

ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการ
มองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

นางวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิเพชร ร.น

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SELF – MANAGEMENT, HEALTH
VALUE, SENSE OF COHERENCE AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN
PATIENTS WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

LIEUTENANT COMMANDER. NITTAYA RITPETCH RTN.

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
โดย	นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิ์เพชร
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอก หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

นิตินา ฤทธิ์เพชร: ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SELF – MANAGEMENT, HEALTH VALUE, SENSE OF COHERENCE AND HEALTH -RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION)

อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร.ชนกพร จิตปัญญา,อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ.ดร.จรรยา นิมหลวง, 184 หน้า

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้ แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะบุรินทร์ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 126 คน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกลุ่มอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .89, .81, .72, .83 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

- 1.คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 562.87$, $SD = 152.27$)
- 2.กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.65, -.31$) ตามลำดับ
3. ความค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$, และ $.47$)

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2554

ลายมือชื่อผู้นิสิต.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....

5377575036: MAJOR NURSING SCIENNCE

KEYWORDS : HEALTH -RELATED QUALITY OF LIFE / SYMPTOM CLUSTERS / SELF –
MANAGEMENT / HEALTH VALUE / SENSE OF COHERENCE / PATIENTS WITH
PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

NITTAYA RITPETCH: RELATIONSHIPS BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS, SELF –
MANAGEMENT, HEALTH VALUE, SENSE OF COHERENCE AND HEALTH - RELATED
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION.

ADVISOR : ASST.PROF. CHAKOKPORN JITPANYA, Ph.D., CO-ADVISOR : JANAYA
CHIMLUANG, Ph.D., pp 184.

The purpose of this research was to investigate the relationships among symptom clusters, self- management, health value, sense of coherence, and health related quality of life in patients coronary artery disease patients with percutaneous coronary intervention. The theoretical framework was based on Health-Related Quality of Life Conceptual Model of Wilson & Cleary (1995). One hundred and twenty – six coronary artery disease patients with percutaneous coronary intervention were recruited by using a multi-stage sampling technique from Out-Patients Departments of Somdejprapinklao Hospital, Police General Hospital, and Faculty of Medicine Vajira Hospital. The instruments used for data collection were the demographic data form, symptom cluster questionnaire, self-management questionnaire, health value questionnaire, sence of choherence questionnaire, and SF-36. These instruments were tested for their content validity by a panel of experts. Internal consistency reliability for each questionnaire tested by Cronbach' s alpha were .89, .81, .72, .83, and .93 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson' s product-moment correlation.

Major findings were as follows:

1. Patients with percutaneous coronary intervention had good level of health related quality of life (\bar{x} =562.87, SD = 152.27).
2. Symptom cluster, and self- management were negatively significant correlated to health related quality of life ($r = -.65, -.31, p < .01$).
3. Health value, and sense of coherence were positively significant correlated to health related quality of life ($r = .25, .47, p < .01$).

Field of Study : Nursing Science..... Student's Signature

Academic Year : 2011..... Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์.ดร. จรรยา ฉิมหลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุวีพร ธนศิลป์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณ คุณฉวีวรรณ ยี่สกุล ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือ และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัย ด้วยความรัก ความห่วงใย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันต่างๆ ทุกท่านที่ได้สละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย รวมทั้งกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาล ตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

กราบขอบพระคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่สนับสนุนทุนและเวลาเพื่อการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อุดหนุนทุนในการทำวิจัยสำหรับนักวิจัยรุ่นเยาว์ ขอขอบคุณพี่ๆ รวมรุ่น และเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความช่วยเหลือและกำลังใจที่มีให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อคุณแม่ ผู้ให้กำเนิดเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและสนับสนุนการศึกษาด้วยความรักความห่วงใย ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจและให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้เอ่ยนามซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.....	15
บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันการตีบซ้ำ.....	29
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	32
แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	34
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	41
กลุ่มอาการ.....	41
แนวคิดการจัดการตนเอง.....	50
ค่านิยมด้านสุขภาพ.....	54
ความเข้มแข็งในการมองโลก.....	58
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	63

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย	69
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	74
การรวบรวมข้อมูล.....	87
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	88
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	90
5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล	
สรุปผลการวิจัย.....	112
การอภิปรายผลการวิจัย.....	113
รายการอ้างอิง.....	122
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	139
ภาคผนวก ข จดหมายเวียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขอความ ร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	141
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	149
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	154
ภาคผนวก จ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลและบททวณงานวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	167
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	184

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ / การได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย.....	72
2	จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม โรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของขดลวดโครงตาข่าย จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การเกิดการอุดตันซ้ำ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือด.....	91
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	95
4	จำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครประเมินตนเอง เทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา.....	96
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	97
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (2 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	97
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (3 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	98

ตารางที่		หน้า
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (4 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	99
9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (5 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	100
10	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มอาการ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร รายข้อและโดยรวม.....	101
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการจัดการกับอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	102
12	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความมั่นใจในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	103
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	104
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน รายด้านและโดยรวม.....	105
15	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร รายด้านและโดยรวม.....	107
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	108

ตารางที่		หน้า
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการจัดการตนเอง จำแนกตามด้านการจัดการกับอาการ ด้านความมั่นใจในการจัดการกับอาการ ด้านการจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	109
18	ผลตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินกลุ่มอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก.....	164
19	ผลตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการจัดการตนเอง และค่านิยมด้านสุขภาพ.....	165
20	ผลตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน SF-36.....	166
21	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 2 อาการ.....	168
22	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 3 อาการ.....	169
23	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 4 อาการ.....	170
24	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 5 อาการ.....	171
25	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 6 อาการ.....	173
26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 7 อาการ.....	174
27	จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 8 อาการ.....	174
28	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มอาการจำแนกตาม ความถี่ ระดับความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	175

ตารางที่	หน้า	
29	จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร.....	176
30	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ.....	177
31	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยด้านตัวแปรอิสระจำแนกตามปัจจัยที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ.....	178
32	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย แบ่งตามตัวแปรตามที่ศึกษา.....	179
33	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตาม ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต แนวคิดในการสร้างเครื่องมือ.....	180
34	จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัยที่ศึกษา.....	181

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงลักษณะของการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ.....	23
2	แสดงลักษณะของ coronary artery stent.....	24
3	แสดงลักษณะ Rotablator และการทำ Rotablator Atherectomy.....	26
4	การทำ Intravascular ultrasound หลอดเลือด.....	27
5	การทำ Angiojet Thrombectomy ในหลอดเลือด.....	27
6	กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson and Cleary.....	36
7	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	68
8	แผนภูมิภาพแสดงกรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคหัวใจ.....	183

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease, CAD) เป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทยพบรองจากโรคมะเร็งและการเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุ และพบว่าโรคหัวใจเป็น 1 ใน 5 ของโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ซึ่งอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติปี 2548-2552 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 28.2 28.4 29.3 29.8 และ 28.96 ตามลำดับ (สำนักรับนโยบาย และยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมัน (atheromatous plaque rupture) ร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม คลื่นไส้อาเจียน

ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้พัฒนาก้าวหน้าไปมาก ซึ่งหลักสำคัญในการรักษาเพื่อต้องการให้เลือดแดงซึ่งมีออกซิเจนจำนวนมากไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (Revascularization) ส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว (เศวต นนทกานันท์ และ ชวร ชาวไพศาล, 2540) ในต่างประเทศพบว่ามี การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) มาตั้งแต่ปี 1978 มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานจาก the American Heart Association ปี 2010 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดประมาณ 1,500,000 รายต่อปี (Lloyd, 2010) สำหรับในประเทศไทยมีการนำการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านสายสวนหรือการขยายหลอดเลือด มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมาและได้มีการพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันการรักษาโดยวิธีดังกล่าวได้มีการปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI มากขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2550 -2553 เท่ากับ 10,641, 13,295, 15,297, 15,584 คน ตามลำดับ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2554)

การรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการรักษาอาการเจ็บหน้าอกที่ดีที่สุด ให้ผลการรักษาสูงถึงร้อยละ 90-95 (McKenna et al., 1995) หลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดทำให้หายจากอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยใช้เวลาในการพักฟื้นระยะสั้นๆ สามารถลุกเดิน ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ภายในเวลา 6-8 ชั่วโมงสามารถกลับไปทำงานได้เร็วกว่า

การรักษาด้วยวิธีอื่น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจฟื้นคืนสภาพได้เร็ว (เสาวนีย์ เนาวพานิช, 2552)

แม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยหลายอย่าง แต่ก็มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำ (Restenosis or Stent Thrombosis) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจจะกลับมาตีบซ้ำภายใน 6 เดือน (Konstantina, 2009) ส่งผลให้มีอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction, MI) สูงถึงร้อยละ 60 เสียชีวิตที่ 30 วัน หลังใส่ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 6.7 เสียชีวิตที่ 6 เดือนหลังการใส่ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 8.9 – 30 (Cutlip, 2001; Kuchulakonti, 2006) และพบว่าประมาณร้อยละ 30 เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากโรคหัวใจและหลอดเลือด (Wenaweser, 2005) เมื่อติดตามไปในระยะ Late Stent Thrombosis (30 days – 1 year stent implantation) พบว่า ผู้ป่วยเกิดภาวะ late drug-eluting stents thrombosis ส่งผลให้มีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 ในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการตีบซ้ำเกิดขึ้นมากที่สุดภายใน 0-1 ปีแรกหลังได้รับการขยายหลอดเลือด (พัชนิภรณ์ อึ้งรัตนชัย, 2550) เมื่อเกิดการตีบซ้ำผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับอาการของโรค คือ อาการจุกแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง มีข้อจำกัดและอุปสรรคในการทำกิจกรรม เกิดความไม่แน่ใจในผลการรักษา วิตกกังวล กลัว อาการหัวใจกำเริบก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดและซึมเศร้าตามมา (Damen, 2011; Ruo, 2011) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดหัวใจตีบยังเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หายขาด ผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงไม่ควรมุ่งเพียงแต่เพื่อรักษาอาการ ลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Ferrans, 2005)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อผลกระทบของโรคด้านร่างกายและด้านจิตใจถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ (Jones, 1998) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย สุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (Ware, 1991) จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ (ขวัญใจ แจ่มสร้อย, 2548; Wong, 2007) เช่น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย เมื่ออาการกำเริบจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (Krethong, 2007; ศรีรัตน ศรีประสงค์, 2552; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552) รู้สึกว่าสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกทางเพศไม่ดีขึ้น

(อำพร มิ่งขวัญ, 2547) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองเป็นความเครียด เนื่องจากผลกระทบด้านอารมณ์เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต (Stewart et al., 2000) และเมื่ออาการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบก้ำเรื้อรังจะส่งผลให้เกิด ความวิตกกังวล ความกลัว นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Damen, 2011; Ruo, 2011) ด้านปฏิสัมพันธ์กับสังคมทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม รวมถึงการทำงานหรืออาชีพของผู้ป่วยเอง เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลทำให้อาการกำเริบได้ (Webster, Thompson, & Davidson, 2003) ทำให้ผู้ป่วยรับรู้หรือประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองว่าไม่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีดังต่อไปนี้

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ผู้ป่วยต้องประสบจากภาวะของตัวโรคเองหรืออาการข้างเคียงจากการรักษา อาการเหล่านี้มักไม่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่จะเกิดอาการหลายๆ อาการในช่วงเวลาเดียวกัน และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการมีผลกระทบซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่าอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เป็นอาการที่พบมากที่สุด ร้อยละ 90.7 ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และพบร่วมกับอาการอื่นร้อยละ 82.0 โดยพบร่วมกับอาการหายใจเหนื่อยมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ อาการหน้ามือเป็นลม ร้อยละ 30.7 อาการอ่อนเพลียร้อยละ 29.3 และอาการใจสั่นร้อยละ 9.3 และจากการศึกษาของ จีราวรรณเดชอดิษฐ์ (2548) ศึกษาในกลุ่มอาการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่ากลุ่มอาการเด่นที่พบมากที่สุด 3 อาการ พบร้อยละ 35.20 คืออาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ และเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ร้อยละ 18.18 กลุ่มอาการเด่นตรงกัน 2 อาการพบร้อยละ 57.6 มี 18 กลุ่มอาการ โดยกลุ่มอาการที่พบมากที่สุดคืออาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ ร้อยละ 19.45 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีผลกระทบซึ่งกันและกันและมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้สุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง มาศอุบล วงศ์พรหมชัย(2548)พบว่าจำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ อาการหลายๆ อาการเกิดขึ้นพร้อมกันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรุนแรงของโรคว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Bengtsson, 2001; ธิวสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551) กลุ่มอาการและระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการ ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้และสังคมได้

ตามปกติ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายถูกทอดทิ้ง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า (ณัฐริฐิตา เพชรประไพ, 2541) จากการศึกษาของ Bapat et al., (2005) พบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการหลังจากการผ่าตัดหัวใจ จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง และพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการและความรุนแรงของกลุ่มอาการมากเท่าไรยิ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง(พวงผกา กรีทอง, 2550)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังขยายหลอดเลือด โดยเฉพาะการใส่ขดลวดโครงตาข่าย ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายๆ ประการเพื่อควบคุมภาวะของโรคและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในการรับประทานยา การได้รับความรู้ การได้รับคำแนะนำ การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย เป็นต้น (ณัฐริกา ไสไลและคณะ, 2551; จันทร์ทิรา เจริญชัย และคณะ 2552) ผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า (Durmaz et al., 2009) ดังนั้นผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าสามารถดูแลตนเอง จัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ (ธิวาสา ลีวัธนะและคณะ, 2551) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรืออาจกล่าวได้ว่าการจัดการตนเองตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต (จอม สุวรรณานัน และคณะ, 2551;ธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551; McGillion et al., 2008) และพบ ว่าการได้รับการฝึกในการจัดการตนเองจะช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย (McGillion et al., 2008)

ค่านิยมด้านสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากค่านิยมทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง แล้วนำมาเป็นตัวกำหนดหรือตัวผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพออกมาในทางใดทางหนึ่ง (ประภา เพ็ญสุวรรณ, 2534) เพราะฉะนั้นถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีค่านิยมด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง จะนำมาซึ่งพฤติกรรมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา อันได้แก่ การรับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกำเริบ การหยุดรับประทานยาเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่ออาการดีขึ้น ซึ่งเป็นความเชื่อหรือค่านิยมที่ผิดๆ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถ้าเห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดีปราศจากภาวะแทรกซ้อน ย่อมจะเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและ จิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพย่อมมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบว่าค่านิยมด้าน

ชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Fegg et al. (2005) พบว่าค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

นอกจากกลุ่มอาการและการจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพที่ไม่ดีก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้นแล้ว ความเข้มแข็งในการมองโลกก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกจะเป็นตัวช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง แต่ผลกระทบที่ได้รับจากพยาธิสภาพของโรค นำไปสู่การเสียชีวิตได้ นอกจากนี้วิธีการรักษาโดยการเข้ายาร่วมกับการทำหัตถการ (PCI) และการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ตลอดจนความไม่แน่นอนของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ความทุกข์ทรมานทางกายและทางจิตใจเหล่านี้ก็ยังคงปรากฏให้เห็นได้ (Webster and Christman, 1988 อ้างถึงใน จันทนา เตชะศฤห, 2540) ซึ่งการที่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีผลทางลบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนี้อาจทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยลดลงได้ (Antonovsky, 1987) นั่นหมายถึงความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย Kattainen et al., (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับแย่มากหรือในระดับปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจมีหลายปัจจัยสามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการทำงานที่ (ภัทรพร มูลแจ่ม, 2552) งานวิจัยในอดีตส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลในประเด็น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่แตกต่างกันทำให้มีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของบุคคลที่ต่างกัน (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; เรณา พงษ์เรืองพันธุ์, 2538; ชัตติยา ชั้นประดับ, 2539; ณัฐริชิตา เพชรประไพ, 2541; มนสิน แยมสกุล, 2542; ขวัญใจ แจ่มสร้อย, 2548; ปรานี ทองใส, 2548) ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ (นันทนา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2541; ธิวาส ลีวัธนะ และคณะ, 2551; วาสนา อุปสาร, 2551) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการผ่าตัด/หลังผ่าตัด ประเภทของโรคหัวใจ (ปรานี ทองใส, 2548) ความรุนแรงของโรค อาการและอาการแสดง (มนสิน แยมสกุล, 2542; Krethong, 2007) และการเกิดภาวะแทรกซ้อน (ณัฐริชิตา เพชรประไพ, 2541; จิราพร ศรีทน, 2546) ส่วนปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจนั้นพบว่ามีหลายปัจจัย อาทิ เช่น ความรู้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Krethong, 2007; นิตยา ศรีสุข, 2551) ความหวัง (จันทนา เตชะคฤห, 2540) ภาวะในการดูแลตนเอง (ปริศนา อุตถาผล, 2543) ทักษะติดต่อโรค (ประภา รัตนเมธานนท์, 2532) การสนับสนุนทางสังคม ((ประภา รัตนเมธานนท์, 2532; ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; นันทนา เล็กสวัสดิ์และคณะ, 2541; Krethong, 2007; ปราณี ทองใส, 2548; นิตยา ศรีสุข, 2551) และอัตมโนทัศน์ (เรณา พงษ์เรืองพันธุ์, 2538; ชรัสนิกุล ยิ้มบุญณะ, 2533) ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่ เช่น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; จิราพร ศรีทน, 2546) และความสามารถในการดูแลตนเอง (จันทร์จิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, 2539; ธิวสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551) เป็นต้น

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอีกหลายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่พบว่ายังมีการนำมาศึกษาน้อยมากโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การกำหนดตัวแปรมากรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้โดยตรงและอย่างอิสระ เช่น ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นลักษณะเฉพาะด้านความเชื่อ การรู้คิด ทักษะที่มีอิทธิพลต่อบุคคลที่จะเลือกรูปแบบในการปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล (Ferrans et al., 2005) เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านความรู้คิดและด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่นำไปสู่การแก้ปัญหาเพื่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร

2. กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) โดยนำกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Wilson & Cleary (1995) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่ง Wilson & Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรคและการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โดยตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental characteristic) หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Ferran et al., 2005) 3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึง การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง ค้ำจุนให้สิ่งมีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึง การรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยต่างมาจากกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ร่วมกับจากการทบทวนในอดีตมีการศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยที่ปัจจัยดังกล่าวพยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง ปัจจัยคัดสรรที่นำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะบุคคล คือ ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยด้านอาการแสดง คือ กลุ่มอาการ และปัจจัยด้านการจัดการตนเองเป็น

ปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งผู้วิจัยมองว่ามีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตมากเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนปัจจัยที่เหลือตามกรอบแนวคิดของ Wilson and Cleary (1995) คือปัจจัยการทำหน้าที่ของชีววิทยา พบว่าเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจซึ่งต้องอาศัยการรักษาเป็นหลัก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย เช่น เพื่อน ครอบครัว เป็นต้น ผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกมาศึกษาเนื่องจากพบว่าไม่ได้แก้ปัญหาโดยใช้ศักยภาพของตัวผู้ป่วยเองเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ (20-59 ปี) ที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมการทำงานที่ และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป พบว่ามีความซ้ำซ้อนกับข้อคำถามในแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยใช้ ปัจจัยเหล่านี้ผู้วิจัยจึงไม่นำมาศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยดังนี้

กลุ่มอาการ เมื่อเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยจะมีอาการอาการและอาการแสดงหลายอย่างด้วยกัน อาการที่พบบ่อย เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก เหงื่อแตก ใจสั่น อาการเหนื่อยล้า เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้พบว่ามักเกิดร่วมกัน จรรยาพร (2548) พบว่าอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 90.7 ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และพบร่วมกับอาการอื่นร้อยละ 82.0 และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการมีผลกระทบซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของ ปฏิญญา สงวนพงษ์ (2552) พบว่ากลุ่มอาการเด่นที่สุดของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อยหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม จีราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) ศึกษาในกลุ่มอาการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่ากลุ่มอาการที่เด่นที่พบบ่อยที่สุด 3 อาการ พบร้อยละ 35.20 คืออาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ และวิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ร้อยละ 18.18 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้สุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง ส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ของร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Bengtsson, 2001) มาศอุบล วงศ์พรหมชัย (2548) พบว่าจำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ จากการศึกษาของ Bapat et al., (2005) พบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการหลังจากการผ่าตัดหัวใจ จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง และพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการและความรุนแรงของกลุ่มอาการมากเท่าไรยิ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง(พวงผกา กวีทอง, 2550)

การจัดการตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วย และหากมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็ต้องมีการจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้าน เป็นปกติ เพื่อให้ความเจ็บป่วย และผลกระทบจากภาวะสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และ สังคม เกิดผลกระทบต่อตนเองน้อยที่สุด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยาย หลอดเลือด ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายๆ ประการเพื่อควบคุมภาวะของโรค ดังนั้นผู้ป่วยจะ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าสามารถดูแลตนเองและจัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ อย่างสมบูรณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่าการจัดการตนเองตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต (ชุตินทร เรียนแพง, 2548; จอม สุวรรณานัน และคณะ, 2551; ธิวาส สิววัณนะ และคณะ, 2551; McGillion et al., 2008)

ค่านิยมด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลที่เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมี สุขภาพที่ดี ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532) กล่าวว่า ค่านิยมเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออก ของพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงก็ย่อมจะ เป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่าค่านิยมต่อชีวิต และสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผู้ป่วยที่มี ค่านิยมต่อตนเองสูงจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ค่านิยมต่อตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต (Fegg et al., 2005)

ความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดความ ผาสุกในชีวิตหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคล ช่วยให้ผู้สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลนั้น สามารถประเมินเหตุการณ์หรือที่คุกคามว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย สามารถเข้าใจ อธิบายเหตุผลและ คาดการณ์ล่วงหน้าได้ สามารถควบคุมหรือจัดการแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้บุคคลดำรงชีวิตด้วยความ ผาสุก (Antonovsky, 1987) จากการศึกษาของ Kattainen et al., (2006) พบว่าผู้ป่วยที่ ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มี ความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับแย่มากหรือในระดับปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่า ผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับสูง

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดดังกล่าวจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
4. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ศึกษา คือผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มอาการ หมายถึง ประสบการณ์การเกิดอาการของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปซึ่งประกอบไปด้วย อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/ หายใจขัด/ หายใจถี่ๆ ไม่ได้/ หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/ กราม จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/ อาเจียน เวียนศีรษะ/ ตาลาย/ หน้ามืด/ เป็นลม อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/ เครียด ซึ่งแต่ละอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือต่างสาเหตุกัน โดยแต่ละอาการจะมี 3 มิติ ได้แก่ ด้านความรุนแรง ด้านเวลา และด้านความทุกข์ทรมาน

1. มิติด้านความรุนแรง (Intensity) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต่ระดับความรุนแรง (Severity) ของอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/ หายใจขัด/ หายใจถี่ๆ ไม่ได้/ หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ ปวดร้าวไปที่กราม ปวดร้าวไปที่ลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/ อาเจียน และเวียนศีรษะ/ ตาลาย/ หน้ามืด/ เป็นลม อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/ เครียด

2. มิติด้านเวลา (Timing) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต่ระดับความถี่ (Frequency) ของอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/ หายใจขัด/ หายใจถี่ๆ ไม่ได้/ หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ ปวดร้าวไปที่กราม ปวดร้าวไปที่ลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/ อาเจียน และเวียนศีรษะ/ ตาลาย/ หน้ามืด/ เป็นลม อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/ เครียด

3. มิติด้านความทุกข์ทรมาน (Distress) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต่ระดับการถูกรบกวน (Interference) การทำกิจกรรมด้านร่างกาย และรบกวนความสุขในชีวิตจาก อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/ หายใจขัด/ หายใจถี่ๆ ไม่ได้/ หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ ปวดร้าวไปที่กราม ปวดร้าวไปที่ลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/ อาเจียน และเวียนศีรษะ/ ตาลาย/ หน้ามืด/ เป็นลม อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/ เครียด

ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินกลุ่มอาการที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับที่แปลเป็นไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2550)

การจัดการตนเอง หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกระทำกับตนเองเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ การจัดการตนเองเพื่อจัดการกับอาการ ความมั่นใจในการจัดการตนเอง และการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ

- การจัดการตนเองเพื่อจัดการกับอาการ หมายถึง วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ นำมาใช้เพื่อบรรเทาอาการขณะมีอาการเจ็บหน้าอก

- ความมั่นใจในการจัดการตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อการประเมินความผิดปกติที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ วิธีการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการ และผลการปฏิบัติในการบรรเทาอาการ

- การจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและป้องกันการตีบซ้ำ

ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของ นววิวรรณ ยี่สุน (2553)

ค่านิยมด้านสุขภาพ หมายถึง การให้คุณค่าหรือให้ความสำคัญต่อสิ่งต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โดยพิจารณาแล้วว่าสิ่งนั้นมีค่ามีความสำคัญต่อสุขภาพ และยึดเป็นหลักปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองและป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจหลังการขยายหลอดเลือด ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของประภา เพ็ญสุวรรณ (2534) เกี่ยวกับค่านิยมที่บุคคลมีต่อสุขภาพอนามัยและจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดที่มีต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งที่ทำทายน่ายินดี ไม่ยุ่งยากซับซ้อนสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าตนเองจะตอบสนองความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้านั้นได้ เห็นสิ่งเร้าเป็นสิ่งที่ทำทายน่ายินดี และคุ้มค่าที่จะใช้กำลังและสติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ประเมินได้จากแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987) แปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2532)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดย

- ด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยของร่างกาย

- ด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อสุขภาพจิต

- ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อ บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ และบทบาททางสังคม

- ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดถึงผลกระทบจากความเจ็บป่วยต่อ การรับรู้ต่อสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง

ซึ่งประเมินได้จากดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short – Form-36- Health Survey (SF-36) ฉบับแปลเป็นไทยโดย วัชรวิ เลอমানกุล (2546)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด หมายถึง ผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและชายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจตั้งแต่ 1 เส้นขึ้นไปและต้องได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและ/หรือการใส่ขดลวด การตัดสิ่งอุดตัน การใช้เลเซอร์ผ่านกล้ามเนื้อหัวใจที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน- 5 ปี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่นำมาศึกษา ได้แก่ กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มาพัฒนาใช้เป็นแนวทางในการประเมิน วางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้พัฒนาไปสู่การวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
 - 1.1 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
 - 1.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันการตีบซ้ำ
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
 - 3.1 กลุ่มอาการ
 - 3.2 การจัดการตนเอง
 - 3.3 ค่านิยมด้านสุขภาพ
 - 3.4 ความเข้มแข็งในการมองโลก
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการรักษาโดยการขยายหลอดเลือด

1.1 พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นความผิดปกติของหัวใจชนิดเฉียบพลันหรือชนิดเรื้อรัง เนื่องจากเกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลงหรือมีการอุดตัน จนเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ เกิดภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงหรือภาวะที่มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอกับความต้องการ (imbalance of myocardial supply and demand) ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารที่กล้ามเนื้อหัวใจต้องการใช้ลดลง มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (angina pectoris) และอาจรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายได้ (ฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2548; Martinez and House Fancher, 2000)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 80-90 เกิดจากการแข็งตัวและตีบแคบของหลอดเลือดไปเลี้ยงที่กล้ามเนื้อหัวใจ (Coronary atherosclerosis) โดยเกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวและหนาขึ้น (atherosclerosis) ขบวนการเกิดเริ่มต้นจากรอยไขมัน (fatty streak) ซึ่งลอยอยู่ในกระแสเลือดมาเกาะจับที่ผนังด้านในของหลอดเลือด (intima layer) ทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ที่บุผนังหลอดเลือดด้านใน เรียกว่า endothelial cell (endothelial injury) เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นจะทำให้ไขมันในหลอดเลือดที่เรียกว่า LDL (low density lipoprotein) ผ่านเข้าไปสะสมใน extracellular subendothelial space และถูก oxidized เป็น oxidized LDL ซึ่ง oxidized LDL นี้เป็นตัวอันตรายต่อเซลล์บุผนังหลอดเลือด โดยจะสร้างสารเคมีที่มีฤทธิ์ดึงเม็ดเลือดขาว monocyte ตามเข้าไปในผนังหลอดเลือดกลายเป็นเซลล์ที่เรียกว่า macrophage คอยจับกินไขมันแล้วกลายเป็น foam cell เห็นเป็นก้อนไขมันสีเหลือง (fibrous plaque) ที่ผนังหลอดเลือดแดง เมื่อการหนาตัวของ plaque มากขึ้นจะยื่นเข้าไปในช่องว่างของหลอดเลือดหัวใจ (lumen) ทำให้การไหลเวียนของเลือดถูกขัดขวาง หัวใจจะทำงานหนักมากขึ้นเพื่อดันให้เลือดเคลื่อนผ่านบริเวณที่ตีบแคบไปได้ ทำให้เกิด rupture plaque ได้ เมื่อก้อนไขมัน (plaque) มีการแตกออก collagen ที่เป็นส่วนประกอบของผนังหลอดเลือดจะกระตุ้นให้เกร็ดเลือด (platelet) มาเกาะ (platelet adhesion) เพื่อซ่อมแซมและรวมกลุ่ม (platelet aggregation) เกิดเป็น clot ที่มีสีขาวเรียกว่า white clot นอกจากนี้สารเคมี tissue factor จะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ ของการแข็งตัวของเลือด (coagulation factor) มารวมตัวกลายเป็นลิ่มเลือดที่มีสีแดง เรียกว่า red clot หรือ thrombus มีผลทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลันได้หรือเกิดการสะสมพอกพูนเรื่อยๆ จนรูภายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตันได้

