

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ตั้งแต่เริ่มรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้านอีก 4 – 6 สัปดาห์ โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค ได้บริหารร่างกาย ตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนในการดำรงชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีต้นแบบมาจาก American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation พร้อมกับการนำสื่อประสมเข้ามาช่วยในรูปของชุดการสอน

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมขณะทำกิจกรรม การบันทึกสมุดประจำตัวของผู้ป่วย และจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ ในรูปตารางประกอบคำบรรยาย และการพรรณนา

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย สามารถฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยได้ดี มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไปในทางที่ดีขึ้น ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.1. พฤติกรรมด้านความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดและแนวทางในการควบคุมโรค พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคมากขึ้น สามารถอธิบายอาการและอาการแสดงของโรค สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงและแนวทางในการควบคุมโรคได้

1.2. พฤติกรรมการประเมินสภาพร่างกายตนเอง พบว่า ผู้ป่วยสามารถแสดงวิธีการวัดชีพจรและการหายใจได้อย่างถูกต้อง สามารถนับชีพจร การหายใจ และประเมินระดับความเหนื่อย

ได้ สามารถประเมินชีพจรและการหายใจได้ว่าปกติหรือผิดปกติ แต่ในเรื่องการวัดชีพจรในผู้ป่วย บางรายต้องมีการสอนและสาธิตซ้ำหลังจากที่ดูวิดีโอเทปแล้ว

1.3. พฤติกรรมการทำกิจวัตรประจำวันขณะอยู่โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยสามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้ตามที่กำหนดไว้ตามขั้นตอนในแต่ละวัน แต่การทำกิจวัตรประจำวันยังต้องอยู่ ในความดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยบางรายยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.4. พฤติกรรมการบริหารร่างกายขณะอยู่ในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยแสดง ทำบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง ยกเว้นการฝึกการหายใจโดยใช้กลัมนั้นหน้าท้องที่กลุ่มตัว อย่างส่วนใหญ่ทำได้ไม่ถูกต้อง ขณะบริหารร่างกายไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

1.5. พฤติกรรมการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม พบว่า ภายหลังการเรียนผู้ป่วย ส่วนใหญ่เลือกรูปภาพอาหารและเครื่องดื่มได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และภายหลังที่กลับไปอยู่ที่ บ้านแล้ว กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลลดลง มีเกล็ดเป็นส่วนประกอบลดลง อาหารที่มี ไขมันลดลง และรับประทานอาหารที่มีกากใยมากขึ้น

1.6. พฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกาย พบว่า ภายหลังการเรียนผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกรูปภาพประเภทของงานและการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และภายหลังที่ กลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย การเดิน การวิ่งช้าๆ และปั่นจักรยาน

1.7. พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ พบว่า ภายหลังการเรียนผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าเริ่ม มีเพศสัมพันธ์อีกครั้งได้เมื่อไร ควรมีการปฏิบัติอย่างไรก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และเมื่อเกิดอาการ เจ็บแน่นหน้าอกจะปฏิบัติอย่างไร ภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้านกลุ่มตัวอย่างทุกรายยังไม่มีเพศ สัมพันธ์เนื่องจากยังไม่ครบวันที่กำหนด

1.8. พฤติกรรมการรับประทานยา พบว่า ภายหลังการเรียน ผู้ป่วยสามารถบอกและ แสดงวิธีการใช้ยาได้ถูกต้อง และภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยทุกรายไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก การใช้ยาผิด

2. การเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่พบมากที่สุดคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 80) รองลง มาคือ การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70) จำนวนปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดต่อหนึ่งคนมี 5 ชนิด ภายหลังเข้า ร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแล้ว ผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ มี 1 รายที่ ปัจจัยเสี่ยงคงเดิม ปัจจัยเสี่ยงที่ผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมได้ดีคือ การสูบบุหรี่ และการออก

กำลังกาย (ร้อยละ 100) ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และความอ้วน (ร้อยละ 0)

3. ความคิดเห็นของผู้ป่วยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง(แพทย์และพยาบาล)ต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

สำหรับผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงโรคที่เป็นอยู่และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การได้พูดคุยกับบุคคลอื่นช่วยลดความกลัวและความวิตกกังวลลง มีความมั่นใจในการดำรงชีวิตมากขึ้น การใช้ชุดสื่อประสม มีสื่อต่างๆน่าสนใจ เนื้อหาเป็นเรื่องที่ไม่เคยทราบมาก่อน และมีกิจกรรมการสอนที่สนุก สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เห็นประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และคิดว่าการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการพัฒนาคุณภาพของงานอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ชุดการสอนทำให้เข้าใจง่ายและทำให้การสอนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่ยังมีบุคลากรบางกลุ่มที่คิดว่าการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการเพิ่มภาระงาน

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปานกลาง และฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ไม่สอดคล้องกับวรรณกรรมที่กล่าวไว้ในบทที่ 2 ที่พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในประชากรที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี (อภิชาติ สุคนธสรณ์ ,2543 : 15) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ในการศึกษาอัตราความชุกทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อาจได้ผลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะสิ่งแวดล้อมที่กลุ่มตัวอย่างนั้นแตกต่างกันจะเป็นตัวแปรที่ทำให้การดำรงชีวิตของคนกลุ่มนั้นแตกต่างกัน เช่น ในประเทศไทย สังคมเมืองและสังคมชนบท จะเห็นว่าวิถีชีวิตที่แตกต่างกันมาก ดังนั้นการศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในแต่ละที่ ไม่น่าจะถือเป็นตัวแทนของคนทั้งประเทศได้ แต่อาจถือเป็นตัวแทนของกลุ่มนั้นแทน(อภิชาติ สุคนธสรณ์ ,2543 : 2) เช่นผลของการวิจัยครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้ศึกษา ข้อมูลที่ได้อาจเป็นตัวแทนของผู้ป่วยที่มาการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เท่านั้น

อุบัติการณ์ที่พบบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย จากการวิจัยครั้งนี้ พบบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจตายมากที่สุดคือด้านใต้ (Inferior wall) คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากงานเขียนของ Rowlands & Derek J. (1997) ที่ได้เขียนไว้ในวารสาร Medicine เรื่อง The

Resting ECG ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมักพบกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ anterior wall มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 – 50 ส่วน inferior wall and posterior wall คิดเป็นร้อยละ 30 – 40 และ lateral wall คิดเป็นร้อยละ 15 – 20 นอกจากนี้มีผลการวิจัยในประเทศไทยของ จริยา ตันติธรรม (2535) ที่ศึกษาอุบัติการณ์บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบกล้ามเนื้อหัวใจตายบริเวณส่วนหน้า (anterior wall) มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.9 การที่ได้ผลที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่นนี้ อาจเป็นเพราะว่า กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ anterior wall จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและอยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงสูง ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าร่วมโปรแกรมแต่คัดเลือกกลุ่มที่เสี่ยงปานกลางถึงต่ำ อาจทำให้พบอุบัติการณ์กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ด้านใต้ (Inferior wall) มากกว่า

จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลทั้งหมด จากการศึกษพบว่า โดยเฉลี่ย 9.9 วัน อยู่ใน CCU หรือ SubCCU เฉลี่ย 4.7 วัน และอยู่หอผู้ป่วยทั่วไปเฉลี่ย 5.1 วัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเหมาะสมสำหรับผู้ที่ต้องการสร้างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพขึ้นใหม่หรือปรับปรุงการจัดกิจกรรมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้เหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยและตามวันที่ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยจะได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดที่เรากำหนดไว้

ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขึ้นใช้ในศูนย์โรคหัวใจภาคเหนือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ช่วยให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค สามารถควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคได้ในระดับหนึ่ง ได้บริหารร่างกายตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำรงชีวิต

ในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 1 สำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แนวทางในการดำเนินงานของโปรแกรมผู้วิจัยได้ใช้ชุดการสอน 8 หน่วย ที่ประกอบด้วยเนื้อหา วิธีการสอน สื่อการสอนและกิจกรรมที่สร้างขึ้นมามีระบบ ผู้วิจัยได้นำสื่อประสมมาใช้ประกอบการสอน เพื่อที่จะให้สื่อสามารถดึงดูด ได้รับความสนใจให้ผู้ป่วยอยากเรียนมากขึ้น การนำสื่อหลากหลายมาประกอบการสอน พบว่า สื่อบางชนิดส่งเสริมและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจบทเรียนมากขึ้น และการที่ตัวสื่อเองมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันไป พบว่า สื่อบางประเภทจะดึงดูดความสนใจ และสื่อบางประเภทจะถ่ายทอดให้เกิดความรู้ แสดงให้เห็นว่าการใช้สื่อเพียงชนิดใดชนิดหนึ่งอาจทำให้การเรียนการสอนไม่น่าสนใจ เกิดความเบื่อหน่าย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนอาจจะรับรู้สื่อการสอนประเภทหนึ่งได้ แต่บางคนอาจต้องใช้สื่อการสอนประเภทอื่นเพื่อให้เกิด

ความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจในการเรียนรู้ดี มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ และประเมินผลผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยจะพึงพอใจกับการใช้ชุดการสอนในการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติ และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการทำกิจกรรม แต่การทดลองใช้สื่อและการทดลองแบบประเมินผลยังมีการทดลองใช้น้อย คือผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบดูแล้วนำไปใช้กับผู้ป่วยเลย ทำให้แบบประเมินผลยังหลวมเกินไปในการที่จะประเมินว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นมีประสิทธิภาพ และสื่อบางชิ้นเมื่อนำไปใช้ในการสอนจริงแล้ว ยังมีข้อบกพร่องที่แก้ไข เช่น ขนาดของสื่อ สีที่ใช้น่าเสนอ เป็นต้น

ในระหว่างการสอน การฝึกทักษะ และการฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างบางคนสามารถปฏิบัติได้ดี แต่กลุ่มตัวอย่างบางคนจะต้องมีการให้คำแนะนำซ้ำๆ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ความแตกต่างระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วยที่แตกต่างกัน อาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้และการแสดงออกในเรื่องของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แม้ว่าผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาชัดเจนถึงผลของปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่อแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ แต่ ประเวศ วะสี (2536 : 55) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพคือ ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม และการบริการ ปัจจัยเหล่านี้ถ้าผู้ป่วยได้รับแตกต่างกันจะส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยแตกต่างกันด้วย

ภายหลังที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแล้ว ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยได้ดี มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆไปในทางที่ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงลดลง การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลและเกลือเป็นส่วนประกอบลดลง รับประทานอาหารที่มีกากใยมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมและลดลงปัจจัยลงได้ แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ (สัมพันธ์ หิณฐิระนันท์ , 2541 : 26) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สามารถอธิบายเหตุได้คือพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลขององค์ประกอบ 3 ด้าน คือความรู้ ทศนคติ และการฝึกปฏิบัติหรือการฝึกทักษะ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือการเสริมองค์ประกอบด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมด้านอื่นด้วยเสมอ (สุชาติ โสมประยูร, 2525 : 26) ดังนั้นความรู้ที่ได้รับจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนใหม่ได้ นอกจากนี้การให้คำแนะนำทั้งที่เป็นคำพูด การเขียน และมีการติดตามผลบ่อยๆ จะเป็นการเน้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตน ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนตามที่ได้รับคำแนะนำไป (Deyo, 1997 : 1774) และการที่ผู้วิจัยได้แจกเอกสาร แผ่นพับ และคู่มือประจำตัวผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยอ่านทบทวนความรู้และบันทึกกิจ

กรรมต่างๆเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน การทบทวนความรู้บ่อยๆโดยการอ่าน การฝึกปฏิบัติ จะช่วยให้เกิดการคงอยู่ของสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว(Earhest,1993 : 74) นอกจากนี้ Ebrahim S. et al, (1997) ได้ศึกษาการรักษา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เคยเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน จะมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะลดปัจจัยเสี่ยงได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดแต่ไม่เคยเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายมาก่อน ดังนั้น ความกลัวที่จะเกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอีกอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่จะควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงด้วย

นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอน การฝึกทักษะ และการฝึกปฏิบัติต่างๆ ตั้งแต่อยู่ที่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วด้วยอาการที่ดีขึ้นใกล้เคียงกับก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจในตนเอง และรับรู้ในความสามารถของตนเอง (self - efficacy) ประกอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่ำและกลุ่มที่เสี่ยงระดับปานกลาง ซึ่งขณะทำกิจกรรมที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือผิดปกติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองสามารถปฏิบัติตนเพื่อดำรงสุขภาพที่ดีได้ การที่ตนเองมีสุขภาพที่ดีได้นั้นส่วนหนึ่งมีผลมาจากตนเอง จึงเกิดความมั่นใจในศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้นในการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เช่น การที่กลุ่มตัวอย่างตั้งใจที่เลิกสูบบุหรี่ เขาสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ โดยไม่ต้องเข้าคลินิกอดบุหรี่

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ ได้รับข้อมูลตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยได้รับตรงประเด็นที่ผู้ป่วยวิตกกังวลอยู่ สร้างความเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับ ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกต่อหนึ่ง นั่นคือ บุคคลจะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใดตามความเชื่อของเขา หรือความเชื่อจะเป็นตัวเสริมกำลังบางอย่างที่เขาทำไปแล้วให้เกิดความคงทนยิ่งขึ้น ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker et al., 1977 อ้างใน มัลลิกา มติโก , 2534 : 83) ได้เสนอว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค และการรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการแสดงการกระทำร่วมเป็นตัวอย่างให้แสดงพฤติกรรมป้องกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นโรคนี้ซ้ำอีกถ้าไม่มีการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค จึงหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรคนี้ซ้ำอีก จำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรง

ของโรคว่า ถ้าผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ จะเพิ่มความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ หรือเพิ่มโอกาสที่จะกลับมาเป็นกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ จะเพิ่มการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค โดยกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่า แนวทางปฏิบัติที่กระทำอยู่นั้นมีประโยชน์สำหรับเขาและจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ กลุ่มตัวอย่างจึงมีพฤติกรรมป้องกันโรค และพฤติกรรมปฏิบัติตามแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดสามารถควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยงได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีความรู้และมีแนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (self - efficacy) ในการดูแลสุขภาพ และมีความเชื่อด้านสุขภาพในพฤติกรรมป้องกันโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดได้ โดยจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงที่ลดลงและสามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงบางอย่างได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า จำนวนปัจจัยเสี่ยงไม่ได้มีผลต่อการลดปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากว่าผู้ป่วยบางรายมีปัจจัยเสี่ยง 5 ชนิด สามารถลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 1 ชนิด ไม่สามารถที่จะลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ แต่การมีปัจจัยเสี่ยงมากชนิดอาจทำให้เกิดความเสียหายและการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดเกิดขึ้นมากยิ่งขึ้นกว่าปกติ เป็นเหตุทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากยิ่งขึ้น (Framingham Heart study (Schaefer, E.J., 1990 : 284)

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง พบว่า ชนิดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถลดและควบคุมได้ดี คือการสูบบุหรี่และการขาดการออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจากว่า

1. การเลิกบุหรี่เป็นเรื่องที่ง่ายไม่ยุ่งยาก เพียงแต่ไม่หยิบบุหรี่มาสูบอีกก็เลิกได้ทันที ไม่ต้องใช้เงิน เวลา อุปกรณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญ ต้องการเพียงแต่จิตใจที่เข้มแข็งเท่านั้น ยกเว้นในรายที่ไม่สามารถเลิกด้วยตนเองได้ อาจต้องใช้กลยุทธ์ช่วยเหลือ โดยเข้าไปโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ก็จะทำให้สำเร็จมากขึ้น นอกจากนี้การกลัวที่จะเสียชีวิต กลัวที่จะเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกอีกอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยไม่หยิบบุหรี่มาสูบอีก หรือการได้รับความรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะเป็นตัวสนับสนุนไม่ให้ผู้ป่วยสูบบุหรี่อีก ซึ่งจากการศึกษาวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ศึกษานั้น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ 7 ราย มี 2 ราย ที่เลิกสูบบุหรี่ก่อนการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 5 ราย เลิกสูบบุหรี่ภายหลัง

จากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยเล็กได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องเข้าร่วมโปรแกรมเลิกลุบลุบล

2. การออกกำลังกาย จากการศึกษาวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ มีผู้ป่วยที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 5 ราย และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยทุกรายมีการบริหารร่างกายและการออกกำลังกาย (จากจำนวนทั้งหมด 10 ราย) ทั้งนี้เนื่องจากจากว่าภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับความรู้ตามหน่วยต่างๆที่ให้ไป อาจทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่า การบริหารร่างกายและการออกกำลังกาย ทำให้สมรรถภาพหัวใจและคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความปลอดภัยในการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายเนื่องจากได้รับความรู้และวิธีการปฏิบัติในการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านผู้ป่วยมีการบริหารร่างกาย มีการออกกำลังกายโดยการเดิน ปั่นจักรยาน วิ่งช้าๆ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาวิจัยของ Hakim AA และคณะ (1999) ที่ได้ทำการศึกษาว่าการเดินมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหรือไม่ ซึ่งมุ่งเป้าไปที่ผู้สูงอายุที่แข็งแรงดีบ่งชี้ว่า ความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดลดลงตามระยะทางที่เดินได้ และช่วยสนับสนุนข้อมูลเดิมที่ว่า รูปแบบชีวิตที่ว่องไวกระฉับกระเฉง (active life style) ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีอายุน้อยและกลุ่มอื่นๆมากมาย จึงชี้ให้เห็นถึงผลดีต่อสุขภาพที่สำคัญเกิดขึ้นได้จากการสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้สูงอายุหมั่นเดิน ซึ่งระยะทางอย่างน้อยที่ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุทั่วไปพยายามเดินออกกำลังกายทุกวัน ควรเป็นระยะทางที่เดินได้ 1.5 ไมล์/วัน (ประมาณ 2.4 กิโลเมตร/วัน) ในประเทศออสเตรเลีย โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบ home daily walking program ซึ่งใช้ระยะทางเป็นหลัก จะเน้นให้ผู้ป่วยโรคหัวใจเดินออกกำลังกายที่บ้านทุกวันอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะเดินได้อย่างน้อย 30 นาที/วัน บางรายอาจนานถึง 40 – 50 นาที/วัน โดยเน้นให้เป็น low intensity exercise เป็นหลัก นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในระยะยาว มีผลยิ่งต่อการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด I-Mee Lee และคณะ (2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายแบบช่วงระยะเวลาสั้นๆรอบๆกันกับการทำกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายแบบนานๆต่อเนื่องกัน เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การทำกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายแบบช่วงสั้นๆสะสมเวลา ได้ผลเท่าเทียมกับการทำกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายแบบต่อเนื่องนานๆครั้งเดียว ดังนั้นควรส่งเสริมประชาชนทั่วไป ให้มีการเดินอย่างสม่ำเสมอทุกวัน หรือมีการออกกำลังกายเป็นช่วงสั้นๆและมีเวลาพักสลับ ที่เรียกว่า interval training หรือถ้ามีการออก

กำลังกายประเภท circuit interval training โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายหนัก เช่น การปวดข้อ ผู้ที่ปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ที่อายุน้อยๆ ก็ควรมีการส่งเสริมเช่นกัน เพื่อเรียนรู้และปลูกฝังแนวอุปนิสัยเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อมีอายุมากขึ้น จึงนับเป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิ (primary prevention) ที่ประหยัดและทำได้ไม่ยากเลย นอกจากนี้การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม มีผลให้การควบคุมน้ำหนัก เบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นไปได้ดียิ่งขึ้น ระดับไขมันในเลือดทั้ง Total cholesterol , Triglyceride, LDL ลดลง ส่วนระดับ HDL เพิ่มขึ้น (Hambrecht R, Neibauer J, Marburger C, et al. ,1993 : 468)

