการเก็บข้อมูลจากผลการตรวจคุณภาพรายงานปฏิบัติการเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาในวงจรที่ 2 ได้มีประชุมสรุปผลการดำเนินงานและร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนการพัฒนาในวงจรต่อไป

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนินัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

การดำเนินการพัฒนาในวงจรปฏิบัติการที่ 2 สามารถสรุป ผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ ในวงจรที่ 2

ผู้ร่วมวิจัย	การดำเนินการ	ข้อมูลที่รวบรวม/วิธีการเก็บ ข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล
ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย 10 คน ผู้ดูแลหลัก 10 คน อสม. 6 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในชุมชน 3 คน พยาบาลผู้ ให้บริการ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่งาน สาธารณสุข จำนวน 1 คน และ ผู้อำนวยการสถานี อนามัยเฉลิมพระ เกียรติฯ 1 คน รวม จำนวน 33 คน	คือ 1) พัฒนาขั้นตอนและ วิธีการสร้างรูปแบบการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดย ประชุมร่วมกันระหว่าง แกนหลักในการพัฒนาของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ผอ.รพ.สต. และกลุ่มพยาบาลผู้ ให้บริการ อสม. เพื่อวาง แผนการพัฒนา 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่าง สร้างสรรค์และร่วมออกแบบ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ชุมชน โดยการคืนข้อมูลและ ประชุมเชิงปฏิบัติการการสร้าง แผนปฏิบัติการโดยใช้ เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) เครือข่ายผู้ดูแลใน ชุมชนในผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต. (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพ ชุมชน) จำนวน 1 ครั้ง 1 วัน 3) การพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกลุ่ม ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาล ผู้ให้บริการใน รพ.สต.	1. ข้อมูลที่รวบรวม - กระบวนการดำเนินการ - ปัญหาที่พบในการดำเนินการ - ผลลัพธ์การพัฒนา- ความ คิดเห็นต่อกิจกรรมที่ดำเนินการ พัฒนา 2. วิธีการเก็บข้อมูล - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและ ไม่มีส่วนร่วม - การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ - การจดบันทึกภาคสนาม - เอกสารที่เกี่ยวข้อง - ผลผลิต (output) ที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนา เช่น แนว ปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยใน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ร่างแบบบันทึกการส่งต่อข้อมูล การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ทีม สุขภาพในพื้นที่ เป็นต้น 3. การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์เนื้อหา วิธีนินัย (deductive content analysis)	ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย 10 คน ผู้ดูแลหลัก 10 คน อสม. 6 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในชุมชน 3 คน พยาบาลผู้ให้บริการ จำนวน 2 คน เจ้า พนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน และ ผู้อำนวยการสถานี อนามัยเฉลิมพระ เกียรติฯ 1 คน รวม จำนวน 33 คน

ตารางที่ 9 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ ในวงจรที่ 2 (ต่อ)

ผู้ร่วมวิจัย	การดำเนินการ	ข้อมูลที่รวบรวม/วิธีการเก็บ ข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล
	(18 รพ. สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) จำนวน 2 วัน 2 ครั้ง และการอบรม และฝึก ปฏิบัติการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ กลุ่ม อสม.และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. ,3 โชน) 4) ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนตาม แผนปฏิบัติการในวงจรที่ 1 5) สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนบูรณา การกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว 6) สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยใน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง 7) ประชุมกลุ่มย่อย ร่วมกันเสนอแนะ เพิ่มเติม/ร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างปฏิบัติ 8) ประชุมแกนหลักการพัฒนารวบรวม ปัญหา สรุป และถอดบทเรียน เพื่อสะท้อน ผลการดำเนินการและเป็นข้อมูลสำหรับ วางแผนพัฒนารูปแบบในวงจรที่ 3		

การดำเนินการพัฒนาในวงจรปฏิบัติการที่ 3 (กันยายน พ.ศ. 2562 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 2 ภายหลังการสะท้อนผลการปฏิบัติจากสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 แห่ง และขยายการดำเนินการพัฒนาไปยังรพ.สต.อื่น จำนวน 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และ รพ.สต.บ้านเมืองทอง ทั้ง 6 รพ.สต. ใช้กลวิธีการสร้างความร่วมมือในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน อสม. 36 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 5 คน พยาบาลผู้ให้บริการ รพ.สต. จำนวน 12 คน และผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 6 คน โดยมีผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการพัฒนา และสะท้อนผลการปฏิบัติ การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ร่วมวิจัย และผู้ให้ข้อมูล

1.1) ผู้ร่วมวิจัย

การได้มาของผู้ร่วมวิจัยเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นตัวแทนของทุกกลุ่มและผู้มีส่วนได้เสียตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกได้ (เกษราวัลณ์ นิลวรังกูร, 2558) ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน อสม. 36 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 5 คน ผู้พยาบาลผู้ให้บริการ รพ.สต. 12 คน และอำนวยการ.รพ.สต 6 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ในตารางที่ 7 รวมทั้งสิ้น 119 คน

1.2) ผู้ให้ข้อมูล

เป็นผู้ให้ข้อมูลในกระบวนการพัฒนาและสะท้อนการปฏิบัติที่เป็นผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน อสม. 36 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 5 คน ผู้พยาบาลผู้ให้บริการ รพ.สต. 6 คน และอำนวยการ.รพ.สต 6 คน จำนวน 113 คน ที่เป็นผู้ร่วมวิจัยตามหัวข้อ 1.1

2) กระบวนการพัฒนาและวิธีการที่ใช้

ได้มีการนำผลการดำเนินงานพัฒนาจากรพ.สต.นำร่องที่ผ่านมา การนำเสนอแผนปฏิบัติการในการพัฒนาที่รพ.สต.จำนวน 5 รพ.สต.การรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการ การขอความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนา จากนั้นนำสู่กิจกรรมการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากกิจกรรมการพัฒนาในวงจรปฏิบัติการที่ 2 ได้แก่ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การคืนข้อมูล ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) 2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มอีก 2 โซน ได้แก่ โซนขอนแก่น (รพ.สต. ขอนแก่น 1 แห่ง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้งและโซนนาโพธิ์ (รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง มีคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ติดตามเยี่ยมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่มอสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. ,3 โซน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้งนำคู่มือเยี่ยมบ้านสำหรับ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน นำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน และแบบบันทึก/แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ลงพื้นที่เสริมพลังในการดำเนินงาน ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และผ่านไลน์กรุป 4) สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว 5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาล

และชุมชน ได้แก่ สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กรุป นำแบบบันทึกการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไปใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน 6) จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านโดยร่วมกับเครือข่ายในชุมชนปรับพื้นบ้านของผู้ป่วยให้เรียบไม่ต่างระดับเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเดินออกกำลังกายที่บ้าน 7) สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่บ้าน คือ นวัตกรรมแก้วจัดยารับประทานสำหรับผู้สูงอายุ รวบรวมออกกำลังกาย เชือกแขวนช่วยออกกำลังกาย ฮูลาฮูปออกกำลังกาย เป็นต้น และ 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุของรากเหง้า (root cause analysis)

วิธีการหลักในการพัฒนา คือ 1) ประชุมร่วมกันระหว่างแกนหลักในการพัฒนาของ รพ.สต. ผอ.รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการ อสม. ผู้เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย และผู้ดูแล จำนวน 6 รพ.สต. เพื่อวางแผนการพัฒนา 2) ประชุมกลุ่มย่อยแบ่งเป็น 3 โซน (โซนที่ 1 สีแก้ว ประกอบด้วย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 แห่ง โซนที่ 2 ขอนแก่น ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านขอนแก่น โซนที่ 3 นาโพธิ์ ประกอบด้วย รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง) และให้แต่ละรพ.สต. นำแผนสู่การปฏิบัติจริง 3) ลงมือปฏิบัติจริงตามแผนและกิจกรรมที่กำหนด 4) ลงพื้นที่ติดตามกำกับแบบเสริมพลังให้ทีมรพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง 5) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านกับทีมรพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง เพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน 6) ประชุมกลุ่มย่อยของแกนหลัก 3 โซน ในการพัฒนาเพื่อพัฒนา/ปรับปรุงระบบและกลไกในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 6) ประชุมกลุ่มย่อย และสนทนาวางอย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะในกลุ่มแกนหลัก 3 โซน ในการพัฒนาเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติปัญหาและแนวทางแก้ไข และ 8) ประชุมแกนหลักการ 3 โซน พัฒนาเพื่อสะท้อนผลการดำเนินการพัฒนา เดือนละ 1 ครั้งติดต่อกัน 4 เดือน ทั้ง 3 โซน รวม 12 ครั้ง

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลและสะท้อนผลการปฏิบัติ

ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนาวางอย่างไม่เป็นทางการ และการจดบันทึกภาคสนาม และการเก็บข้อมูลจากผลลัพธ์ด้านสุขภาวะของผู้ป่วย ศักยภาพและความร่วมมือในการปฏิบัติ และเมื่อสิ้นสุดการพัฒนาในวงจรที่ 3 ได้มีประชุมสรุปผลการดำเนินงานและร่วมกันพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ตลอดจนปัญหาและข้อเสนอแนะ เพื่อวางแผนการประเมินผลและจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

การดำเนินการพัฒนาในวงจรปฏิบัติการที่ 3 สามารถสรุป ผู้ร่วมวิจัย ผู้ให้ข้อมูล การดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 สรุปผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในวงจรที่ 3

ผู้ร่วมวิจัย	การดำเนินการ	ข้อมูลที่รวบรวม/วิธีการเก็บข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล
ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจ ตาย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน อสม. 36 คน ผู้มีส่วนได้เสียใน ชุมชน 5 คน พยาบาลผู้ให้ บริการ รพ.สต. 12 คน ผอ.รพ.สต 6 คน รวมจำนวน 119 คน	1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน 2) การส่งเสริมสมรรถนะของ ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจหัวใจ 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การ อบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ กลุ่มอสม.และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. ,3 โซน) จำนวน 2 วัน 2 ครั้ง 4) สนับสนุนระบบการดูแล ต่อเนื่อง 5) การเชื่อมประสานการดูแล ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน 6) จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยในฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจที่บ้าน 7) สนับสนุนการพัฒนา นวัตกรรมในการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่ บ้าน 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1) ข้อมูลที่รวบรวม - กระบวนการดำเนินการ - ปัญหาที่พบในการดำเนินการ - ผลลัพธ์การพัฒนา - ความคิดเห็นต่อกิจกรรมที่ ดำเนินการพัฒนา 2) วิธีการเก็บข้อมูล - การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและ ไม่มีส่วนร่วม - การสนทนอย่างไม่เป็นทางการ - การจดบันทึกภาคสนาม - เอกสารที่เกี่ยวข้อง: ผลผลิต (output) ที่เกิดจาก กระบวนการพัฒนา เช่นแนวทาง การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ บ้าน แนวปฏิบัติการส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ บ้าน และแบบบันทึก/แบบ ประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นต้น 3) การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ: การวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยวิธีนินัย (deductive content analysis)	ผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจ ตาย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน อสม. 36 คน ผู้มีส่วนได้เสียใน ชุมชน 5 คน พยาบาลผู้ให้ บริการ รพ.สต. 6 คน ผอ.รพ.สต 6 คน จำนวน 113 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา (มีนาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบมี 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ประเมินด้านกระบวนการ เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันประเมินผลและสะท้อนคิดพิจารณาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา การดำเนินการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการพัฒนาต่อไป โดยมีการประเมินผลทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย

(1) ประเมินความร่วมมือในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- การมีส่วนร่วมและร่วมออกแบบรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน
- ความร่วมมือในการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่ อสม. และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน
- ร่วมมือในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วย
- ร่วมกันสร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- ร่วมกันพัฒนาระบบพี่เลี้ยงให้การปรึกษาและการส่งต่อ

(2) ประเมินศักยภาพและผลการปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจ

- การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่ อสม. และผู้เกี่ยวข้อง
- ติดตามประเมินศักยภาพการปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน
- ผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่ อสม. และผู้เกี่ยวข้อง แบบเสริมพลัง
- การจัดการความรู้ และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ส่วนที่ 2 ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะผู้ป่วย จำนวน 4 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 ครั้งและขณะร่วมโครงการจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน

(1) แบบประเมินการกลับมารักษาซ้ำ ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคร่วม สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย ผลการตรวจสวนหัวใจ การรักษาที่ได้รับ รับประทานยา การประเมินการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย(left ventricular ejection fraction) อาการของการกลับมารักษาซ้ำ จำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ

(2) แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการวัดความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) วิธีการทดสอบทำได้โดยให้ผู้ป่วยเดินทางราบในเวลา 6 นาที (six minute walk test; 6 MWT) ได้ระยะทางเดินได้เท่าใดบันทึกโดยใช้แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) เพื่อเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยฟื้นสภาพร่างกายได้ดีเท่าใด ยิ่งเดินภายใน 6 นาทีได้ระยะทางยาวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยฟื้นสภาพของร่างกายดีขึ้นตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้วัดความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาแล้ว 1 สัปดาห์โดยประเมินครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการในระยะเริ่มต้นและขณะเข้าร่วมการพัฒนาารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในระยะเข้าร่วมโครงการ รวมทั้งหมด 4 ครั้ง

(3) แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดัก (Duke activity status index: DASI) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายฉบับภาษาไทยของ นิสากร วิบูลชัย (Vibulchai, 2014) ที่แปลจากต้นฉบับ Duke activity status index: DASI สำหรับประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจของดัก (Duke activity status index: DASI) ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม (item) ซึ่งครอบคลุม 4 กิจกรรมหลัก (major activity domains) คือ การดูแลกิจวัตรส่วนบุคคล (personal care) การเคลื่อนไหวของร่างกาย (ambulation) การทำงานบ้าน (household tasks) การมีเพศสัมพันธ์ (sexual function) งานอดิเรก (recreation) โดยสอบถามแต่ละข้อ ผู้ป่วยโดยตอบ ใช่ และไม่ใช่ ถ้าตอบใช่ นับเป็นคะแนน บ่งชี้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ ถ้าตอบไม่ใช่ ไม่นับเป็นคะแนน บ่งชี้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้ หรือมีคะแนนเป็น 0 คะแนน โดยคะแนนรวมระดับสูง (58.2 คะแนน) แปลผลผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีมาก (better functional capacity) (Hlatky et al., 1989) โดยคะแนนรวมของดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดัก (Duke Activity Status Index status index: DASI) สามารถคาดการณ์การใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกายได้ (maximal oxygen consumption: VO_2) โดยคำนวณโดยใช้สูตรสมการ $VO_2 = 0.43 \times DASI + 9.6$ (Hlatky et al., 1989) โดย $VO_2 = 3.5$ มิลลิตรต่อน้ำหนักตัวที่เท่ากับ 1 MET (Metabolic equivalents time: METs) (Fleisher et al., 2007) ส่วน cut-off points ของ ดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดัก (Duke Activity Status Index: DASI) โดยการเทียบเคียงกับระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (Metabolic equivalents: METs) หลังคำนวณ METs โดย (Fleisher et al., 2007)

น้อยกว่า 4 METs แปลผล ระดับสมรรถภาพของการมีกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยไม่ดี

4-6 METs แปลผล ระดับสมรรถภาพของการมีกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยปานกลาง

7-10 METs แปลผล ระดับสมรรถภาพของการมีกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยดี

(4) แบบประเมินอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory, TDI) ของ มาโนช หล่อตระกูล พัฒนาแบบประเมินภาวะซึมเศร้านี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย การสร้างคำถามอิงจากการศึกษา อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย 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 ลักษณะ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่มีเลย ถึง 3 หมายถึง มากที่สุด คะแนนของแบบประเมิน ทั้งชุดอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ภาวะซึมเศร้า ยิ่งมาก

(5) แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ต้นฉบับพัฒนาโดย Weinman เมื่อปี 1996 และพัฒนาปรับปรุงโดย Moss-Morris และคณะ ในปี 2002 เพื่อใช้สอบถามภาพสะท้อนความคิดต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยภายหลังกลืนเนื้อหัวใจตาย จากประสบการณ์เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยของตน การรับรู้ของบุคคลเป็นการจัดระบบวิเคราะห์ แปลและให้ความหมายของการเจ็บป่วยนั้นตามความรู้ ความนึกคิด ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นและข้อมูลจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม รอบตัว รวมทั้งความรู้สึกต่ออาการขณะนั้น ซึ่งภาพสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยแสดงออกทางพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความน่าสนใจถึงการรับรู้ภาพสุขภาพที่เป็นมุมมองของผู้ป่วย เนื่องจากการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายนี้มีผลต่อการจัดการอาการและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพสะท้อนทางความคิดในการค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการวางแผนจัดการตนเองในผู้ป่วยภายหลังกลืนเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเองและสามารถกลับไปทำงานตามปกติได้เร็วขึ้น แปลเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการ แปลย้อนกลับโดย ศรีนรินทร์ สมประสงค์ แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้ คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย และ 5 หมายถึง เห็นด้วยมาก คะแนน รวมของแบบสอบถามทั้งชุดมีค่าระหว่าง 38-158 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง การสะท้อนทางความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยยิ่งมาก (Sriprasong et al., 2009)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้ประเมินการกลับมารักษาค้ำ วัดความสามารถในการเดิน 6 นาที ระดับสมรรถภาพของการมีกิจกรรมประจำวัน ประเมินอารมณ์เศร้า และประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาแล้ว 1 สัปดาห์ โดยประเมินครั้งที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการในระยะเริ่มต้นและขณะเข้าร่วมการพัฒนา รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย รวมทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

- 1) แผนปฏิบัติการ (Action plan) การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย
- 2) คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากร
- 3) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 4) แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย
- 5) คู่มือการเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมของ อสม.
- 6) แนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน
- 7) แบบบันทึกการส่งต่อข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ทีมสุขภาพในพื้นที่
- 8) แบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review)

3.4.2 เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่

- 1) เครื่องมือเก็บข้อมูลในระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย
 - (1) แบบบันทึกการกลับมารักษาค้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 - (2) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคกำเริบ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ให้ข้อมูล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 - (3) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคกำเริบสำหรับผู้ดูแลหลัก เป็นผู้ให้ข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

(3) ประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคกำเริบ สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน (สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

(4) ประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน (สำหรับทีมสุขภาพในพื้นที่ และอาสาสมัครสาธารณสุข) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

(5) แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน (ทีมสุขภาพในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่เป็นผู้ให้ข้อมูล) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

(6) ประเด็นที่ใช้ในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน (สำหรับผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) เครื่องมือเก็บข้อมูลในระยการพัฒนารูปแบบและการประเมินผลรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

(1) การกลับมารักษาซ้ำ โดยใช้แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

(2) แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที (six minute walk test) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการบันทึกการทดสอบความสามารถในการเดิน 6 นาที

(3) แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดุก (Duke Activity Status Index : DASI) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายแปลเป็นภาษาไทย โดยนิสกร วิบูลชัย และคณะ (Vibulchai et al., 2014)

(4) แบบประเมินอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory, TDI) ของ มาโนช หล่อตระกูล (แสงเดือน กันทะขู และคณะ, 2557)

(5) แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ของ Moss-Morris แปลเป็นภาษาไทยโดยศรินรัตน์ สมประสงค์ (Sriprasong et al., 2009)

(6) แบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.4.3 การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

3.4.3.1 การหาความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยเครื่องมือดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลในข้อที่ 3.4.1 และข้อที่ 3.4.2 ต้องผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ

1) เครื่องมือระยะศึกษาสถานการณ์ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้

อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาสุขภาพชุมชน/วิจัยเชิงคุณภาพ	1	คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญวิจัยเชิงคุณภาพ	1	คน
พยาบาลเชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน	1	คน

2) เครื่องมือระยะศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ/โรคหัวใจ	1	คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาสุขภาพชุมชน	1	คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ	2	คน
พยาบาลเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน	1	คน

เมื่อผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะไปปรับแก้ไขเครื่องมือในการเก็บข้อมูลให้สมบูรณ์ต่อไป

3.4.3.2 การหาความเชื่อมั่น (reliability)

เนื่องจากเครื่องมือวิจัยแบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดุก (Duke Activity Status Index : DASI) แบบประเมินอารมณ์เศร้าและแบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) เป็นเครื่องมือมาตรฐานและผ่านการหาความตรงและหาความเชื่อมั่นจากการวิจัยมาแล้ว โดยเครื่องมือทั้งหมดใช้กับผู้ป่วยกลุ่มภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันกับการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1) แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของดุก (Duke Activity Status Index: DASI) สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายแปลเป็นภาษาไทย โดยนิสกร วิบูลชัย และคณะ และทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ความเชื่อมั่น (reliability) .76 (Vibulchai et al., 2014)

2) แบบประเมินอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory, TDI) ของ มาโนช หล่อตระกูล แสงเดือน กันทะชู ทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ ความเชื่อมั่น (reliability) .83 (แสงเดือน กันทะชู และคณะ, 2557)

3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (The Revised Illness Perception Questionnaire; IPQ-R) ของ Moss-Morris แปลเป็นภาษาไทยโดยศรินรัตน์ สมประสงค์ และทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ความเชื่อมั่น (reliability) .85 (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2551)

3.5 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 9 คน เพื่อลดความลำเอียงโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มเป้าหมาย แนวคำถาม หลักในการสัมภาษณ์วิธีการเก็บข้อมูล บทบาทของผู้ช่วยวิจัยด้านการเก็บข้อมูล โดยการ บันทึกเทป จดบันทึก ข้อมูลการสัมภาษณ์และการถอดเทป การไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิและ จริยธรรมการวิจัย ก่อนที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3.5.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 4 คน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างน้อย 5 ปีและผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับ ผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้ กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง นำผลที่ได้ไปคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยใช้สูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100%

3.5.2 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับ ผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้ กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง นำผลที่ได้ไปคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยใช้สูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100%

3.5.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นแพทย์โรคหัวใจจำนวน 1 คน และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูจำนวน 1 คนผู้วิจัยทำความเข้าใจกับ ผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ความถูกต้องของ guideline คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในสาขาอาชีพที่เชี่ยวชาญ

3.5.4 การเตรียมผู้ช่วยวิจัยทีมสุขภาพในพื้นที่ศึกษาจำนวน 17 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลวิชาชีพศูนย์เยี่ยมบ้าน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน โดยผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้กับผู้วิจัย 2 ครั้ง ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง นำผลที่ได้ไปคำนวณค่าความเชื่อมั่น (interrater reliability) คำนวณโดยใช้สูตร kappa ได้ค่าตรงกัน 100%

ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยที่มีสุขภาพในพื้นที่ศึกษาเกี่ยวกับในการเก็บข้อมูล บทบาทของผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ การบันทึกเทป จดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ การร่วมสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกขณะประชุมเชิงปฏิบัติการ การบันทึกขณะลงพื้นที่ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และการตรวจสอบความถูกต้องของผลการศึกษา

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulations) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลแตกต่างกันในข้อมูลเรื่องเดียวกัน ประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในชุมชน การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ก่อนที่จะนำมาสร้างเป็นข้อสรุปเพื่ออธิบายการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชนในภาพรวม และผู้วิจัยใช้โปรแกรม NVivo ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เนื้อหาวิธีอุปนัย (inductive content analysis) และวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนิรนัย (deductive content analysis)

การศึกษาประสบการณ์การกลับมารักษาลำบากในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ชุมชนนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1927/ 1962 อ้างตาม Laverly, 2008) ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะ ของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น เป็นการนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาให้ความหมายในประสบการณ์ใหม่ เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร การวิเคราะห์และให้ความหมายเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ถึงภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดโดยเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้าร่วมกับการบันทึกเสียงและจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ เมื่อได้รับข้อมูลจากผู้ให้ ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาให้ความหมายตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ เวน มาเนน (Van Manen, 1995 อ้างตาม อารีวรณ, 2553) โดยอ่านบทสัมภาษณ์ ชัดเส้นคำ วลี ประโยคที่สำคัญที่แสดงถึงประสบการณ์ที่ศึกษา จากนั้นตีความหมายคำวลี ประโยคที่สำคัญนั้น ซึ่งจะขึ้นกับความรู้เดิมของผู้วิจัยอย่างมาก ทั้งความรู้ด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว มีกระบวนการที่นำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความเรียกว่าฟิวซัน ฮอริซัน (fusing horizon) เนื่องจากจะมีการเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของ แนวคิดที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานเพื่อสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อมูลที่กำลังตีความหมาย แล้วนำเข้ามาจัดกลุ่มที่อยู่ในความหมายเดียวกัน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- 1) ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (prolonged involvement) ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ ภูมิลำนานาเกิดและอาศัยในพื้นที่วิจัยนี้มากกว่า 40 ปี มีความเข้าใจในวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ภาษาพูดของผู้ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยเข้าไปแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคย
- 2) การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยใช้หลายวิธีการว่าตรงกันหรือไม่ โดยใช้วิธีการจากสังเกตข้อมูลจากภาคสนาม และจากการสัมภาษณ์
- 3) การตรวจสอบ (peer debriefing) โดยนำข้อมูลที่ได้ให้อาจารย์ปรึกษาที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพและพยาบาลที่ผ่านการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ตรวจสอบ ให้ข้อคิดเห็น และเสนอแนะ
- 4) การตรวจสอบ โดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำข้อมูลที่ได้ออกจากการถอดเทปไปตรวจสอบและให้ความคิด เห็นร่วมกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูล จากประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง

2) ข้อมูลเกี่ยวกับศึกษาศาสนการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และศึกษาความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulations) คือการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักหลายคน จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลมาก่อนจะนำมาข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเป็นข้อสรุปและอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นทีมสุขภาพอีกครั้งและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

3) ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการพัฒนา ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulations) คือการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักหลายคน จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลมา ก่อนจะ

นำมาข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเป็นข้อสรุปและอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นทีมสุขภาพอีกครั้งและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป

4) ข้อมูลที่เขียนในลักษณะพรรณนาความเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่ดำเนินการใน 2 วงรอบ คือ วงรอบที่ 1 ขึ้นวางแผนที่กำหนดเป้าหมายการพัฒนาไปที่เจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครชุมชน ขึ้นปฏิบัติและสังเกตที่มีกิจกรรมพัฒนาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครชุมชน และขึ้นสะท้อนผลที่เป็นการวิพากษ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครชุมชน และ วงรอบที่ 2 ขึ้นวางแผนที่กำหนดเป้าหมายการพัฒนาไปที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย ขึ้นปฏิบัติและสังเกตที่มีกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน การเผยแพร่แนวคิดสู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกิจกรรมพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายและผู้ดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย และขึ้นสะท้อนผลที่เป็นการวิพากษ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นผู้นำชุมชนเหมือนเช่นในวงรอบที่ 1 นั้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลโดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครชุมชน ภายหลังจากเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้นลง

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลการกลับมารักษาศ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย วิเคราะห์ด้วยด้วยค่าความถี่ ร้อยละ
- 3) ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาศ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอย (regression)
- 4) ข้อมูลดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของตุ๊กของผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายวิเคราะห์ด้วยด้วยค่าความถี่ ร้อยละ
- 5) ข้อมูลอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายวิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ
- 6) ข้อมูลระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที และข้อมูลการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที และค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย วิเคราะห์ด้วยความแปรปรวนแบบทางเดียวเมื่อวัดซ้ำ (One- way repeated measure ANOVA)

3.6.3 ความเชื่อถือได้ (trustworthiness) ของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Stringer, 2007)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีความน่าเชื่อถือของการวิจัยตามเกณฑ์การพิจารณาความน่าเชื่อถือ ของลินคอล์น และกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ที่ประกอบด้วย ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความสามารถนำไปอ้างอิง (transferability) การพึ่งพาเกณฑ์ (dependability) การยืนยันผลการวิจัย (conformability) (เกษราวัลณ์ นิลวรังกู, 2558) รายละเอียดดังนี้

3.6.3.1 ความน่าเชื่อถือ (credibility)

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความน่าเชื่อถือในประเด็นหลักๆ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ที่คำนึงถึงความตรง ความน่าเชื่อถือและมีการตรวจสอบสามเส้า 2) ความน่าเชื่อถือของนักวิจัยที่มีประสบการณ์และผ่านการอบรม มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากนักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและวิเคราะห์ข้อมูล 3) ปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาในบริบทที่เป็นธรรมชาติ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย (inductive analysis) การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ซึ่งต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลจริงตามประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูล

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยที่ดำเนินการวิจัยได้มีประสบการณ์ในการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 10 ปี เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ผ่านการอบรมและศึกษาวิจัยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย รวมถึงมีผู้วิจัยที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 1 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 10 ปี และอาจารย์ที่ปรึกษาทุกท่านอยู่ในพื้นที่ศึกษา ทำให้รู้ถึงบริบทและวัฒนธรรมของผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่คนในพื้นที่ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้รวบรวมข้อมูลเดียวกันจากผู้ร่วมวิจัยหลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแลหลัก แกนนำ ผู้ดูแลในชุมชน ผู้มีส่วนได้เสียในชุมชน และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และเก็บข้อมูลต่างเวลาเพื่อดูปฏิกริยาและความสอดคล้องของข้อมูล ตลอดจนใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลากหลายวิธี โดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับผู้ร่วมดำเนินการวิจัย ซึ่งบางคนได้เพิ่มเติมข้อมูลให้สมบูรณ์และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อมูลบางส่วนให้ตรงตามความเป็นจริง

3.6.3.2 ความสามารถนำไปอ้างอิง (transferability)

เป็นการที่ผลการศึกษานำไปใช้กับบริบทอื่นที่มีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งในการวิจัยนี้ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริบทพื้นที่ศึกษา กิจกรรมการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการนำไปใช้สามารถนำไปใช้ในบริบทชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการให้บริการผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันกับบริบทที่ศึกษาและสามารถนำไปใช้กับการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใกล้เคียงกันได้

3.6.3.3 การพึ่งพาเกณฑ์ (dependability)

ในการวิจัยนี้เพื่อให้สามารถตรวจสอบได้ และนักวิจัยคนอื่นๆ สามารถติดตามกระบวนการตัดสินใจของผู้วิจัยในการทำวิจัยได้นั้น ผู้วิจัยได้ระบุการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ 1) การอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย 2) ระบุถึงวิธีการและเหตุผลในการเลือกผู้ร่วมดำเนินการวิจัย รวมทั้งเกณฑ์คุณสมบัติ 3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4) วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งได้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันกับทีมวิจัย และ 5) การนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายอย่างละเอียด และเข้าใจง่าย

3.6.3.4 การยืนยันผลการวิจัย (conformability)

การวิจัยนี้สามารถยืนยันผลอันเกิดจากข้อมูลจริง จากความเชื่อถือได้ ความสามารถนำไปอ้างอิง และการพึ่งพาเกณฑ์(credibility) ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้แสดงให้เห็นถึงการได้มาของข้อมูลว่าเชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลอย่างไร และมีกระบวนการที่บ่งชี้ยืนยันผลการวิจัยอย่างชัดเจน โดยการบอกตัวอย่างการอ้างอิงคำพูดของผู้ร่วมวิจัยที่เชื่อมโยง มีกระบวนการวิจัยมีความชัดเจน (dependability) ความสามารถอ้างผลการวิจัย (transferability) จึงจะสามารถในการยืนยันผล (conformability) ได้

3.7 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

3.7.1 การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมเรื่อง “Principles of health sciences research and social sciences research ethics” เมื่อวันที่ 16-18 มีนาคม พ.ศ. 2559 จัดโดยวิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการศึกษาวิจัย การศึกษาในครั้งนี้ต้องผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) การวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังนี้

ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขา
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ PH 019/2560 และ เลขที่ PH 070/2561 ได้รับการ
พิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่
012/2561 และได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ HE 2561-01-1-001 และเลขที่ HE 2561-11-29-040

3.7.2 การได้รับการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกำหนดลักษณะของผู้ร่วมวิจัยแล้ว
นักวิจัยประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนและพยาบาลวิชาชีพ รพสต. หรือ บุคคลสำคัญอื่นๆ ที่
เกี่ยวข้องกับผู้ร่วมวิจัย เพื่อประชุมชี้แจงโครงการและการดำเนินการวิจัย ตลอดจนชี้แจงถึงสิทธิใน
การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการดำเนินการวิจัย รวมถึงการกระทำที่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ร่วมวิจัย
ตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้เวลาผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจ
เข้าร่วมโครงการตามความเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นหลังการประชุมชี้แจงโครงการทันที หรือ 1-2 วัน
เพื่อให้ผู้ที่ประสงค์เข้าร่วมได้มีเวลาตัดสินใจก่อนเข้าร่วมโครงการ

3.7.3 ความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น (potential risks) การให้ข้อมูลของอาสาสมัครที่
เข้าร่วมในการศึกษานี้ เป็นเพียงการตอบแบบบันทึกข้อมูล ตอบแบบสัมภาษณ์ และตอบสอบถาม
เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและประเมินผลการพัฒนา
รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งไม่มีผลทำให้
เกิดอันตรายกับอาสาสมัคร รวมทั้งไม่ได้ก่อให้เกิดความเสี่ยงมากไปกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน
ของอาสาสมัคร แต่ถ้าผู้ร่วมวิจัยเกิดความไม่สบายใจหรือมีภาวะเครียดจากการให้ข้อมูล สามารถแจ้ง
หยุดการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยผู้วิจัยจะหยุดให้การสัมภาษณ์และช่วยเหลือแก้ไขจนกว่าจะเข้าสู่
ภาวะปกติ และผู้ร่วมวิจัยสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมในวันเวลาที่ถัดไปตามความสมัครใจของผู้ร่วมวิจัย
และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยและนำเสนอเป็นภาพรวมต่อไป

ในส่วนการทดสอบการเดินในระยะเวลา 6 นาทีเป็นวิธีการทดสอบทำได้โดยให้ผู้ป่วย
เดินทางราบในเวลา 6 นาที (six minute walk test; 6 MWT) ได้ระยะทางเดินได้เท่าใดบันทึกโดยใช้
แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที เพื่อเปรียบเทียบว่าผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายได้ดีเท่าใด ยิ่ง
เดินภายใน 6 นาที ได้ระยะทางยาวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายดีขึ้นตามลำดับ โดยการทดสอบ
การเดินในระยะเวลา 6 นาที ดำเนินการทดสอบตามมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้วิจัยจะนัด
ผู้ป่วยเข้าทดสอบในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 4 ครั้ง โดยมีทีมผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ทดสอบและดูแล
ขณะทดสอบ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพ พยาบาลฟื้นฟูหัวใจ ใช้เวลา
ประมาณ 30 นาที ถ้าพบความผิดปกติ ได้แก่ อาการเหนื่อยมากขึ้น อาการหัวใจเต้นเร็วเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย
สามารถหยุดทดสอบได้ตามความต้องการผู้ป่วย และขณะทดสอบการเดินผู้วิจัยและทีมผู้เชี่ยวชาญจะ

เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ก่อนทดสอบ ระหว่างทดสอบ และหลังการทดสอบ ถ้าเกิดความผิดปกติในการทดสอบจะเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยทันทีให้ปลอดภัยโดยผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ

4) การเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย (study enrollment and withdrawal) การดำเนินการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้คำนึงถึงการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัย 3 ด้าน คือ เคารพในบุคคลที่ให้ข้อมูล ประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับ และความยุติธรรมในการปฏิบัติกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ข้อมูล ผู้วิจัยขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีการชี้แจงคนละเอียดยตามแบบชี้แจงอาสาสมัคร และมีการปกป้องข้อมูลแต่ละบุคคลเป็นความลับ โดยในแบบสอบถามไม่มีการลงชื่อหรือสิ่งใดที่ระบุได้ว่าใครเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จึงไม่กระทบกระเทือนหรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่กลุ่มตัวอย่าง ถ้ามีการเผยแพร่ข้อมูลก็จะเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ไขและพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในชุมชน ผู้ถูกสัมภาษณ์ (ผู้ร่วมวิจัย) มีสิทธิเท่าเทียมกันในการตอบแบบสอบถาม ผู้ถูกสัมภาษณ์ (ผู้ร่วมวิจัย) จะได้รับการปฏิบัติในการขอข้อมูลเหมือนกันทุกคนและหากต้องการถอนตัวจากการวิจัยผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นรวมถึงไม่มีผลต่อสิทธิหรือประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยพึงได้

5) การถอนตัวและเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย หากต้องการถอนตัวจากการวิจัยผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นรวมถึงไม่มีผลต่อสิทธิหรือประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยพึงได้

เกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ การถอนตัวเข้าร่วมโครงการวิจัย การย้ายที่อยู่

6) เหตุผลการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยมีต้องแจ้งเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับทั้งสิ้นรวมถึงไม่มีผลต่อสิทธิหรือประโยชน์ที่ผู้ร่วมวิจัยพึงได้

7) การดูแลติดตามภายหลังการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังการถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามหรือเข้าเยี่ยมผู้ร่วมวิจัยในระยะ 1 สัปดาห์แรกเพื่อสอบถามอาการและความเป็นอยู่โดยทั่วไป และเสนอตัวเข้าช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของผู้เข้าร่วมแต่ละราย

8) การยุติการศึกษาวิจัย หรือการระงับชั่วคราว ผู้วิจัยจะทำการยุติการวิจัยเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยมีความประสงค์ที่จะถอนตัว ยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมการวิจัย เสียชีวิต ย้ายที่อยู่

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทชุมชนที่ศึกษา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยแยกเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

4.1 ผลการศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา

4.2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา

4.3 การประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา

4.1 ผลการศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา

จำแนกประเด็น ดังนี้ 4.1.1) สถานการณ์การกลับมาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 4.1.2) สถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ 4.1.3) ความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

4.1.1 ศึกษาสถานการณ์การกลับมาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ในการศึกษาสถานการณ์การกลับมาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ประกอบด้วยด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ศึกษาการกลับมาซ้ำและปัจจัยทำนายการกลับมาซ้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเชิงคุณภาพ ได้แก่ ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการโรคกำเริบ รายละเอียดดังนี้

4.1.1.1 ศึกษาการกลับมาซ้ำและปัจจัยทำนายการกลับมาซ้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เป็นการศึกษาการกลับมาซ้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จากเวชระเบียนย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561) รวมทั้งสิ้น 376 ราย โดยศึกษาการกลับมาซ้ำ

ซ้ำใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปี สถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการถดถอยลอจิสติก (logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 66.55 ปี (32-98 ปี) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ สิทธิการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 71.3 วินิจฉัยชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) มากที่สุดร้อยละ 77 มีโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 46.5 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 มากที่สุด มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ร้อยละ 18.1 มีภาวะความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 33 vol% ร้อยละ 69.9 สูบบุหรี่ร้อยละ 13.6 และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 8.5

ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว ร้อยละ 54.3 รักษาด้วยหัตถการตรวจสอบหัวใจ ร้อยละ 39.36 และ รักษาด้วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6.38 ผลการตรวจสอบหัวใจผู้ป่วยมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น มากที่สุด ร้อยละ 18.6 รองลงมามีหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น ร้อยละ 17.6 และมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ มีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยลง 40% ร้อยละ 14.4 ค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 40-49 % ร้อยละ 9.6 และค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 50% ร้อยละ 17.6

ผลการศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายกลับมา รักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 43.1 โดยเป็นการกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 22.3 รองลงมากลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 13.6 กลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน ร้อยละ 4.3 กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ 3 ลำดับแรก วินิจฉัยมีภาวะหัวใจล้มเหลว มากที่สุด ร้อยละ 15.2 รองลงมามีอาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ ร้อยละ 6.9 และกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI ร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 6.9 ตามลำดับ อาการที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำ สามลำดับแรก อาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) ร้อยละ 15.7 นอนราบไม่ได้ (orthopnea) ร้อยละ 14.9 เจ็บแน่นหน้าอก ร่วมกับนอนราบไม่ได้ ร้อยละ 5.58 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=376)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
กลับมารักษาซ้ำ		
กลับมารักษาซ้ำ	162	43.1
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	214	56.9
กลับมารักษาซ้ำ		
7 วัน	16	4.3
30 วัน	51	13.6
6 เดือน	84	22.3
1 ปี	11	2.9
การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ		
ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure)	57	15.2
อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina)	26	6.9
กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดNSTEMIร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว	26	6.9
กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดNSTEMI	23	6.1
อัมพาต (stroke)	7	1.9
กล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดSTEMI	4	1.1
หัวใจเต้นผิดปกติ	4	1.1
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	4	1.1
ภาวะซึมเศร้า	1	0.3
อาการกลับมารักษาซ้ำ		
เจ็บแน่นหน้าอก (chest pain)	59	15.7
นอนราบไม่ได้ (orthopnea)	56	14.9
เจ็บแน่นหน้าอก ร่วมกับนอนราบไม่ได้ (orthopnea)	21	5.58
ซึมไม่พูด แขนขาอ่อนแรง	6	1.6
วิงเวียน เหนื่อยเพลีย	6	1.6
ใจสั่น	5	1.3
เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	4	1.1
หัวใจเต้นช้า (bradycardia)	1	0.3

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ เพศหญิง มีโรคร่วมเบาหวาน มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ภาวะซีด ความเข้มข้นของเลือด (Hct) < 33 vol% ค่า Creatinine > 2.2 ความเสื่อมของไตมากกว่าหรือเท่ากับระดับ 3 (CKD stage 3) มีภาวะหัวใจเต้นผิดปรกติ (Arnold & et al., 2015; Lenzi & et al., 2016) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ 1) เพศ 2) มีโรคร่วมเบาหวาน 3) มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง 4) ค่า Creatinine > 2.2 5) มีภาวะหัวใจเต้นผิดปรกติ 6) สูบบุหรี่ 7) ชนิดของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 8) ความเข้มข้นของเลือด (Hct) และกำหนดตัวแปรตาม คือ การกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือน 1 ปี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Logistic Regression

ผลการศึกษา พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย การกลับมารักษา ใน 1 ปี เป็น 1.8 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำที่ 6 เดือน 30 วัน และ 7 วัน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI 0.793-2.813) การกลับมารักษาซ้ำใน 6 เดือน เป็น 1.66 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI 0.654-2.669) การกลับมารักษา ใน 7 วัน เป็น 1.26 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำที่ 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปีตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$, 95%CI 0.2328-0.202) ตามลำดับ พบว่าการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการกลับมารักษา 30 วัน 0.386 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำ 6 เดือน และ 1 ปี ($p = 0.447$, 95%CI -0.609-1.380) รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=376)

ตัวแปร	B	Std. Error	Wald	df	p	95% CI
กลับมารักษาซ้ำ 7 วัน	-1.265	0.542	5.443	1	0.020	[-2.328, -0.202]
กลับมารักษาซ้ำ 30 วัน	0.386	0.507	0.578	1	0.447	[-0.609, 1.380]
กลับมารักษาซ้ำ 6 เดือน	1.662	0.514	10.448	1	<0.001	[0.654, 2.669]
กลับมารักษาซ้ำ 1 ปี	1.803	0.515	12.242	1	<0.001	[0.793, 2.813]

ผลการศึกษาปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยผู้หญิง ผู้ป่วยผู้ชาย กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.249 เท่า $p = 0.292$, 95%CI [-0.214, -

0.711] เมื่อเทียบกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดปรกติ ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดปรกติ กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.634 เท่า $p=0.160$, 95%CI [-0.250, 1.518] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไม่มี ความดันโลหิตสูง กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.520 เท่า $p=0.033$, 95%CI [0.042, 0.999] เมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI กลับมารักษา ซ้ำเพิ่ม 1.030 เท่า $p<0.001$ 95%CI [0.488, 1.573] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีโรคร่วมเบาหวานผู้ป่วย ไม่มี เบาหวาน กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.762 เท่า $p<0.001$ 95%CI [0.311, 1.213] เมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยมี ค่าCreatinine >2.0 ผู้ป่วยค่าCreatinine <2.0 กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.326 เท่า $p=0.250$ 95%CI [-0.230, 0.882] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือด (Hct) <33 vol% ผู้ป่วย ความเข้มข้นของเลือด (Hct) >33 vol% กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.532 เท่า $p=0.039$ 95%CI [0.027, 1.018] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ กลับมารักษาซ้ำ 0.729 เท่า $p=0.028$ 95%CI [-1.381, -0.077] สมการถดถอยการกลับมารักษาซ้ำอธิบายได้ร้อยละ 14.8 รายละเอียดดัง ตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย (n=376)

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Error	Wald	df	p	95% CI
ชาย หญิง	0.249	0.236	1.111	1	0.292	[-0.214, -0.711]
ไม่มีAF มีAF	0.634	0.451	1.978	1	0.160	[-0.250, 1.518]
ไม่มีโรคร่วม HT โรคร่วม HT	0.520	0.244	4.545	1	0.033	[0.042, 0.999]
STEMI NSTEMI	1.030	0.277	13.843	1	<0.001	[0.488, 1.573]
ไม่มีโรคร่วม DM โรคร่วม DM	0.762	0.230	10.979	1	<0.001	[0.311, 1.213]
Creatinine <2.0 Creatinine >2.0	0.326	0.284	1.324	1	0.250	[-0.230, 0.882]
Hct >33 vol% Hct <33 vol%	0.523	0.253	4.279	1	0.039	[0.027, 1.018]
ไม่สูบบุหรี่ สูบบุหรี่	0.729	0.333	4.806	1	0.028	[-1.381, -0.077]

และพบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือด (Hct) < 33 vol% ผู้ป่วยความเข้มข้นของเลือด (Hct) >33 vol% มี Ordered logit การกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน ลดลง 0.842 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.021 95%CI [-1.557, -0.127] พบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI Ordered logit การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลง 0.968 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.007 95%CI [-1.669, 0.267] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีโรคร่วม เบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีเบาหวาน มี Ordered logit กลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลง 0.612 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.031 95%CI [-1.167, -0.057] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ กลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลง 1.133 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.003 95%CI [0.383, 1.883] และพบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ลดลง 19.40 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 95%CI [-19.401, -19.401]

รายละเอียดดังตารางที่ 14



ตารางที่ 14 ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปี ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ตัวแปรอิสระ	การกลับมารักษาซ้ำภายใน 7 วัน			การกลับมารักษาซ้ำภายใน 30 วัน			การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน			การกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
ชาย	0.305	[-0.177, 3.729]	0.585	-0.268	[-0.977, 0.441]	0.459	-0.476	[-1.046, .095]	0.102	0.22	[-0.797, 1.237]	0.67
หญิง	1											
ไม่มีAF	-0.906	[-2.494, 0.682]	0.264	-0.676	[-1.877, 0.525]	0.270	-0.517	[-1.561, 0.528]	0.332	-0.130	[-2.307, 2.047]	0.907
มีAF	1											
ไม่มีโรคร่วม HT	-0.358	[-1.548, 0.831]	0.555	-0.512	[-1.276, 0.253]	0.190	-0.059	[-0.642, 0.524]	0.843	-20.194	[-14140, 14099]	0.99
โรคร่วม HT	1											
STEMI	-0.828	[-0.177, 3.729]	0.281	-0.592	[-1.413, 0.228]	0.157	-0.968	[-1.669, 0.267]	0.007*	0.936	[-0.051, 1.922]	0.063
NSTEMI	1											
ไม่มี DM	-0.377	[-1.472, 0.718]	0.500	-0.607	[-1.293, 0.08]	0.083	-0.612	[-1.167, -0.057]	0.031*	-0.522	[-1.615, 0.571]	0.349
โรคร่วม DM	1											
Creatinine <2.0	0.535	[-0.853, 1.922]	0.450	-0.216	[-0.982, 0.550]	0.580	-0.508	[-1.177, -0.161]	0.136	0.527	[-0.737, -1.790]	0.410
Creatinine >2.0	1											
Hct > 33 vol%	-0.878	[-2.002, 0.245]	0.126	-0.842	[-1.557, -0.127]	0.021*	-0.040	[-0.651, 0.571]	0.898	-0.235	[-1.330, -0.860]	0.674
Hct < 33 vol%	1											
ไม่สูบบุหรี่	0.623	[-2.747, 1.502]	0.566	-0.803	[-0.186, 1.791]	0.112	-1.133	[0.383, 1.883]	0.003*	-19.40	[-19.401, -19.401]	0.001*
สูบบุหรี่	1											

P<0.05

4.1.1.2 ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคกำเริบศึกษาเชิงคุณภาพ

ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อมีอาการโรคกำเริบระหว่างอยู่ในชุมชนนี้ได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ตามแนวคิดของไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1927/ 1962 อ้างตาม Laverty, 2008) ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ในทัศนะ ของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น เป็นการนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาให้ความหมายในประสบการณ์ใหม่ เป็นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร การวิเคราะห์และให้ความหมายเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ทำให้ผู้วิจัยรับรู้ถึงภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วย ในการศึกษานี้ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดโดยเตรียมคำถามไว้ล่วงหน้าร่วมกับการบันทึกเสียงและจดบันทึกรายละเอียดต่างๆ เมื่อได้รับข้อมูลจากผู้ให้ ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาให้ความหมายตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิเคราะห์เนื้อหาวิธีอุปนัย (inductive content analysis) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลของ เวน มาเนน (Van Manen, 1995 อ้างตาม อารีย์วรรณ, 2553) โดยอ่านบทสัมภาษณ์ ชิดเส้นคำ วลี ประโยคที่สำคัญที่แสดงถึงประสบการณ์ที่ศึกษา จากนั้นตีความหมายคำวลี ประโยคที่สำคัญนั้น ซึ่งจะขึ้นกับความรู้เดิมของผู้วิจัยอย่างมาก ทั้งความรู้ด้านภาษา ความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา รวมถึงประสบการณ์ของผู้วิจัยที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว มีกระบวนการที่นำเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความเรียกว่าฟิวชั่น ฮอร์ซัน (fusing horizon) เนื่องจากจะมีการเปรียบเทียบประสบการณ์ของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของ แนวคิดที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานเพื่อสร้างความเข้าใจในนิยามของข้อมูลที่กำลังตีความหมาย แล้วนำเข้ามาจัดกลุ่มที่อยู่ในความหมายเดียวกัน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลนี้ ผู้วิจัยดำเนินการ ดังต่อไปนี้ 1) ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (prolonged involvement) ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งนี้ ภูมิลำเนาเกิดและอาศัยในพื้นที่วิจัยนี้มากกว่า 40 ปี มีความเข้าใจในวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม ภาษาพูดของผู้ให้ข้อมูล มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลก่อน โดยเข้าไปแนะนำตัวเพื่อสร้างความคุ้นเคย 2) การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยใช้หลายวิธีการว่าตรงกันหรือไม่ โดยใช้วิธีการจากสังเกตข้อมูลจากภาคสนาม และจากการสัมภาษณ์ 3) การตรวจสอบ (peer debriefing) โดยนำข้อมูลที่ได้นำให้อาจารย์ปรึกษาที่มีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพและพยาบาลที่ผ่านการทำงานในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ตรวจสอบให้ข้อคิดเห็น และเสนอแนะ 4) การตรวจสอบ โดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำข้อมูล ที่ได้

จากการถอดเทปไปตรวจสอบและให้ความคิด เห็นร่วมกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าเป็นข้อมูล จากประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูลจริง

ผลการวิจัยพบว่าศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อมีอาการโรค กำเริบระหว่างอยู่ในชุมชน 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) การรับรู้เมื่อมีอาการกำเริบ

1.1) กลัวเสียชีวิต

ผู้ป่วยมีโอกาสหลุดเล็ดหัวใจตีบตันซ้ำได้ตลอดเวลาแม้ภายหลังทำบอลลูน ขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหัวใจไปแล้วต้องรักษาต่อเนื่องและรับประทานยาตลอดชีวิต รวมถึงปรับลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคกลับเป็นซ้ำด้วย เมื่อมีอาการของโรคกำเริบ ได้แก่ อาการเจ็บ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก วิงเวียน ใจสั่น หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ เป็นต้น ก่อให้เกิดความทรมานและทำให้ผู้ป่วยกลัวการเสียชีวิตทันทีทันใด

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“บางครั้งถึงแม้จะกินยาและรักษากับหมอตลอดผมก็กลัวอาการกำเริบเหมือนกัน กลัวตายกระทันหัน” (ผู้ป่วยชาย 45 ปี)

“กลัวว่าอาการจะกำเริบอยู่ โรคหัวใจถ้าเป็นหนักก็ตายได้เหมือนกัน” (ผู้ป่วยชาย 62 ปี)

“ก็กลัวจะมีอาการกำเริบของโรคหัวใจเหมือนกัน ถึงแม้จะผ่านมาหลายปีแล้วก็กลัว ตายโรคหัวใจชีวิตไม่แน่นอน” (ผู้ป่วยหญิง 65 ปี)

1.2) กลัวไม่มีใครช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบ

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อยู่บ้านตามลำพังเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพ เมื่อเกิดอาการกำเริบของ โรคหัวใจ ผู้ป่วยมีความต้องการช่วยเหลือทันทีทันใด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวกังวลเมื่อมีอาการ กำเริบของโรค

ดังคำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ถ้ามีความผิดปกติอะไรก็โทรบอกลูกตลอด กลัวอาการกำเริบทรุดหนักจะไม่มีใคร ช่วยทันเพราะลูกไปทำงานทุกคน” (ผู้ป่วยหญิง 65 ปี)

“ผมอยู่คนเดียว เมื่อผมมีอาการกำเริบกลัวไม่มีใครช่วย” (ผู้ป่วยชาย 45 ปี)

2) การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาต่อเนื่อง

ผู้ป่วยมีโอกาสหลุดเล็ดหัวใจตีบตันซ้ำได้ตลอดเวลาแม้ภายหลังทำบอลลูนขยาย หลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหัวใจไปแล้ว ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยตีบตันซ้ำคือไม่รับประทานยาป้องกัน เกล็ดเลือดอุดตันและยาลดไขมันอย่างต่อเนื่อง

2.1) รับรู้อาการดีขึ้นจึงหยุดยาเอง

“หลังผ่าตัดหัวใจอาการดีขึ้นมาก ยาหัวใจมีหลายตัว ยາบางตัวทานแล้วทำให้เหนื่อยมาก ฉันจึงไม่ทานยาดังนั้น” (ผู้ป่วยหญิง 55 ปี)

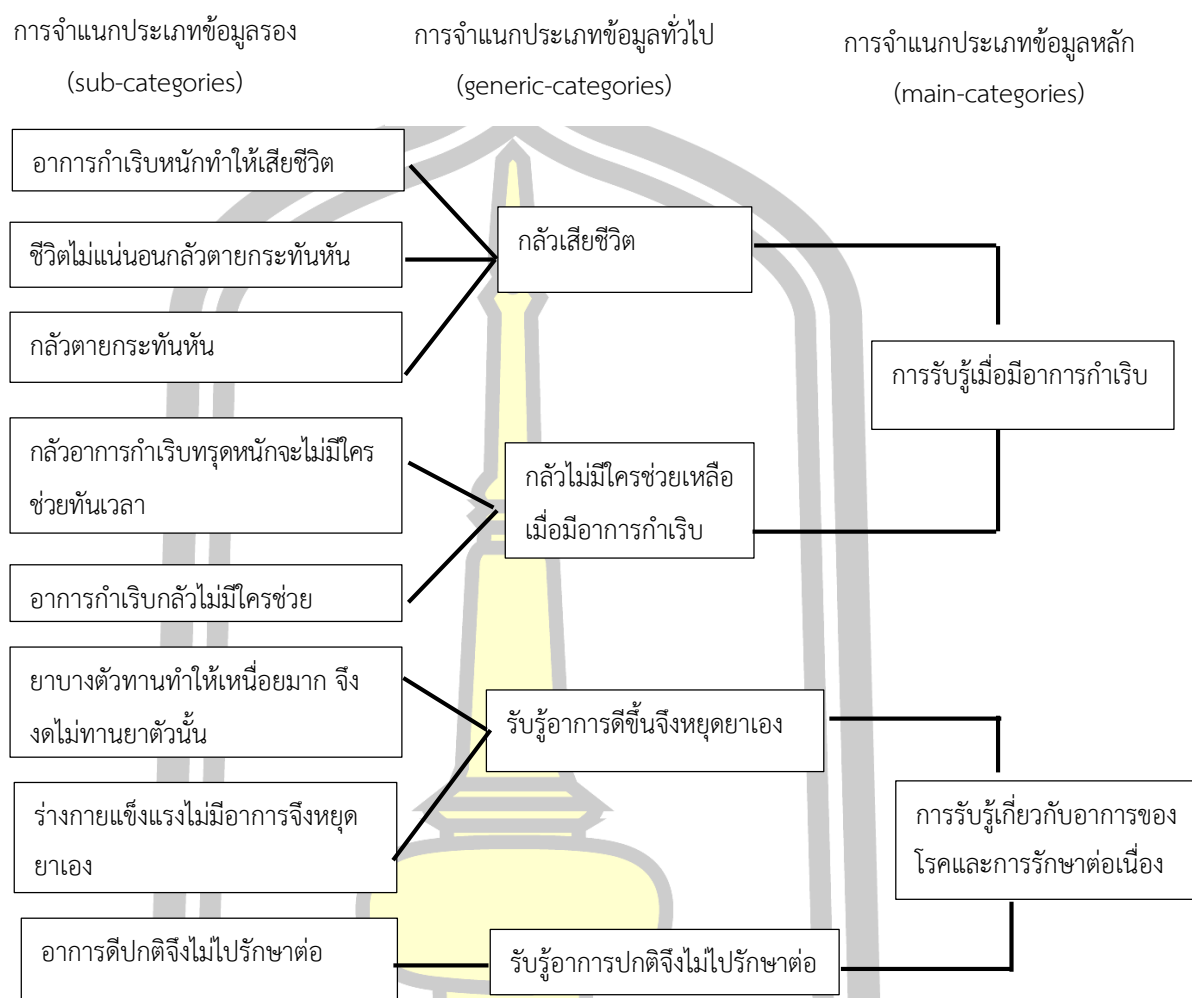
“ผมเบื่อนะต้องกินยาทุกวันทุกวัน ตอนนี้อาการผมก็ปกติแล้ว หลังผ่าตัดหัวใจก็ฟื้นตัวเร็ว ร่างกายผมก็แข็งแรงแล้วตอนนี้ไม่เป็นอะไรผมหยุดยามา 1 ปีแล้ว ทำไมเราต้องเป็นทาสยาพวกนี้ด้วย” (ผู้ป่วยชาย 63 ปี)

2.2) รับรู้อาการปกติจึงไม่ไปรักษาต่อ

“หมอบอกว่าอาการดีแล้ว ผมจึงไม่ได้ไปรักษาต่อ ผมขาดยาโรคหัวใจ มา 2 ปีแล้ว ” (ผู้ป่วยชาย 50 ปี)

“หลังทำบอลลูน อาการดีขึ้นเป็นปกติทุกอย่าง ทำงานได้ปกติผมคิดว่าหายแล้ว จึงไม่ไปหาหมออีก ตอนนี้อาการก็ดีขึ้นไม่เจ็บแน่นอกยกเว้นเหนื่อยง่าย” (ผู้ป่วยชาย 48 ปี)





ภาพประกอบที่ 7 สรุปข้อมูลหลักการศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อมีอาการโรคกำเริบระหว่างอยู่ในชุมชน

4.1.2 ศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป ได้มาอธิบายภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ศึกษาภายใต้การสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง รายละเอียดการศึกษา 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

4.1.2.1 ปัญหาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1) มุมมองผู้ป่วย

1.1) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายยังไม่ทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคหัวใจชนิดใด และไม่ทราบสาเหตุของโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ไม่ทราบวิธีดูแลตนเองที่ถูกต้องหลังเกิดโรค รู้เพียงว่าเป็นโรคหัวใจต้องกินยาตลอดชีวิต

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ไม่รู้ว่าเป็นโรคหัวใจแบบไหน” (ผู้ป่วยหญิง 65 ปี)

“ถึงตอนนี้ผมก็ยังไม่รู้ว่าเป็นโรคหัวใจแบบไหน” (ผู้ป่วยชาย 45 ปี)

1.2) รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและหยุดยาเองเกิด “อาการเบื่อยา” ไม่รับประทานต่อบางรายหยุดยาเพราะไม่สามารถทนอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานได้ บางรายไม่กินยาต่อเนื่องเพราะไม่เข้าใจตัวโรค และผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่คนเดียวขาดการกำกับการรับประทานที่ถูกต้อง ตรงเวลา

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ยาลูกก็จัดยาไว้ให้และเราทานเองตามนั้น แต่บางครั้งยาที่จัดให้ก็กินไม่หมด เราก็มองไม่เห็นว่ายากินหมดหรือเปล่า บางทียาหล่นก็มองไม่เห็น” (ผู้ป่วยหญิง 64 ปี)

“ผมเบื่อจะต้องกินยาทุกวันทุกวัน ตอนนี้ไม่เป็นอะไรผมหยุดยามา 1 ปีแล้ว ทำไมเราต้องเป็นทาสยาพวกนี้ด้วย” (ผู้ป่วยชาย 63 ปี)

1.3) ควบคุมเค็มไม่ได้

ปัญหาผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายไม่สามารถจำกัดเค็มหรือโซเดียมได้ ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจจำเป็นต้องจำกัดโซเดียมเพราะโซเดียมปริมาณมากมีผลต่อการดั่งน้ำที่เข้าร่างกายเกินหัวใจรับได้ ทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจวายได้ ซึ่งในวิถีชีวิตจริงผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่จะซื้ออาหารสำเร็จพร้อมทานซึ่งส่วนใหญ่มีปริมาณโซเดียมสูงและไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคหัวใจ

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“เป็นโรคมาหลายปีแล้วอยากกินอะไรก็กินเลย ไม่ได้ควบคุม โดยมากซื้อ ไม่มีเวลา ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารสำเร็จที่คนทั่วไปทานและไม่ได้จัด” (ผู้ป่วยหญิง 65 ปี)

“รับประทานจืดมากก็ไม่อร่อย” (ผู้ป่วยหญิง 55 ปี)

“ก็กินปกติ ไม่ได้คุม” (ผู้ป่วยชาย 61 ปี)

“ทำอาหารทานเอง ไม่ได้จืดนัก” (ผู้ป่วยหญิง 48 ปี)

1.4) ไม่ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่าย

ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่ายทำให้หัวใจไม่ได้ฝึกออกกำลังกาย การฟื้นตัวของหัวใจจะช้า (myocardial remodeling)

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“หลังจากออกจากโรงพยาบาล ที่มีอาการเหนื่อยมากที่สุดเลยคะ เดินไปแค่จากนี้ไปห้องครัวหลังบ้านพื้ก็เหนื่อย พื้เดินไกลไม่ได้เลยพื้ยอมรับ หลังจากรักษาโรคหัวใจนี้สภาพการเดินของพื้ขาของพื้จะอ่อนแรง ยืนก็ไม่ค่อยได้” (ผู้ป่วยหญิง 48 ปี)

“เหนื่อยง่าย ไม่แข็งแรง สิ่งที่ทำทุกวันคือเดินไปเข้าห้องน้ำแล้วก็กลับมานั่งและนอนเหมือนเดิมอยู่อย่างนี้ เป็นอย่างนี้มาตั้งแต่รักษาโรคหัวใจ” (ผู้ป่วยหญิง 64 ปี)

1.5) ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวอาการกำเริบ

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายจะบีบตัวได้ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยเมื่อต้องออกแรง ส่วนใหญ่ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวอาการกำเริบ

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ผ่าแล้ว 1 สัปดาห์ กลับมาอยู่บ้าน เหนื่อยมากทำอะไรไม่ได้เลย แพนก็ให้นอนนิ่งไม่ต้องทำอะไร” (ผู้ป่วยชาย 57 ปี)

“สามีเห็นว่าเหนื่อยง่าย ไม่แข็งแรงก็ไม่ให้ทำอะไรเลยแม้แต่งานบ้านสามีจะทำให้ทั้งหมด” (ผู้ป่วยหญิง 64 ปี)

“แต่ก่อนพื้ทำงานบ้านเองทำนั้นทำนี้ได้ทั้งวันไม่เหนื่อย หลังจากพื้เข้าโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจครั้งนั้น ชีวิตพื้ คุณภาพชีวิตพื้เปลี่ยนไปเลยจากหน้ามือเป็นหลังมือ เหมือนตัวเองจะอ่อนแอลง ไม่กล้าทำอะไรเลยกลัวอาการกำเริบ” (ผู้ป่วยหญิง 48 ปี)

2) มุมมองผู้ดูแล

2.1) ไม่ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใดๆ

ผู้ดูแลมีพฤติกรรมปกป้องไม่ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใดๆ เพราะกลัวออกแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติและอาจเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้

ดังคำพูดของผู้ดูแลต่อไปนี้

“ก็เป็นห่วงเขาตลอด เฝ้ามองตลอดให้อยู่เฉยไม่ต้องทำอะไรเดี๋ยวโรคกำเริบ” (ผู้ดูแลหญิง 48 ปี)

“หนูออกไปทำงาน ก็ต้องให้คุณลุงมาอยู่เป็นเพื่อนช่วยดูแลคุณแม่ เป็นห่วงมาก มาดูแลให้เขาพักผ่อนมาก ๆ ไม่ต้องทำอะไร” (ผู้ดูแลหญิง 22 ปี)

2.2) ภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านตอนกลางวันส่วนใหญ่ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายต้องอยู่บ้านคนเดียว บางครอบครัวอยู่กันสองคนสามีภรรยาแยกครอบครัวและไปทำงานที่อื่น ภาระการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ดูแลจึงมีมาก

ดังคำพูดของผู้ดูแลต่อไปนี้

“ตอนนี้ภาระต้องดูแลแม่สูงอายุติดเตียง ดูแลลูกสาวที่ติดเหล้าและมีอาการทางจิตเวช และต้องดูแลเขานีก บางครั้งท้อแท้อยากให้เราดูแลตนเองได้และมาช่วยดูแลลูกด้วย...ยอมรับเหนื่อย... เหนื่อยใจมาก..” (ผู้ดูแลหญิง 56 ปี)

“ฉันก็เหนื่อยท้อแท้ ถ้าใครมีลูกดูแลช่วยก็ดี ฉันแก่แล้วต้องดูแลสามีอยู่กันสองคนเท่านั้น ถ้าเราไม่ทำก็ไม่ได้กินวีรันทรงงานอยู่ไม่ได้พัก สอนก็ปลูกผัก งานบ้านก็ต้องทำ ขายของร้านขายของชำก็ต้องทำ บางทีก็ต้องดูแลและรองรับอารมณ์ผู้ป่วย เราก็ต้องมาทำและดูแลทุกอย่าง ” (ผู้ดูแลหญิง 64 ปี)

2.3) ท้อแท้ที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ที่ต้องกำกับดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์หลังเกิดโรค

ดังคำพูดของผู้ดูแลต่อไปนี้

“ถึงแม้เป็นโรคหัวใจมาหลายปีก็ต้องบอกให้กินยาทุกครั้ง ขนาดบอกทุกวันยังลืมกิน” (ผู้ดูแลหญิง 56 ปี)

“ดื้อเกินไปไม่ฟังสอน ทำตัวเหมือนเดิมาและอาหารก็ทานไม่เป็นเวลา ” (ผู้ดูแลหญิง 58 ปี)

“ชอบกินของหวาน และชอบทานหมูสามชั้นทอด บอกหมอห้ามนะก็ไม่ค่อยเชื่อ เราก็ต้องซื้อมาให้” (ผู้ดูแลหญิง 54 ปี)

“เราก็ทำจิตๆ ก็บอกไม่ร่อย ต้องเอาน้ำปลาเติมอีกไม่รู้จะทำอย่างไรเลยต้องตามใจ” (ผู้ดูแลหญิง 60 ปี)

“ผมไม่กล้าบอกพ่อให้เลิกบุหรี่” (ผู้ดูแลชาย 27 ปี)

“แม่ทำอาหารเอง บอกอย่ากินเค็มนะ เขาบอกไม่เค็มนะ แต่หนูชิมแล้วเค็มมาก แยกซองกิน” (ผู้ดูแลหญิง 42 ปี)

4.1.2.2 ความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1) มุมมองผู้ป่วย

1.1) ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยา

หลังทำการขยายบอลลูนหรือผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ต้องไปตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ส่งไปรักษาที่ขอนแก่นเพื่อทำหัตถการ

ตรวจสว่นหัวใจและผ่าตัดหัวใจ ต้องการรับยาที่ขอนแก่นอย่างน้อย 1 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหา
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาข้ามจังหวัดจึงอยากกลับมารับยาที่จังหวัดภูมิลำเนาตัวเอง

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“อยากย้ายกลับมารับยาใกล้บ้านเพราะลำบากทั้งเดินทาง คนพาไปและ
ค่าใช้จ่าย” (ผู้ป่วยหญิง 55 ปี)

“มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง รับยาที่ขอนแก่นมา 4 ปี นั่งรถโดยสารไป
ครั้งละ 200 บาท ต้องการรับยาใกล้บ้าน จะลดค่าใช้จ่ายการเดินทางลงได้” (ผู้ป่วยชาย 62 ปี)

1.2) ต้องการกำลังใจและคำปรึกษา

ผู้ป่วยต้องการกำลังใจเพื่อช่วยขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการกระตุ้น
และสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“อยากให้เจ้าหน้าที่มาฝากความเป็นห่วงเป็นใย เพราะบางครั้งรู้สึกเหงาๆ
ขาดกำลังใจ ถ้าหมอมามีคำปรึกษามาพูดคุยก็จะดีมาก” (ผู้ป่วยชาย 72 ปี)

“ก็ดี มาบอกว่าอันนี้ทำได้ หรือต้องทำอย่างนั้นะสุขภาพจะดี เพราะปัญหา
เพื่อขอคำปรึกษาแต่ละคนแตกต่างกัน” (ผู้ป่วยหญิง 58 ปี)

1.3) ต้องการติดตามเยี่ยมที่บ้าน

ผู้ป่วยต้องการให้ทีมสุขภาพในพื้นที่มาเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามปัญหาและ
ความต้องการและขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“อยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมเยียน ให้ประจำอย่างสม่ำเสมอหน่อย มาถาม
ข่าว ถามปัญหาความต้องการ ขอความช่วยเหลือได้” (ผู้ป่วยชาย 72 ปี)

1.4) ต้องการรถฉุกเฉินเพิ่มขึ้น

เมื่อมีอาการกำเริบหรือฉุกเฉินรถฉุกเฉินไม่เพียงพอกับการให้บริการ รอนาน
ผู้ป่วยผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงเดินทางโดยรถส่วนตัวมากกว่ารถฉุกเฉิน

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“อยากให้มียกยู่ชีพเพิ่มจะได้สะดวก ไม่รอนาน” (ผู้ป่วยชาย 62 ปี)

“เมื่อฉุกเฉินบางครั้งรถฉุกเฉินไปรับช้า บางทีรอถึง 30 นาทีเลยตัดสินใจไปเอง
บางทีก็เรียกรถจ้างบ้านไปส่ง” (ผู้ป่วยหญิง 58 ปี)

1.5) ต้องการเบียร์รายได้เพิ่ม

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความต้องการเพิ่มรายได้ชัดเจนที่ไม่สามารถทำงานหนักหักโหมได้ และถ้าเป็นผู้สูงอายุรายได้มีเพียงเบี้ยผู้สูงอายุไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

ดังคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“อยากเสนอให้เพิ่มรายได้สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากไม่สามารถทำงานหนักหักโหมได้ เหนื่อยง่าย ถ้าฝืนออกแรง ก็อาจจะวูบได้ ถ้าเสียชีวิตก็เสร็จเลยอนาคตของครอบครัว” (ผู้ป่วยชาย 49 ปี)

“ลักษณะเบียร์รายได้ผู้ป่วยโรคหัวใจเหมือนเบียร์รายได้ผู้สูงอายุพอเลี้ยงชีพ จะให้มากให้น้อยตามเกณฑ์เพื่อชัดเจนรายได้ อาจแบ่งตามระดับก็ได้ เช่นใส่บอลลูกหรือไม่ใส่บอลลูก หรืออาการหนักมากน้อยเพียงใด หรือมีความพิการร่วมทำงานไม่ได้เลย” (ผู้ป่วยหญิง 58 ปี)

2) มุมมองผู้ดูแล

2.1) ต้องทีมสุขภาพช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน

ปัญหาของผู้ดูแลหลักในการช่วยออกกำลังกาย การกระตุ้นการเดินออกกำลัง ในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ดูแลต้องออกไปทำงาน เวลากลางวันผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ออกออกกำลังตามคำแนะนำและเป้าหมาย

ดังคำพูดของผู้ดูแลต่อไปนี้

“หนูต้องออกไปทำงาน อยากให้ทีมหมอและอสม.มาช่วยพ่แม่ลูกนั่ง ดูแลสุขภาพเขาให้แข็งแรง” (ผู้ดูแลหญิง 42 ปี)

“อยากให้ทีมหมอและอสม.มาดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในระยะพักฟื้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลก็ยังดูแลผู้ป่วยไม่คล่อง” (ผู้ดูแลหญิง 58 ปี)

4.1.3 ศึกษาความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

4.1.3.1 ศึกษาความต้องการพัฒนาของสหสาขาวิชาชีพให้บริการที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนัย (deductive content analysis) โดยผู้วิจัยใช้การบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป ได้มาอธิบายภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ศึกษาภายใต้การสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง รายละเอียดการศึกษาได้ 6 ประเด็น ดังนี้

1) เพิ่มศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลและทีมสุขภาพในพื้นที่ ในด้านความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ความหนักเบาของการออกกำลังกาย การดูแลส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เพื่อทีมสุขภาพในพื้นที่ ช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงเป็นที่ปรึกษาสำหรับทีม อสม.ได้

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“ต้องอบรมพยาบาลและทีมสุขภาพในพื้นที่ก่อนให้มีความรู้เรื่องโรค การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยที่บ้าน จะได้ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนได้” (แพทย์ 38 ปี)

“ต้องพัฒนาศักยภาพพยาบาลและทีมสุขภาพในพื้นที่ในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยที่บ้าน มีการฝึกปฏิบัติ ให้ทีมมีสมรรถนะในการดูแลและให้การปรึกษาผู้ป่วย ครอบครัวและอสม.ได้” (แพทย์ 34 ปี)

“ต้องพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในพื้นที่ ฝึกเขาก่อนจนมั่นใจ ช่วงแรกให้การปรึกษาและร่วมลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกับทีมเพื่อให้เขาได้มั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ถูกต้อง” (กายภาพบำบัด 42 ปี)

2) เน้นเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

เน้นเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านอย่างต่อเนื่องด้วยความมั่นใจไม่ว่าจะเป็นการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ลำดับแรก คือ ประเมินปัญหาและความต้องการ หลังจากนั้นจึงแนะนำโปรแกรมการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยลองปฏิบัติ และติดตามส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติจนผู้ป่วยปฏิบัติได้ตามเกณฑ์เป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“อันดับแรกการเข้าถึงผู้ป่วยว่าเขาอยู่อย่างไร กินอย่างไร รับประทานยาหรือเปล่า ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจหลังจากนั้นช่วยเหลือดูแลและส่งเสริมการฟื้นฟูหัวใจเขาอย่างต่อเนื่อง” (แพทย์ 38 ปี)

“ที่จริงกลุ่มหัวใจไม่ต้องใช้เครื่องมืออะไร เวลาเฝ้าระวังอาการเราก็เฝ้าอาการด้วยตนเองคือคำาชีพจร เน้นเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านมีคนที่กำลังดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำตามเป้าหมายนั้นด้วยความมั่นใจ” (นักกายภาพบำบัด 28 ปี)

“เคลที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เราก็สอนก่อนแล้วจึงให้คนไข้ออกกำลังกายเองสร้างความมั่นใจว่าเขาทำได้” (นักกายภาพบำบัด 28 ปี)

“เป้าหมายของการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องปรับพฤติกรรมฝึกหัดเดินออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจแข็งแรง ต้องมีการติดตามและมีกิจกรรมให้เขาได้ทำ เช่น การเดินตอนเย็น” (นักกายภาพบำบัด 34 ปี)

3) เน้นครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม

ผู้ดูแล แกนนำ อสม. และผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยกระตุ้นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ถึงเกณฑ์ เป้าหมายการฟื้นฟูของการรักษาและดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“แน่นอนครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญคอยดูเรื่องยา คอยดูอาการ เพราะส่วนใหญ่ผู้ที่ป่วยโรคนี้จะเป็นผู้สูงอายุต้องอาศัยคนดูแล การเยี่ยมบ้านถ้ามีปัญหาการขาดนัดผู้ป่วย การดูแลสุขภาพบ้านและการดูแลตนเองของผู้ป่วย วิธีชีวิตอะไรพวกนี้ ถ้าเราเข้าถึงผู้ป่วยว่าเขาอยู่อย่างไร กินอย่างไร รับประทานยาหรือเปล่า ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ” (แพทย์ 38 ปี)

“เริ่มจากครอบครัวก่อน หนึ่ง การดูแลตั้งแต่อาหารการกิน การกระตุ้นการออกกำลังกาย อย่างคนไข้ที่เขาผ่าตัดหัวใจมาสองเดือนกว่า จริง ๆ สามารถยกน้ำหนักได้เกิน 6 กิโลกรัม แล้ว แต่เขายังไม่กล้ายกอะไรเลย แม้กระทั่งหุงข้าว นึ่งข้าว เขายังไม่กล้ายกเพราะกลัว แผลแห้งดีทุกอย่างแต่เขาไม่กล้า ครอบครัวต้องช่วยฟื้นฟูเขา เพื่อนบ้านรู้ว่า บ้านนี้มีปัญหาเรื่องหัวใจ มีปัญหาโอกาส เขาก็จะช่วยเป็นหูเป็นตาให้ ผู้นำชุมชนควรจะรู้ว่าถ้าคนไข้มีปัญหาต้องทำอะไร หรือถ้าการดูแลเบื้องต้นต้องช่วยเหลืออย่างไร” (แพทย์ 34 ปี)

“ความร่วมมือในการใช้ยาเนื่องจากว่าคนไข้กลุ่มนี้เป็นคนไข้ที่ จะต้องกินยาต่อเนื่อง ตลอดชีวิต ดังนั้นปัจจัยสำคัญคือ ความร่วมมือในการใช้อันดับแรกตัวคนไข้เอง และเน้นผู้ดูแลเป็นสำคัญเพราะจะช่วยให้คนไข้ ใช้อาได้ถูกต้อง” (เภสัชกร 36 ปี)

“ต้องระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายมากเกินไป ให้ออกกำลังกายได้เบาๆ เช่น เดินหรือทำสวนเล็กน้อยๆ ให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด เกือบจะตลอดเวลาไม่ควรให้อยู่คนเดียว” (แพทย์ 34 ปี)

“ผู้ดูแลดูแลอย่างใกล้ชิด กระตุ้น และค่อยๆ พาฝึกออกกำลังกายให้ผู้ป่วยได้ถึงเกณฑ์ ถึงเป้าหมายการฟื้นฟู” (พยาบาลวิชาชีพ 44 ปี)

4) มีแนวทางให้ทีมสุขภาพได้ดูแลต่อ

มีแนวทางและคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ทีมสุขภาพในพื้นที่สามารถได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยและแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ให้ทีมสุขภาพในพื้นที่สามารถได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ ชี้แนะว่าทีมสุขภาพในพื้นที่ทำอะไรบ้าง ต้องดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างไร ติดตามเรื่องอะไรบ้าง” (แพทย์ 38 ปี)

“ในเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตเรามาเน้นแนวทางการดูแลชัดเจนดีแล้วแต่เรื่องโรคหัวใจยังต้องการพัฒนาโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน” (พยาบาล 46 ปี)

“มีแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เอื้อในการดูแลคนไข้” (นักกายภาพบำบัด 42 ปี)

5) ปรับสภาพบ้านและพื้นที่ในการเดินออกกำลังกายที่ปลอดภัย

การปรับปรุงสถานที่การเดินออกกำลังกายผู้ป่วยที่ปลอดภัยตามบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะที่บ้านให้เป็นสัดส่วน หรือถนนตามหมู่บ้าน ปรับให้ทางเดินพื้นเรียบ ไม่ต่างระดับป้องกันการหกล้มเกิดอุบัติเหตุได้

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“เป้าหมายของการฟื้นฟูผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพ ฝึกหัดเดินออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจแข็งแรง ก็จริง ๆ ต้องมีการติดตามและมีกิจกรรมให้เขาได้ร่วมทำ เช่น การเดินตอนเย็นนะครับให้ อสม.ไปกระตุ้นการเดิน มองว่าต้องให้ชุมชนลองไปคิดว่ามันมีสถานที่แบบนั้นอยู่แล้วไหม เช่น บึง รอบบึง รอบโรงเรียน ถนนหน้าบ้าน” (นักกายภาพบำบัด 34 ปี)

“อยากให้ทีมหน่วยงานอื่น ๆ อบต. ผู้ใหญ่บ้านหรือทีมอสม.ต่าง ๆ เข้าไปช่วยเหลือกันปรับสภาพบ้าน เช่นว่าทางไหนที่คนไข้เดินแล้วล้ม เกิดอันตรายก็ต้องช่วยกันแก้ไข” (นักกายภาพบำบัด 42 ปี)

“สภาพบ้าน สภาพที่เขาต้องไปใช้ชีวิตเนี่ย ต้องส่งเสริมเขา อย่างเช่น พื้นต้องเรียบ ไม่ใช่เนินเกินไป เพราะมันเพิ่มการทำงานของหัวใจ หลังผู้ป่วยกลับไปที่บ้านควรมีหน่วยงานในชุมชนมาช่วยดูแลเรื่องปรับบ้าน สำหรับบางคนที่ผ่านมาแล้วก่อนเป็นหรือหลังเป็นมีปัญหาหลายรายที่มีอัมพาตไปด้วยการทรงตัวจะยาก ฉะนั้นการปรับสภาพบ้านสำคัญมากเลย” (แพทย์ 36ปี)

6) การส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง

การส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่ได้มีข้อมูลสำหรับการดูแลและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“การส่งต่อข้อมูลให้กับทีมของชุมชนให้ได้รับทราบ คนไข้คนนี้เขาจะต้องทำอะไรได้บ้างในแต่ละวัน และเป็นข้อมูลในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน” (นักกายภาพบำบัด 34 ปี)

4.1.3.2 ศึกษาความต้องการพัฒนาของทีมสุขภาพในพื้นที่ แกนนำในชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนัย (deductive content analysis) เป็นวิธีการตัดแปลงขั้นตอนของการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังนี้ 1) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในระหว่าง

เริ่มเก็บข้อมูล 2) สรุปข้อมูล และ3) นำข้อมูลที่สรุปได้มาอธิบายภาพรวมของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ภายใต้การสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลและผู้เกี่ยวข้อง รายละเอียดการศึกษาได้ 4 ประเด็น ดังนี้

1) ต้องการข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนื่อง

ทีมสุขภาพในพื้นที่ต้องการข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนื่อง และขณะผู้วิจัยศึกษายังไม่มี การส่งข้อมูลผู้ป่วยหัวใจสำหรับโรงพยาบาลในพื้นที่ ทำให้ทีมสุขภาพในพื้นที่ไม่ทราบข้อมูลผู้ป่วยในพื้นที่ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“ในเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตเรามีแนวทางการดูแลชัดเจนดีแล้วแต่เรื่องโรคหัวใจยังต้องการพัฒนาไม่ว่าจะเป็นเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้พื้นที่ได้ดูแลต่อเนื่องเพราะตอนนี้เราไม่มีข้อมูลในมือเลย” (อำนวยการ รพสต. 54 ปี)

“ส่งต่อข้อมูลโรคหัวใจจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอนนี้ ยังบอกข้อมูล คือยังไม่มี การส่งข้อมูลผู้ป่วยหัวใจ” (พยาบาล 53 ปี)

“ข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลใหญ่ ไม่มีการส่งต่อข้อมูลหรือรายงานใด ๆ ส่งต่อหรือเชื่อมโยงมาถึง รพสต. ส่วนใหญ่จะรู้จัก อสม. แต่ถามว่าเป็นโรคหัวใจแบบไหน อสม.ก็ไมรู้ผู้ป่วยก็ไม่ว่าเป็นโรคหัวใจแบบไหน ทำให้เจ้าหน้าที่ก็ไมรู้ไปด้วย ถ้ามีข้อมูลส่งต่อข้อมูลถึงเราก็จะได้ออกเยี่ยมบ้านไปพร้อมกับโรคอื่นไปพร้อมกันเลย นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบบริการและจัดทำโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจาก อบต.” (เจ้าพนักงานสาธารณสุข 28 ปี)

2) ต้องการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ/อสม./ผู้เกี่ยวข้องในชุมชนในการฟื้นฟูหัวใจ

ต้องการอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. อสพ.และ อสภ.ในด้านความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านเพื่อช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วยได้ และอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ ทีมสุขภาพในพื้นที่ ในด้านความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ความหนักเบาของการออกกำลังกาย การดูแลส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เพื่อทีมสุขภาพในพื้นที่ ช่วยเหลือและแนะนำผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงเป็นที่ปรึกษาสำหรับทีม อสม.ได้

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“ต้องการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพสต.และ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ มีแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ดูแลได้ การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นต้น” (ผู้อำนวยการ รพสต.53 ปี)

“ในเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตเรามีแนวทางการดูแลชัดเจนดีแล้วแต่เรื่องโรคหัวใจยังต้องการพัฒนา การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย” (ผู้อำนวยการ รพสต. 54 ปี)

“ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นเรื่องละเอียดอ่อน คุณหมอต้องมาอบรม อบรมก่อนการปฏิบัติจริง สอนเรื่องโรค เรื่องอาการที่ต้องเฝ้าระวัง อาการที่จะต้องส่งไปรักษาด่วน และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างนี้” (อสม.หญิง 43 ปี)

“ฉันเห็นด้วยต้องอบรมก่อนเพราะพวกเรายังไม่ถนัด แต่ถ้าเป็นเบาหวานและความดันเรารู้ได้ และที่สำคัญควรมีที่ปรึกษาเชี่ยวชาญเฉพาะให้คำปรึกษาได้เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการคำแนะนำ” (อสม.หญิง 58 ปี)

“อยากให้พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้ง อสม.และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(อผส.)/อาสาสมัครดูแลผู้พิการ (อผก.) ตอนนี้เน้น ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) ผู้สูงอายุและคนไข้ติดบ้านติดเตียง ในส่วนโรคหัวใจที่เฉพาะยังไม่มี” (พยาบาลวิชาชีพ รพสต. 44 ปี)

“อยากให้พัฒนาศักยภาพ อสม.และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(อผส.)/อาสาสมัครดูแลผู้พิการ (อผก.) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เพื่อให้เขามั่นใจและกล้าดูแล เพราะเขาจะกลัวเพราะเป็นโรคอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย” (พยาบาลวิชาชีพ รพสต. 51 ปี)

“อยากให้พัฒนาศักยภาพ อสม.และ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(อผส.)/อาสาสมัครดูแลผู้พิการ (อผก.) ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจนอกเหนือจากระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) หรือผู้ป่วยระดับประคอง อยากให้เขาดูแลให้เชี่ยวชาญหัวใจทั้งการผ่าตัดหัวใจ การทำบอลลูนที่กลับมาอยู่ที่บ้าน” (เจ้าพนักงานสาธารณสุขรพสต. 38 ปี)

3) ต้องการที่ปรึกษาและระบบพี่เลี้ยง

ทีมสุขภาพในพื้นที่ที่ต้องการที่ปรึกษาในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เมื่อเกิดปัญหาหรือขอคำแนะนำได้และต้องการระบบพี่เลี้ยงในการสนับสนุนการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“มีไลน์กรู๊ปการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจเฉพาะจะได้ปรึกษาและส่งต่อข้อมูลกันได้” (พยาบาลวิชาชีพ 38 ปี)

“ควรตั้งไลน์กรู๊ปการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในเครือข่ายอำเภอเมืองเลย เหมือนเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและควรแยกต่างหากเพราะข้อมูลไม่เหมือนกันและมีความเฉพาะเจาะจง” (พยาบาลวิชาชีพ 51 ปี)

“ต้องการทีมผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจในโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงให้กับทีมสุขภาพในพื้นที่เมื่อเกิดปัญหาจะได้ปรึกษากันได้” (พยาบาลวิชาชีพ 51 ปี)

“ที่สำคัญควรมีที่ปรึกษาเชี่ยวชาญเฉพาะให้คำปรึกษาได้เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการคำแนะนำเวลาไปดูแลติดตามเยี่ยมคนไข้” (อสม. 58 ปี)

4) ต้องการคู่มือดำเนินงาน

มีแนวทางและคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติได้ถูกต้องและมีแนวทางและคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับ อสม. อสม. อสภ. เพื่อสามารถติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวมถึงการวางแผนทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับ ทีมสุขภาพ รพสต. ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยที่บ้าน การส่งต่อผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน

ดังคำพูดของทีมสุขภาพ ต่อไปนี้

“การดูแลต่อเนื่องได้ มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ไปแนะนำว่าทำอะไรบ้าง แต่ละคน ติดตามเรื่องอะไรบ้าง การสื่อสารข้อมูล เป็นสิ่งสำคัญ” (แพทย์ 38 ปี)

“ในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ การมีแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ดูแลได้ การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นต้น” (ผู้อำนวยการ รพสต. 53 ปี)

“ในเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตเรื้อรังมีแนวทางการดูแลชัดเจนดีแล้วแต่เรื่องโรคหัวใจยังต้องการพัฒนา” (ผู้อำนวยการ รพสต. 54 ปี)

“มีแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เอื้อสำหรับคนไข้ ” (นักกายภาพบำบัด 42 ปี)

“อยากให้มีความรู้แก่สำหรับคนไข้และผู้ดูแลเราจะได้อ่านและมั่นใจในการดูแลหรือมีคู่มือสำหรับ อสม. ด้วยก็ได้ แต่อาจยุ่งยากเองง่ายเหมือนผู้ป่วยและผู้ดูแลนั้นแหละ ” (อสม. หญิง 54 ปี)

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ให้บริการ ให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา สามารถทั้งจากการทบทวนเวชระเบียน เอกสารต่างๆ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ดังกล่าวข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นประเด็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนา และช่วยชี้แนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 5 แนวทาง คือ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน 4) การดูแลต่อเนื่อง และ 5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง ดังสรุปในแผนภาพที่ 8

การศึกษาปัญหา ผู้ป่วยจากการ วิเคราะห์เวช ระเบียน -อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ผู้ป่วยกลับมารักษา ซ้ำ ร้อยละ 35.8 -การกลับมารักษาซ้ำ ด้วยภาวะหัวใจวาย และอาการเจ็บแน่น หน้าอกซ้ำ -หลังจำหน่ายภายใน 6 เดือนกลับมารักษา ซ้ำเป็น 1.66 เท่าของ หลังจำหน่าย 1 ปี -ผู้ป่วยเพศชาย กลับมารักษาซ้ำ 0.249 เท่าหญิง -ผู้ป่วยมีโรคความดัน โลหิตสูงจะกลับมา รักษาซ้ำ 0.52 เท่า ของผู้ป่วยไม่มีโรค ความดัน	การศึกษา ประสบการณ์ เมื่อมีอาการ กำเริบใน มุมมองของ ผู้ป่วย 1) การรับรู้เมื่อ มีอาการกำเริบ -กลัวเสียชีวิต -กลัวไม่มีใคร ช่วยเหลือ เมื่อมีอาการ กำเริบ 2) การรับรู้ เกี่ยวกับ อาการของโรค และการรักษา ต่อเนื่อง -รับรู้อาการที่ ขึ้นจึงหยุดยาเอง -รับรู้อาการ ปกติจึงไม่ไป รักษาต่อ	ศึกษาปัญหาและความต้องการ มุมมองผู้ป่วยและผู้ดูแล 1.ปัญหา 1) มุมมองผู้ป่วย -ขาดความรู้ความเข้าใจโรค -รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง -ควบคุมเค็มไม่ได้ -ไม่ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่าย -ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัว อาการกำเริบ 2) มุมมองผู้ดูแล -ไม่ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใดๆ -ภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย -ท้อแท้ที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ 2.ความต้องการ 1) มุมมองผู้ป่วย -ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษา -ต้องการกำลังใจและคำปรึกษา -ต้องการติดตามเยี่ยมที่บ้าน -ต้องการรถฉุกเฉินเพิ่มขึ้น -ต้องการเบี้ยรายได้เพิ่ม 2) มุมมองผู้ดูแล -ต้องการทีมสุขภาพช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน	ศึกษาความต้องการ พัฒนาของสหสาขา วิชาชีพผู้ให้บริการ ที่เกี่ยวข้อง -เพิ่มศักยภาพ พยาบาลในรพสต. ด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ -เน้นเสริมสร้าง สมรรถนะผู้ป่วยใน การฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจที่บ้านอย่าง ต่อเนื่อง -เน้นครอบครัวและ ชุมชนมีส่วนร่วม -มีแนวทางให้ทีม สุขภาพได้ดูแลต่อ -ปรับสภาพบ้านและ พื้นที่ในการเดินออก กำลังกายที่ปลอดภัย -การส่งต่อข้อมูลใน การดูแลต่อเนื่อง	ศึกษาความ ต้องการพัฒนาของ ทีมสุขภาพในพื้นที่ แกนนำในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย -ต้องการข้อมูล ผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลเพื่อ ดูแลต่อเนื่อง -ต้องการพัฒนา ศักยภาพพยาบาล วิชาชีพ/อสม/ ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ในการฟื้นฟูหัวใจ -ต้องการที่ปรึกษา และระบบพี่เลี้ยง -ต้องการคู่มือ ดำเนินงาน และแนวทางการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจที่ย่างต่อการ ปฏิบัติ
แนวทาง 				
1) ด้านการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน	2) ด้านการส่งเสริม สมรรถนะของผู้ป่วยใน การฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจ	3) ด้านการพัฒนา ศักยภาพเครือข่าย ผู้ดูแลในชุมชน	4) ด้านการ ดูแลต่อเนื่อง	5) ด้านการเชื่อมประสานการ ดูแลระหว่างโรงพยาบาลและ ชุมชน

ภาพประกอบที่ 8 สรุปสถานการณ์ปัญหาและความต้องการพัฒนาเพื่อขึ้นสู่แนวทางการพัฒนา
 รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจ
 ตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลัง กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ฉันทกการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร เกี่ยวกับ (1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน (4) การดูแลต่อเนื่อง และ (5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (รายละเอียดดังนี้)

วงจรที่ 1 สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา (มีนาคม 2562-พฤษภาคม พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ทำให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เกิดความตระหนักและมีความต้องการพัฒนา เกิดฉันทามติร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) ประชุมทีมสุขภาพในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการในการพัฒนาและวางแผนการพัฒนา จำนวน 1 ครั้ง

2) การประชุมทีมสุขภาพในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกลุ่มเพื่อระดมความคิด วิเคราะห์ วางแผนการพัฒนา

3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) จำนวน 3 กลุ่มดังนี้ 1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล ทั้ง 3 โซน (โซนสีแก้ว โซนขอนแก่น และโซนนาโพธิ์) โซนละ 1 วัน รวม 3 ครั้ง กลุ่มผู้อำนวยากร รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต. (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) จำนวน 2 วัน 1 ครั้ง และ กลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. , 3 โซน) จำนวน 2 วัน 1 ครั้ง

4) ร่วมพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือดำเนินงานสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลและ คู่มือการเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมของ อสม.

5) นำแผนปฏิบัติการ ไปจัดทำโครงการสู่ปฏิบัติจริงและสะท้อนคิดผลการพัฒนา วงจรที่ 1 โดยได้มีการประชุมกลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสุขภาพในพื้นที่ร่วมกันเป็นระยะตามแผนที่กำหนด จำนวน 1 ครั้ง

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล แกนนำอสม. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสุขภาพในพื้นที่ มีความตื่นตัวในการพัฒนาและมี

ข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้ทีมการพัฒนาและแผนการปฏิบัติการ (action plan) โดยมีข้อสรุปร่วมกันว่า ในการพัฒนาควรพัฒนาใน รพ.สต. นาร่อง จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี (สีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง โดยทั้ง 6 รพ.สต. นี้มีผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใกล้เคียงกันและมีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ โดยเริ่มการพัฒนานาร่องใน 1 รพ.สต. ก่อน แล้วจึงขยายไปรพ.สต.อื่นอีก 5 แห่ง และมีมติร่วมกันให้ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี เป็น รพ.สต. นาร่องก่อน เนื่องจาก มีพื้นที่สภาพแวดล้อม การบริหารจัดการ รวมทั้งศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรเอื้ออำนวยต่อการพัฒนานาร่องมากที่สุด และทีมแกนหลักในการพัฒนาได้ร่วมกันเห็นว่า ในการพัฒนาจำเป็นต้องมีแผนปฏิบัติการเพื่อการวางแผน ควบคุม และติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ (ตัวอย่างภาพกิจกรรมดังภาคผนวก ฉ)

5.1) การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายทั้งอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

เนื้อหาประกอบด้วย ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและการดูแลหลังเกิดโรค ให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผอ.รพ.สต./เจ้าหน้าที่รพ.สต. รวม 40 คน

พบว่า ถึงแม้จะมีภาระงานและความรับผิดชอบมาก พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ความสนใจและยินดีเข้าร่วมประชุมทุกครั้ง มีการร่วมออกแบบคู่มือดำเนินงานและการออกแบบรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน

5.2) การพัฒนาผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มที่1 ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 20 คน (โซนสีแก้ว) กลุ่มที่2 ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 20 คน (โซนขอนแก่น) กลุ่มที่3 ผู้ป่วยและผู้ดูแล จำนวน 20 คน (โซนนาโพธิ์)

ครั้งที่ 1 เริ่ม โซนสีแก้ว ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี (สีแก้ว) มีการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง

พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลโซนสีแก้วในการเข้าร่วมประชุมอบรมทุกครั้งต้องแจ้งล่วงหน้าและบางรายต้องสนับสนุนรถรับส่งมาเข้าร่วมกิจกรรม โดยภาพรวมผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าร่วมโครงการตลอดไม่เคยขาด สนใจสอบถามข้อสงสัยและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับวิทยากรเป็นอย่างดี

ตารางที่ 15 ความคิดเห็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ

ก่อนอบรมคิดและรู้สึกอย่างไร	หลังอบรมเข้าใจอะไรมากขึ้น	จะทำอะไรกับสิ่งที่เรียนรู้มา
1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ	1) ผู้ป่วยเข้าใจว่าเรื่องรับประทานยา รับประทาน	1) ได้รับความรู้ที่เกี่ยวกับโรคหัวใจมากขึ้นและจะนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติตาม
2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลคิดกังวลกับการเดินทางมาอบรม	อาหาร แบบใด ควรกินอาหารแบบไหน	2) นำความรู้ไปเผยแพร่ เล่าสู่เพื่อนๆ ลูกหลานฟัง
3) ผู้ป่วยและผู้ดูแล ตื่นดีใจ ภูมิใจที่จะมาพบทีมสุขภาพในพื้นที่และวิทยากรมาให้ความรู้	2) เข้าใจในความรู้ในการปฏิบัติ/การดำเนินชีวิตหลังเกิดโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	3) นำความรู้ที่ได้ไปออกกำลังกายที่ถูกต้อง
4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการมาอบรมเพื่อจะมาปรึกษาปัญหาสุขภาพและการรับประทานยาหัวใจ	3) เข้าใจว่าไม่ให้รับประทานหวานมันเค็ม	4) จะนำไปปฏิบัติตามที่หมอบอกอย่างเคร่งครัดและไปแนะนำคนใกล้ชิดว่าถ้ามีเหตุการณ์เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่มภายใน 20 นาทีให้รีบไปพบแพทย์

5.3) การพัฒนาศักยภาพของแกนนำในชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ อสม. อสผ. อสภ. จิตอาสาและผู้นำ รวม 40 คน รวม 3 โซน คือ โซนสีแก้ว โซนขอนแก่น และโซนนาโพธิ์

พบว่า อสม. อสผ. อสภ. จิตอาสาและผู้นำ ในการเข้าร่วมประชุมอบรมเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งมีบางครั้งติดภารกิจก็จะให้ อสม. ในโซนเดียวกันมาแทน โดยภาพรวม อสม. อสผ. อสภ. จิตอาสาและผู้นำ สนใจสอบถามข้อสงสัยและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับวิทยากรเป็นอย่างดี

ตารางที่ 16 ความคิดเห็นของแกนนำในชุมชน (อสม.) ต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ

ก่อนอบรมคิดและรู้สึกอย่างไร	หลังอบรมเข้าใจอะไรมากขึ้น	หลังอบรมรู้สึกอะไร
1) ไม่มีความรู้ความเข้าใจการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย	1) เข้าใจว่าต้องลดหวาน มัน เค็ม รู้วิธีการปฏิบัติตัว ข้อห้ามของผู้ป่วยโรคหัวใจ	1) ได้รับความรู้จากวิทยากรดีมาก
2) รู้สึกตื่นเต้นที่ได้อบรมและดีใจที่จะได้รับความรู้	2) มีความรู้ความเข้าใจอาการของโรคและการปฏิบัติตัวให้	2) รู้สึกสบายๆ กับเรื่องที่อบรม รู้สึกดีใจที่ได้รับความรู้เพิ่มเติม
3) ได้พบปะเพื่อนๆ อสม. ที่มาประชุม	คำแนะนำ	3) มีความแข็งแรง
4) ตื่นเต้นที่ได้มาอบรมต่างตำบล	3) เข้าใจเรื่องโรคหัวใจมากขึ้น	ทางความคิดมากขึ้น

ตารางที่ 16 ความคิดเห็นของแกนนำในชุมชน (อสม.) ต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ (ต่อ)

ก่อนอบรมคิดและรู้สึกอย่างไร	หลังอบรมเข้าใจอะไรมากขึ้น	หลังอบรมรู้สึกอะไร
5) อยากรู้ว่าโรคหัวใจเป็นอย่างไรคิดอยากได้ความรู้มากๆ วิชาการต้องหนักแน่นๆ	ก่อนจะมาอบรม เข้าใจการแนะนำคนไข้มากขึ้น	4) รู้สึกได้ความรู้เพิ่มเติม ได้เพื่อน
6) ดีใจมีความสุขตื่นเต้น อิ่มบุญ	4) เข้าใจว่าผู้ป่วยต้องห้ามเครียด	5) ดีใจที่ได้รับความรู้เรื่องโรคหัวใจ
7) คิดว่าจะได้มีความรู้ไปดูแลคนผู้ป่วยในชุมชน และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วย อสม.เป็นตัวแทนของคนไข้ต้องนำความรู้กลับไปดูแลคนไข้ให้ได้	5) เข้าใจเทคนิคการดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบของตัวเองและผู้ป่วยมากขึ้น	6) อยากอบรมอีก
8) คิดจะได้ความรู้และนำไปปฏิบัติ อยากได้ความรู้เพิ่มเติมไปดูแลผู้ป่วยและครอบครัว	6) ได้เข้าใจเรื่องโรคหัวใจมากยิ่งขึ้นการดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยโรคหัวใจ	6) อยากอบรมอีก
	7) เข้าใจการกินยาให้ถูกวิธี เข้าใจการดูแลผู้ป่วย	

ตารางที่ 17 ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อการอบรมพัฒนาศักยภาพ

หลังอบรมได้เรียนรู้อะไร	หลังการเรียนรู้จะทำอะไร
1) เรียนรู้การทำงานเป็นทีม	1) นำความรู้ไปใช้ให้เกิดผลและแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยด้วย
2) มีความรู้ไปดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจมากขึ้นและผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตาย ได้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้น ได้รู้วิธีไปดูแลผู้ป่วย	2) จะไปให้คำแนะนำกับคนไข้โรคหัวใจต่อไป
3) ได้รับความรู้มากมาย เรียนรู้การออกกำลังกายผู้ป่วย การควบคุมอาหารผู้ป่วย	3) แนะนำกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและยังไม่ป่วย
4) นำความรู้ไปดูแลและวางแผนการดูแลผู้ป่วย	4) นำส่งสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปเล่าให้เพื่อนๆ ฟัง
5) เรียนรู้เรื่องโรคหัวใจและปัจจัยทำให้เกิดโรค	5) นำความรู้ไปแนะนำ อสม. ในหมู่บ้าน
	6) ส่งต่อความรู้ให้กับครอบครัวเพื่อนบ้านในชุมชน
	7) นำไปปฏิบัติและแนะนำให้ อสม. ที่ไม่ได้มาอบรม
	8) เป็นแบบอย่างที่ดีต่อผู้อื่น

ววงจรที่ 2 สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ ดำเนินการพัฒนาในรพ.สต. นำร่อง

(มิถุนายน พ.ศ. 2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 1 สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการสู่การดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 2 ดำเนินการพัฒนาในรพ.สต. นำร่อง คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวินทรราชินี กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) พัฒนาขั้นตอนและวิธีการสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และร่วมออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยการคืนข้อมูลและประชุมเชิงปฏิบัติการการสร้างแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) 3) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล โซนสีแก้ว (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 แห่ง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง มีคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ติดตามเยี่ยมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และนำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านไปใช้

3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกลุ่มผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต. (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง และการอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต., 3 โซน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง นำคู่มือดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน นำคู่มือเยี่ยมบ้านสำหรับอสม. และแบบบันทึก แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ลงพื้นที่เสริมพลังอำนาจทีมสุขภาพในพื้นที่ในการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และผ่านไลน์กรุป

4) ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนตามแผนปฏิบัติการในวงจรที่ 1 ให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ทางไลน์ในการแก้ปัญหา ตามสถานการณ์ที่พบ ประเมินความร่วมมือประเมินศักยภาพการปฏิบัติ

5) การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว

6) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กรุป การนำแบบบันทึกการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไปใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

7) ประชุมกลุ่มย่อย ร่วมกันเสนอแนะเพิ่มเติม/ร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างปฏิบัติ

8) ประชุมแกนหลักการพัฒนารวบรวมปัญหา สรุป และถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินการและเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนพัฒนารูปแบบในวงจรที่ 3 ต่อไปเดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 2 พบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนและขยายการดำเนินการพัฒนาไปยังรพ.สต.อื่น จำนวน 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และ รพ.สต.บ้านเมืองทอง

(ตัวอย่างภาพกิจกรรมดังกล่าว ก)

วงจรที่ 3 ขยายการดำเนินการพัฒนาไปยังรพ.สต.อื่น (กันยายน พ.ศ. 2562 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 2 ภายหลังการสะท้อนผลการปฏิบัติ และขยายการดำเนินการพัฒนาไปยังรพ.สต.อื่น จำนวน 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และ รพ.สต.บ้านเมืองทอง กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การคืนข้อมูล ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) จำนวน 1 ครั้ง

2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มอีก 2 โชน ดังนี้ โชนขอนแก่น (รพ.สต.ขอนแก่น 1 แห่ง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง และโชนนาโพธิ์ (รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง มีคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ติดตามเยี่ยมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. , 3 โชน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง นำคู่มือเยี่ยมบ้านสำหรับ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน นำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน และแบบบันทึก/แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ลงพื้นที่เสริมพลังในการดำเนินงานให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และผ่านไลน์กรุป

4) การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว

5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กรุป นำแบบบันทึกการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไปใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

6) จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน โดยร่วมกับเครือข่ายในชุมชนปรับพื้นที่บ้านของผู้ป่วยให้เรียบไม่ต่างระดับเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเดินออกกำลังกายที่บ้าน

7) สนับสนุนการพัฒนาวัฒนธรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่บ้าน คือ โชนซอนแก่น ได้แก่ วัฒนธรรมแก้ขัดยารับประทานสำหรับผู้สูงอายุของ โชนนาโพธิ์ ได้แก่ รววจับเดินออกกำลังกาย เชือกแขวนช่วยออกกำลังกาย ฮูลาฮูปออกกำลังกาย เป็นต้น **(ตัวอย่างภาพกิจกรรมดังกล่าวข)**

8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุของรากเหง้า (root cause analysis)

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 3 พบว่าประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่ศึกษาโดยได้ มีการดำเนินการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในประเด็นหลัก 5 ด้าน ที่สอดคล้องกับการพัฒนาได้แก่ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3)การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน 4) การดูแลต่อเนื่อง และ 5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน 6) ส่งเสริมการพัฒนาวัฒนธรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

(ตัวอย่างภาพกิจกรรมดังกล่าวค)

การดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปชุมชน

ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตามขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและถูกต้องมี อสม. เยี่ยมติดตามพร้อมทีมสุขภาพและผู้วิจัย

1) ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามแผนปฏิบัติการที่ได้กำหนดร่วมกัน
2) ทีมสุขภาพในพื้นที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) การติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วย

4) ติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแผนแบบเสริมพลังทีมสุขภาพในพื้นที่

5) ประเมินศักยภาพในการปฏิบัติของทีม ผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วย ผู้ดูแล รวมถึงผู้เกี่ยวข้องในชุมชนนวัตกรรมที่ได้คือ แก้วจัดยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (โซนขอนแก่น) ราวเดินออกกำลังกาย (โซนนาโพธิ์) เชือกแขวนออกกำลังกาย (โซนนาโพธิ์) สตาสูปออกกำลังกาย (โซนนาโพธิ์)

สิ่งที่ประทับใจในการเปลี่ยนแปลงคือ ผู้ป่วยชาย อายุ 50 ปี เป็นโรครวมอัมพาต เบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ได้ เคยหยุดยาเองก่อนเป็นโรคหัวใจ ปัจจุบันเป็นผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น เดิมทำงานเป็นพนักงานขับรถของหน่วยงานรัฐ การเดินใช้ไม้เท้าช่วยเดิน มาเข้าโครงการในครั้งแรกเหนื่อยง่าย ขาบวม อ้วนลงพุง เมื่อผู้ป่วยได้รับการอบรมและผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมทุกครั้งไม่เคยขาด ปรับพฤติกรรมและดูแลตนเองตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนภายหลังผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2 เดือนแรกผู้ป่วยดีขึ้นสามารถเดินออกกำลังโดยไม่ใช้ไม้เท้า เดินไปตามถนนทุ่งนาตอนเย็นไปกลับ 1-2 กิโลเมตร 4-6 วันต่อสัปดาห์ และ 4 เดือนต่อมาขณะผู้วิจัยและทีมสุขภาพไปเยี่ยมที่บ้านพบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย สีหน้าผู้ป่วยแจ่มใส ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ น้ำหนักตัวลด พุงลดลง ไม่บวม ระดับน้ำตาลปกติ ไม่กลับไปรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ที่สำคัญผู้ป่วยพูดด้วยความภูมิใจว่า “ 2 ปีแล้วที่ผมไม่ได้ปั่นจักรยาน วันนี้จักรยานคันเก่าที่ผมนำไปซ่อมและใช้ปั่นเพิ่มในช่วงเช้าด้วยผมมีความภูมิใจและมั่นใจว่าสุขภาพผมจะกลับมาดีขึ้นและมีความหวังจะได้กลับไปทำงานในอาชีพขับรถได้เหมือนเดิม”

4.3 ผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา

4.3.1 ผลการวิจัยจากการประเมินด้านกระบวนการ

เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันประเมินผลและสะท้อนคิดพิจารณาเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาการดำเนินการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงการพัฒนาต่อไป โดยมีการประเมินผลทั้งวิธีการเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย

4.3.1.1 ประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

วิธีที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

- 1) ลงพื้นที่ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยและทีมสุขภาพ/ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ภายหลังร่วมเข้าในการพัฒนารูปแบบ

1.1) ทีมสุขภาพในพื้นที่

พบว่า ทีมสุขภาพในพื้นที่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ อสม. อสพ. อสภ. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือและเข้ากิจกรรมตลอดโครงการ มีบ้างที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้บางกิจกรรม เช่นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ติดภารกิจในการประชุมรับนโยบายและมึงานรับผิดชอบมาก แต่จะมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ รพสต. เข้าร่วมตลอดโครงการ อสม. อสพ. อสภ. ให้ความร่วมมือดีมาก มีจิตอาสาเป็นหลัก เมื่อทางรพสต.ขอความร่วมมือยินดีเข้าร่วมโครงการตลอดในระยะแรกมีรพสต. ยินดีเข้าร่วมจำนวน 2 แห่ง คือ สอน.สีแก้ว รพสต.บ้านขอนแก่น ในระยะต่อมาขยายโครงการมีรพ.สต. ยินดีเข้าร่วมจำนวน 4 แห่ง คือ รพสต.บ้านนาโพธิ์ รพสต.บ้านเมืองทอง รพ.สต.บ้านแมต และรพสต.บ้านสังข์สงยาง

1.2) ผู้ป่วยและผู้ดูแล

พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ มีบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมทุกกิจกรรมเนื่องจากต้องทำงานและประกอบอาชีพทำกิน แต่ผู้ป่วยเข้าร่วมตลอดโครงการ และจากการติดตามเยี่ยมการปฏิบัติกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่องไปรับยาตามนัดทุกครั้ง การเดินออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันมีความมั่นใจในการปฏิบัติและทำต่อเนื่อง การควบคุมโซเดียมอาหารผัดทอด ขนมหวาน พบว่าผู้ดูแลเข้าใจและช่วยกำกับการรับประทานอาหารเป็นอย่างดี การหยุดสูบบุหรี่ ขณะเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยยังสูบบุหรี่จำนวน 4 คน ภายหลังร่วมโครงการสามารถหยุดบุหรี่ได้ 2 คนภายใน 4 เดือน อีก 2 คน สามารถลดปริมาณการสูบบุหรี่ลงและพยายามจะเลิกให้ได้ สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย 2 คนที่หยุดบุหรี่ได้ จากการได้กำลังใจจากผู้ดูแลและผู้ป่วยและเข้าโครงการด้วยกัน และจากผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่

1.3) ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่น

พบว่า นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมแต่โอกาสเข้าร่วมกิจกรรม1-2 ครั้งเนื่องจากผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่นมีภารกิจมากและออกตัวไม่ถนัดด้านสาธารณสุขแต่ถ้าขอความร่วมมือในบทบาทที่ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่นสามารถทำและช่วยเหลือได้ยินดีตลอดโครงการ

2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ/ผู้เกี่ยวข้องหลังเข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบ

2.1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเห็นความสำคัญจึงจะร่วมมือ

พบว่า การร่วมมือครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพต้องแจ้งไปที่ อสม.และทำหนังสือไปหาผู้ป่วยและผู้ดูแลโดยตรงเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังหัวใจตายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง

“การร่วมมือผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโครงการเราต้องอธิบายว่าโครงการนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโดยตรง มีกิจกรรมอะไรบ้าง มีกี่ครั้ง ระยะเวลาเข้าร่วมโครงการนานเท่าใด ประโยชน์ที่ได้รับกับผู้ป่วยโดยตรงเขาจึงยินดีเข้าร่วมโครงการ” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 34ปี)

“การร่วมมือผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโครงการเราต้องแจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลล่วงหน้าเป็นอาทิตย์นะค่ะ ถ้าใกล้วันนัดก็แจ้งไปกับ อสม. อีกเพื่อให้เขาสัมเข้าร่วมกิจกรรม ” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 52ปี)

“การร่วมมือผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมโครงการเราต้องแจ้งผู้ป่วยและผู้ดูแลล่วงหน้า และต้องสอบถามว่าการเข้าร่วมกิจกรรมต้องไม่ตรงกับวันที่แพทย์นัดรับยา” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 24ปี)

2.2) การเดินทางต้องเอื้อเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม

“การร่วมกิจกรรมโครงการผู้ป่วยบางรายไม่มีรถพามาร่วมกิจกรรม อสม.จะช่วยรับมาด้วย หรือบางครั้งเจ้าหน้าที่รถไปรับบ้าง” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 34ปี)

“การเดินทางต้องเอื้อเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงจะร่วมมือ” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 24 ปี)

3) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังเข้าร่วมในการพัฒนารูปแบบ

3.1) ถ้าหมอเรียกมาก็อยากมาร่วม

“ถ้าหมอเรียกมาก็อยากมาร่วมกิจกรรม ได้ความรู้ ได้พบหมอจากโรงพยาบาลใหญ่ ได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน” (ผู้ป่วยหญิง อายุ 62 ปี)

“โครงการนี้มีประโยชน์ อยากให้มีทุกปีและให้คนอื่น ๆ ได้เข้าร่วมด้วย ทำให้สุขภาพเราดีขึ้น มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเดินออกกำลังกาย” (ผู้ป่วยชาย อายุ 52 ปี)

“โครงการนี้มีประโยชน์ ไม่เสียดายที่เข้าร่วมเพราะทำให้สุขภาพเราดีขึ้น มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเดินออกกำลังกาย” (ผู้ป่วยชาย อายุ 49 ปี)

4) ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (AAR)

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 18 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการผู้ป่วยและผู้ดูแล

ความสำเร็จที่ได้จากการร่วม โครงการ	เรียนรู้อะไร	ความต้องการช่วยเหลือ
1) ทำจิตใจให้แจ่มใส	1) เรียนรู้เรื่องยา	1) ให้มาอบรมต่อเนื่องทุกปี
2) อายุยืน อาการไม่กำเริบ	2) ได้เรียนรู้การออกกำลังกายและ การรับประทานอาหาร	2) ต้องการให้คุณหมอมาดูแล
3) ไม่กลับไปรักษา โรงพยาบาลบ่อย	3) ได้เรียนรู้เรื่องโรค	3) ให้อบรมอย่างต่อเนื่อง
4) ร่างกายแข็งแรงขึ้น	4) เรียนรู้การอยู่กิน	4) ต้องมีการกระตุ้นให้ความรู้ บ่อยๆ
5) ได้สุขภาพแข็งแรงขึ้น	5) เรียนรู้เรื่องการออกกำลังกาย	5) ให้มีการอบรมฟื้นฟูอย่าง ต่อเนื่อง
6) ไปวัดได้ทุกวัน	6) เรียนรู้เรื่องยา อาหาร	6) ให้มีการเยี่ยมตามบ้าน
7) ไม่มีอาการกำเริบไม่ต้องไป โรงพยาบาลบ่อย	7) เรียนรู้เรื่องอาหารไม่กินเค็ม	7) อยากได้ยาที่ รพ.สต.ใกล้ บ้านต่อเนื่อง
8) ได้สุขภาพกลับมาเหมือน เดิมไม่ได้ไปโรงพยาบาลบ่อย	8) เรียนรู้เรื่องยา เรื่องควบคุมอาหาร หวานมันเค็ม	8) อยากให้มาดูแลเดือนละครึ่ง
9) ไปทำงานได้มีรายได้ เหมือนเดิมไปทำงานได้ปกติ มีภูมิคุ้มกันที่ดี	9) เรียนรู้เรื่องต้องทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด	9) ให้เพื่อนชมรมหัวใจไปเยี่ยม จะดีมาก
	10) เรียนรู้เรื่องการปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น	
	11) ได้เรียนรู้การออกกำลังกาย กิน ยาให้ตรงเวลา ถ้ารู้สึกเหนื่อยให้พัก และผ่อนคลาย	11) อยากได้ทุนการเสริมสร้าง อาชีพ
		12) ต้องการใช้ชีวิตประจำวันได้ ปกติ
		13) อยากให้มีทุนค่ารถไปหาหมอ

พูน ปณ จิตโต ชีเว

ตารางที่ 19 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ อสม.

ความสำเร็จที่ได้จากการร่วมโครงการ	ได้เรียนรู้อะไร	ความต้องการช่วยเหลือ
1) ผู้ป่วยมีสุขภาพดีญาติก็มีความสุข	1) จะนำไปปฏิบัติตามที่หมอบอก	1) อยากได้รถพ่วง
2) ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง	อย่างเคร่งครัดและไปแนะนำคน	มอเตอร์ไซด์ออก
3) ผู้ป่วยได้สุขภาพดี มีความรู้วิธีปฏิบัติที่ถูกต้อง	ใกล้ชิดว่าถ้ามีเหตุการณ์เจ็บแน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่มภายใน 20 นาทีให้รีบไปพบแพทย์	เยี่ยมบ้าน
4) ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น		2) อยากได้เอกสารคู่มือ
5) ผู้ป่วยรู้วิธีการดูแลสุขภาพ ทานอาหาร มีประโยชน์ ลดอาหาร หวานมันเค็ม	2) แนะนำการปฏิบัติตนเองกับเพื่อน อสม.. เพื่อนบ้านและญาติ	3) อยากมีอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย เช่น
6) ผู้ป่วยไม่ต้องไปรพ.บ่อย	3) ถ้าพบผู้ป่วยหายใจไม่สะดวกแน่นหน้าอกแนะนำให้ไปหาหมอเร็ว	เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
7) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้	4) ได้ความรู้เรื่องโรคหัวใจ	4) อยากได้คู่มือเรื่องโรคหัวใจ
8) ผู้ป่วยสุขภาพจะสมบูรณ์ ครอบครัวจะมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตที่ดีต่อไป	5) ได้เข้ากลุ่มกับเพื่อนต่างบ้าน	5) พี่เลี้ยง
9) ผู้ป่วยจะได้รู้วิธีการดูแลสุขภาพ ร่างกายอย่างถูกต้อง รู้จักดูแลตัวเองอย่างดี	6) รู้เรื่องโรคหัวใจมากขึ้น	งบประมาณ
10) ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงครอบครัวมีความสุข เรา อสม.ก็มีความสุขด้วย	7) เสริมอาวุธเรื่องความรู้	6) ขาดคู่มือเอกสาร
11) ญาติผู้ป่วยดีใจ ลดภาระ	8) เรียนรู้เรื่องการทำอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ	7) ต้องการทีมงานและคู่มือ
12) มี อสม. มาให้กำลังใจผู้ป่วยเหมือนมีเพื่อนคุย	9) ได้พบเพื่อนสร้างสัมพันธ์	8) เบอร์สายด่วน
13) ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต	10) รู้เรื่องโรคหัวใจ	ประสานโรงพยาบาล
14) ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจดูแลตนเอง	11) ได้ความรู้ดีๆเรื่องอาหารเรียนรู้การรับประทานอาหาร หวานมันเค็ม	9) ต้องการทีมงานไปดูแลคนไข้
15) ผู้ป่วยและญาติจะได้ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	12) เรียนรู้การออกกำลังกายให้ผู้ป่วย	10) เอกสาร ทีมงาน
16) ผู้ป่วยจะหัวใจดีไม่ไปโรงพยาบาลอีก	13) เรียนรู้การหายใจแบบลึก	11) อยากได้แผ่นพับโรคหัวใจไว้แจกคนไข้
17) ทำไรชีวิต	14) เรียนรู้เรื่องโรคหัวใจ	12) ขาดคู่มือในการลงเยี่ยมผู้ป่วย
	15) สนุกได้ความรู้	
	16) บุหรี่สุราคือปัจจัยเสี่ยง	

ตารางที่ 19 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ อสม. (ต่อ)

ความสำเร็จที่ได้จากการร่วม โครงการ	ได้เรียนรู้อะไร	ความต้องการช่วยเหลือ
18) ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจ คลายเครียด ผู้ป่วยมีกำลังใจใน การดำเนินชีวิตต่อไป	17) ได้รับความรู้เพิ่มเติมมาก ขึ้นไปปฏิบัติต่อคนไข้	13) ขาดเครื่องวัดความดัน โลหิต
19) ดิมีคนมาห่วงใย เหมือน ญาติ หมอน้อย (อสม.)	18) จะเอาไปแนะนำเพื่อน	
20) เป็นรูปแบบที่ดีและจะ นำไปแนะนำผู้ป่วย	19) นำไปปฏิบัติและบอกต่อ	
21) เป็นสิ่งที่ดีที่สามารถนำ ความรู้ที่ได้ไปช่วยคนอื่นได้	20) ไปแนะนำผู้ป่วยในเขต รับผิดชอบ	
22) ถ้าเห็นอาการเขาหายใจไม่ อึดแนะนำให้เขาไปหาหมอ ก่อน	21) เจอเหตุการณ์เรียก 1669	
23) เรามีจิตอาสาในการดูแล ผู้ป่วยอยู่แล้ว บางรายดีขึ้นทำ ตามที่เราแนะนำ	22) แนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล	
24) ฉันดีใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่ง ของผู้ป่วยและครอบครัวเขา	23) ได้ความรู้ไปแนะนำ ครอบครัว	
25) ผู้ป่วยมีสุขภาพดีญาติก็มี ความสุข	24) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกัน	
26) ใช้ความสามารถที่เรา อบรมมาให้เป็นประโยชน์		

ตารางที่ 20 ผลการถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการพยาบาลวิชาชีพ รพสต.

ความสำเร็จที่ได้จากการร่วมโครงการ	ความต้องการช่วยเหลือ
1) เป็นความคิดที่ดี ที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้ รู้วิธีดูแลตนเองไม่ให้รุกรามไปเยอะกว่าที่เป็น	1) อบรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่าง ต่อเนื่อง
2) ผู้ป่วยจะได้มีกำลังใจ คลายเครียด ผู้ป่วยมี กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป	2) ต้องศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจและการดูงานการฟื้นฟูหัวใจ
3) เป็นรูปแบบที่ดีและจะนำไปแนะนำผู้ป่วย	3) ต้องการงบประมาณสนับสนุนให้โครงการ ดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง
4) เป็นสิ่งที่ดีสามารถนำความรู้ที่ได้ไปช่วยคน อื่นได้	4) ต้องการเครื่องมือ เช่น เครื่องตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องตรวจ ออกซิเจนที่ปลายนิ้ว
5) เป็นโครงการที่ดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง	
6) ญาติผู้ป่วยดีใจ ลดภาระ	
7) รู้เรื่องโรคหัวใจมากขึ้น	
8) เสริมอาวุธเรื่องความรู้	
9) เรียนรู้เรื่องการทำอาหารสำหรับผู้ป่วย โรคหัวใจ	
10) ได้เรียนรู้จากการดูแลคนไข้	

4.3.1.2 ประเมินศักยภาพการปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน สำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

วิธีที่ใช้ในการประเมิน ดังนี้

- 1) เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยกับทีมสุขภาพในพื้นที่ทุก 4 เดือน X 3 ครั้ง
- 2) การติดตามเสริมพลัง มีการกระตุ้นและตั้งคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ
- 3) ติดตามและประเมินการปฏิบัติตามแผนแบบเสริมพลัง
- 4) ลงพื้นที่ร่วมกันระหว่างผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยและทีมสุขภาพ/ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

หลังร่วมเข้าในการพัฒนารูปแบบ

- 5) ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และทางไลน์กรุป
- 6) มีการกระตุ้นและตั้งคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ
- 7) การพัฒนาระบบให้การปรึกษาและการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างทีมสุขภาพในพื้นที่และโรงพยาบาล

8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (AAR)

พบว่า จากการลงพื้นที่ ผู้อำนวยการให้ความสำคัญและร่วมมือสนับสนุนในกิจกรรมตลอดโครงการ พยาบาลวิชาชีพ รพสต.มีความรู้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้นำทีมสุขภาพในพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านเป็นที่ปรึกษาของ อสม. และผู้ป่วย/ครอบครัวผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สำหรับ อสม.มีความภาคภูมิใจในการได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหัวใจมากขึ้น อสม.สนใจและพร้อมในการเรียนรู้ตลอดเวลาเพราะต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยและคนในชุมชนด้วย

พบว่า จากจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (AAR) ในการปฏิบัติการฟื้นฟูทั้งพยาบาลวิชาชีพ อสม. ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างถูกต้อง และมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากยิ่งขึ้น การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (AAR) ดังนี้

8.1) ผู้ป่วยและผู้ดูแล

- 1) ผู้ป่วยออกกำลังกายต่อเนื่อง เช่น เดินออกกำลังกายทุกวัน ออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน วิ่งตอนเช้าออกกำลังกาย
- 2) ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาและรับประทานตรงเวลาทุกวันต่อเนื่องไม่เคยขาด มีผู้ดูแลและ อสม.กำกับดูแล
- 3) ผู้ป่วยเลิกเหล้าและเลิกบุหรี่ได้ 2 คนอีก 2 คนลดจำนวนการสูบบุหรี่และพยายามเลิกให้ได้โดยมีผู้ดูแลและเพื่อนร่วมชมรมหัวใจให้กำลังใจ
- 4) ผู้ป่วยควบคุมอาหารหวานมันเค็มโดยตระหนักถึงความสำคัญ ผู้ดูแลตระหนักให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ต้องดูแลอาหารหวานมันเค็ม
- 7) ผู้ป่วยได้นำความรู้มาปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมประจำวัน การเดินออกกำลัง การเฝ้าระวังอาการกำเริบและการไปรักษาเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- 8) ผู้ป่วยดูแลตัวเองทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียด ผู้ดูแลมีความสุขสบายใจ
- 9) ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ไม่เป็นภาระ
- 9) ผู้ป่วยไปหาหมอตามนัด

8.2) อสม. มีหน้าที่ ชักประวัติ ประเมินอาการ ลงมือปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์

- 1) อสม.สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ใส่ใจบริการ ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และผู้ดูแล ต้องเข้าไปประเมินคนไข้ถามดูอาการผู้ป่วยก่อน วัดสัญญาณชีพ ตรวจคัดกรองเบาหวาน ประเมินด้านสุขภาพจิต ใช้ความรู้และข้อมูลจากผู้ป่วยหาข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง สอบถามการนอนหลับดีหรือไม่ แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอ

2) อสม. ติดตามดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอแนะนำให้ออกกำลังกายที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยเดินไม่ได้ ก็ให้ลูกนั่งหย่อนขาเบาๆ ออกกำลังกายเบาๆ อย่างเหมาะสม

3) อสม. ติดตามผู้ป่วยสอบถามเรื่องการกินอาหาร ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง งดอาหารหวานมันเค็ม

4) อสม. คอยเตือนและควบคุมดูแลผู้ป่วยเรื่องกินยาให้ตรงถูกวิธี ติดตามดูไปเยี่ยม บ่อยๆ ถามอาการ แนะนำกินยาไม่ให้ขาด ให้กำลังใจผู้ป่วยเรื่องทานยาและพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

5) จริใจบริการ เอาใจเขามาใส่ใจเรา พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยแนะนำผู้ป่วยไม่ให้ เครียด ให้กำลังใจผู้ดูแลด้วย

6) ใช้ความสามารถที่เรอบรมมาให้เป็นประโยชน์ แนะนำความรู้ที่ได้อบรมมาส่ง ต่อความรู้ดูแลผู้ป่วย เช่น ลดอาหารหวานมันเค็ม แนะนำผู้ป่วยงดบุหรี่และดื่มสุรา แนะนำให้ออก กายและดูแลอาการต่อเนื่อง ห้ามขาดยา

7) ลงเยี่ยมติดตามผลว่าผู้ป่วยมีสุขภาพดีหรือไม่ ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง ติดตามดูคนไข้ได้ปฏิบัติตามที่หมอและ อสม. แนะนำหรือไม่

8.3) พยาบาลวิชาชีพ รพสต.

1) มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจากโรงพยาบาลมาที่ รพสต. เมื่อผู้ป่วย กลับมาชุมชน มีแบบประเมินการส่งต่ออาการ การรักษาที่ได้รับ ผลการตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ ผล การตรวจสวนหัวใจ ยาที่รับประทาน และโปรแกรมที่จะให้ทีมสุขภาพในพื้นที่ดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยต่อ และต้องเฝ้าระวังอะไรเป็นพิเศษ

2) อยากได้เครื่องมือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้า หัวใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ (AED) และเครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วสำหรับประเมินเวลาทดสอบการเดิน ใน 6 นาที

3) อยากให้มีการอบรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทุกปีจะได้อบรมความรู้ใหม่ๆ

4) มีที่ปรึกษาสายตรงจากโรงพยาบาลมีไลน์กรู๊ปก็ได้อยู่แต่ถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินอยาก โทรศัพทสายตรงได้

5) มีคู่มือดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้มั่นใจมากขึ้นและนำไปปฏิบัติได้ ง่าย เข้าใจง่าย

4.3.2 ผลการวิจัยจากการประเมินด้านประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะผู้ป่วย

ด้านประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะผู้ป่วย จำนวน 4 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 ครั้ง และขณะร่วมโครงการจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน

4.3.2.1 ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เข้าร่วมโครงการ

พบว่ากลุ่มที่ศึกษาผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 63.76 ปี (34-86 ปี) มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ สิทธิการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 86.6 พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง วินิจฉัยชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) มากที่สุดร้อยละ 86.7 มีโรคร่วมเบาหวาน (ร้อยละ 33.3) และความดันโลหิตสูง(ร้อยละ60) มากที่สุด มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ร้อยละ 6.7 สูบบุหรี่ร้อยละ 13.3 (4/30) และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ26.7 (8/30)

เลือกการรักษาด้วยหัตถการตรวจสอบหัวใจมากที่สุด ร้อยละ 70 (21/30) ผลการตรวจสอบหัวใจมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น มากที่สุด (ร้อยละ53.3) รองลงมามีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2เส้น (ร้อยละ16.7) และมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น (ร้อยละ10) ตามลำดับ การประเมินการบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction :LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย การบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) >50% ร้อยละ 40 การบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) 40 -49 % ร้อยละ 26.7 ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไป (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
<65ปี	13	43.3
>65 ปี	17	56.7
Mean = 63.76		
Min-Max (34-86 ปี)		
เพศ		
ชาย	18	60.0
หญิง	12	40.0

ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไป (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
วินิจฉัย		
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทียก (STEMI)	4	13.3
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI)	26	86.7
สถานภาพ		
โสด	2	6.7
คู่	17	56.6
หม้าย	9	30.0
หย่าร้าง	2	6.7
อาศัย		
โซนสีแก้ว	10	33.3
โซนขอนแก่น	10	33.3
โซนนาโพธิ์	10	33.3
อาชีพ		
เกษตรกร (ทำนา/ทำสวน)	15	50.0
ค้าขาย	2	6.7
พนักงานราชการ	3	10.0
ไม่ได้ทำงาน (บุตรหลานเลี้ยงดู)	7	23.3
รับจ้าง	2	6.7
ตกงาน/ไม่มีงานทำ	1	3.3
สิทธิการรักษา		
สิทธิการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	26	86.6
ประกันสังคม	2	6.7
ข้าราชการ	2	6.7

ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไป (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
โรคร่วม		
มีโรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	11	36.7
เบาหวาน	3	10.0
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง	5	16.7
เบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงและอัมพาต	2	6.7
ลิ้นหัวใจ	1	3.3
มีภาวะหัวใจเต้นพริ้ว (Atrial fibrillation: AF)	1	3.3
ไม่มีโรคร่วม	7	23.3
ผลการตรวจสวนหัวใจหลอดเลือดหัวใจ		
ตีบ 1 เส้น (Single vessel disease :SVD)	16	53.3
ตีบ 2 เส้น (double vessel disease :DVD)	5	16.7
ตีบ 3 เส้น (triple vessel disease :TVD)	3	10.0
NA	6	20.0
การรักษาที่ได้รับ		
ขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน	18	60.0
ขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนร่วมกับวางขดลวดค้ำยันหลอดเลือด	3	10.0
การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	3	10.0
รับประทานยาอย่างเดียว(ไม่ทำหัตถการ/ไม่ผ่าตัด)	6	20.0
การประเมินการบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF)		
LVEF <40%	0	0
LVEF 40-49%	8	26.7
LVEF >50%	12	40.0
NA	10	33.3

ตารางที่ 21 ข้อมูลทั่วไป (n=30) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สูบบุหรี่		
ยังคงสูบบุหรี่	4	13.3
ไม่สูบบุหรี่	26	86.7
ดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	8	26.7
ไม่ดื่ม	22	73.3
โรคร่วม		
เบาหวาน	10	33.3
ไม่มีเบาหวาน	20	66.7
โรคร่วม		
ความดันโลหิตสูง	18	60.0
ไม่มีความดันโลหิตสูง	12	40.0
โรคร่วม		
ไตเสื่อมในระยะ ≥ 3	2	6.7
ไตเสื่อมในระยะ < 3	18	60.0
NA	10	33.3

4.3.2.2 ผลการประเมินการกลับมารักษาซ้ำ

โดยใช้ แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำประเมินการกลับมารักษาซ้ำ วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน

การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในวันที่ 7 มี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 (1/30) มาด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้านไม่ได้นอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ำเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในวันที่ 30 มี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.6 (2/30) รายที่ 1 มีอาการเหนื่อย วิงเวียน รับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 วันและจำหน่ายกลับบ้าน รายที่ 2 อ่อนเพลีย รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้านไม่ได้นอน

โรงพยาบาล โดยรวมการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคิดเป็นร้อยละ 10 (3/30) ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ประเมินการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประเมินการกลับมา รักษาซ้ำ	ก่อนเข้าร่วมการ ฟื้นฟู (ราย)	ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ		
		ระยะ 1 สัปดาห์ (ราย)	ระยะ 1 เดือน (ราย)	ระยะ 4 เดือน (ราย)
กลับมารักษาซ้ำ	0	1	2	0
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	30	29	28	30
คิดเป็นร้อยละ	0	3.3	6.6	0

4.3.2.3 ผลการประเมินระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มที่มีการวัดซ้ำ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มที่มีการวัดซ้ำ ใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA โดยก่อนวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มที่มีการแจกแจงแบบปกติ ข้อมูลที่ทำการทดสอบอยู่ในมาตรวัดแบบมาตราส่วน ความแปรปรวนของระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็นไม่เป็น Compound Symmetry ซึ่งเคปเปิลล์ (Keppel, 1991) แนะนำว่าสามารถทดสอบด้วยสถิติ ANOVA (F-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมุติฐานที่ระดับ .025 และแปลผลสถิติ ANOVA ที่มีการปรับค่าแล้ว คือค่า Greenhouse-Geisser statistic เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error) ความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตามมีค่าเท่ากัน ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กันซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ผลการทดสอบความแปรปรวนของระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการวัดซ้ำแต่ละครั้งเป็นไม่เป็น Compound Symmetry

การเปรียบเทียบความแตกต่างระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่ม วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F=51.458$, $df=1.924$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบความแตกต่างระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
(n=30)					
ระยะทาง	152052.087	1.924	79011.100	51.458	<.001
ความคลาดเคลื่อน	85691.125	55.809	1535.443		

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

^a = Greenhouse-Geisser was used to reduce type I error

การเปรียบเทียบระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni

ค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วัดระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใน 1 สัปดาห์ 1 เดือน และ 4 เดือน อย่างน้อยหนึ่งคู่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni (n=30)

ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที	$\bar{x}$	S.D.	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย	p-value
ระยะก่อนเข้าร่วม	248.03	68.58	37.876	<.001
ระยะ 1 สัปดาห์	285.91	76.32		
ระยะก่อนเข้าร่วม	248.03	68.58	66.100	<.001
ระยะ 1 เดือน	314.13	89.83		
ระยะก่อนเข้าร่วม	248.03	68.58	96.500	<.001
ระยะ 4 เดือน	344.53	101.83		
ระยะ 1 สัปดาห์	285.91	76.32	28.224	.002
ระยะ 1 เดือน	314.13	89.83		
ระยะ 1 สัปดาห์	285.91	76.32	58.624	<.001
ระยะ 4 เดือน	344.53	101.83		
ระยะ 1 เดือน	314.13	89.83	30.400	.001
ระยะ 4 เดือน	344.53	101.83		

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้สถิติ Repeated Measures

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 สัปดาห์ ในระยะ 1 เดือน และในระยะ 4 เดือน ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พบว่า ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ในระยะก่อนก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใน ระยะ 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -37.876 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -48.038 ถึง -27.713) ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -66.100 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -84.068 ถึง -48.132) ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 4 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -96.500 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -117.945 ถึง -75.055) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ระยะ 1 สัปดาห์ แตกต่างจาก ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -28.224 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -42.585 ถึง -13.864)

ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -58.624 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -77.416 ถึง -39.833) และ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะใน 1 เดือนแตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -30.400 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -44.635 ถึง -16.165) ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีในระยะก่อน
ร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1
สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้สถิติ
Repeated Measures ANOVA

การ ประเมิน	n	Mean	s.d.	F	p value	Mean Difference(95%CI)		
						1 สัปดาห์	ระยะ 1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
ก่อนเข้า ร่วม	30	248.03	68.58	51.458	<0.001	-37.876 (p<0.01) (-48.038 ถึง -27.713)	-66.100 (p<0.01) (-84.068 ถึง -48.132)	-96.500 (p<0.01) (-117.945 ถึง -75.055)
1 สัปดาห์	30	285.91	76.32		-	-	-28.224 (p<0.01) (-42.585 ถึง -13.864)	-58.624 (p<0.01) (-77.416 ถึง -39.833)
1 เดือน	30	314.13	89.83		-	-	-	-30.400 (p<0.01) (-44.635 ถึง -16.165)
4 เดือน	30	344.53	101.83		-	-	-	-

หมายเหตุ * : มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

4.3.2.4 ผลการประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)

โดยประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) วัดระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพ
หัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน
ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พบว่า การรับรู้ลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจ
ตายดังนี้

1) ก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนอาการที่พบมาก 3 ลำดับแรก
ได้แก่ อาการอ่อนล้า ร้อยละ 76.7 ขาดความแข็งแรง ร้อยละ 73.3 และ นอนหลับยาก ร้อยละ
63.3 ตามลำดับ

2) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์อาการที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ ขาดความแข็งแรง ร้อยละ 53.3 อ่อนล้า ร้อยละ 50 และ นอนหลับยาก ร้อยละ 43.3 ตามลำดับ

3) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 เดือนอาการที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ นอนหลับยาก ร้อยละ 40 อ่อนล้า ร้อยละ 40 และ ขาดความแข็งแรง ร้อยละ 36.7 ตามลำดับ

4) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 4 เดือน อาการที่พบมาก 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาการปวด ร้อยละ 36.7 ขาดความแข็งแรงร้อยละ 30 และนอนหลับยาก ร้อยละ 30 ตามลำดับ

5) เมื่อเปรียบเทียบร้อยละการรับรู้ลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ อาการอ่อนล้า ปวดหัว นอนหลับยาก เวียนศีรษะ ขาดความแข็งแรง ใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนการฟื้นฟู ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตาย มีอัตราลดลงตามลำดับและอาการที่พบได้ทั้ง 4 ช่วงเวลา คือ ขาดความแข็งแรง และนอนหลับยาก ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ร้อยละการรับรู้ลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตาย (n=30)

ร้อยละการรับรู้คุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตาย	ก่อนการฟื้นฟู	หลังเข้าร่วมการฟื้นฟู		
		ระยะ 1 สัปดาห์	ระยะ 1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
1. ปวด	40	40	30	36.7
2. เจ็บคอ	6.7	6.7	00	3.3
3. คลื่นไส้	13.3	13.3	3.3	3.3
4. กระหืดกระหอบแทบหยุดหายใจ	13.3	13.3	16.7	10
5. น้ำหนักตัวลด	26.7	26.7	20	10
6. อ่อนล้า	76.7	50	40	16.7
7. ขี้แฉะติด	6.7	6.7	13.3	6.7
8. ปวดตา	6.7	6.7	6.7	6.7

ตารางที่ 26 ร้อยละการรับรู้ลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
(n=30) (ต่อ)

ร้อยละการรับรู้คุณลักษณะของโรคหรือการเจ็บป่วย ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย	ก่อนการฟื้นฟู	หลังเข้าร่วมการฟื้นฟู		
		ระยะ 1 สัปดาห์	ระยะ 1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
9. อาการหอบ	30	30	10	10
10. ปวดหัว	40	40	33.3	13.3
11. ปวดจุกกระเพาะ	20	20	26.7	16.7
12. นอนหลับยาก	63.3	43.3	40	30
13. เวียนศีรษะ	40	23.3	16.7	10
14. ขาดความแข็งแรง	73.3	53.3	36.7	30

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) ภายในกลุ่มที่มีการวัดซ้ำ

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) ภายในกลุ่มที่มีการวัดซ้ำ ใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA โดยก่อนวิเคราะห์ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Repeated Measure ANOVA พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มที่มีการแจกแจงแบบปกติ ข้อมูลที่ทำการทดสอบอยู่ในมาตรวัดแบบมาตราส่วน ความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง เป็นไม่เป็น Compound Symmetry ซึ่งเคปเปิลล์ (Keppel, 1991) แนะนำว่าสามารถทดสอบด้วยสถิติ ANOVA (F-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบสมมุติฐานที่ระดับ .025 และแปลผลสถิติ ANOVA ที่มีการปรับค่าแล้ว คือค่า Greenhouse-Geisser statistic เพื่อลดความคลาดเคลื่อนแบบที่ 1 (type I error) ความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) ของประชากรในแต่ละกลุ่มของตัวแปรตามมีค่าเท่ากัน คะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) ในการวัดซ้ำแต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กันซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ผลการทดสอบความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง เป็นไม่เป็น Compound Symmetry

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มวัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F=27.092$, $df=2.265$, $p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนโดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
(n=30)					
คะแนน	12871.267	2.265	5682.564	27.092	<.001
ความคลาดเคลื่อน	13777.733	65.686	209.750		

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean Square

^a = Greenhouse-Geisser was used to reduce type I error

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni

ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ของผู้ป่วยภายหลังกล่อมเนื้อหัวใจตาย วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ วัดใน 1 สัปดาห์ 1เดือน และ 4 เดือน หลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ อย่างน้อยหนึ่งคู่ที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$) ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)ภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลัง
กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1
เดือน และระยะ 4 เดือนเป็นรายคู่ โดยวิธี Bonferroni (n=30)

คะแนนการรับรู้ภาวะ เจ็บป่วย	$\bar{x}$	S.D.	ความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value
ระยะก่อนเข้าร่วม	118.63	10.166	12.600	<.001
ระยะ 1 สัปดาห์	106.03	76.32		
ระยะก่อนเข้าร่วม	118.63	10.17	19.433	<.001
ระยะ 1 เดือน	99.20	14.34		
ระยะก่อนเข้าร่วม	118.63	10.17	28.367	<.001
ระยะ 4 เดือน	90.26	18.87		
ระยะ1 สัปดาห์	106.03	16.84	6.833	.487
ระยะ 1 เดือน	99.20	14.34		
ระยะ1 สัปดาห์	106.03	16.84	15.767	<.001
ระยะ 4 เดือน	90.26	18.87		
ระยะ1 เดือน	99.20	14.34	8.933	.098
ระยะ 4 เดือน	90.26	18.87		

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้สถิติ Repeated Measures

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = 12.600 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 9.105 ถึง 16.095) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = 19.433 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 12.948 ถึง 25.918) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = 28.367 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -21.626 ถึง 35.108) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 สัปดาห์แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.081, mean difference = 6.833 95%CI of Mean Difference อยู่ระหว่าง -42.585 ถึง -13.864) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 สัปดาห์แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -15.767 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 8.416 ถึง -23.117) และระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 เดือนแตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.016, mean difference = 8.933 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 1.761 ถึง 16.105) ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยในระยะก่อน
ร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1
สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้สถิติ
Repeated Measures ANOVA (n=30)

การประเมิน	n	Mean	s.d.	F	p value	Mean Difference(95%CI)		
						ระยะ 1 สัปดาห์	ระยะ1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
ก่อนเข้าร่วม การ	30	118.63	10.166	27.092	<0.001	12.600 (p<0.01) (9.105ถึง 16.095)	19.433 (p<0.01) (12.948ถึง 25.918)	28.367 (p<0.01) (21.626ถึง 35.108)
ระยะ 1 สัปดาห์	30	106.03	16.839			-	6.833 (p=0.081) (-.899ถึง 14.566)	15.767 (p<0.001) (8.416ถึง -23.117)
ระยะ1 เดือน	30	99.20	14.342			-	-	8.933 (p=0.016) (1.761ถึง 16.105)
ระยะ 4 เดือน	30	90.27	18.866			-	-	-

หมายเหตุ * : มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

4.3.2.5 ผลประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวัน

โดยประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวัน วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ1 เดือน และระยะ 4 เดือน

พบว่า ระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายดังนี้

1) ก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ร้อยละของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินบนพื้นราบออกไปนอกบ้านเป็นระยะทางประมาณ 2-4 เสาไฟฟ้า (80-160 เมตร) ได้ และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 97.6 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 20 ผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 26.7 ผู้ป่วยสามารถทำงานบ้าน ที่ต้องออกแรงมาก และผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 40

2) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์ ร้อยละของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 100 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 40 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 46.7 และผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 60

3) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 เดือน ร้อยละของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 100 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 56.7 และผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 63.3

4) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 4 เดือน ร้อยละของผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 96.7 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 56.7

และผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 76.7

5) เมื่อเปรียบเทียบร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วย ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกคนที่ทำได้ดีใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนการฟื้นฟู ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ สามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ สามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ สามารถเดินบนพื้นราบออกไปนอกบ้านเป็นระยะทางประมาณ 2-4 เสาไฟฟ้า (80-160 เมตร) ได้ และสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ และร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้น้อย ใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนการฟื้นฟู ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ สามารถทำกิจกรรมทางเพศได้และสามารถเล่นเกมกีฬาที่ต้องออกแรงมาก โดยภาพรวมร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายทำได้ใน 4 ช่วงเวลา มีอัตราความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (n=30)

ร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนการฟื้นฟู	ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟู		
		ระยะ 1 สัปดาห์	ระยะ 1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
1.คุณสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้หรือไม่ (MET =2.75)	100	100	100	100
2. คุณสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้หรือไม่ (MET =1.75)	100	100	100	100
3. คุณสามารถเดินบนพื้นราบออกไปนอกบ้านเป็นระยะทางประมาณ 2-4 เสาไฟฟ้า (80-160 เมตร) ได้หรือไม่ (MET =2.75)	96.7	96.7	96.7	96.7
4. คุณสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้หรือไม่ (MET=5.5)	96.7	100	100	96.7

ตารางที่ 30 ร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (n=30) (ต่อ)

ร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ก่อนการฟื้นฟู	ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟู		
		ระยะ 1 สัปดาห์	ระยะ 1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
5. คุณสามารถวิ่งเร็วเล็กน้อยในระยะทางสั้นได้หรือไม่ (MET =8)	50.0	73.3	76.7	86.7
6. คุณสามารถทำงานบ้านที่ต้องออกแรงเล็กน้อย เช่น ปิดฝุ่่น หรือ ล้างจานได้หรือไม่ (MET =2.7)	83.3	96.7	100	100
7. คุณสามารถทำงานบ้านที่ต้องออกแรงพอสมควร เช่น กวาดพื้น ถูพื้น ถูบ้านด้วยไม้ถูพื้น การดูดฝุ่น ยกของหรือ ถูของเมื่อไปซื้อของตามร้านค้าหรือไปจ่ายตลาดได้หรือไม่ (MET =3.5)	83.3	93.3	93.3	96.7
8. คุณสามารถทำงานบ้าน ที่ต้องออกแรงมาก เช่น ขัดพื้น ยกหรือย้ายเฟอร์นิเจอร์ที่หนักๆ ได้หรือไม่ (MET =8)	40.0	66.7	63.3	76.7
9. คุณสามารถทำงานในสนามรอบบ้าน เช่น กวาดใบไม้ กำจัดวัชพืช ปลุกต้นไม้ ทำสวน หรือใช้เครื่องตัดหญ้าไฟฟ้า ได้หรือไม่ (MET =4.5)	66.7	90.0	83.3	90
10. คุณสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้หรือไม่ (MET =5.25)	20.0	46.7	56.7	56.7
11. คุณสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร เช่น เล่นกอล์ฟ โยนโบว์ลิง เดินรำ เดินแอโรบิก เดินหรือพ้อนรำพื้นบ้าน เล่นเทนนิสแบบคู่ ขว้างเบสบอลหรือฟุตบอล ปั่นจักรยานช้า ๆ เดินเร็ว ๆ ได้หรือไม่ (MET =6)	26.7	60.0	63.3	76.7
12. คุณสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก เช่น วាយน้ำ เล่นเทนนิสเดี่ยว เล่นฟุตบอล เล่นบาสเกตบอล เตะตะกร้อ หรือจักรยานเร็ว ๆ ได้หรือไม่ (MET =7.5)	40.0	40.0	36.7	53.3

4.3.2.6 ผลการประเมินอารมณ์เศร้า

โดยประเมินอารมณ์เศร้า วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน

พบว่า ประเมินอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายดังนี้

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 9.10 (S.D.= 6.060, Min 2, Max28) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 8.37 (S.D.= 6.060, Min 2, Max25) ในระยะ 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 7.70 (S.D.= 6.271, Min 1, Max22) และในระยะ 4 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 5.90 (S.D.= 4.873, Min 1, Max 17) คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 17 คะแนน ตามลำดับ

คะแนนรายข้อประเมินอารมณ์เศร้าที่พบมากที่สุด ใน 4 ช่วงเวลาการประเมินใน ระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน ได้แก่ 1) สนใจทางเพศลดลงมาก 2) เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่ 3) ทำงานแย่ลงกว่าเดิมต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน และ 4) อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ

ภาพรวมผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ร้อยละคะแนนอารมณ์เศร้า (n=30)

ร้อยละคะแนนอารมณ์เศร้า	ก่อนการฟื้นฟู	ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ		
		ฟื้นฟูระยะ 1 สัปดาห์	ระยะ 1 เดือน	ระยะ 4 เดือน
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (น้อยกว่า 21 คะแนน)	96.7	90	93.3	100
ภาวะซึมเศร้าขั้นอ่อน (21-25 คะแนน)	-	10	6.7	-
ภาวะซึมเศร้าขั้นปานกลาง (26-34 คะแนน)	3.3	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงระดับ (35-40 คะแนน)	-	-	-	-
ภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรงมาก (มากกว่า 40 คะแนน)	-	-	-	-
รวมร้อยละ	100	100	100	100

โดยสรุป รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้โดยนำทฤษฎีระบบของเคทซ์ และคาน (Katz & Kahn, 1978) ทฤษฎีสร้างเสริมพลังอำนาจของซิมเมอร์แมน (Zimmerman's empowerment theory) (Zimmerman, 1993) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของเบนดูรา ((Bandura, 1997) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทยในสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (ชมรมป้องกันและฟื้นฟูหัวใจ, 2553) แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมโรคหัวใจอเมริกา (American Heart Association, 2007) และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปอดอเมริกา (American cardiovascular pulmonary rehabilitation association, 2008) โดยรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนดังกล่าวเป็นกระบวนการดูแลที่อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ทีมสุขภาพในพื้นที่ และชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจจนสามารถทำงานได้ในระดับที่เหมาะสม ร่วมกับฟื้นฟูสภาวะจิตใจ อารมณ์ให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในชุมชน และสามารถกลับไปประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย รวมถึงกระบวนการป้องกันโรคไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งลักษณะเด่นของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนนี้ง่ายต่อการปฏิบัติที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และยืดหยุ่นในการปฏิบัติติดตามดูแลต่อเนื่องของทีมสุขภาพในพื้นที่และสอดคล้องตามบริบทชุมชน มีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลตติยภูมิกับทีมสุขภาพในพื้นที่ ทีมสุขภาพในโรงพยาบาลตติยภูมิเป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดองค์ความรู้ที่ทันสมัยกับทีมสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การประเมินสภาพ 2) การออกกำลังกาย และ 3) การปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมเบาหวาน และการหยุดบุหรี่ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตให้เหมาะสม ได้แก่ กิจกรรมทางกายและการสว่นพลังงาน การรับประทานยา เป็นต้น ผลลัพธ์กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย มี 5 ด้าน มีดังนี้ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน 4) การดูแลต่อเนื่อง และ 5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ความสำเร็จที่ได้ คือ 1) ทุกคน มีส่วนร่วม 2) การมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย และ 4) การติดตามเสริมพลังเครือข่ายอย่างต่อเนื่องดังภาพประกอบที่ 9

โรงพยาบาลตติยภูมิ (สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคหัวใจ ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักโภชนาการ พยาบาลวิชาชีพศูนย์ดูแลต่อเนื่อง)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพสต./ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่รพสต.)

- ประสานการดูแลกับผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้ การส่งต่อข้อมูล การรับคำปรึกษา อบรมให้ความรู้ การประเมินติดตามและเสริมพลัง
- สนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- สนับสนุนงบประมาณและเครื่องมือ

ชุมชน

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ด้วยความมั่นใจ
สนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชน มีทักษะดูแลผู้ป่วย
ทีมสุขภาพใน รพสต. อสม.และผู้เกี่ยวข้องมีศักยภาพในการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ



1. ทุกคน มีส่วนร่วม
2. การมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย
4. การติดตามเสริมพลังเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

- 1.การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
3. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน
4. การดูแลต่อเนื่อง
5. การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน
(Community -Based Cardiac Rehabilitation)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบลงมือปฏิบัติร่วมกัน (mutual collaborative action research) โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด และวัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 2) ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด 3) ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

พื้นที่ศึกษา คือ รพ.สต. และชุมชนในเขตบริการ รพ.สต. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ให้บริการผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 6 รพ.สต. ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทราชนิ (สีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง โดยทั้ง 6 รพ.สต. นี้มีโอกาสให้บริการผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวนใกล้เคียงกัน

ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 2) ดำเนินการพัฒนา ประกอบด้วย 3 วงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยวงจรที่ 1 ดำเนินการ ระหว่างเดือนมีนาคม 2562 - พฤษภาคม พ.ศ. 2562 วงจรที่ 2 ดำเนินการ ระหว่างมิถุนายน พ.ศ. 2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2562 และวงจรที่ 3 ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2562 - พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 และ 3) ประเมินผล โดยเป็นการประเมินผลระหว่างกระบวนการพัฒนาและประเมินผลสรุปโดยรวม ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม 2562 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วยดังนี้

1) ผู้ร่วมวิจัยระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 12 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 12 คน แกนนำชุมชน จำนวน 8 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 3 คน ทีมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 9 คน และ ทีมสุขภาพในโรงพยาบาล จำนวน 9 คน จำนวนผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 53 คน

2) ผู้ร่วมวิจัยระยะดำเนินการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนา ประกอบด้วย ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 30 คน ผู้ดูแลหลัก จำนวน 30 คน . แกนนำชุมชน จำนวน 38 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 5 คน ทีมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 41 คน และทีมสุขภาพในโรงพยาบาล จำนวน 12 คน จำนวน ผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 156 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (after action review) บันทึทกภาคสนาม แบบบันทึกการกลับมารักษาค่า แบบบันทึกความสามารถในการเดิน 6 นาที แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันของตุ๊ก แบบประเมินอารมณ์เศร้า แบบประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบ Repeated Measures ANOVA การวิเคราะห์เนื้อหาวิธีอุปนัย (inductive content analysis) และการวิเคราะห์เนื้อหาวิธีนิรนัย (deductive content analysis)

ผลการวิจัย ดังนี้

1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

สถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ให้บริการให้บริการ และผู้เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทของชุมชนที่ศึกษา ผลศึกษาจำแนกตามประเด็นการศึกษา ดังนี้

1.1) การศึกษาสถานการณ์การกลับมารักษาค่าในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.1.1) การศึกษาการกลับมารักษาค่าในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย การศึกษาเชิงปริมาณระเบียบวิธีวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง (retrospective observational study)

การกลับมารักษาค่าในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษาการกลับมารักษาค่าของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด จากเวชระเบียนย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2561) รวมทั้งสิ้น 376 ราย โดยศึกษาการกลับมารักษาค่าใน 7 วัน 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปี สถิติที่ใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการถดถอยลอจิสติก (logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 66.55 ปี (32-98 ปี) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ สิทธิการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 71.3 วินิจฉัยชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) มากที่สุดร้อยละ 77 มีโรคร่วมเบาหวาน ร้อยละ 46.5 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 มากที่สุด มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ร้อยละ 18.1 มีภาวะความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 33 vol% ร้อยละ 69.9 สุกดิบหรือร้อยละ 13.6 และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 8.5

ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเดียว ร้อยละ 54.3 รักษาด้วยหัตถการตรวจสอบหัวใจ ร้อยละ 39.36 และ รักษาด้วยผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6.38 ผลการตรวจสอบหัวใจ ผู้ป่วยมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น มากที่สุด ร้อยละ 18.6 รองลงมา มีหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น ร้อยละ 17.6 และมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เส้น ร้อยละ 5.9 ตามลำดับ มีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายน้อยกว่า 40% ร้อยละ 14.4 ค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเท่ากับ 40-49% ร้อยละ 9.6 และค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่า 50% ร้อยละ 17.6

พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย การกลับมารักษา ใน 1 ปี เป็น 1.8 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำที่ 6 เดือน 30 วัน และ 7 วัน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI 0.793-2.813) การกลับมารักษาซ้ำใน 6 เดือน เป็น 1.66 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, 95%CI 0.654-2.669) การกลับมารักษา ใน 7 วัน เป็น 1.26 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำที่ 30 วัน 6 เดือน และ 1 ปีตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$, 95%CI 0 -2.328-0.202) ตามลำดับ พบว่าการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการกลับมารักษา 30 วัน 0.386 เท่าของการกลับมารักษาซ้ำ 6 เดือน และ 1 ปี ($p = 0.447$, 95%CI -0.609-1.380)

ปัจจัยทำนายการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย เมื่อเทียบกับผู้ป่วยผู้หญิง ผู้ป่วยผู้ชาย กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.249 เท่า $p = 0.292$, 95%CI [-0.214, -0.711] เมื่อเทียบกับมีภาวะหัวใจเต้นพริ้ว ผู้ป่วยไม่มีภาวะหัวใจเต้นพริ้ว กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.634 เท่า $p = 0.160$, 95%CI [-0.250, 1.518] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยไม่มีความดันโลหิตสูง กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.520 เท่า $p = 0.033$, 95%CI [0.042, 0.999] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 1.030 เท่า $p < 0.001$ 95%CI [0.488, 1.573] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีโรคร่วมเบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีเบาหวาน กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.762 เท่า $p < 0.001$ 95%CI [0.311, 1.213] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีค่า Creatinine > 2.0 ผู้ป่วยค่า Creatinine < 2.0 กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.326 เท่า $p = 0.250$ 95%CI

[-0.230 , 0.882] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือด (Hct) < 33 vol% ผู้ป่วยความเข้มข้นของเลือด (Hct) > 33 vol% กลับมารักษาซ้ำเพิ่ม 0.532 เท่า $p=0.039$ 95%CI [0.027, 1.018] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ กลับมารักษาซ้ำ 0.729 เท่า $p=0.028$ 95%CI [-1.381, -0.077] สมการถดถอยการกลับมารักษาซ้ำอธิบายได้ร้อยละ 14.8 รายละเอียดดังตารางที่ 13

และพบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีความเข้มข้นของเลือด (Hct) < 33 vol% ผู้ป่วยความเข้มข้นของเลือด (Hct) > 33 vol% มี Ordered logit การกลับมารักษาซ้ำใน 30 วัน ลดลง 0.842 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.021 95%CI [-1.557, -0.127] พบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด NSTEMI ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด STEMI Ordered logit การกลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลง 0.968 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.007 95%CI [-1.669, 0.267] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยมีโรคร่วม เบาหวาน ผู้ป่วยไม่มีเบาหวาน มี Ordered logit กลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลง 0.612 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.031 95%CI [-1.167, -0.057] เมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ กลับมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือนลดลง 1.133 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.003 95%CI [0.383, 1.883] และพบว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสูบบุหรี่ ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี ลดลง 19.40 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 95%CI [-19.401, -19.401]

รายละเอียดดังตารางที่ 14

1.1.2) การศึกษาการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายศึกษาเชิงคุณภาพ

1.1.2.1) ศึกษาประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคกำเริบศึกษาเชิงคุณภาพ จากประสบการณ์ประสบการณ์ผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจเมื่อกลับไปอยู่ชุมชน ในมุมมองผู้ป่วย มี 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

(1) การรับรู้เมื่อมีอาการกำเริบ ประกอบด้วย (1.1) กลัวเสียชีวิต และ (1.2) กลัวไม่มีใครช่วยเหลือเมื่อมีอาการกำเริบ

(2) การรับรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและการรักษาต่อเนื่อง ประกอบด้วย (2.1) รับรู้อาการดีขึ้นจึงหยุดยาเอง (2.2) รับรู้อาการปกติจึงไม่ไปรักษาต่อ

1.1.2.2) ศึกษาสถานการณ์การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

(1) ปัญหาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

(1.1) มุมมองผู้ป่วย มี 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

(1.1.1) ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

(1.1.2) รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

(1.1.3) ควบคุมเค็มไม่ได้

(1.1.4) ไม่ออกกำลังกายเพราะเหนื่อยง่าย

- (1.1.5) ไม่กล้าทำกิจกรรมใดๆ กลัวอาการกำเริบ
- (1.2) มุมมองผู้ดูแลหลัก มี 3 ประเด็นหลัก ดังนี้
- (1.2.1) ไม่ให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใดๆ
- (1.2.2) ภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย
- (1.2.3) ท้อแท้ที่ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ
- (2) ความต้องการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- (2.1) มุมมองผู้ป่วยมี 5 ประเด็นหลัก ดังนี้
- (2.1.1) ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยา
- (2.1.2) ต้องการกำลังใจและคำปรึกษา
- (2.1.3) ต้องการติดตามเยี่ยมที่บ้าน
- (2.1.4) ต้องการรถฉุกเฉินเพิ่มขึ้น
- (2.1.5) ต้องการเบี้ยรายได้เพิ่ม
- (2.2) มุมมองผู้ดูแลหลัก มี 1 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย
- (2.2.1) ต้องทีมสุขภาพช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน
- 1.1.2.3) ศึกษาความต้องการในการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน
- (1) ศึกษาความต้องการพัฒนาของสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง
- (1.1) ในมุมมองของสหสาขาวิชาชีพผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องมี 6 ประเด็นหลัก
- ประกอบด้วย
- (1.1.1) เพิ่มศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- (รพ.สต.) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
- (1.1.2) เน้นเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน
- อย่างต่อเนื่อง
- (1.1.3) เน้นครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม
- (1.1.4) มีแนวทางให้ทีมสุขภาพได้ดูแลต่อ
- (1.1.5) ปรับสภาพบ้านและพื้นที่ในการเดินออกกำลังกายที่ปลอดภัย
- (1.1.6) การส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง
- (1.2) ในมุมมองของทีมสุขภาพในพื้นที่ แกนนำในชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วน
- เสีย มี 4 ประเด็นหลัก ประกอบด้วย
- (1.2.1) ต้องการข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนื่อง
- (1.2.2) ต้องการพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ/อสม/ผู้เกี่ยวข้องใน
- ชุมชนในการฟื้นฟูหัวใจ

(1.2.3) ต้องการที่ปรึกษาและระบบพี่เลี้ยง

(1.2.4) ต้องการคู่มือดำเนินงาน

2) กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภายใต้บริบทของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างต่อเนื่อง ภายใต้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 วงจร เกี่ยวกับ (1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน (4) การดูแลต่อเนื่อง และ (5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน (รายละเอียดดังนี้)

วงจรที่ 1 สร้างความตระหนักและความต้องการพัฒนา (มีนาคม 2562-พฤษภาคม พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ทำให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เกิดความตระหนักและมีความต้องการพัฒนา เกิดฉันทามติร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) ประชุมทีมสุขภาพในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกันเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการในการพัฒนาและวางแผนการพัฒนา จำนวน 1 ครั้ง

2) การประชุมทีมสุขภาพในพื้นที่และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกลุ่มเพื่อระดมความคิด วิเคราะห์ วางแผนการพัฒนา

3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) จำนวน 3 กลุ่มดังนี้ 1) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล ทั้ง 3 โซน (โซนสีแก้ว โซนขอนแก่น และโซนนาโพธิ์) โซนละ 1 วัน รวม 3 ครั้ง กลุ่มผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต. (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) จำนวน 2 วัน 1 ครั้ง และ กลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต., 3 โซน) จำนวน 2 วัน 1 ครั้ง

4) ร่วมพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ คู่มือดำเนินงานสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลและ คู่มือการเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมของ อสม.

5) นำแผนปฏิบัติการ ไปจัดทำโครงการสู่ปฏิบัติจริงและสะท้อนคิดผลการพัฒนา วงจรที่ 1 โดยได้มีการประชุมกลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสุขภาพในพื้นที่ร่วมกันเป็นระยะตามแผนที่กำหนด จำนวน 1 ครั้ง

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแลแกนนำ อสม. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และทีมสุขภาพในพื้นที่ มีความตื่นตัวในการพัฒนาและมีข้อตกลงร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและได้ทีมการพัฒนาและแผนการปฏิบัติการ (action plan) โดยมีข้อสรุปร่วมกันว่า ในการพัฒนาควรพัฒนาใน รพ.สต. นาร่อง จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี (สีแก้ว) รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านแมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง โดยทั้ง 6 รพ.สต. นี้มีผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใกล้เคียงกันและความพร้อมเข้าร่วมโครงการ โดยเริ่มการพัฒนานาร่องใน 1 รพ.สต. ก่อน แล้วจึงขยายไป รพ.สต.อื่นอีก 5 แห่ง และมีมติร่วมกันให้ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี เป็นรพ.สต. นาร่องก่อน เนื่องจาก มีพื้นที่สภาพแวดล้อม การบริหารจัดการ รวมทั้งศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรเอื้ออำนวยต่อการพัฒนานาร่องมากที่สุด และทีมแกนหลักในการพัฒนาได้ร่วมกันเห็นว่า ในการพัฒนาจำเป็นต้องมีแผนปฏิบัติการเพื่อการวางแผน ควบคุม และติดตามกำกับที่มีประสิทธิภาพ

วงจรที่ 2 สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการ นาร่องการพัฒนาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตัวอย่าง (มิถุนายน พ.ศ. 2562 - สิงหาคม พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 1 สร้างทีมการพัฒนาและบริหารจัดการสู่การดำเนินการพัฒนาในวงจรที่ 2 ดำเนินการพัฒนาในรพ.สต. นาร่อง คือ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนาวมินทรราชินี กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) พัฒนาขั้นตอนและวิธีการสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และร่วมออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน โดยการคืนข้อมูลและประชุมเชิงปฏิบัติการการสร้างแผนปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) 3) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล โชนสีแก้ว (สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ 1 แห่ง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง มีคู่มือสำหรับผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ติดตามเยี่ยมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และนำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านไปใช้

3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกลุ่มผู้อำนวยกร รพ.สต. พยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต. (18 รพ.สต., 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง และการอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟู

สมรรถภาพหัวใจ กลุ่ม อสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต. ,3 โชน) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง นำคู่มือดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน นำคู่มือเยี่ยมบ้าน สำหรับ อสม. และแบบบันทึก แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ลงพื้นที่เสริมพลังอำนาจทีมสุขภาพในพื้นที่ในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และผ่านไลน์ กรู๊ป

4) ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนตามแผนปฏิบัติการในวงจรที่ 1 ให้การปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ ทางไลน์ในการแก้ปัญหา ตามสถานการณ์ที่พบ ประเมินความร่วมมือ ประเมินศักยภาพการปฏิบัติ

5) การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว

6) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กรู๊ป การนำแบบบันทึกการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไปใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

7) ประชุมกลุ่มย่อย ร่วมกันเสนอแนะเพิ่มเติม/ร่วมกันแก้ปัญหาระหว่างปฏิบัติ

8) ประชุมแกนหลักการพัฒนารวบรวมปัญหา สรุป และถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนผลการดำเนินการและเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนพัฒนารูปแบบในวงจรที่ 3 ต่อไปเดือนละ 1 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 2 พบว่าการดำเนินงานเป็นไปตามแผนและขยายการดำเนินการพัฒนาไปยังรพ.สต.อื่น จำนวน 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านเมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และ รพ.สต.บ้านเมืองทอง

วงจรที่ 3 ขยายแนวร่วมการพัฒนาไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น
(กันยายน พ.ศ. 2562 – พฤศจิกายน พ.ศ. 2562)

เป็นการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องจากวงจรปฏิบัติการที่ 2 ภายหลังการสะท้อนผลการปฏิบัติ และขยายการดำเนินการพัฒนาไปยังรพ.สต.อื่น จำนวน 5 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต.บ้านขอนแก่น รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านเมต รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และ รพ.สต.บ้านเมืองทอง กิจกรรมการพัฒนา ดังนี้

1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การคืนข้อมูล ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม (TOP) จำนวน 1 ครั้ง

2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การอบรมและฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มอีก 2 โชน ได้แก่ โชนขอนแก่น (รพ.สต. ขอนแก่น 1 แห่ง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง และโชนนาโพธิ์ (รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ รพ.สต.บ้านเมต

รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง และรพ.สต.บ้านเมืองทอง) จำนวนครั้งละ 2 วัน 2 ครั้ง รวม 4 วัน 2 ครั้ง มีคู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ติดตามเยี่ยมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน ได้แก่ การอบรม และฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กลุ่มอสม.และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (6 รพ.สต., 3 โซน) จำนวน 2 วัน 2 ครั้ง นำคู่มือเยี่ยมบ้านสำหรับ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน นำแนวปฏิบัติการส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน และแบบบันทึก/แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ลงพื้นที่เสริมพลังในการดำเนินงาน ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และผ่านไลน์กรุป

4) การดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ สนับสนุนระบบการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยบูรณาการกับทีมเยี่ยมบ้านและหมอครอบครัว

5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ สนับสนุนระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องผ่านไลน์กรุป นำแบบบันทึกการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนไปใช้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน

6) จัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยในฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน โดยร่วมกับเครือข่ายในชุมชนปรับพื้นบ้านของผู้ป่วยให้เรียบไม่ต่างระดับเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการเดินออกกำลังกายที่บ้าน

7) สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่บ้าน คือนวัตกรรมแก้วจัดยารับประทานสำหรับผู้สูงอายุ ราวจับออกกำลังกาย เชือกแขวนช่วยออกกำลังกาย ฮูลาฮูปออกกำลังกาย เป็นต้น ดังภาคผนวกที่ 6

8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุของรากเหง้า (root cause analysis)

จากการดำเนินงานในวงจรที่ 3 พบว่าประสบผลสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนที่ศึกษาโดยได้ มีการดำเนินการพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในประเด็นหลัก 5 ด้าน ที่สอดคล้องกับการพัฒนาได้แก่ 1) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) การส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน 4) การดูแลต่อเนื่อง และ 5) การเชื่อมประสานการดูแลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน

3) การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วย ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายภายใต้บริบทของอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

3.1) ผลการวิจัยจากการประเมินด้านกระบวนการ

3.1.1) ประเมินความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วย ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

1) ทีมสุขภาพในพื้นที่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ อสม. อสม. อสภ. ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ดูแล แกนนำในชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ให้ความร่วมมือและเข้ากิจกรรมตลอดโครงการ มีบ้างที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้บางกิจกรรม เช่น การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ติดภารกิจในการประชุมรับนโยบาย และมีงานรับผิดชอบมาก แต่จะมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. เข้าร่วมตลอดโครงการ อสม. ให้ความร่วมมือดีมาก มีจิตอาสาเป็นหลัก เมื่อทางรพ.สต.ขอความร่วมมือยินดีเข้าร่วมโครงการตลอด

2) ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผู้ดูแล ร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ มีบางกิจกรรมที่ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมทุกกิจกรรมเนื่องจากต้องทำงานและประกอบอาชีพทำกิน แต่ผู้ป่วยเข้าร่วมตลอดโครงการ และจากการติดตามเยี่ยมการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่องไปรับยาตามนัดทุกครั้ง การเดินออกกำลังกายและการทำกิจวัตรประจำวันมีความมั่นใจในการปฏิบัติและทำต่อเนื่อง การควบคุมโซเดียม อาหารผัดทอด ขนมหวาน พบว่าผู้ดูแลเข้าใจและช่วยกำกับการรับประทานอาหารเป็นอย่างดี สามารถหยุดบุหรี่ได้ 2 คนภายใน 4 เดือน

3) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมแต่โอกาสเข้าร่วมกิจกรรม 1-2 ครั้ง เนื่องจากผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่นมีภารกิจมากและออกตัวไม่ถนัดด้านสาธารณสุขแต่ถ้าขอความร่วมมือในบทบาทที่ผู้นำท้องที่ ผู้นำท้องถิ่นสามารถทำและช่วยเหลือได้ยินดีตลอดโครงการ

3.1.2) ประเมินศักยภาพการปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พบว่า จากการลงพื้นที่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ให้ความสำคัญและร่วมมือสนับสนุนในกิจกรรมตลอดโครงการ พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.มีความรู้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติดูแล และให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นผู้นำทีมสุขภาพในพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านเป็นที่ปรึกษา อสม. และผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สำหรับ อสม.มีความภาคภูมิใจในการได้ปฏิบัติดูแลผู้ป่วย มีความรู้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหัวใจมากขึ้น อสม.สนใจและพร้อมในการเรียนรู้ตลอดเวลาเพราะต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยและคนในชุมชนด้วย

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ดูแลปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างถูกต้อง และมั่นใจในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากยิ่งขึ้น

3.2) ผลการวิจัยจากการประเมินด้านประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะผู้ป่วย

ด้านประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาวะผู้ป่วย จำนวน 4 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 ครั้ง และขณะร่วมโครงการจำนวน 3 ครั้ง ผู้ป่วย 30 คน ผู้ดูแล 30 คน

3.2.1) ข้อมูลทั่วไป

พบว่ากลุ่มที่ศึกษาผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 63.76 ปี (34-86 ปี) มีอาชีพเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ สิทธิการรักษาใช้บัตรสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 86.6 พบว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง วินิจฉัยชนิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิดเอสทีไม่ยก (NSTEMI) มากที่สุดร้อยละ 86.7 มีโรคร่วมเบาหวาน (ร้อยละ 33.3) และความดันโลหิตสูง(ร้อยละ60) มากที่สุด มีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย ร้อยละ 6.7 สูบบุหรี่ร้อยละ 13.3 (4/30) และดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ26.7 (8/30)

เลือกการรักษาด้วยหัตถการตรวจสอบหัวใจมากที่สุด ร้อยละ 70 (21/30) ผลการตรวจสอบหัวใจมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น มากที่สุด (ร้อยละ53.3) รองลงมามีหลอดเลือดหัวใจตีบ 2เส้น (ร้อยละ16.7) และมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น (ร้อยละ10) ตามลำดับ การประเมินการบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction :LVEF) ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย การบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) >50% ร้อยละ 40 การบีบตัวหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) 40-49 % ร้อยละ 26.7

3.2.2) การประเมินการกลับมารักษาซ้ำ

การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในวันที่ 7 มี 1 ราย คิดเป็นร้อยละ3.3 (1/30) มาด้วยอาการวิงเวียนศีรษะ รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านไม่ได้นอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในวันที่ 30 มี 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.6 (2/30) รายที่ 1 มีอาการเหนื่อย วิงเวียน รับการรักษาที่โรงพยาบาล 2 วันและจำหน่ายกลับบ้าน รายที่ 2 อ่อนเพลีย รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านไม่ได้นอนโรงพยาบาล โดยรวมการกลับมารักษาซ้ำผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคิดเป็นร้อยละ 10 (3/30)

3.2.3) การประเมินการเดินในระยะเวลา 6 นาที

ผลการศึกษาพบว่า ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาทีภายในกลุ่มผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F=51.458$, $df=1.924$, $p < .001$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 สัปดาห์ ในระยะ 1 เดือน และในระยะ 4 เดือน ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

พบว่า ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ในระยะก่อนก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใน ระยะ 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$, mean difference = -37.876 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -48.038 ถึง -27.713) ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$, mean difference = -66.100 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -84.068 ถึง -48.132) ระยะทางการเดินในเวลา 6 นาที ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 4 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$, mean difference = -96.500 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -117.945 ถึง -75.055) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ระยะ 1 สัปดาห์ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน ระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$, Mean Difference = -28.224 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -42.585 ถึง -13.864)

ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$, mean difference = -58.624 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -77.416 ถึง -39.833) และระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะใน 1 เดือนแตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.001$, mean difference = -30.400 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -44.635 ถึง -16.165)

3.2.4) ประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R)

โดยประเมินการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) วัดระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย (IPQ-R) ภายในกลุ่มผู้ป่วย ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ในระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างน้อย 1 คู่ ($F=27.092$, $df=2.265$, $p < .001$)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = 12.600 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 9.105 ถึง 16.095) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = 19.433 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 12.948 ถึง 25.918) ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ในระยะก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = 28.367 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง -21.626 ถึง 35.108) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 สัปดาห์แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.081, mean difference = 6.833 95%CI of Mean Difference อยู่ระหว่าง -42.585 ถึง -13.864) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 สัปดาห์แตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.001 , mean difference = -15.767 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 8.416 ถึง -23.117) และระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 1 เดือนแตกต่างจากระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะ 4 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.016, mean difference = 8.933 95%CI of mean difference อยู่ระหว่าง 1.761 ถึง 16.105)

3.2.5) ประเมินระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวัน

1) ก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินบนพื้นราบออกไปนอกบ้านเป็นระยะทางประมาณ 2-4 เสาไฟฟ้า (80-160 เมตร) ได้ และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 97.6 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 20 ผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 26.7 ผู้ป่วยสามารถทำงานบ้าน ที่ต้องออกแรงมาก และผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 40

2) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์ร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 100 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 40 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 46.7 และผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 60

3) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 เดือนร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 100 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 36.7 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 56.7 และผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 63.3

4) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 4 เดือน ร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยสามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ร้อยละ 100 และผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ ร้อยละ 96.7 ตามลำดับ และร้อยละผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ทำได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ป่วยสามารถร่วมเล่นกีฬาที่ต้องออกแรงมาก ร้อยละ 53.3 ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมทางเพศได้ ร้อยละ 56.7 และผู้ป่วยสามารถร่วมทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อการผ่อนคลายที่ต้องออกแรงพอสมควร ร้อยละ 76.7

5) เมื่อเปรียบเทียบร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายทุกคนที่ทำได้ดีใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนการฟื้นฟู ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ สามารถดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร แต่งตัว อาบน้ำ หรือเข้าห้องน้ำได้ สามารถเดินรอบ ๆ บริเวณบ้านได้ สามารถเดินบนพื้นราบออกไปนอกบ้านเป็นระยะทางประมาณ 2-4 เสาไฟฟ้า (80-160 เมตร) ได้ และสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นหรือเดินขึ้นเนินได้ และร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ทำได้น้อย ใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนการฟื้นฟู ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระยะ 1 สัปดาห์

ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ สามารถทำกิจกรรมทางเพศได้และสามารถเล่นเกมกีฬาที่ต้องออกแรงมาก โดยภาพรวมร้อยละความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายทำได้ใน 4 ช่วงเวลา มีอัตราความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

3.2.6) ประเมินอารมณ์เศร้า

โดยประเมินอารมณ์เศร้า วัดก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน

พบว่า ประเมินอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายดังนี้

ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก่อนเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 9.10 (S.D.= 6.060, Min 2, Max 28) ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะ 1 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 8.37 (S.D.= 6.060, Min 2, Max 25) ในระยะ 1 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 7.70 (S.D.= 6.271, Min 1, Max 22) และในระยะ 4 เดือน ค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์เศร้า 5.90 (S.D.= 4.873, Min 1, Max 17) คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน สูงสุด 17 คะแนน ตามลำดับ

คะแนนรายข้อประเมินอารมณ์เศร้าที่พบมากที่สุด ใน 4 ช่วงเวลาการประเมินใน ระยะก่อนร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ระยะ 1 สัปดาห์ ระยะ 1 เดือน และระยะ 4 เดือน ได้แก่ 1) สนใจทางเพศลดลงมาก 2) เชื่อว่าตัวเองมีโรคทางร่างกายแน่ 3) ทำงานแย่งกว่าเดิมต้องบังคับตัวเองมากให้ทำงาน และ 4) อาการทางร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม แน่นท้อง มือชา ปวดศีรษะ

ภาพรวมผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระหว่างเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

3.2.7) ด้านองค์กร ได้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีปัจจัยและเงื่อนไขสำคัญที่เอื้อต่อการพัฒนา คือ 1) การมองเห็นปัญหาร่วมกัน 2) มุ่งสู่การดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ดีขึ้น 3) การเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม 4) การสนับสนุนนโยบายและวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร และ 5) สร้างการมีส่วนร่วมของทุกคนในองค์กรโดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเป็นขั้นตอนทั้งระบบ

สรุปผลการสังเคราะห์การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยภาพรวม คือ 1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ด้านข้อมูลสถานการณ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ทฤษฎีสร้างเสริมพลังอำนาจ แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2) กระบวนการพัฒนาพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน

ชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ 2.1) ด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และร่วมออกแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน 2.2) ด้านการพัฒนาศักยภาพกลุ่ม ผอ.รพ.สต./พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. กลุ่มผู้ป่วย/ผู้ดูแล และกลุ่ม อสม./ผู้เกี่ยวข้อง 2.3) ด้านพัฒนาระบบพี่เลี้ยงให้การปรึกษาและการส่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 2.4) ด้านการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อกลับไปชุมชน 2.5) ติดตามและประเมินแบบเสริมพลัง ในการดำเนินงานตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเพื่อการพัฒนาคน พัฒนางานอย่างสร้างสรรค์ 2.6) ด้านการสร้างเครือข่ายการดูแลในระบบบริการและในชุมชน 2.7) สนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่บ้าน 2.8) สนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง 2.9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์หาสาเหตุของรากเหง้า 3) ผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ และองค์กร

5.2 อภิปรายผล

กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการทำความเข้าใจ สร้างการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ลงถึงระดับปฏิบัติการ และการเกิดพลังอำนาจในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกเกิร์ต (Kemmis & McTaggart, 1990) เป็นหลักสำคัญในการพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการประกอบด้วย การวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ เพื่อนำสู่การวางแผนพัฒนาปรับปรุงในวงจรปฏิบัติการต่อไป ซึ่งทุกวงจรปฏิบัติการในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลวิธีหลัก ได้แก่ การนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์และการดำเนินงานที่ผ่านมา การนำเสนอแผนปฏิบัติการ การรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการ การขอความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนา การร่วมกันลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนด การสนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการประเมินผลทุกระยะของการปฏิบัติการ และมีการนำผลการพัฒนาแต่ละวงรอบมาพัฒนาเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น จะเห็นได้ว่า การดำเนินการพัฒนาตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากการสะท้อนคิดและการมีส่วนร่วมทั้งการร่วมคิดและตัดสินใจ วางแผนดำเนินการ ร่วมปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประเมินผลโดยการสะท้อนคิดควบคู่การปฏิบัติ ทำให้เกิดการรู้จักตนเอง เกิดพลังอำนาจในการปฏิบัติและคิดหาวิธีการในการปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติงานที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน (เกษราวัลณ์ นิลวรรตากร, 2558) สอดคล้องกับโมเดลการสร้างพลังอำนาจเพื่อการปรับเปลี่ยนของ นิตย์ ทศนิยม

และสมพนธ์ ทศนิยม ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ คือ การเสวนา การสร้างความตระหนัก การปฏิบัติกิจกรรม และการสะท้อนคิด (นิธย์ ทศนิยม และสมพนธ์ ทศนิยม, 2555)

จากขั้นตอนดังกล่าวทำให้กระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ประสบความสำเร็จ โดยมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งในเรื่องของจำนวนครั้งของการกลับมารักษาซ้ำ ลดลงจากเดิมถึงร้อยละ 10 การเดินในระยะเวลา 6 นาที ผู้ป่วยได้ระยะเวลาเพิ่มขึ้น ระดับสมรรถภาพของการมีกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น หลังร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และด้านอารมณ์เศร้า การรับรู้ภาวะเจ็บป่วย ลดลงหลังร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ รวมทั้งการมีสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล อสม.และผู้เกี่ยวข้องที่เอื้อต่อการดูแลและส่งเสริมสมรรถนะสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน ที่สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ข้อมูลจากแหล่ง 4 แหล่ง คือ (1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) จะช่วยให้ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองมีสมรรถนะสูง เมื่อได้กระทำการกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอีกก็จะสามารถกระทำการกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคยการกระทำกิจกรรมที่สำเร็จหลาย ๆ ครั้งจะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น (2) การสังเกตตัวแบบ (model) หรือ ผู้ป่วยสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการกระทำ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยในเรื่องนั้นด้วย ถ้าตัวแบบมีสถานการณ์ใกล้เคียงกับผู้ป่วยมากเท่าใด ก็จะมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยมากขึ้นเท่านั้นในครั้งนี้นักวิจัยจัดตั้งชมรมหัวใจทั้ง 3 โซนมีผู้ป่วยที่เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติที่ดีมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยในชมรมเป็นอย่างดีและเกิดแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอื่นๆได้ปฏิบัติตามด้วย (3) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูง ด้วยคำพูด (verbal persuasion) ของทีมสุขภาพในพื้นที่ และสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นที่เชื่อถือของผู้ป่วย ได้แสดงออกโดยคำพูด ว่าเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยว่าจะสามารถทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่กำหนดไว้ได้ ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจ มีกำลังใจและความพยายามที่จะกระทำการกิจกรรมนั้น ๆ ให้สำเร็จมากขึ้น (4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยผู้ป่วยที่เผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามความรู้สึก เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้สมรรถนะลดลง เกิดความรู้สึกท้อถอยที่จะกระทำการกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนั้นให้สำเร็จ การได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพและติดตามเยี่ยม มีคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ผู้ป่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน การติดตามและประเมินเสริมพลังทีมสุขภาพ ในพื้นที่โดยผู้วิจัย

ในฐานะผู้ประสานการดูแล ผู้ชี้แนะแนวทาง เป็นผู้อำนวยความสะดวกและผู้ช่วยการเรียนรู้ ตลอดระยะเวลาการพัฒนาแบบทำให้อุปกรณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ร่วมมือในการพัฒนาแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นอย่างดี เครื่องมือเกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาและดำเนินงานรวมถึงสามารถประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติให้ดีขึ้นตามลำดับสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ของ Zimmerman (1993) ที่ว่าการร่วมกันพัฒนา วางแผน ปรับปรุงแผนการงานดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายให้เครื่องมือทุกคนรู้ว่าตอนนี้ถึงจุดไหนของกระบวนการพัฒนาและเรียนรู้ร่วมกันทั้งผู้วิจัยและเครื่องมือมีการประเมินผลเสริมพลังการดำเนินงานร่วมกัน ดังนี้ (1) การฝึกอบรม ผู้วิจัยสอนและชี้แนะเครื่องมือในพื้นที่ให้สามารถประเมินผลการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนด้วยตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้ (2) ให้อำนวยความสะดวกและช่วยการสร้างการเรียนรู้ ผู้วิจัยเป็นผู้สอน ผู้ชี้แนะแนวทาง เป็นผู้อำนวยความสะดวกและผู้ช่วยการเรียนรู้ เพื่อช่วยให้คนอื่นสามารถประเมินผลตนเองได้ (3) ผู้วิจัยชี้แนะยอมรับการประเมินการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนด้วยทีมสุขภาพในพื้นที่ประเมินตนเอง (4) การให้อิสระ บทบาทต่างๆ ทีมสุขภาพในพื้นที่ ในการออกแบบระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนรูปแบบใหม่ๆ (5) การสร้างประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยที่บ้านขณะเยี่ยมบ้านกับผู้วิจัยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและการสร้างเครื่องมือการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (6) มีแนวทางและคู่มือดำเนินงาน ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ดูแล แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ดูแล คู่มือการเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมของ อสม. แนวปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบบบันทึกการส่งต่อ ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ทีมสุขภาพในพื้นที่ สิ่งต่างๆเหล่านี้เป็นปัจจัยสนับสนุนที่ก่อให้เกิดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้มีประเด็นที่น่าสนใจในการนำไปพัฒนาต่อเนื่อง กล่าวคือ ถึงแม้ในกระบวนการพัฒนาครั้งนี้ได้มีการสร้างรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน แต่ผลการศึกษาความคิดเห็นของพยาบาลในการพัฒนาสมรรถนะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับพยาบาลผู้ให้บริการใน รพ.สต.และทีม อสม. ยังต้องมีการอบรมและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง การขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน เช่น เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนที่ปลายนิ้ว เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ รพ.สต. เป็นต้น สิ่งสำคัญการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล ก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชนและทีมสุขภาพในชุมชนรับส่งต่อและส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจนเกิดความมั่นใจสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนั้นได้สำเร็จหลาย ๆ ครั้งจะทำให้ผู้ป่วยมีความ

เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนิสากร วิบูลชัย และคณะ (Vibulchai et al., 2015) ที่พบว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจะเกิดความมั่นใจ สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเร็วขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

รพ.สต.อื่นที่สนใจสามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย และผลผลิต (product) จากกระบวนการพัฒนา เช่น คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย คู่มือเยี่ยมบ้านและแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านของ อสม. แนวปฏิบัติการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบบบันทึกการส่งต่อข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้ทีมสุขภาพในพื้นที่ เป็นต้น ไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดในบริบทของรพ.สต.นั้น นอกจากนี้ในกระบวนการพัฒนาควรมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาและใช้วิธีการประเมินผลที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการคงอยู่ของรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยการติดตามประเมินในลักษณะเปรียบเทียบระยะเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจต่อไป รวมทั้งควรศึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนและการศึกษาการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนของผู้เกี่ยวข้องในมิติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การจัดระบบบริการที่มาตรฐาน การพัฒนานวัตกรรม เป็นต้น

พูน ปณ จิต ชีเว

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรณีศึกษา ปัญญาเวช และพนัส พงษ์สุนันท์. (2555). เอกสารประกอบการเรียนรายวิชา การดูแล
สุขภาพแบบองค์รวม :Holistic Health Care. สมุทรสงคราม: สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวง
ชน.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System). กรุงเทพฯ:
กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2562). จำนวนผู้ป่วยในโรคหัวใจขาดเลือด / โรคเบาหวาน
/ โรคความดันโลหิตสูง / โรคหลอดเลือดสมอง / โรคหลอดเลือดสมอง / โรคความดันโลหิตสูง /
และโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกัน เรื้อรัง /โรคหัวใจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561. Retrieved from
<http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=13683>.
- เกษราวัลณ์ นิลรวงกร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับการพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น:
คลังน่านวิทยา.
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550. นนทบุรี: สำนักงาน
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- จันทร์ธานี สงวนนาม. (2545). ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติในการบริหาร สถานศึกษา. กรุงเทพฯ:
บุคพอยท์.
- จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล. (2558). ประสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. รายงานการวิจัย. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล
ร้อยเอ็ด.
- ดวงกมล วัฒราดุลย์. (2558). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล
สู่บ้าน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(1), 89-103.
- ดารุณี จงอุดมการณ์, วรณี เดียววิเศษ, รุจา ภูไพบูลย์ และพิสมัย สุระกาญจน์. (2558). ครอบครัว
กับการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วย: ข้อเสนอจากการวิจัยเอกสาร.
วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 38(4), 100-113.
- ธงชัย สันติวงศ์. (2546). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: ประชุมช่าง.
- นิตย ทศนิยม และสมพนธ์ ทศนิยม. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพ: การสร้างพลังอำนาจ. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการ
ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรยงค์ โตจินดา. (2542). องค์การและการจัดการ. กรุงเทพฯ: อมรการพิมพ์.
- เบญจรัตน์ เสี่ยงมิบูล. (2553). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความวิตกกังวลและ
ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ประวิทย์ ต้นประเสริฐ, ระพีพล ฤกษ์ธร ณ ออยุธยา, วิศาล คันธารัตนกุล, ภัทราวุธ อินทรกำแหง
 สุขจันทร์ พงษ์ประไพโร และปิยะนุช รักพาณิชย์.(2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วย
 โรคหัวใจ (cardiac rehabilitation guideline) (ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ
 สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ.
- ประเวศ วะสี. (2541). *ชุมชนเข้มแข็ง ทูทางสังคมไทย หนังสือชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1*. กรุงเทพฯ:
 สำนักงานกองทุนเพื่อสังคมและธนาคารออมสิน.
- ปิยนารถ ประยูร. (2548). *Systems thinking ใน ชัยวัฒน์ ถิระพันธุ์ และ พระมหาสุทิตย์ อบอ่น
 (บรรณาธิการ.), Systems thinking*. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชน
 เป็นสุข.
- พัชรพร เถาว์พันธ์. (2544). *ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของ
 ร่างกายและความเครียดในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). *การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนา
 สาธารณสุขอาเซียน : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช และศรีธัญญา เบญจกุล. (2558). *การถอดบทเรียน
 (Lesson Learned Visualizing)*.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์. (2558). *ถอดบทเรียนแบบเรียบง่ายสไตล์ Siriraj KM*. เอกสารนำเสนอในการ
 ประชุมการจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 8 มิถุนายน 2558.
- รพีพัชร ทับทิมเพชรราชกุล. (2558). *Cardiac rehabilitation*. Retrieved 2 มีนาคม 2559, from
[www. google.ac.th](http://www.google.ac.th).
- รุ่งทิพย์ เบ้าต๋น. (25546). *ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับ
 สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรค
 กล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล
 ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เรืองชัย จรุงศิริวัฒน์. (2555). *เทคนิคการเขียน งานวิเคราะห์*. เอกสารการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่
 บุคลากรสายสนับสนุนและช่วยวิชาการ สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 26
 เมษายน 2555.
- ลัดดา อินทร์พรมมา. (2552). *ประสิทธิภาพของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถของการ
 ทำหน้าที่ของร่างกาย คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2548). *การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ: โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี*. กรุงเทพฯ:
 L.T.Press.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2557). *การอบรมโครงการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ (District Health
 System : DHS) ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน*. สงขลา: สถาบันพระปกเกล้า.

- วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์ และธนิษฐา ธนาเกียรติภิญโญ. (2558). การฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจร่วมกับภาวะทุพพลภาพทางกาย. ใน วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ทันยุค*. กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ ภายใต้สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2558). การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจ. ใน วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์ (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ทันยุค*. นนทบุรี: พี ซี เค ดีไซน์.
- วิสุทธิ บุญญะโสภิต. (2555). องค์การปกครองท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาวะชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมหัวข้อ สานพลัง สร้างสุขภาวะ, โรงแรมบางกอกพาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. (2562). ข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด.
- สถาบันการพัฒนาชุมชน. (2557). *โครงการหรือกิจกรรมลงสู่การปฏิบัติ*. Retrieved 1 June 2015, from www.train.cdd.go.th/idp57/pho.
- สถาบันพระปกเกล้า. (2550). *เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม: วิธีการเอื้ออำนวยการใช้กระบวนการกลุ่มขั้นพื้นฐาน โดยการแปลจาก Technology of participation basic group facilitation methods manual for course participation by Gerry Roxas Foundation: TOP*.
- สมเกียรติ ภูพัฒน์วิบูล. (2556). *เทคนิคการถอดบทเรียน*. เอกสารประกอบโครงการเสวนาเครือข่ายการจัดการความรู้ระหว่างคณะวิชา.
- สมปอง พะมูลิลา. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)*.
- สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (long term care) ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2562). อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดต่อแสนประชากรตั้งแต่ พ.ศ. 2557 – 2561. Retrieved from <https://www.hiso.or.th/hiso/area/area.php?t=5&d=7&l=1&f=1&r=08&y=2558&y=2557>.
- สุกัญญา หังสพฤกษ์ บังอร ไทรเกตุ สายใจ วอนขอพร อารญา พงษ์โชติ พิศสมัย บุญมี และ เบญญา คำแสน. (2558). *คู่มือทีมหมอครอบครัวมืออาชีพ*. นนทบุรี: มูลนิธิแพทย์ชนบท.
- สุจิตราภรณ์ พิมพ์โพธิ์ ชนกพร จิตปัญญา และ จรรยา ฉิมหลวง. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิต การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มอาการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *Princess Naradhiwas University Journal*, 5(1), 1-15.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2550). *งานสุขภาพชุมชน “จุดคานงัดคุณภาพระบบบริการสุขภาพ”*. ใน *สุรศักดิ์ อธิมานนถ์ (บรรณาธิการ), ตกผลึกอุดมการณ์บริการปฐมภูมิ สู่ปฏิบัติการงานสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: พิมพ์ดี.

- สุภางค์ จันทวานิช. (2557). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสงเดือน กันทะชู วรรัตน์ โพธิ ปนัดดา อินทรลาวัณย์ และสายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. *วารสารสภากาชาดไทย*, 29(3), 92-103.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). *การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรัญญ์ อารักษ์. (2549). *การประเมินผลเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจ:ทางออกที่ท้าทาย(empowerment evaluation)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อิทธิพล สูงแข็ง. (2558). *นโยบายและทิศทางการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุข*.
- Ades, P. A., Meacham, C. P., Handy, M. A., Nedde, W. E., & Hanson, J. S. (1986). The cardiac rehabilitation program of the University of Vermont Medical Centre. *Cardiopulmonary Rehabilitation*, 6(7), 265-277.
- Al-Duhoun, A. H. (2015). *Effect of cardiac rehabilitation attendance on social support for exercise, motivation and self-efficacy for exercise after cardiac events*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursi.
- American planning association. (2016). *Technology of participant (TOP) facilitation method*. Retrieved 1 July 2016, from <https://www.planning.org/events/eventsingle/3015522/>.
- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A.-D., Rees, K., Martin, N., et al. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *JACC*, 67(1), 1-12.
- Antman, E. M. (2005). *Brauwald 's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine (7 ed.)*. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. A. M., Southard, D. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update, AHA / AACVPR scientific statement. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 27, 121-129.
- Banankhah, S. K. (2012). *Depression as a predictor of mortality and morbidity in patients after myocardial infarction*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of nursing, University of Maryland, Maryland, USA.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Banerjee A.T., Gupta M., & S. N. (2007). Patient characteristics, compliance, and exercise outcomes of South Asians enrolled in cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 27(4), 212-218.
- Barcillano, M. C. (2016). *Technology of Participation (TOP) and its application*. Retrieved 2 July 2016, from <http://www.adnu.edu.ph/Centers/CLG/clg-pub1.asp>.
- Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebisch, I., & et al. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 538-555.
- Bjorvatn, A. (2013). Hospital readmission among elderly patients. *Eur J Health Econ*, 14, 809–820. doi: DOI 10.1007/s10198-012-0426-3.
- Boosomchua, S. (2000). *Effect of cardiac rehabilitation on the exercise capacity and quality of life in patients with myocardial infarction*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science, Mahidol University, Bangkok, T.
- Briffa, T. G., Kinsman, L., Maiorana, A. J., Zecchin, R., Redfern, J., Davidson, P. M., & et al. (2009). *An integrated and coordinated approach to preventing recurrent coronary heart disease events in Australia*. *MJA*, 190, 683–686.
- Bucholz, E. M., Rathore, S. S., Gosch, K., Schoenfeld, A., Jones, P. G., Buchanan, D. M., & et al. (2011). Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 108(7), 943–948. doi: doi:10.1016/j.amjcard.2011.05.023.
- Bush D.E., Ziegelstein R.C., Tayback M., & et al. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 88, 337–341.
- Camm, A. J., Luscher, T. F., & Serruys, P. W. (2006). *The ESC textbook of cardiovascular medicine (1st ed.)*. Sophia Antipolis: European society of cardiology.
- Cassell, C., & Johnson, P. (2006). Action research: Explaining the diversity. *Human Relations*, 59(6), 783-814.
- Clark, R. A., Conway, A., Poulsen, V., Keech, W., Tirimacco, R., & Tideman, P. (2015). Alternative models of cardiac rehabilitation: A systematic review. *European Journal of Preventive Cardiology*, 22(1), 35–74.
- Collier J. (1945). United States Indian administration as a laboratory of ethnic relations. *Social Research*, 12, 265-303.

- Connors, L. L. (2000). *Cardiac rehabilitation influences on attendance. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of psychology, Massachusetts school of professional psychology, USA.*
- Contractor, A. S. (2011). Cardiac Rehabilitation after Myocardial Infarction. *JAPI*, 59(supplement), 51-55.
- Coyne, K. S. (1999). *Women's initiation of a more physically active lifestyle after a cardiac event: processes, patterns and influences.* A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Johns Hopkins University, Maryland.
- Dalal, H., Zawada, A., Jolly, K., Moxham, T., & Taylor, R. S. (2010). Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 340, b5631:5631-5615.
- Dalal, H. M., Doherty, P., & Taylor, R. S. (2015). *Cardiac rehabilitation.* *BMJ*, 351(h5000), 2-8.
- Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Wise, F., Moxham, T., Rees, K., & Ebrahim, S. (2010). *Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation.* CD007131. doi:10.1002/14651858.CD007131.pub2.
- Denham, D. A. (1997). *A comparison of psychosocial factors between men and women recovering from myocardial infarction.* A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing, University of California, San Francisco.
- Denzin N. (1970). *The research act.* Chicago: Aldine.
- DiMatteo M.R., Lepper H.S., & C. T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*, 160, 2101.
- Dolansky, M.A., & Moore, S. (2004). Effect of cardiac rehabilitation on older adults' recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *JCRP*, 24(4), 236-244.
- Dorn, J., Naughton, J., Imamura, D., et al. (1999). Results of multicenter randomized clinical trial of exercise and long term survival in myocardial infarction patients: The National Exercise and Heart Disease Project (NEHDP). *Circulation*, 100, 1764-1801.
- Du, H. Y., Newton, P. J., Salamonson, Y., Carrieri-Kohlman, V. L., & Davidson, P. M. (2008). review of the six-minute walk test: Its implication as a self-administered assessment tool. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, xx, 1-7.

- Dunlay S.M., Witt B.J., Allison T.G., Hayes S.N., Weston S.A., Koepsell E., & et al. (2009). Barriers to participation in cardiac rehabilitation. *Am Heart J*, 2009, 158 (5), 852–859. doi: 10.1016/j.ahj.2009.08.010.
- Elderen-van Kemenade T, Maes S, & van den B. Y. (1994). Effects of a health education programme with telephone follow-up during cardiac rehabilitation. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 367–378.
- Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, & et al. (2007). *ACC/AHA 2007 guidelines on perioperative cardiovascular evaluation and care for noncardiac surgery: A report of the American College of cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guideline).*
- Fraser, S. N. (2006). *Exploring social factors affecting health in cardiac rehabilitation patients.* Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Edmonton, Alberta Canada.
- Garza, M. A., Wason, E. A., & Zhang, J. Q. (2015). Cardiac remodeling and physical training post myocardial infarction. *World J Cardiol*, 7(2), 52-64.
- Geol K., Lennon R.J., Tilbury R.T., & et al. (2011). Impact of cardiac rehabilitation on mortality following PCI. *Circulation*, 123, 2344-2352.
- Gheorghiade, M., & Fonarow, G. C. (2007). Management of post-myocardial infarction patients with left ventricular systolic dysfunction. *The American Journal of Medicine*, 120, 109-120.
- Ghisi GL, Santos RZ, Aranha EE, Nunes AD, Oh P, Benetti M, & SL., G. (2013). Perceptions of barriers to cardiac rehabilitation use in Brazil. *Vasc Health Risk Manag*, 9, 485-491. doi: 10.2147/VHRM.S48213.
- Gilbraith, M. (2016). *Action planning method.* Retrieved 10 July 2016, from <https://martingilbraith.com/how-i-work/actio>.
- Girard, F. M. D. (1999). *Understanding the myocardial Infarction experience from onset to three months Post-MI.* A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the school of nursing, University of Calgary, Alberta, USA.
- Goel, K., Lennon, R. J., Tilbury, R. T., Squires, R. W., & Thomas, R. J. (2010). Impact of cardiac rehabilitation on mortality and cardiovascular event after percutaneous coronary intervention. *JACC*, 5(10A).
- Grace, S. L., Shanmugasagaram, S., Shannon Gravely-Witte, Brual, J., Suskin, N., & Stewart, D. E. (2009). Barriers to Cardiac Rehabilitation: does age make a difference. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 29(3), 183-187.

- Grace, S. L., Turk-Adawi, K. I., Contractor, A., Atrey, A., Campbell, N., Derman, W., & et al. (2016). Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings. *Heart*, 1–7. doi: doi:10.1136/heartjnl-2015-309209.
- Greenwood D.J., & L. M. (2007). *Introduction to action research: social research for social change (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hanssen T.A., Nordrehaug J.E., Eide G.E., & H. B. R. (2009). Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *Clin Nurs*, 18(9), 1334-1345.
- Heierbacher, S. (2010). *Technology of Participation: TOP*. Retrieved 12 March 2016, from ncdd.org/rc/item/3064.
- Heydarpour, B., Saeidi, M., Ezzati, P., Soroush, A., & Komasi, S. (2015). Sociodemographic predictors in failure to complete outpatient cardiac rehabilitation. *Ann Rehabil Med*, 39(6), 863-871.
- Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, & et al. (1989). A brief self-administered questionnaire to determine functional capability (the Duke Activity Status Index). *Am. J. Cardiol*, 64, 651–654.
- Hoefer S., Benzer W., & O. N. (2014). Change in health-related quality of life in patients with coronary artery disease predicts 4-year mortality. *Int J Cardiol*, 1(174), 7-12.
- Holloway, I. W. (2010). *Qualitative research in nursing and health care (3 rd ed.)*. India: Laserwords Privates.
- Holter I.M., & S.-B. D. (1993). Action research: what is it? How has it been used and how can it be used in nursing. *J Adv Nurs*, 18(2), 298-304.
- Hutchinson, K. (2006). *Community-based cardiac rehabilitation. Health & Fitness* 10(6), 21-27.
- Jolliffe J.A., Rees K., Taylor R.S., Thompson D., Oldridge N., & E. S. (2001). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. (1), CD001800.
- Jolly, K., Lip, G. Y., Sandercock, J., Greenfield, S. M., Raftery, J. P., Mant, J. et al. (2013). Home-based versus hospital-based cardiac rehabilitation after myocardial infarction or revascularization: design and rationale of the Birmingham Rehabilitation Uptake Maximization Study (BRUM): a randomized controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*.

- Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lipp, G. Y. H., & Greenfield, S. (2007). "DNA" may not mean "did not participate": a qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24(4), 343-357.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The Social Psychology of Organizations*. 2 ed. New York: Wiley.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1990). *The Action Research Planner Geelong*. Deakin University Press.
- Kemp, J. (1991). The dialectic of village and state in modern Thailand. *Journal of southeast Asia Studies*, 22(2), 312-326.
- Kim, J. A. G. (2013). *The relationship between the perception of nurse caring, and the phase II cardiac rehabilitation patients' depression, anxiety, and adherence*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of nursing, Catholic Univ.
- Kodis, J., Smith, K. M., Arthur, H. M., Daniels, C., Suskin, N., & McKelvie, R. S. (2001). Changes in exercise capacity and lipids after clinic versus home-based aerobic training in coronary artery bypass graft surgery patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 21, 31-36.
- Kotb, A., Hsieh, S., & Wells, G. A. (2014). The Effect of Telephone Support Interventions on coronary artery disease (CAD) patient outcomes during cardiac rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 9(5), e96581.
- LaPier, T. K. (2003). Functional status during immediate recovery after hospitalization for coronary heart disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 23, 203-207.
- Larney, L. C. (2002). *Do depression, anxiety, hostility, coping style and dispositional outlook predict adherence to prescribed rehabilitation program and recovery outcomes for cardiac rehabilitation out patients*. A dissertation in partial fulfillment of the requirements for t.
- Leeds community health care. (2014). *Community cardiac rehabilitation program*, from www.leedscommunityhealthcare.nhs.uk.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-46.

- Liu, R. (2015). *Intervention recommendations to minimize the 30-day risk-of-readmission for heart failure*. A thesis partial satisfaction of the requirements for the degree of master of science in computer science and systems, University of Washington, Washington, USA.
- Lochner, M. B. (2011). *Depression and coronary heart disease: improving patient outcome in outpatient cardiology practice*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of nursing practice, University of Arizona, USA.
- Lofland J. (1971). *Analyzing social setting Belmont*. CA: Wadsworth.
- Lum, H. D., Studenski, S. A., Degenholtz, H. B., & Hardy, S. E. (2012). Early hospital readmission is a predictor of one-year mortality in community-dwelling older Medicare beneficiaries. *J Gen Intern Med*, 27(11), 1467-1474. doi: DOI: 10.1007/s11606-012-2116-3.
- Ma Y, Ockene IS, Rosal MC, Merriam PA, Ockene JK, & et al. (2010). Randomized trial of a pharmacist-delivered intervention for improving lipid lowering medication adherence among patients with coronary heart disease. *Cholesterol*, 1–11.
- Mampuya, W. M. (2012). *Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview*. Retrieved 2 Mach 2016 doi: 10.3978/j.issn.2223-3652.2012.01.02.
- Marchionni, N., Fattirolli, F., Fumagalli, S., Oldridge, N., Del Lungo, F., Morosi, L., & et al. (2003). Improved exercise tolerance and quality of life with cardiac rehabilitation of older patients after myocardial infarction: results of a randomized, controlled trial. *Circulation*, 107(17), 2201-2206.
- Martin, A.M., & Woods C.B. (2012). What sustains long-term adherence to structured physical activity after a cardiac event. *J Aging Phys Act*, 20(2), 135-147.
- Martin, B. J., Hauer, T., Arena, R., Austford, L. D., Galbraith, P. D., Lewin, A. M., & et al. (2012). Cardiac rehabilitation attendance and outcomes in coronary artery disease patients. *Circulation*, 126, 677-687.
- Marzolini, S., Brooks, D., & Oh, P. (2008). Sex differences in completion of a 12-month cardiac rehabilitation program: an analysis of 5922 women and men. *Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 15(6), 698-703.
- Mathur-Marchesani, A. R. (1998). *The effects of social support and overprotectiveness on the perception of illness and psychosocial recovery of cardiac rehabilitation patients*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in a.

- McCubbin, MA., & McCubbin, HI. (1996). *Resiliency in familiars: a conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crisis*. In H McCubbin, H. Thompson & M. McCubbin (Eds.), *Family assessment: Resiliency, coping, and adaptation: Inventories for research and practice*.
- McLaughlin T.J., Aupont O., Bambauer K., Stone P., Mullan M.G., & et al. (2005). Improving psychologic adjustment to chronic illness in cardiac patients: The role of depression and anxiety. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12), 1084–1090.
- Messerli-Burgy, N., Barth, J., & Berger, T. (2012). The Inter Herz project - a web-based psychological treatment for cardiac patients with depression: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 13(254), 2-7.
- Milani R.V., & Lavie C.J. (2007). Impact of cardiac rehabilitation on depression and its associated mortality. *Am J Med*, 120 (9), 799-806.
- Milner, K. A., Funk, M., Arnold, A., & Vaccarino, V. (2002). Typical symptoms are predictive of acute coronary syndromes in woman. *American Heart Journal*, 143(2), 283-288.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2013). *An annual report of the year 2013 on change in Thai families*. Bangkok, Thailand: Department of Woman's Affairs and family Development.
- Mitchell, R. H. B. (2005). *Sex differences in depression after coronary artery bypass graft surgery: the role of the cognitive adaptation theory*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of medical Science Toronto university Ottawa, Can.
- Mittag O., China C., Hoberg E., Juers E., Kolenda K., & et al. (2006). Outcomes of cardiac rehabilitation with versus without a follow-up intervention rendered by telephone. *International journal*, 29(4), 295–302.
- Mundra, V., Henquinet, S., & Moudry, G. (2014). Outcomes of cardiac rehabilitation in elderly patients, *JACC*, 63(12).
- Nadarajah, S. (2012). *A phenomenological study on lived experiences of psycho-socio-spiritual healing in cardiac rehabilitation patients*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor philosophy, University of Maryland, Maryland.
- Newberry, M. O. (2007). *Family dynamics related to cardiac rehabilitation*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Ohio State University USA, Ohio.

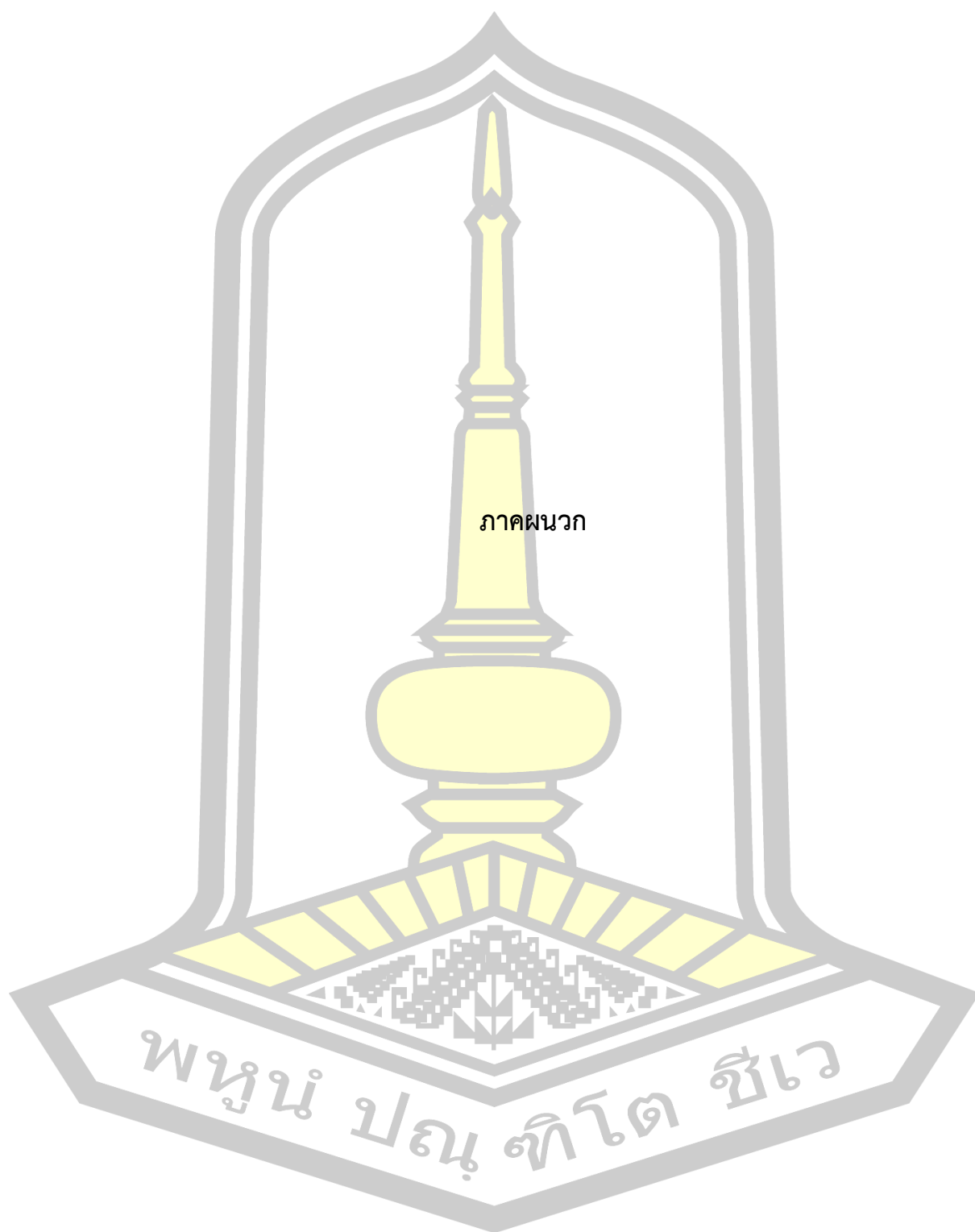
- Oerkild B, Frederiksen M, Hansen JF, Simonsen L, Skovgaard LT, & P. E. (2011). Home-based cardiac rehabilitation is as effective as centre-based cardiac rehabilitation among elderly with coronary heart disease: results from a randomised clinical trial. *Age Ageing*, 40, 78–85. doi: 10.1093/ageing/afq122.
- Oldridge, N. B., & Jones, N. L. (1983). Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: effects of written agreement and self-monitoring. *Rehabilitation*, 3, 257–262.
- Patton, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pica, A. (2011). *Supplemental home-based exercise during cardiac rehabilitation*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts, San José State University USA.
- Poortaghi, S., Baghernia, A., Goltari, S. E., Safayian, A., & Atri, S. B. (2013). The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self-efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Research*, 6, 287.
- Public Health Agency of Canada. (2009). *What determines health*, Retrieved January 2016, from <http://www.phacaspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php>.
- Rana, S., Tran, T., Luo, W., Phung, D., Kennedy, R. L., & Venkatesh, S. (2014). Predicting unplanned readmission after myocardial infarction from routinely collected administrative hospital data. *Australian Health Review*, 38, 377–382. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/AH14059>.
- Riley, D. L. (2006). *A mixed methods study of continuity of care from cardiac rehabilitation to primary care physicians*. Thesis in partial fulfillment of the requirements for the degree master of arts, kinesiology and health science York University, Toronto, Canada.
- Roth E.J. (1993). Heart disease in patients with stroke: incidence, impact, and implication for rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 74, 752-760.
- Sadeghi M., Garakyaraghi M., Taghavi M., Khosravi M., Sarrafzadegan N., & R. H. (2015). The impacts of cardiac rehabilitation program on exercise capacity, quality of life, and functional status of coronary artery disease patients with left ventricular dysfunction. *Rehabil Nurs*, 40(5), 305-309.
- Salvetti X.M., Oliveira J.A., Servantes D.M, & V. de P. A. A. (2008). How much do the benefits cost? Effects of a home-based training programme on cardiovascular fitness, quality of life, programme cost and adherence for patients with coronary disease. *Clin Rehabil*, 22(10–11), 987–996.

- Samaniego, I. A. (2010). *Do social isolation and depression affect rates of hospital readmission for patients with heart failure*. A dissertation partial satisfaction of the requirements for the degree of doctor of philosophy in nursing University of New Mexico, Albuquerque, New M.
- Sandesara, P. B., Lambert, C. T., Gordon, N. F., Fletcher, G. F., Franklin, B. A., Wenger, N. K., & Sperling, L. (2015). Cardiac rehabilitation and risk reduction time to rebrand and reinvigorate. *JACC*, 65(4), 389-395.
- Scane, K. (2013). *Adherence to home based cardiac rehabilitation*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science University of Toronto, Toronto, Canada.
- Selvin E, & E. T. (2004). Prevalence of and risk factor for peripheral arterial disease in the United States. *Circulation*, 110, 738-743.
- Shams, I. (2014). *An analytic approach to reduction hospital readmission*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Wayne State University, Detroit, Michigan, USA.
- Shanmugasagaram, S., Oh, P., Reid, R. D., McCumber, T., & Grace, S. L. (2013). Cardiac rehabilitation barriers by rurality and socioeconomic status: a cross-sectional study. *Journal for Equity in Health*, 12(72), 1-8.
- Shook, A. (2015). *The effect of cardiac rehabilitation on 30-day hospital readmission rates*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Kent State University College, USA.
- Sihapark S., Chuengsatiansup K., & T. K. (2014). *The experience of burden and impact involving in long-term care for elderly in Thailand*. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Research Institute.
- Smith K.M., McKelvie R.S., Thorpe K.E., & A. H. M. (2011). Six-year follow-up of a randomised controlled trial examining hospital versus home-based exercise training after coronary artery bypass graft surgery. *Heart*, 97(14), 1169–1174.
- Smith SC, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, & et al. (2006). AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*, 113, 2363-2372.

- Smith SC Jr, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, & et al. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. *Circulation*, 124, 24.
- Sniehotaa, F. F., Gorskia, C., & Araújo-Soares, V. (2009). Adoption of community-based cardiac rehabilitation programs and physical activity following phase III cardiac rehabilitation in Scotland: a prospective and predictive study. *Psychology & Health*, 25(7).
- Southard B.H., Southard D.R., & N. J. (2003). Clinical trial of an Internet-based case management system for secondary prevention of heart disease. *J Cardiopulm Rehabil*, 23(5), 341–348.
- Southern, D. A., Ngo, J., Martin, B.-J., Galbraith, P. D., Knudtson, M. L., Ghali, W. A., & et al. (2014). Characterizing types of readmission after acute coronary syndrome hospitalization: implications for quality reporting. *J Am Heart Assoc*, 3, e001046 doi: doi: 10.1161/JAHA.114.001046.
- Sriprasong S., Hanucharurnkul S., Panpukdee O., Krittayaphong R. , Pongthavornkamol K., & V. T. (2009). Functional status model: an empirical test among discharged acute myocardial Infarction patients. *Thai J Nurs Res*, 13(4), 268 - 284.
- Stauffacher, M., Flüeler, T., Krütli, P., & Scholz, R. W. (2008). Analytic and dynamic approach to collaboration: A transdisciplinary case study on sustainable landscape development in a Swiss Prealpine Region. *Systemic Practice and Action Research*, 21(6), 409-422.
- Stephens M.B. (2009). Cardiac rehabilitation. *Am Fam Physician*, 80(9), 955-959.
- Streubert H.J., & C. D. R. (1999). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: JB Lippincott.
- Stringer, E. T. (1999). *Action Research. 2nd ed.* Thousand Oaks, CA: Sage.
- Suaya J.A., Shepard D.S., Normand S.L., Ades P.A., Prottas J, & S. W. B. (2007). Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation*, 116, 1653–1662.
- Suaya J.A., Stason W.B., Ades P.A., & et al. (2009). Cardiac rehabilitation and survival in older coronary patients. *J. Am. Coll. Cardiol*, 54(25-33).
- Swabey, T., Suskin, N., Arthur, H., & Ross, J. (2004). The Ontario cardiac rehabilitation pilot project. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(10), 957-961.

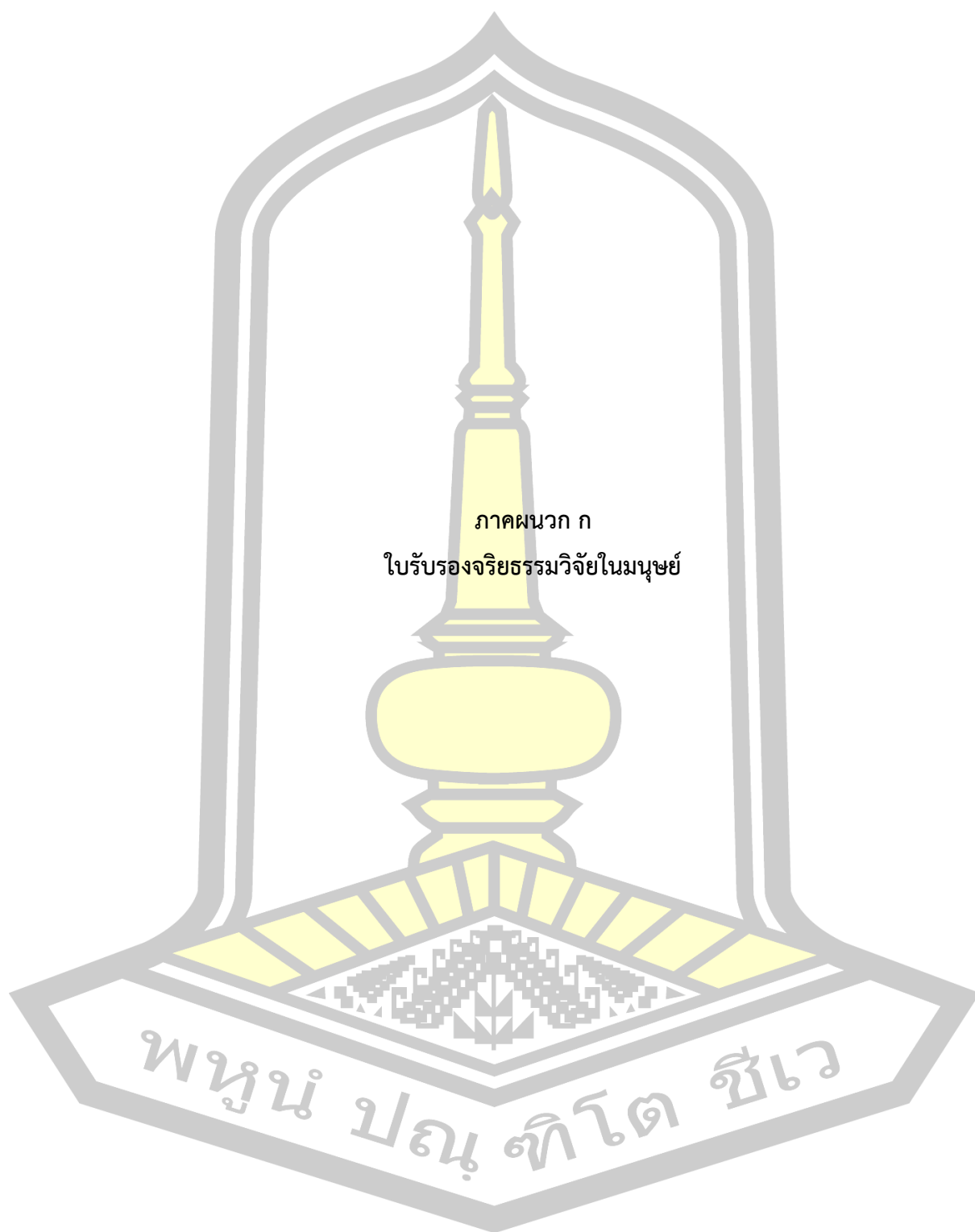
- Taylor, R. S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Riss, K., & et al. (2004). Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine*, 116(10), 682-692.
- Taylor, R. S., Dalal, H., Jolly, K., Moxham, T., & Zawada, A. (2014).). *Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation*. Retrieved 2 March 2016, from Cochrane Database Systematic Review.
- Taylor R.S., Unal B., Critchley J.A., & C. S. (2006). Mortality reductions in patients receiving exercise-based cardiac rehabilitation: how much can be attributed to cardiovascular risk factor improvements. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 3(3), 369-374.
- The institute of cultural affairs in the USA. (2016). *What is the technology of participant (TOP)*. Retrieved 12 July 2016, from <http://www.ica-usa.org/?page=whatistop>.
- Thompson, D., & Lewin, R. J. P. (2000). Management of the post-myocardial infarction patient: rehabilitation and cardiac neurosis. *Heart*, 84, 101-105.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *Global Heart*, 7(4), 275-295.
- Tolmie, E. P., Lindsay, G. M., Tim Kelly, D. T., Baxter, S., & Belcher, P. R. (2009). Are older patients' cardiac rehabilitation needs being met?. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1878-1888.
- Valge, E. L. (1996). *Women's Experiences of In-home Recovery following a Myocardial Infarction and/or Coronary Artery Bypass Graft Surgery*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing Calgary university, Ottawa, Cannada.
- Varnfield, M., Karunanithi, M., Lee, C.-K., Honeyman, E., Arnold, D., Ding, H., Walters, D. L. (2014). Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomized controlled trial. *Heart*, 1-10. doi: 10.1136/heartjnl-2014-305783.
- Vibulchai, N., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2015). Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction. *Nursing & Health Sciences*.
- Vibulchai N, Thanasilp S, Preechawong S, & B. M. (2014). Validation of the Thai version of the Duke Activity Status Index in patients with a previous myocardial infarction. *Asian Biomed*, 8, 623-639.

- Wenger, N. K. (1981). Rehabilitation of the patient with myocardial infarction, responsibility of the primary care physician. *Prim Care*, 8(3), 491-507.
- Wenger, N. K. (2008). Current status of cardiac rehabilitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(17), 1619–1631.
- Whooley M.A. (2006). Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. *JAMA*, 295(24), 2874–2881.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (1 ed.)*. Switzerland: WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (1993). *Need and action priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with CHD: Copenhagen*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *The determinants of health: Introduction*, Retrieved October 15, 2015, from <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>.
- World Health Organization. (2010). *Health determinants*, June 2016, from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/healthdeterminants>.
- World Health Organization. (2015). *Cardiovascular diseases (CVDs)* (Publication no. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>). Retrieved 11 April 2016, from WHO:
- Yee, J., Unsworth, K., Suskin, N., Reid, R. D., Jamnik, V., & Grace, S. L. (2011). Primary care provider perceptions of intake transition records and shared care with outpatient cardiac rehabilitation programs. *BMC Health Services Research*, 11(231), 1-9.
- Yohannes, A. M., Yalfani, A., Doherty, P., & Bundy, C. (2007). Predictors of dropout from an outpatient cardiac rehabilitation program. *Clinical Rehabilitation*, 21, 222-229.
- Ziegelstein R.C., Fauerbach J.A., Stevens S.S., Romanelli J., Richter D.P., & Bush D.E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from myocardial infarction. *Arch Intern Med*, 160, 1818–1823.
- Zimmerman M.A. (1993). *Empowerment Theory: Where Do We Go from Here?*. Invited address to the Midwest Psychological Association annual meeting, Chicago.



ภาคผนวก

พูนํ ปณํ จิต ชีเว





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 019 / 2560

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย : นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่รับรอง : 5 กันยายน 2560

วันหมดอายุ : 4 กันยายน 2561

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาสารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้
ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์สงครามชัย ลีทองดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองการอนุมัติ

เลขที่การรับรอง : PH 070 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย : นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่รับรอง : 28 พฤศจิกายน 2561

วันหมดอายุ : 27 พฤศจิกายน 2562

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้
ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์สงครามชัย สิททองดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : PH 070 / 2561

ชื่อโครงการวิจัย : รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัย : นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

วันที่รับรอง : 28 พฤศจิกายน 2562

วันหมดอายุ : 28 เมษายน 2563

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะอนุกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลิทองดีสกุล)

ประธานคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

หมายเหตุ : ขอต้ออายุโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ครั้งที่ 1



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย HE 2561-01-1-001

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะ ดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อข้อเสนอการวิจัย :- รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

(ชื่อภาษาอังกฤษ) :- Community-Based Cardiac Rehabilitation Model for Patients with Post Myocardial Infarction, Muang Roi-Et District, Roi-Et Province

รหัสข้อเสนอการวิจัย (ถ้ามี) :-

สถาบันที่สังกัด :- คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้วิจัยหลัก :- นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- | | |
|---|-------------------------------|
| 1. ข้อเสนอการวิจัย | ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี..... |
| 2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี..... |
| 3. แบบบันทึกข้อมูล | ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี..... |
| 4. งบประมาณการวิจัย | ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี..... |
| 5. ประวัติและผลงานผู้วิจัย | ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี..... |
| 6. อื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่.....วัน/เดือน/ปี..... |

ลงนาม.....

(นายวัชร เยี่ยมรัมย์กุล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วัน/เดือน/ปี.... ๙ มกราคม ๒๕๖๑

หมายเลขใบรับรอง :- COE 1/ 2561

วันที่ให้การรับรอง :- ๘ มกราคม ๒๕๖๑

วันหมดอายุใบรับรอง :- ๙ มกราคม ๒๕๖๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด



**ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและไบนยอม**

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย **HE 2561-11-29-040**

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะ ดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อข้อเสนอการวิจัย :- รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย
อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

รหัสข้อเสนอการวิจัย (ถ้ามี) :-

สถาบันที่สังกัด :- โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยหลัก :- นางสาวจุฑามณี เพิ่มพูน

เอกสารที่พิจารณาพบ

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1. ข้อเสนอการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2562 |
| 2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2562 |
| 3. แบบบันทึกข้อมูล | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2562 |
| 4. จงประมาณการวิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2562 |
| 5. ประวัติและผลงานผู้วิจัย | ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2562 |
| 6. อื่น ๆ (ถ้ามี) | ฉบับที่ วัน/เดือน/ปี..... |

ลงนาม.....

(นายพิทักษ์พงศ์ พายูหะ)

กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วัน/เดือน/ปี.....

หมายเลขใบรับรอง :- COE 40/2561

วันที่ให้การรับรอง :- 9 มกราคม 2562

วันหมดอายุใบรับรอง :- 8 มกราคม 2563



คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
Research and Research Ethics Committee of Roi-et Hospital

RE-006

สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถนนชัยชาญยุทธ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000
Research Office Roi-et Hospital 111 Ronnachaichanyut Road, Tambon Naimuang, Ampor Maung, Roi-et, 45000, Thailand. Tel : (043)518-200 #2216

เลขที่ใบรับรอง 012/2561

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยเรื่อง : รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้วิจัย : นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล
หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในโรงพยาบาลร้อยเอ็ดแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตาม
คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration Helsinki's) โดยให้ดำเนินการวิจัยเรื่องข้างต้นได้

โดยให้ผู้วิจัยรับเงื่อนไขที่เสนอต่อไปนี้

1. ให้ส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 6 เดือน
2. ให้แจ้งคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในกรณีที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยหรือหยุดโครงการก่อนกำหนด
3. รายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงหรือไม่คาดคิด
4. รายงานข้อมูลข่าวสารที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยควรได้รับระหว่างดำเนินการวิจัย
5. ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

(นายณรงค์ชัย สังขชา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

(นายมนต์ชัย วิวัฒน์สาธิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

รับรองวันที่ 18 ธันวาคม 2560 (ใบรับรองมีระยะเวลา 1 ปี หลังจากวันที่อนุมัติ)

คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สำนักงาน : สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลร้อยเอ็ด 111 ถนนชัยชาญยุทธ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ร้อยเอ็ด 45000

โทร. (043)518200 ต่อ 2216



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โทร ๑๑๙๐๒

ที่ รอ ๐๐๓๒.๑๐๒/๐๑๔

วันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เรียน นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูน สังกัด กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ตามหนังสือกลุ่มงานอายุรกรรม ที่ รอ ๐๐๓๒.๑๐๙/๓๖๖ ลงวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ขอขยายระยะเวลาในการดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นโครงการที่ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว เลขที่ ๐๑๒/๒๕๖๑ และผ่านการรับรองเมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ บัดนี้ได้รับรองในวาระการประชุมคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ วาระที่ ๔ ที่ประชุมมีมติรับรองการขอขยายเวลา เป็นระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่รับรองถึง ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไป

๑๗

(นายณรงค์ชัย สังขา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บันทึกข้อความ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โทร. ๑๑๙๐๒

ที่ รอ. ๐๐๓๒.๑๐๒/ ๐๓๒

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ผลการประเมินด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายหลังการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๓

เรียน นางสาวจุฑาภรณ์ คุ้มพูล กลุ่มงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ๒ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

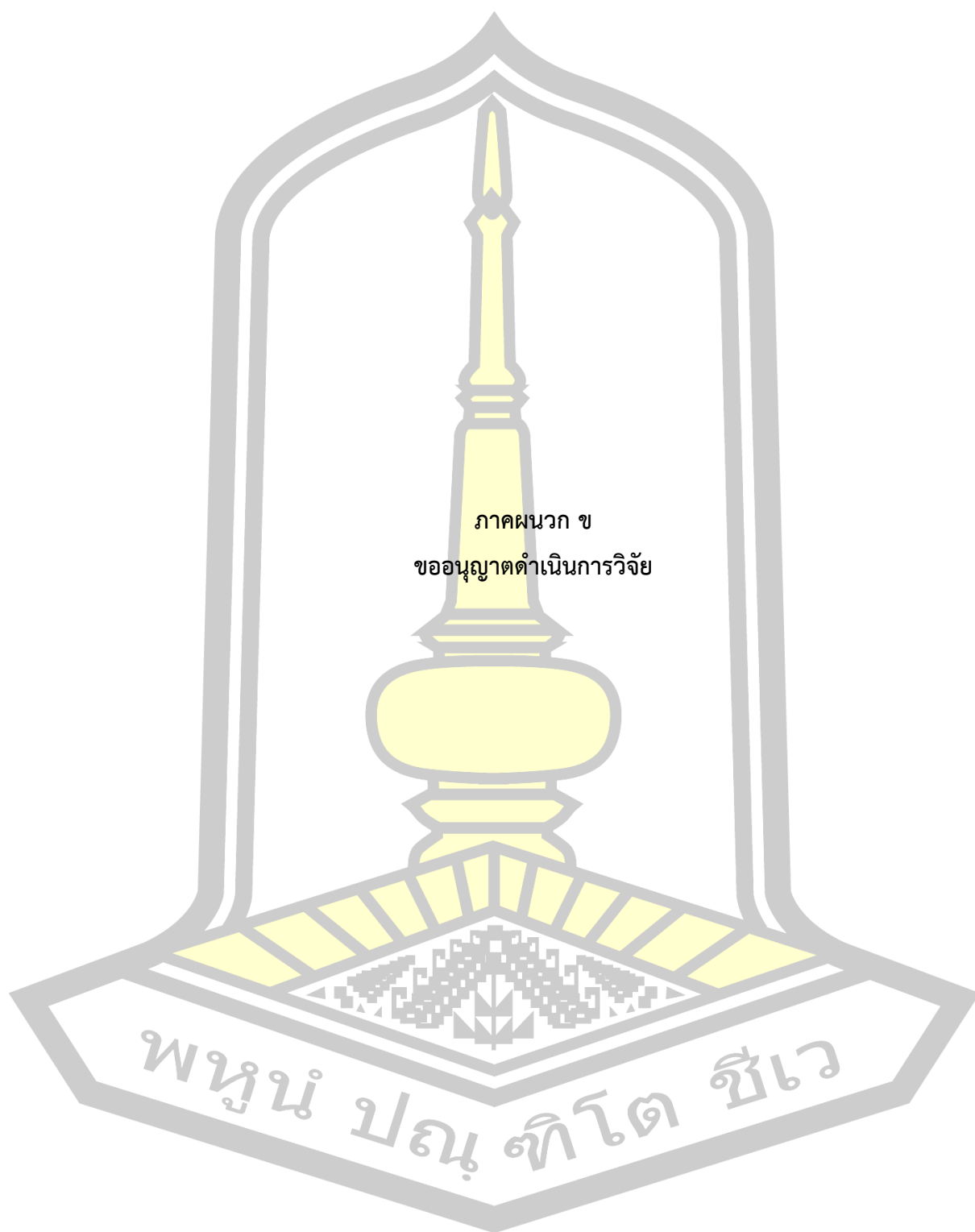
ตามที่ท่านเสนอขอต่ออายุโครงการวิจัยเรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ วันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ วาระที่ ๓ นั้น ที่ประชุมมีมติ “อนุมัติให้ต่ออายุโครงการวิจัย”

ดังนั้น หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ท่านสามารถสอบถามได้ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ชั้น ๙ อาคารศูนย์มะเร็งเฉลิมพระเกียรติจุฬาลงกรณ์ สามารถติดต่อประสานงานได้ที่ หมายเลข ๐๔๓-๕๑๘๒๐๐ ต่อ ๑๑๙๐๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นายณรงค์ชัย สังขา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด





ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑(๙)/ ๒๕๕๐๗

โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
รับเลขที่ 18011
วันที่ 19 ก.ย. 2561
เวลา 16.02 น.

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

รอง ผอ.ร.
รับเลขที่ 1225
วันที่ ๒๑ ก.ย. ๒๕๖๑
เวลา 14.๕3 น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดในโครงการ

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสารณสุขศาสตร์ คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ
หัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร. นิสากร วิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ไชยสิทธิ์ วัฒนากร เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม โดยการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้รับงบประมาณสนับสนุนตลอดโครงการจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีระยะเวลาดำเนินโครงการวิจัย ๑ ปี ๖ เดือน

ในการนี้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการเข้าดำเนินการ
วิจัยและเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่เป้าหมาย จากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ผู้ป่วย
ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย/ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการศึกษามูลค่าและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
กับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๖๑ ถึงกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

เรียน ผอ.ร.
เพื่อโปรดทราบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

นางสาวรวงทอง จันทร์ตา
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

(นางสาวรวงทอง จันทร์ตา)
เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

20 ก.ย. 2561

(นางเอี่ยมไพโร บุญรินทร์)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
20 ก.ย. 2561

กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ
โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๔๑๖

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์สัมพันธ์ ฤทธิเดช)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(นายณรงค์ชัย สังข์ชา)

รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาระบบบริการ
และสนับสนุนบริการสุขภาพ
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๒๑ ก.ย. ๒๕๖๑



ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑(๙)/๒๕๕๐๗

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๑๒ กันยายน ๒๕๖๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
เลขรับที่ 12264
ลงวันที่ ๑๙ ก.ย. ๒๕๖๑
เวลา

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห้เข้าดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์
เลขที่ ๒๐๘๕
วันที่ 19 กันยายน ๒๕๖๑
งานวิจัย / สุขภาพ / สุขภาพจิต

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดโครงการ
๒. ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน

จำนวน ๑ ฉบับ
จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพ
หัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร. นิสากร วิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม และการศึกษาวิจัยดังกล่าวได้รับงบประมาณสนับสนุนตลอดโครงการจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีระยะเวลาดำเนินการวิจัย ๑ ปี ๖ เดือน

ในการนี้ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตเคราะห้จากท่านในการเข้าดำเนินการ
วิจัยและเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่เป้าหมาย จากแพทย์ พยาบาล เกษษกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด
นักวิชาการสาธารณสุข ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย/ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา ผู้นำท้องถิ่น
ผู้นำท้องที่และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใน
ระหว่างเดือนกันยายน ๒๕๖๑ ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ดังสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

เรียน นพ. ศสจ. ร้อยเอ็ด

- นส. จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นศ. ปรัช. มหส
ขอแสดงความนับถือ
๑. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๒. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๓. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๔. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๕. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๖. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๗. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๘. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๙. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)
๑๐. นิสิตที่สนใจและสนใจที่จะเข้ารับการวิจัย (๑๐ คน)

๒. ขอบเขต/เห็นชอบ ☐ อนุมัติ
☐ ดำเนินการ ☐ อนุญาต
☐ ลงนามแล้ว ☐

นายบัณฑิต หังไพศาล

(นายบัณฑิต หังไพศาล)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๔๓๗๕ ๔๔๑๖
(นายบุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์)

(นางสาวจิรพร กิจมา)

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศาสตร์สาธารณสุข



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด
รับที่.....
วันที่.....เวลา.....

ที่ อว ๐๖๐๕.๑๘/๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง การดำเนินการวิจัย เรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดโครงการวิจัยในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ จำนวน ๒ ชุด
๒. เอกสารที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานวิจัย จำนวน ๑ ชุด
๓. รายละเอียดการประชุมเชิงปฏิบัติการและประชุมพัฒนาศักยภาพ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ข้าพเจ้านางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร. นิสากร วิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์ภาพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ตามที่ได้รับอนุมัติงบประมาณสนับสนุนโครงการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปี ๒๕๖๑ งบประมาณตลอดโครงการ ๓๘๗,๔๔๔ บาท โดยได้ศึกษาวิจัยในระยะที่ ๑ ไปเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

บัดนี้กำลังดำเนินงานศึกษาวิจัยในระยะที่ ๒ และระยะที่ ๓ ของโครงการ โดยในระยะนี้ ท่านและบุคลากร/ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ศึกษาวิจัยมีส่วนสำคัญยิ่งในการร่วมดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ให้บรรลุผลและคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าความร่วมมือในครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและระบบบริการในพื้นที่ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด อย่างยั่งยืนต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชน สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

☒ เพื่อไปตรวจ
☐ เพื่อไปตรวจพิจารณา

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

☒ ทราบ / เห็นชอบ ☐ อนุมัติ
☐ ดำเนินการ ☐ อนุญาต
☐ ลงนามแล้ว ☐ อื่น ๆ

นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สังกัดคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร. นิสากร วิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์ภาพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ตามที่ได้รับอนุมัติงบประมาณสนับสนุนโครงการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปี ๒๕๖๑ งบประมาณตลอดโครงการ ๓๘๗,๔๔๔ บาท โดยได้ศึกษาวิจัยในระยะที่ ๑ ไปเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

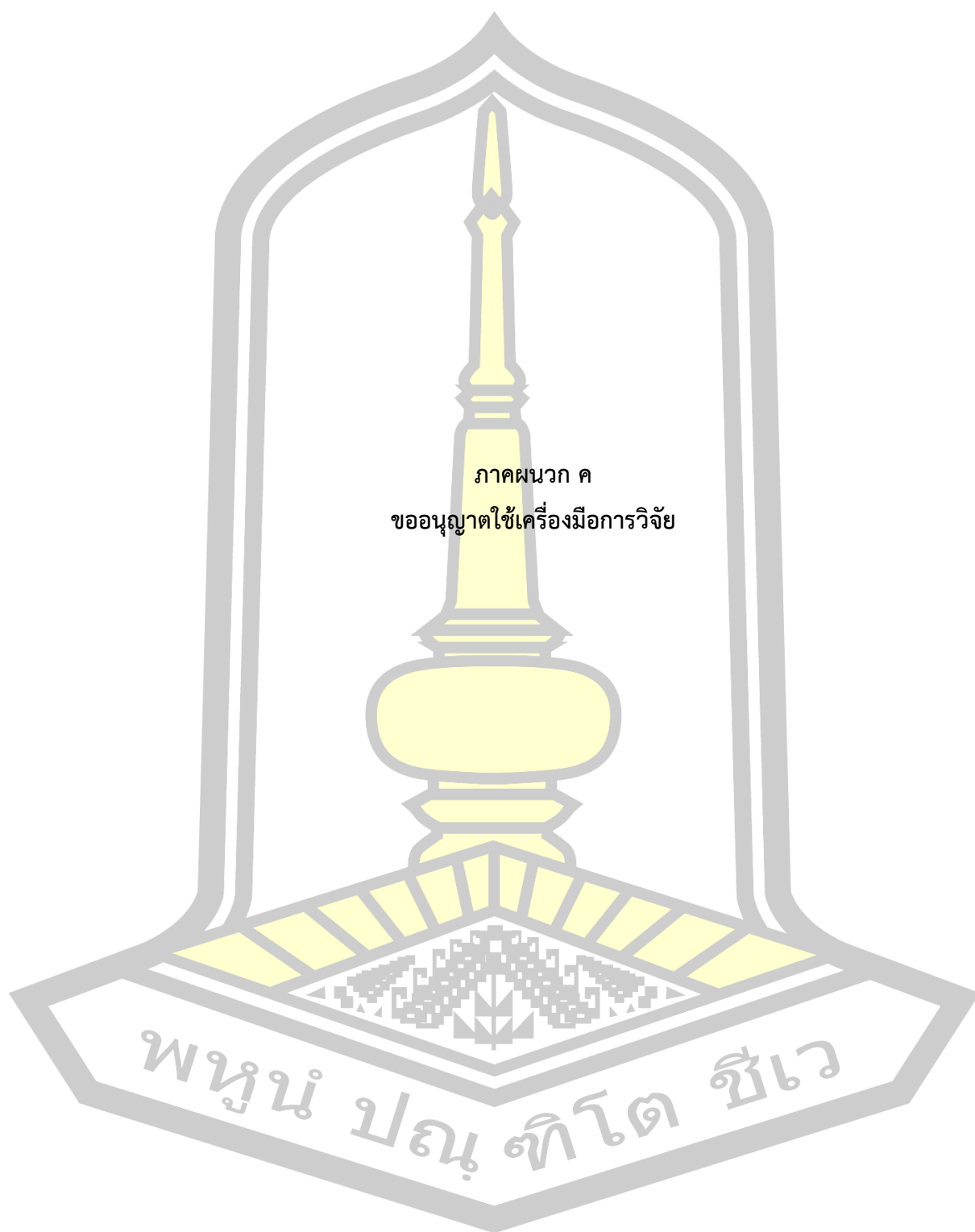
(นายวิระศักดิ์ จรุงรัมย์)

(นายไพฑูรย์ จันทด)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด

(นายบุรี ทิพนัส)
สาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด





๓๐๒๖

- ๘ ม.ค. ๒๕๖๐

17.10.6

สำนักงานวิจัย วิชาการและนวัตกรรม
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๗๐ ถนนพระราม ๖ ราชเทวี กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์และโทรสาร ๐๒ ๒๐๑๑๗๐๑

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๖๑๗/ ๓๖๖๓
วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙
เรื่อง อนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘(๑.๒.๒)/ว.๗๔๐
ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึงแจ้งว่า นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสารสนเทศศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามกำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อ.เมืองร้อยเอ็ด จ.ร้อยเอ็ด” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบประเมินภาวะอารมณ์เศร้า (Thai Depression Inventory) ของศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อใช้ประเมินภาวะเศร้าในผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชน ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวและสามารถติดต่อขอข้อมูลได้ที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ๐ ๒ ๒๐๑ ๑๒๗๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิช หล่อตระกูล

(นายมานิช หล่อตระกูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

(นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล)

สำเนาเรียน หัวหน้าศูนย์วิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทย์ อยุธยา)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

- ๘ ม.ค. ๒๕๖๐

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ดิตนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ถ.พุทธมนต์สาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๐
โทร. ๐-๒๕๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙-๑๑๑ โทรสาร ๐-๒๕๔๑-๔๘๓๔

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒/๑๑ ๔๔๔

วันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๓๐.๑๘ (๑.๒.๒) / ว. ๗๔๐ ลงวันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๔

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แจ้งว่า

ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย: นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาสารสนเทศศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ: “รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลัง
กล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยมี ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก ดร.นิสากร วิบูลย์ และ ผศ.พ.ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: แบบประเมิน Revised Illness Perceptions Questionnaire: IPQ-R (2009)

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย: นางสาวศรินรัตน์ ศรีประสงค์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ)
โครงการร่วมระหว่างคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.
๒๕๕๑ เรื่อง “การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย
ภายหลังออกจาก โรงพยาบาล (FUNCTIONAL STATUS MODEL : AN EMPIRICAL TEST AMONG DISCHARGE
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS)” ซึ่งมี ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว ยินดีอนุญาตให้
นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้
ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาล (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรร่วมกับมหาวิทยาลัยในต่างประเทศ) โครงการร่วมระหว่าง

...../๒.

- ๒ -

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อนึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ได้แนบบรรณบัตรหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วยเพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม และส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการการใช้เครื่องมือ จำนวน ๒๐๐บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเอง หรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี “หลักสูตรบัณฑิตศึกษา” เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบบหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

โทร. ๐-๒๔๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒-๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรฯ ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่วันที่ ๘.๓๐-๑๔.๓๐น.

ที่ ศธ 0512.11/ 31๒3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

14 ธันวาคม 2559

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

อ้างถึง หนังสือ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ ศธ 0530.18(1.2.2)/ว 740
ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2559 เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ตามหนังสือที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล นิสิตระดับปริญญาเอก
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง “รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด
จังหวัดร้อยเอ็ด” มีความประสงค์จะขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย คือ แบบดัชนีประเมินระดับสมรรถภาพของการมี
กิจวัตรประจำวันของคึก(DASI) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ
ในการฟื้นฟูสภาพหัวใจต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้เป็นกล้ามเนื้อหัวใจตาย” ของ นางนิสากร วิบูลชัย นั้น
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ยินดีและอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้ผู้แจ้ง
ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือ ให้คณะพยาบาลศาสตร์ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

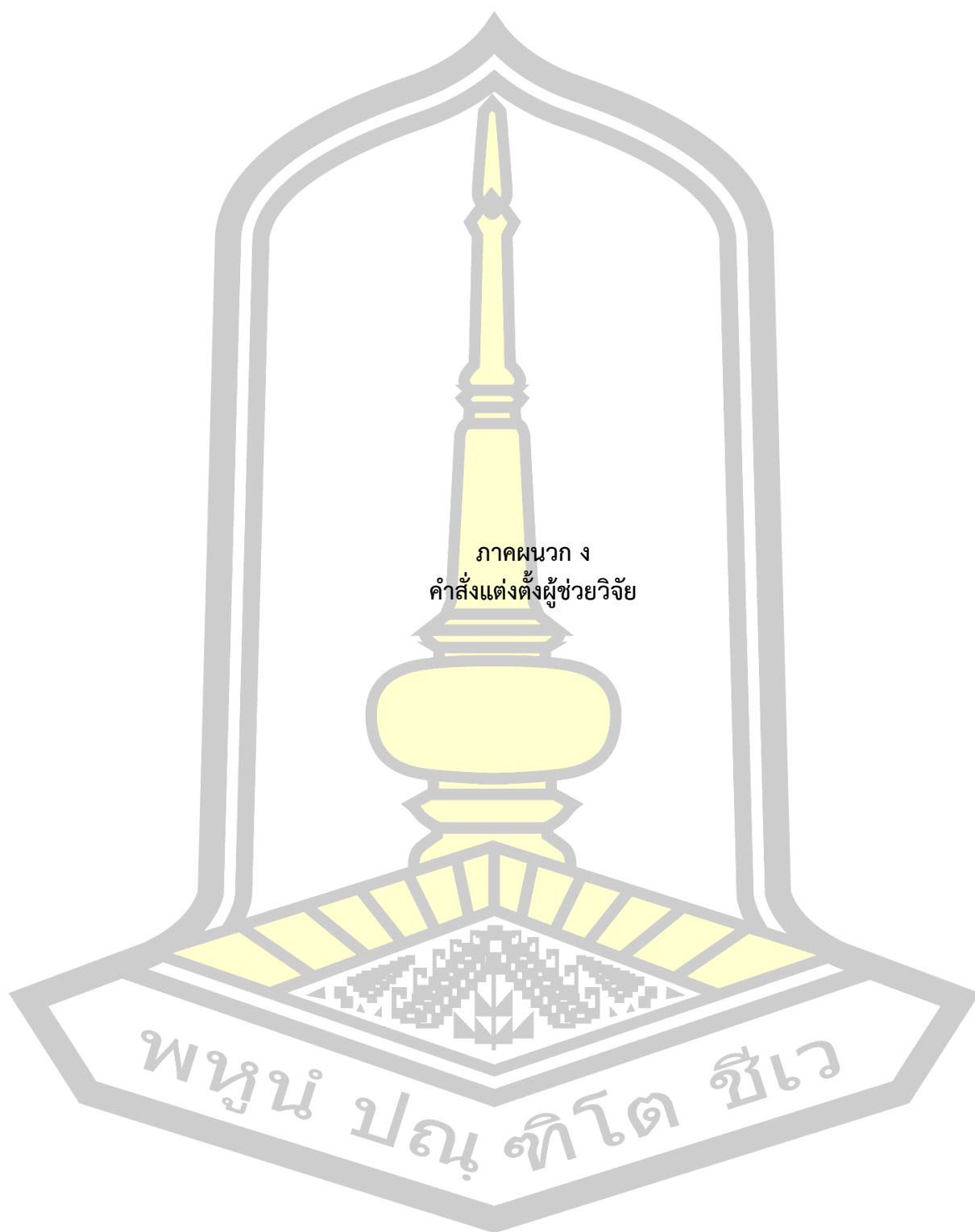
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1129 โทรสาร. 0-2218-1130





คำสั่งมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ที่ ๓๖๒๒ / ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งผู้ช่วยนักวิจัย

ตามที่ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้ทุนสนับสนุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ให้กับนางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล หัวหน้าโครงการ และมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา ดร. นิสากร วิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร เป็นผู้ร่วมวิจัยนั้น เพื่อให้การดำเนินการวิจัยของนักวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย จึงขอแต่งตั้งผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยข้างต้นเป็นระยะเวลา ๑ ปี ๖ เดือน แบบจ้างรายวัน วันละ ๓๖๒ บาท รวมเป็นเงิน ๑๑๑,๙๕๒ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นหนึ่งพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ตั้งแต่วันที่ กันยายน ๒๕๖๑ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ โดยเบิกจ่ายจากงบค่าตอบแทนผู้ช่วยนักวิจัยของโครงการวิจัยดังกล่าว ดังต่อไปนี้

๑. นายฉัตรชัย แก้วสมศรี	นายแพทย์ชำนาญการ	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๒. นางสาววิราภรณ์ ณรงค์ราช	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๓. นางรุชนีย์ กระดานลาด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	หอผู้ป่วย CCU โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๔. นางสาวกนกวรรณ ตริพล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	หอผู้ป่วย CCU โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๕. นางสาวศิริพร จันทรีใบ	นักกายภาพบำบัดชำนาญการ	งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๖. นายปราโมทย์ พลเยี่ยม	นักกายภาพบำบัด	งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๗. นายณัฐวรรณ สันติวงศ์ใหญ่	นักกายภาพบำบัด	งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
๘. นางสาวจุไรลักษณ์ แสนจันทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	สสอ. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด
๙. นางสาวสุดารัตน์ ศรีทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพสต.บ้านโนนรัง อ. เมืองร้อยเอ็ด

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. ร่วมเก็บข้อมูลกับทีมผู้วิจัยในการวิจัยเชิงคุณภาพตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๒. ทำหน้าที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณตามเครื่องมือวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๓. เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย

๔. ร่วมลงพื้นที่กับทีมผู้วิจัยเพื่อร่วมทำความเข้าใจบริบทเชิงลึก/สังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย

๕. ร่วมลงพื้นที่กับทีมผู้วิจัยติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย

๖. ร่วมตรวจสอบความตรงของข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

๗. ร่วมตรวจสอบรูปแบบและแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

(ศาสตราจารย์ สัมพันธ์ ฤทธิเดช)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คำสั่งมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ที่ ๓๔๖/ ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งผู้ช่วยนักวิจัย (เพิ่มเติม)

ตามที่ มหาวิทยาลัยมหาสารคามได้ทุนสนับสนุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เรื่อง รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ให้กับนางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล หัวหน้าโครงการ และมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา ดร. นิสากร วิบูลย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. ไชยสิทธิ์ วงศ์วิภาพร เป็นผู้ร่วมวิจัยนั้น เพื่อให้การดำเนินการวิจัยของนักวิจัยดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย จึงขอแต่งตั้งผู้ช่วยนักวิจัยโครงการวิจัยข้างต้นเป็นระยะเวลา ๑ ปี ๖ เดือน แบบจ้างรายวัน วันละ ๓๖๒ บาท ใช้จ่ายจากงบในส่วนค่าจ้างผู้ช่วยวิจัย จำนวน ๑๑๑,๙๕๒ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นหนึ่งพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน) ตั้งแต่วันที่ กันยายน ๒๕๖๑ ถึง กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ โดยเบิกจ่ายจากงบค่าตอบแทนผู้ช่วยนักวิจัยของโครงการวิจัยดังกล่าว ดังต่อไปนี้

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|---|
| ๑. นางสาวณติดา สุธรรมฤทธิ์ | นายแพทย์ปฏิบัติการ | แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ๒. นางสาวศิริวัฒน์ ไชยชนะนิจ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ๓. นางเอมอร อภรณ์รัตน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ๔. นางธันชนิชา พูนวสิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | ศูนย์ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ๕. นางสุณี อารณ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด |
| ๖. นางเพ็ญศรี ใจยาว | ผู้อำนวยการ รพ.สต. | รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ อ.เมืองร้อยเอ็ด |
| ๗. นางเบญจวรรณ วัฒวิเศษ | ผู้อำนวยการ รพ.สต. | รพ.สต.บ้านเมืองทอง อ.เมืองร้อยเอ็ด |
| ๘. นางเดือนฉาย อินทพ | ผู้อำนวยการ รพ.สต. | รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง อ.เมืองร้อยเอ็ด |
| ๙. นางลักขณา รัตนพันธ์ | ผู้อำนวยการ รพ.สต. | รพ.สต.บ้านขอนแก่น อ.เมืองร้อยเอ็ด |
| ๑๐. นางรจนา จันทรวารี | ผู้อำนวยการ รพ.สต. | รพ.สต.บ้านแมต อ.เมืองร้อยเอ็ด |
| ๑๑. นายอินทนนท์ อินทพ | ผู้อำนวยการ รพ.สต. | สอน.จังหวัดร้อยเอ็ด |
| ๑๒. นางอัจฉราวดี บุญวิเศษ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | สอน.จังหวัดร้อยเอ็ด |
| ๑๓. นางศศิธร ไพโรจน์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.สต.บ้านสังข์สงยาง อ.เมืองร้อยเอ็ด |
| ๑๔. นางจรรวรณ์ ประชนันท์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | รพ.สต.บ้านแมต อ.เมืองร้อยเอ็ด |

๑๕. นางศิริดา ศรีชะตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านนาโพธิ์ อ.เมืองร้อยเอ็ด
๑๖. นางสาวนริศรา ศิลาเกตุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านเมืองทอง อ.เมืองร้อยเอ็ด
๑๗. นางสาวภคมน รังเสนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ.สต.บ้านขอนแก่น อ.เมืองร้อยเอ็ด

โดยมีหน้าที่ ดังนี้

๑. ร่วมเก็บข้อมูลกับทีมผู้วิจัยในการวิจัยเชิงคุณภาพตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๒. ทำหน้าที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณตามเครื่องมือวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๓. เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๔. ร่วมลงพื้นที่กับทีมผู้วิจัยเพื่อร่วมทำความเข้าใจบริบทเชิงลึก/สังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๕. ร่วมลงพื้นที่กับทีมผู้วิจัยติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการวิจัยตามช่วงเวลาที่กำหนดในโครงการวิจัย
๖. ร่วมตรวจสอบความตรงของข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
๗. ร่วมตรวจสอบรูปแบบและแนวปฏิบัติทางคลินิกในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

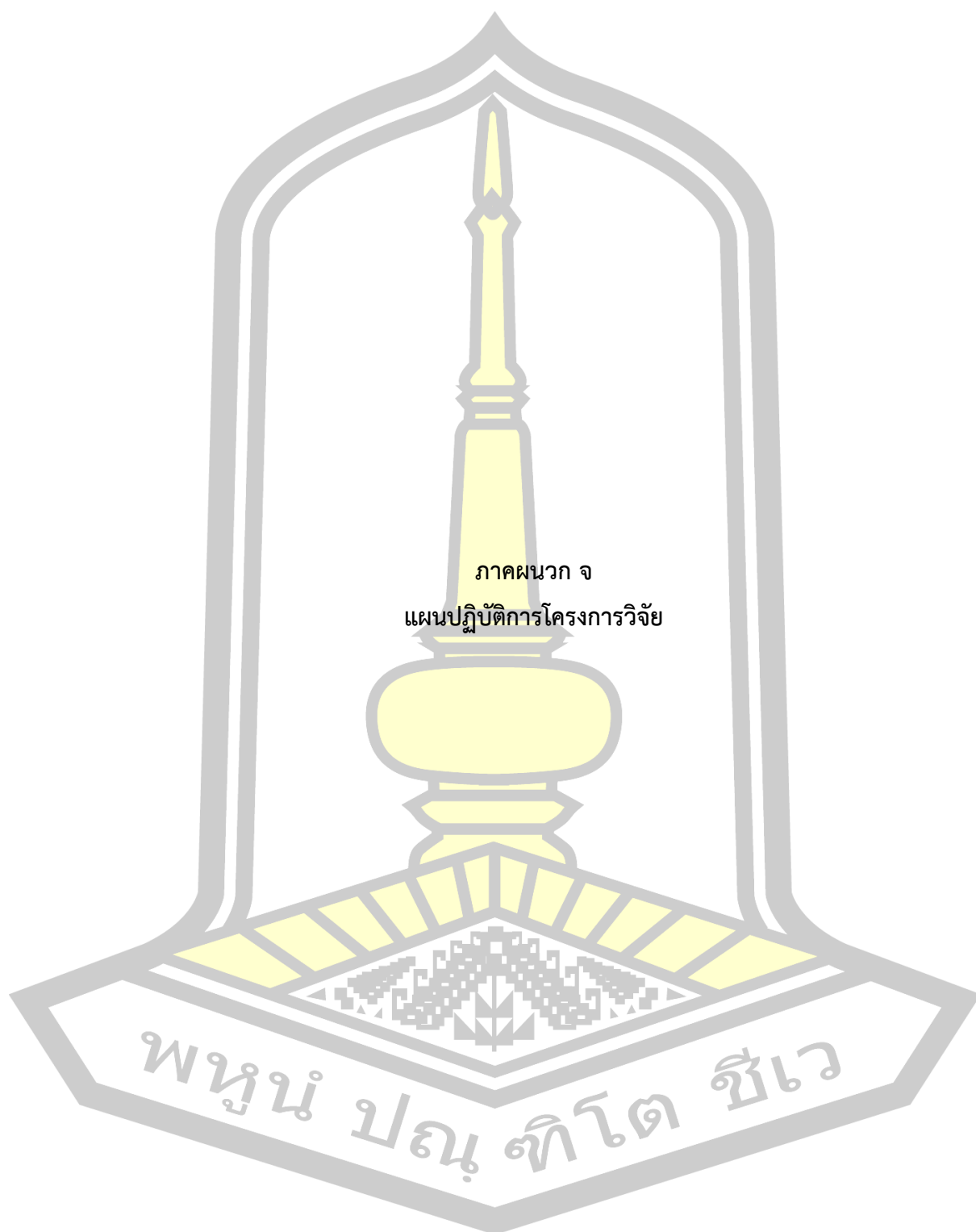
สั่ง ณ วันที่ ๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒



(รองศาสตราจารย์ประยุทธิ์ ศรีวิไล)

ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

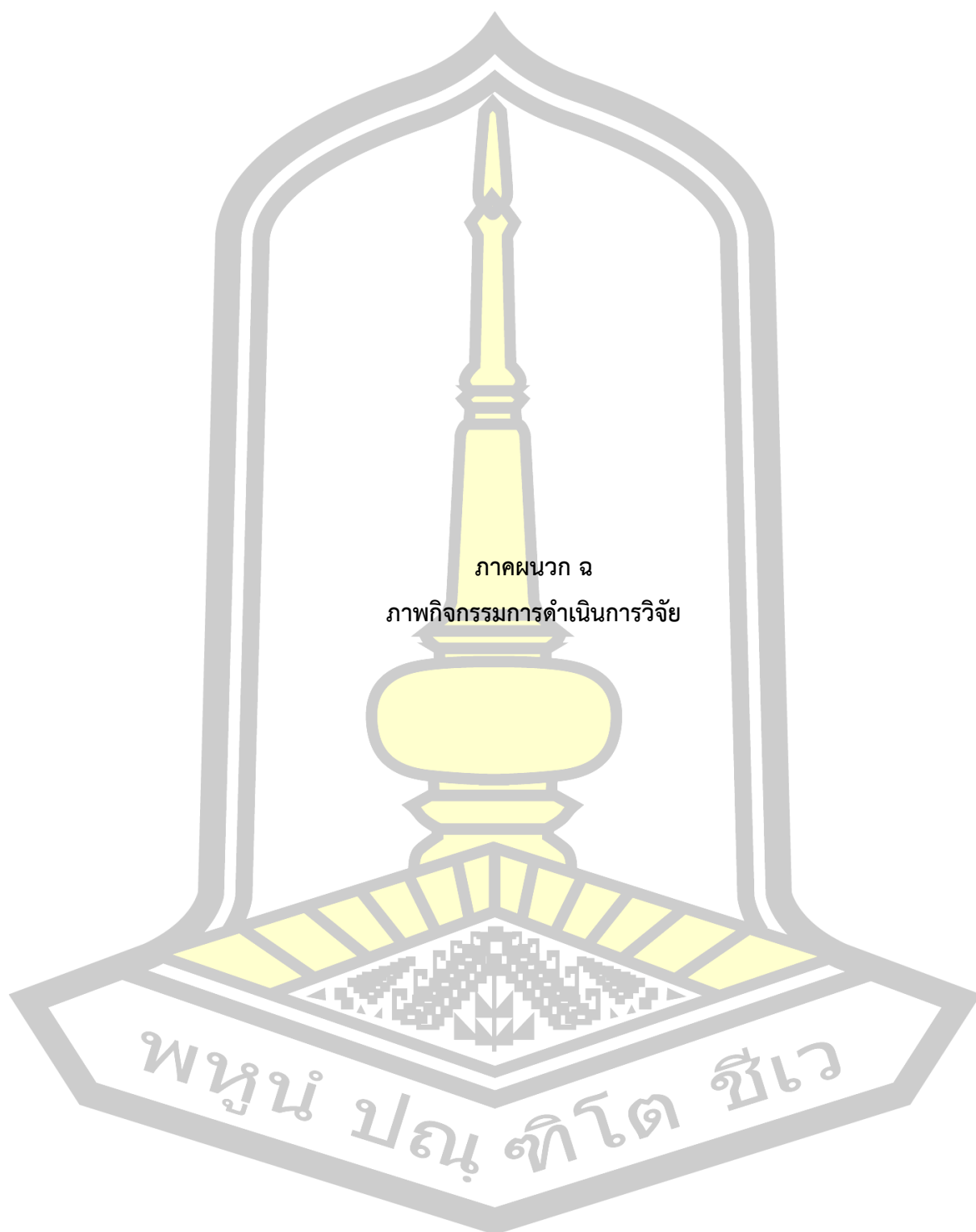


ภาคผนวก จ
แผนปฏิบัติการโครงการวิจัย

ตัวอย่างแผนปฏิบัติการ

การศึกษาสถานการณ์ที่มีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย

กิจกรรม/ วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย	วิธีการ/ขั้นตอนการ ดำเนินการ	วันเวลา/ สถานที่ / อุปกรณ์	ผลที่คาดว่าจะ ได้รับ	วิธีประเมิน	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1.1 การสร้าง สัมพันธภาพ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสร้าง สัมพันธภาพกับผู้ร่วม วิจัยและผู้เกี่ยวข้อง ก่อนพัฒนารูปแบบ 2. เกิดความไว้วางใจ สำหรับผู้วิจัยและผู้ ร่วมวิจัยในการเต็มใจ ให้ข้อมูลและร่วมมือ กันในการพัฒนางาน ในอนาคต เป้าหมาย ผู้ร่วมวิจัยและผู้ เกี่ยวข้อง	วิธีการ 1. การแนะนำตัวเพื่อสร้าง สัมพันธภาพกับผู้ร่วมวิจัย และผู้เกี่ยวข้อง 2. การแนะนำโครงการฯ ก่อน การพัฒนาและแลกเปลี่ยน เรียนรู้เรื่องการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจในชุมชน ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 18 รพสต. และ 2 ศูนย์ แพทย์ชุมชน 3. ติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ พื้นที่และประสานการทำงาน ร่วมกัน ขั้นตอนการดำเนินการ 1. การเข้าพื้นที่และทำ หนังสือเป็นทางการเพื่อ แนะนำตัวและชี้แจง โครงการวิจัย 2. การสร้างสัมพันธภาพกับ ทีมบุคลากรทีมสุขภาพ แนะนำโครงการและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจในชุมชน	วันเวลา ก.ย -ต.ค 60 สถานที่ 14 รพสต. อุปกรณ์ - คอมพิวเตอร์ - หนังสือ แนะนำ โครงการ -หนังสือ ความรู้เรื่อง การฟื้นฟู สมรรถภาพ หัวใจ	1. ให้ความ ร่วมมือและ เต็มใจในการ ให้ข้อมูล 2. ร่วม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ 3. ผู้ป่วย ได้รับการดูแล และประเมิน ภาวะสุขภาพ หลังจำหน่าย จาก โรงพยาบาล	1.แนะนำ เพื่อน ร่วมงาน สถานที่ และบริบท การทำงาน ของทีม 2. ชักถาม ผู้วิจัย เรื่อง การทำงาน ที่อยู่ 3.ร่วม แลกเปลี่ยน เรียนรู้	ผู้วิจัย



1. การคืนข้อมูล



2. จัดตั้งคณะทำงาน วางแผนจัดกิจกรรมและผู้รับผิดชอบ



3. ประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ สำหรับบุคลากร, คู่มือผู้ป่วยและผู้ดูแล



4. ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนฯ ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วม Top model

4.1 ทีมสุขภาพในพื้นที่



4.2 ผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้ดูแล



4.3 ทีม อสม. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน



5 พัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพในพื้นที่ ผอ.รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพ ในรพสต. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด และอบรมการใช้เครื่องมือในการวิจัย



6 .พัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล ในรพสต. อำเภอเมืองร้อยเอ็ด แบ่งเป็น 3 โซน

6.1 โซน 1 สีแก้ว



6.2 โซน 2 ขอนแก่น



6.3 โซน 3 นาโพธิ์



7. พัฒนาศักยภาพ อสม./ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ ทั้ง 3 โซน



8. ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพหัวใจ



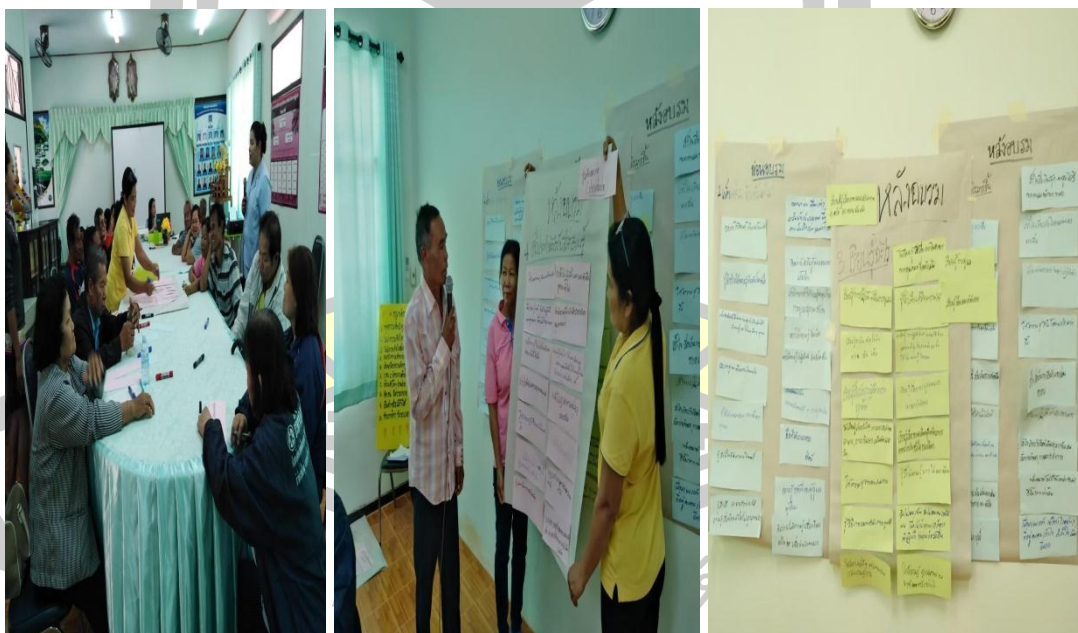
9. ลงพื้นที่และร่วมเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านกับแกนนำอสม. ผู้ใหญ่บ้านและพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.

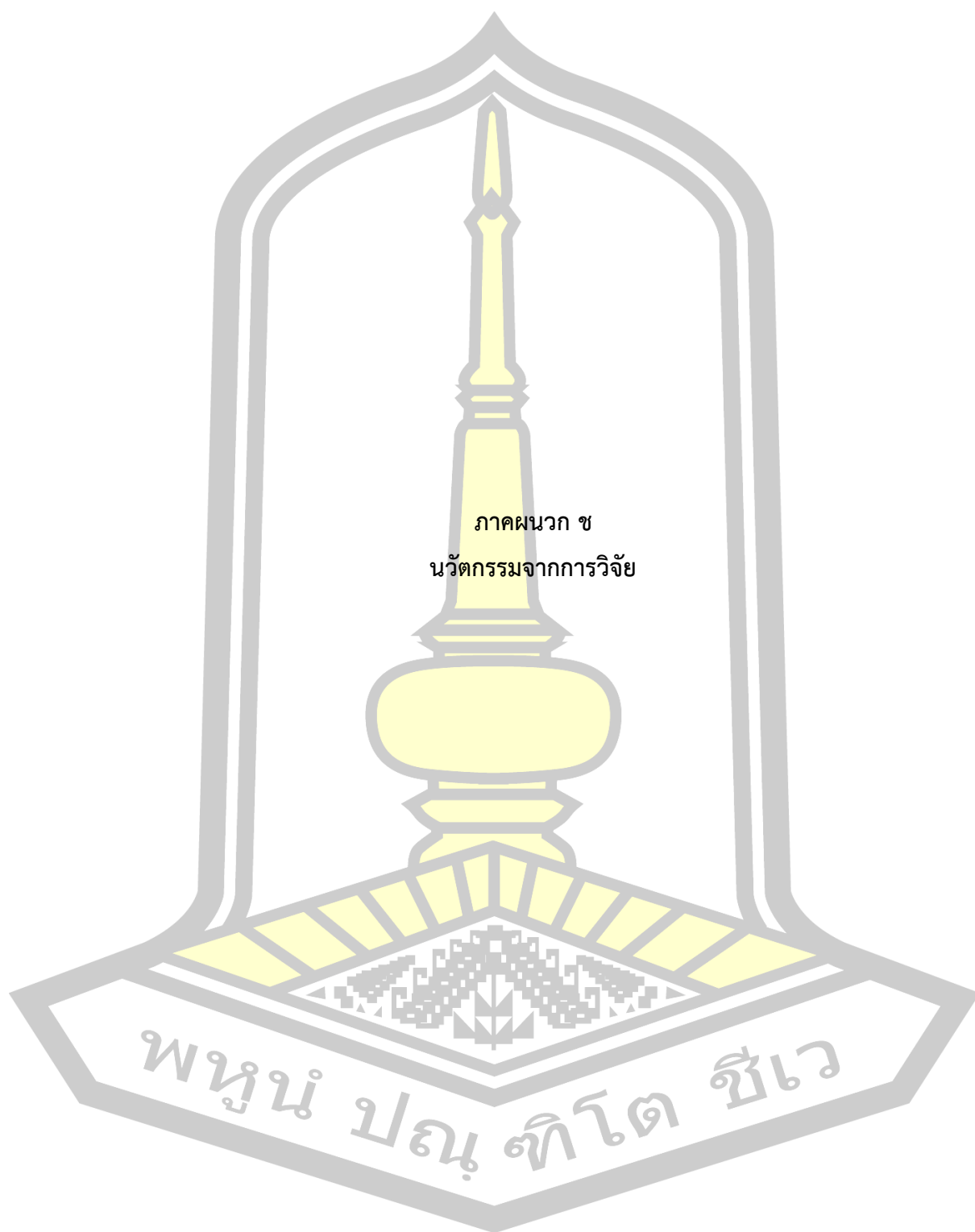


10. ตัวอย่างการประเมินระยะเวลาในการเดิน 6 นาที โดยผู้ช่วยวิจัยนักกายภาพบำบัด โดยประเมินที่ รพ.สต. ไกล่บ้านผู้ป่วย



11. การถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้





ภาคผนวก ข
นวัตกรรมการวิจัย

พูน ปณ จิต ชีวะ

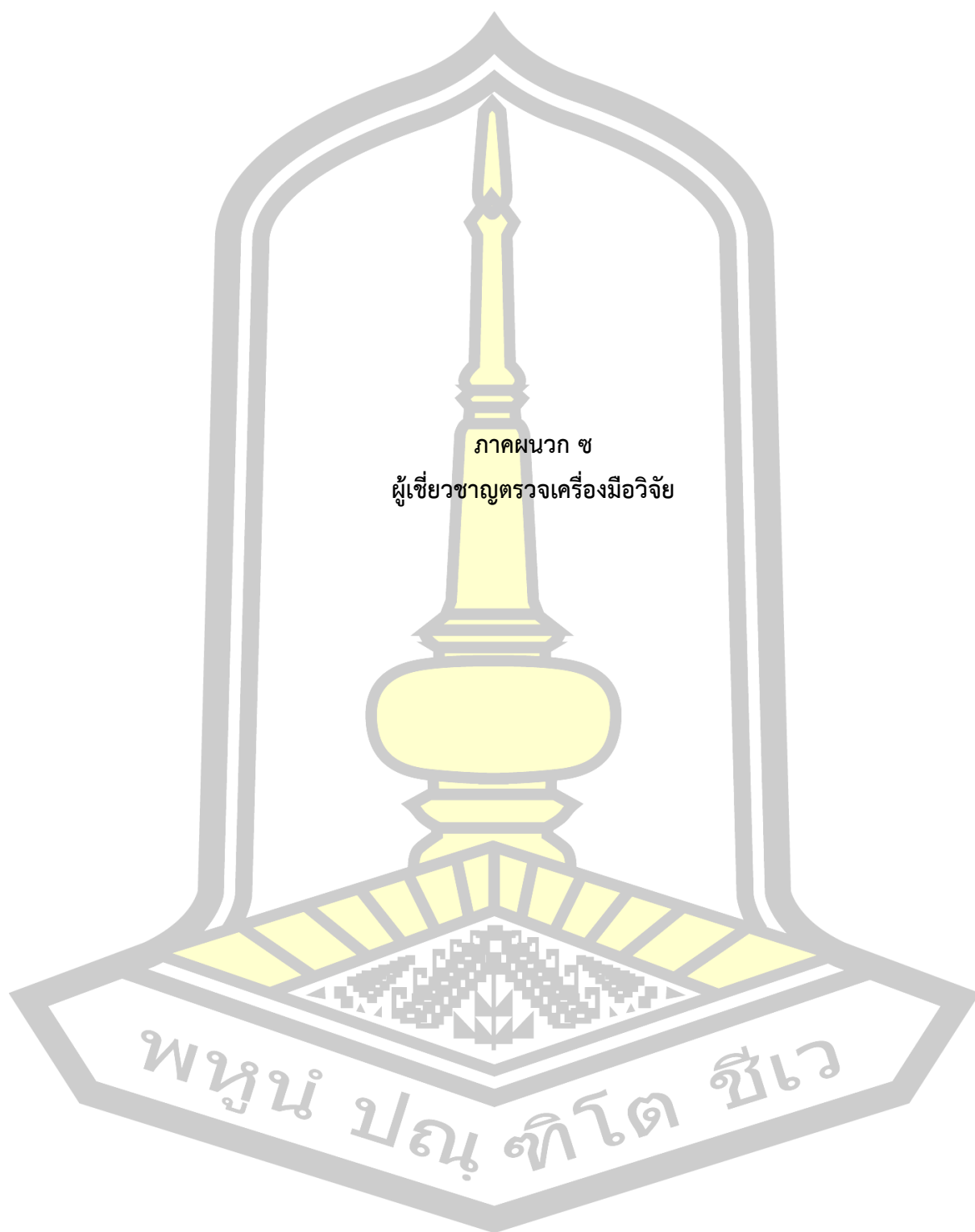
1.นวัตกรรมแก้วจัดยารับประทานสำหรับผู้สูงอายุ และราวจับเดินออกกกำลังกาย



2.เชือกแขวนช่วยออกกกำลังกาย และฮูลาฮูปออกกกำลังกาย



พูน ปณ ภิโต ชีเว



เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ประเด็นคำถามแบบสัมภาษณ์ ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม แผนปฏิบัติการ (Action plan) และแบบการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review) ตรวจสอบจากโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้

อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาสุขภาพชุมชน/วิจัยเชิงคุณภาพ	1	คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญวิจัยเชิงคุณภาพ	1	คน
พยาบาลเชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้ป่วยในชุมชน	1	คน

รายนามผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ดังนี้

1. อาจารย์ ดร. พิทยา ศรีเมือง
วุฒิการศึกษาสูงสุด Health science (Ph.D). ตำแหน่ง วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ (เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพด้านสาธารณสุขและสุขภาพ) สถานที่ทำงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
2. อาจารย์ ดร. ผดุงศิลป์ ชำนาญบริรักษ์
วุฒิการศึกษาสูงสุด ยุทธศาสตร์การพัฒนาคูณภาพ (ปร.ด.) ตำแหน่ง อาจารย์ (เชี่ยวชาญการพยาบาลและการวิจัยเชิงคุณภาพ สถานที่ทำงาน ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
3. อาจารย์ ดร. สาคร อินโทะ
วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์, Ph.D.) ตำแหน่ง อาจารย์ (เชี่ยวชาญการพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ) สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในชุมชนสำหรับบุคลากร คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล แบบบันทึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วย และแบบบันทึกการกลับมารักษซ้ำของผู้ป่วยภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตรวจสอบจากโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ/โรคหัวใจ	1	คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญพัฒนาสุขภาพชุมชน	1	คน
อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจ	2	คน
พยาบาลเชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติชุมชน	1	คน

รายนามผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ดังนี้

1. อาจารย์ ร.ต.อ หญิง ดร. ระพีณ ผลสุข

วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์, Ph.D.) ตำแหน่ง อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จังหวัดกรุงเทพฯ (เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ)
สถานที่ทำงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จังหวัดกรุงเทพฯ

2. อาจารย์ นาวาโทหญิง ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์

วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์, Ph.D.) ตำแหน่ง อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ)
สถานที่ทำงาน ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ศูนย์วิทยาการกรมแพทย์ทหารเรือ จังหวัดกรุงเทพฯ

3. อาจารย์ ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์

วุฒิการศึกษาสูงสุด ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพัฒนาสุขภาพชุมชน) ตำแหน่ง อาจารย์ (ประธานหลักสูตร) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต.(เชี่ยวชาญการพัฒนาสุขภาพชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ)
สถานที่ทำงาน ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดอำนาจเจริญ

4. นายแพทย์ฉัตรชัย แก้วสมศรี

วุฒิการศึกษาสูงสุด แพทยศาสตรบัณฑิต , วว.อายุรแพทย์โรคหัวใจ (เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ) ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

5. นางสุภาพ เหล่าสุโพธิ์

วุฒิการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชน ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเวชศาสตร์ชุมชน (เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน) สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลอาจสามารถ อำเภอมหาสารคาม จังหวัดร้อยเอ็ด

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวจุฑาภรณ์ เพิ่มพูล
วันเกิด	วันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 94 บ้านนาโพธิ์ ตำบลนาโพธิ์ อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ป.พย.) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2553 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2563 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	พ.ศ. 2552 ได้รับทุนบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2552 จากสภาการพยาบาล พ.ศ. 2561 ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยในวิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุข ศาสตรดุษฎีบัณฑิต จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ปี 2561

พูน ปณ ฑิต ชีเว