นอกจากนี้ยังพบว่า การตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีอาจมีสาเหตุจากการหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary spasm) ซึ่งพบได้ทั้งในหลอดเลือดที่ปกติและหลอดเลือดที่มีพยาธิสภาพของการแข็งตัวอยู่แล้ว (กำธร ธรรมประเสริฐ, 2543; ฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2548) เมื่อมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 70-80 ของพื้นที่หน้าตัดของหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด ถ้าไม่มีเลือดมาเลี้ยงอย่างต่อเนื่องประมาณ 4-6 ชั่วโมง (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2546; Martinez, 2004) มีส่วนน้อยที่เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การหดเกร็งของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary spasm) การอักเสบของหลอดเลือดแดง (vacuities) มีสิ่งอุดตันในหลอดเลือด (Coronary embolism) และกระบวนการผิดปกติในกระบวนการเมตาโบลิซึม (metabolism) ของไขมัน เป็นต้น (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

1.2.1 กลุ่มอาการทางเมตาบอลิก (Metabolic Syndrome)

Metabolic Syndrome คือ กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบร่วมกันได้บ่อย ความผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล ตลอดจนปัจจัยที่เป็น prothrombotic และ proinflammatory ผู้ที่เป็น metabolic syndrome จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุของ metabolic syndrome ในปัจจุบันเชื่อว่าเป็นผลจากโรคอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน

เกณฑ์ของ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) -2005 ในการวินิจฉัย metabolic syndrome จะต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อใน 5 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่

1. อ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม.(36 นิ้ว)ในผู้ชายหรือ ≥ 80 ซม.(32 นิ้ว)ในผู้หญิง)
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก/ดล
3. ระดับ เอช ดี แอลโคเลสเตอรอล ≤ 40 /ดล ในผู้ชายหรือ ≤ 50 มก/ดลในผู้หญิง
4. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่
5. ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก/ดลไม่จำเป็นต้องมีรอบเอว (ตำแหน่งที่ใช้วัดรอบเอววัดที่ส่วนบนสุดของกระดูกเชิงกราน iliac Crest)

1.2.2 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับแก้ไขได้ (non-modifiable risk factors)

1.2.2.1 อายุ จากการศึกษพบว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด โดยมีความเสื่อมสภาพตามวัย ผนังหลอดเลือดมีความเปราะและแข็ง (Martinez and House-Fancher, 2000) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงอยู่ในวัยกลางคนและสูงอายุ และมีความชุกโรคสูงขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น (เสก ปัญญสังข์ และ สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2543)

1.2.2.2 เพศ พบในผู้ชายอายุโดยเฉลี่ยประมาณ 40 ปีและในผู้หญิงอายุ 55 ปี (ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542) โดยก่อนอายุ 50 ปี ผู้ชายจะเป็นมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากในเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีฤทธิ์ยับยั้งการสร้างคอเลสเตอรอล ช่วยป้องกันการอุดตันของไขมันในหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ในช่วงหมดประจำเดือนผู้หญิงจะเป็นมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงส่งผลให้ระดับไขมันในเส้นเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยมีประจำเดือน จึงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น

1.2.2.3 กรรมพันธุ์ ถึงแม้จะไม่ทราบกลไกที่แน่ชัด แต่พบว่าบุคคลที่บิดามารดา มีประวัติเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ตั้งแต่อายุยังน้อย (Martinez and House-Fancher, 2000) และพบว่าผู้ที่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัวก่อนอายุ 55 ปี มีโอกาสเกิดโรคเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติโรคนี้ในครอบครัว (Dracup, 1995 อ้างถึงใน วิไลพร หอมทอง, 2547)

1.2.3 ปัจจัยส่งเสริม (contributing factors)

1.2.3.1 อ้วน ประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI) ผู้ที่มีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ ค่า BMI อยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้าค่า BMI มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าบุคคลที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

1.2.3.2 ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้หลอดเลือดหัวใจขยาย กลไกการทำงาน คือ การแก้ไขความผิดปกติของผนังเยื่อหลอดเลือดหัวใจ โดยการสร้างและยับยั้งการทำงานของไนตริกออกไซด์จากปฏิกิริยาโต้ตอบของออกซิเจน การป้องกันการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมการสร้างหลอดเลือดใหม่จาก stem cell ของไขกระดูก (Erbs et al., 2006; Mora et al., 2007) การออกกำลังกายที่ถูกต้องสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง แต่ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งมากขึ้น ทำให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยลดระดับแอลดีแอลและเพิ่มเฮซีดีแอล ลดความดันโลหิต ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือดและช่วยผ่อนคลาย

1.2.3.3 ภาวะเครียด เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เร่งการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากมีผลให้เพิ่มการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและกระบวนการเกิดเลือดแข็งตัวเพิ่ม การสะสมไขมัน ความดันโลหิตสูงและเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ

1.3 อาการและอาการแสดง

อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย มาพบแพทย์ คือ อาการเจ็บหน้าอก (chest pain) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และออกซิเจน ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อมีการอุดตันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ของ รุนหลอดเลือด (จรรยา ตันติธรรม, 2547) โดยมีลักษณะสำคัญดังนี้

1.3.1 ตำแหน่ง ส่วนมากจะเป็นตรงกลางหน้าอก อาจมีอาการปวดร้าวอาการ ปวดร้าวไปยังบริเวณด้านในของแขนซ้าย คอ หลัง และลิ้นปี่

1.3.2 ลักษณะการเจ็บ เป็นอาการเจ็บแบบแน่นๆ เหมือนถูกกดหรือบีบรัดบริเวณ กลางหน้าอก ไม่สามารถชี้จุดเจ็บได้ชัดเจน

1.3.3 ระยะเวลา มักเป็นอยู่นาน 30 วินาที – 30 นาที ถ้าเป็นมากกว่า 30 นาที แสดง ถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.3.4 ปัจจัยที่ทำให้อาการแน่นหน้าอกเป็นมาก ได้แก่ การออกกำลังกาย ความเครียดหลังมื้ออาหาร มักเกิดหลังอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง อากาศเย็น บุหรี่ สารต่างๆ ภาวะ เจ็บจาง เป็นต้น อาการแน่นหน้าอกจะดีขึ้นโดยการพักผ่อนหรืออมยาไนโตรกลีเซอรินใต้ลิ้น ส่วนใหญ่จะดีขึ้นภายใน 3 นาที

1.3.5 มักพบอาการหายใจไม่สะดวก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ถ้าเป็นรุนแรงอาจทำให้ ผู้ป่วยหมดสติ

อาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นอาจมีลักษณะแตกต่างกันได้ตามความรุนแรงของการ ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ (Long et al., 1993 อ้างถึงใน ชวนพิศ ทำนอง, 2541) โดย อาการที่เกิดขึ้นนั้นจะมีทั้งอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จึงทำให้ขาด ออกซิเจนที่ใช้ในการเผาผลาญพลังงานทำให้เกิดอาการเจ็บ และอาการที่เกิดจากประสิทธิภาพใน การทำงานของหัวใจลดลงทำให้สูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายได้ลดลง ซึ่งพยาธิสภาพที่รุนแรงต่างกัน อาการเจ็บหน้าอกก็จะแตกต่างกันด้วย เช่น เมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจมากขึ้นจน กล้ามเนื้อหัวใจเริ่มได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอกับความต้องการ หากผู้ป่วยมีการออกกำลังกายหรือมี กิจกรรมเพิ่มมากขึ้นก็จะยิ่งทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ประสิทธิภาพใน การสูบฉีดเลือดลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยง่าย ซึ่งอาการจะสัมพันธ์กับการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะ

อาการดีขึ้นเมื่อหยุดพัก แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอจนขาดเลือดไปชั่วขณะ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกที่เรียกว่า แองจينا เพคตอริส (angina pectoris) โดยมีลักษณะของการเจ็บอกและอาการร่วม เช่น ผู้ป่วยอาจบรรยายว่ารู้สึกเจ็บแน่นในอก ปวดหนักๆ เหมือนมีอะไรมาบีบรัด หายใจลำบากหรือรู้สึกแน่นท้อง นอกจากเกิดอาการเจ็บหน้าอกแล้วยังอาจรู้สึกเจ็บที่คอ ไหล่ แขน หลัง หรือขากรรไกรร่วมด้วย การเจ็บหน้าอกอาจมีเจ็บร้าวไปตามแขนซ้ายด้านใน คอ หรือรักแร้ก็ได้ แต่อาการเจ็บนี้สามารถบรรเทาได้ด้วยยาขยายหลอดเลือดหรือยาอมใต้ลิ้น แต่ถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงอย่างรุนแรงจนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) อาการเจ็บหน้าอกก็จะรุนแรงมากขึ้น จะรู้สึกแน่นอึดอัด หายใจไม่ออก อาการเหล่านี้จะยังคงอยู่ถึงแม้ได้พัก หรือภายหลังการอมยาขยายหลอดเลือด อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงขึ้นมาจากมีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น อ่อนเพลีย หมดแรง มึนงง ใจสั่น เป็นลม และอาจหมดสติได้ ผู้ป่วยบางคนอาจเกิดการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจจากก้อนเลือด (thrombosis) ซึ่งใช้เวลาในการก่อตัวขึ้นมาในระยะเวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยอาจตายอย่างกะทันหัน (sudden cardiac death)

การแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกตาม Canadian Cardiovascular Society Functional Classification of Angina

ระดับที่ 1 สามารถทำกิจวัตรประจำวันไม่ทำให้เจ็บหน้าอก เช่น การเดินหรือขึ้นบันได แต่จะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อทำงานหนักมากหรือเร่งรีบมากๆ หรือออกกำลังกายเป็นเวลานานๆ

ระดับที่ 2 เจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจวัตรประจำวันอย่างรวดเร็ว เช่น การเดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว การเดินขึ้นเขา การเดินอย่างรวดเร็วหรือขึ้นบันไดหลังอาหารใหม่ๆ อากาศหนาวหรือเย็นขณะเครียด

ระดับที่ 3 เดินธรรมดาที่เจ็บหน้าอก

ระดับที่ 4 เจ็บหน้าอกขณะพัก หรือขณะอยู่เฉยๆ

1.4 การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบนั้นเกิดขึ้นกับทั้งหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจในส่วนที่ขาดเลือดไปเลี้ยง ดังนั้นในการรักษา แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั้งสองในลักษณะที่ควบคู่กันไปตามแต่ระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม จุดประสงค์หลักของการรักษาคือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจให้ได้มากที่สุด เพื่อยับยั้งความก้าวหน้าหรือความรุนแรงของโรค ลดภาวะเสี่ยงที่เป็นอันตรายและอัตราการตายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Ferrans, 1992)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในปัจจุบันมี 3 วิธี (วิไลวรรณ นุชศรี, 2546; อภิชาติ สุคนธสรพร, 2543) คือ

1.4.1 การรักษาโดยการให้ยา (medical therapy)

เป้าหมายสำคัญของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ประคับประคองการไหลเวียนเลือด จำกัดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจ เพื่อลดอัตราตายและป้องกันความก้าวหน้าของโรคไม่ให้ลุกลามถึงขั้นกล้ามเนื้อหัวใจตาย การลดอาการเจ็บหน้าอกส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลัน (ST elevation myocardial infarction) มีแนวทางการรักษา ดังนี้ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549)

1.4.1.1 การรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้เร็วที่สุด โดยยาจะไปกระตุ้นการเปลี่ยน plasminogen เป็น plasmin มีหน้าที่ทำให้ลิ่มเลือดมีขนาดเล็กลง การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้ถ้าให้การรักษากายใน 1-3 ชั่วโมงแรก แต่จะไม่มีผลในการรักษาหากให้หลังจาก 12 ชั่วโมงไปแล้ว แนวทางในการรักษาการรักษาดังกล่าวนี้ มีดังนี้ (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2549) ข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการแน่นหน้าอกภายใน 12 ชั่วโมง และมีคลื่นเอสทียกขึ้นมากกว่า 1 มิลลิเมตร ตั้งแต่ 2 lead ขึ้นไป และเป็นผู้ป่วยที่มีการส่งสัญญาณไฟฟ้าที่ผิดปกติ (left bundle branch block) ที่เกิดขึ้นใหม่

1.4.1.2 ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด สำหรับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ควรให้ยาดังกล่าวด้วยความระมัดระวังเนื่องจากมีโอกาสในการเกิดเลือดออกในสมองมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด มีดังนี้

- 1) ความดันโลหิตสูงกว่า 180/110 มิลลิเมตรปรอท
- 2) เคยมีประวัติเลือดออกในสมอง
- 3) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาภายใน 6 เดือน
- 4) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมาภายใน 2 สัปดาห์
- 5) ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีวิตมานานมากกว่า 10 นาที
- 6) ผู้ป่วยที่ตั้งครรภ์
- 7) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเลือดออกเฮอร์ตาแตกเซาะ
- 8) ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกผิดปกติ

1.4.1.3 ภาวะแทรกซ้อนของการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

1) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะเลือดออกผิดปกติโดยเฉพาะเลือดออกในสมอง อาการปวดศีรษะเป็นอาการสำคัญที่แสดงว่ามีเลือดออกในสมอง การแก้ไขโดยการให้ fresh frozen plasma นอกจากนี้ตำแหน่งเลือดออกที่พบบ่อย คือ ตำแหน่งที่มีการเจาะเลือด ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงการเจาะเลือดในกรณีที่ไม่จำเป็น

2) ความดันโลหิตลดลง แก้ไขโดยหยุดยาชั่วคราวและให้สารละลายนอร์มอล (normal saline) ทดแทนประมาณ 250-500 มิลลิลิตร

3) อาการแพ้ แก้ไขโดยให้ hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ

ภายหลังการรักษาโดยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดควรประเมินอาการแน่นหน้าอกของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและติดตามการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจซ้ำหลังการรักษาประมาณ 90 นาที ถ้าอาการแน่นหน้าอกลดลงหรือหายไป คลื่นเอสทีลดลงจากเดิมมากกว่าร้อยละ 50 แสดงว่าการรักษาได้ผล แต่หากยังมีอาการแน่นหน้าอกต่อเนื่อง และคลื่นเอสทีไม่ลดลงเนื่องจากการรักษาด้วยวิธีนี้สามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้ประมาณร้อยละ 50 ผู้ป่วยบางรายมีข้อห้ามในการใช้ยา และมีภาวะเลือดออกผิดปกติ จึงต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมโดยการขยายหลอดเลือดต่อไป

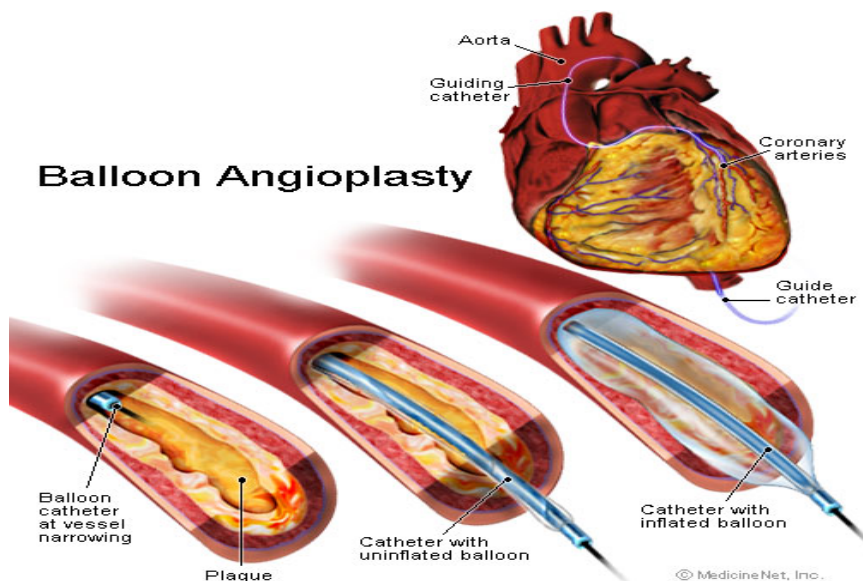
นอกจากการรักษาด้วยการใช้ยาละลายลิ่มเลือดแล้ว การรักษาด้วยการใช้ยาในกลุ่มไนเตรทถือเป็นยามาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากฤทธิ์ยาในกลุ่มนี