3. การลดระดับน้ำตาลในเลือดและการลดระดับไขมันในเลือด พบว่า การลดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถลดลงได้ดีกว่าการลดระดับไขมันในเลือด ซึ่งสามารถอธิบายจากการศึกษาของ Barnard et al, (1992) ที่ได้ศึกษาถึงบทบาทของการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายและการควบคุมอาหารในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า การบริหารร่างกายและการออกกำลังกายติดต่อกันเป็นระยะเวลาหนึ่งปี จะช่วยเพิ่มการเผาผลาญน้ำตาลและช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และจากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยมีการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายติดต่อกัน 3 สัปดาห์ จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับหนึ่ง Piotr Dylewicz et al. (2000) ได้ศึกษาถึงการเผาผลาญอาหารคาร์โบไฮเดรตและการลดระดับน้ำตาลในเลือดกับการลดระดับไขมันในเลือด ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3 อาทิตย์ พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ในขณะที่การลดลงของระดับไขมันในระยะ 3 อาทิตย์นั้น ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งค่า LDL, HDL, และ triglyceride แต่ค่า Total cholesterol มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ซึ่งผลของการวิจัยของทั้ง 2 ท่านสอดคล้องกับการวิจัยของผู้วิจัยที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปแล้วมีการบริหารร่างกายและการออกกำลังกายทุกคน ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดดังงานวิจัยของทั้ง 2 งานวิจัยที่ได้กล่าวไปแล้ว และระดับไขมันในเลือดไม่มีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของ Yoshida T. and coworkers (1999) และ Hamalainen (2000) พบว่า การลดลงของระดับไขมันในเลือดภายหลังจากผู้ป่วยมีการควบคุมระดับไขมัน ทั้งวิธีการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยาลดไขมันในเลือดในเลือด พบว่า จะมีการเปลี่ยนของระดับไขมันในระดับที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้นั้น จะใช้เวลานานถึง 6 เดือน ($p < 0.001$) ซึ่งสามารถอธิบายผลการวิจัยของผู้วิจัยได้ว่าการเก็บข้อมูลในระยะ 4 – 6 สัปดาห์ของผู้วิจัยจะไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดของผู้ป่วย

4. ความอ้วนนั้น พบว่า ความอ้วนส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับการนั่ง-นอนอยู่กับที่ไม่ใช้แรงงาน ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง (อมรรตน์ โพธิ์พรรค, 2540 : 2) การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการลดน้ำหนัก ช่วยลดความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด (Grimm, R.H, 1996 : 1549) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการทำกิจกรรมทางกายมากขึ้น แต่ในเรื่องของไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงยังไม่มีเปลี่ยนแปลง อาจมีผลให้ปัจจัยเสี่ยงด้านความอ้วนไม่เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย นอกจากนี้ภาวะไขมันในเลือดสูงมีความเกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง (Cbbe, S.M, 1998 : 887) การรับประทานอาหารไขมันต่ำ ผลไม้ และผัก ในระยะติดต่อกัน 8 สัปดาห์ จะช่วยลดความดันโลหิตลง (Appel LJ, 1997) ยาที่ใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เช่น Thazide, Diuretic, and B-blocker มีผลในทางตรงข้ามต่อระดับไขมันในเลือด (Kasiske, B.L, 1995 : 133)

5. การจัดการกับความเครียด ผู้ป่วยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแล้ว มีความวิตกกังวลและความเครียดต่าง ๆ ลดลง แสดงว่า การให้ข้อมูลตามข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การได้รับความรู้ คำแนะนำ โดยให้ตรงประเด็นที่ผู้ป่วยวิตกกังวลอยู่จะลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ จีราวรรณ ทองสุโชติ, (2535) ที่ศึกษาถึงผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่ โดยใช้เทปโทรทัศน์ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจและได้รับความรู้ก่อนก่อนที่จะทำการสอดใส่แร่ สามารถลดความวิตกกังวลได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัยครั้งนี้

จากการวิจัย พบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องมากขึ้น แต่ถ้าจะให้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีขึ้น ควรมีการจัดกิจกรรมดังนี้

1. ในด้านการเรียนการสอน ควรมีการสอนทั้งผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ อาจไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ และผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลไม่นาน แต่ต้องได้รับความรู้มากมาย อาจจดจำได้ไม่หมด ความสามารถในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ น้อย ดังนั้นถ้ามีญาติเรียนรู้ไปพร้อมกับผู้ป่วยด้วย จะช่วยในการเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมากขึ้น จากการวิจัย พบว่า มีกิจกรรมหลายอย่างที่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านแล้วต้องอาศัยความช่วยเหลือจากญาติ เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย การดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ถ้าญาติไม่ทราบสิ่งเหล่านี้มาก่อน อาจมีการเตรียมอาหารที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้

2. จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินผลจากการถามผู้ป่วย ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่ไม่เป็นจริงก็ได้ ดังนั้นควรมีการสอบถามญาติด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จริงมากขึ้น นอกจากนี้การจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน จะช่วยในการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านแล้ว ยังทราบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ช่วยผู้ป่วยและญาติในการปรับตัวกับสภาพของผู้ป่วย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการทบทวนความรู้ในสิ่งที่บ้านและญาติได้รับขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

3. จากการวิจัยพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยอยากกลับบ้าน ทำให้ผู้วิจัยต้องเร่งรัดการสอนให้เสร็จในช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทั้งนี้เนื่องจากว่าผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้หรือไม่ แต่การเร่งรัดผู้ป่วยในการสอนอาจไม่เกิดผลดีต่อผู้ป่วยก็ได้ ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัญหาตรงจุดนี้ แต่ในการพัฒนาโปรแกรมต่อไป อาจต้องมีการประเมินความรู้ผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินผู้ป่วยว่ามีความรู้และทักษะในเรื่องใดมาแล้วบ้าง จะได้จัดการสอนเฉพาะเรื่องที่ผู้ป่วยไม่ทราบมาก่อน ซึ่งอาจช่วยลดปัญหาการเร่งรัดผู้เรียนให้เรียนจนครบทุกหน่วย

4. จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความวิตกกังวล ความกลัว และเครียดมาก แต่การจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายภาวะดังกล่าวยังมีน้อย ควรจะเพิ่มกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด เพื่อให้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความสมบูรณ์ครบทุกด้าน

5. จากการศึกษา พบว่า ยังมีปัจจัยด้านไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ความอ้วน ที่จะต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้ จึงควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วยต่อไป โดยอาจเก็บเป็นระยะๆ คือ ระยะ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี และระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เอื้อต่อการลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยง นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 2 เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ศึกษาปัญหาที่ผู้ป่วยอาจพบในระหว่างที่ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค และเป็นตัวกระตุ้นหรือสนับสนุนให้ผู้ป่วยคงอยู่ซึ่งพฤติกรรมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี

6. การปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ควรมีการประชุมปรึกษาหารือกันในทีมที่ทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน และแนวคิดใหม่ๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

7. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นเพียงเครื่องมือในการทำงานเท่านั้น การจะนำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไปใช้กับผู้ป่วย จะได้ผลดีหรือไม่ขึ้นกับผู้นำไปใช้ ถ้าผู้นำไปใช้สามารถสื่อสิ่งต่างๆ ให้กับผู้ป่วยได้ดี ก็เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยได้มาก แต่ถ้าผู้นำไป

ใช้ไม่สามารถสื่อสิ่งต่างๆให้กับผู้ป่วยได้ดีแล้ว โปรแกรมที่ดีจะกลายเป็นโปรแกรมที่ไม่ดีได้ นอก
จากนี้ผู้ที่นำไปใช้ต้องมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ มีมิตรไมตรีที่ดี มีความเต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยจริงๆ
ไม่ใช่ปฏิบัติไปตามหน้าที่เท่านั้น หรือมีการเลือกปฏิบัติ คือดูแลเอาใจใส่เฉพาะผู้ที่มีฐานะทาง
เศรษฐกิจดีเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลของปัจจัยบุคคล สิ่งแวดล้อมด้านต่างๆ เช่น สมาชิกในครอบครัว
ชุมชน สภาพที่อยู่อาศัย เป็นต้น ที่มีผลในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ศึกษาการพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด
เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน
3. ศึกษาหาสาเหตุที่มีผลต่อการที่ผู้ป่วยอยากสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ
หัวใจก่อนกำหนด
4. ศึกษาพฤติกรรม的自我ดูแลสุขภาพเพื่อลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคระหว่าง
กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจ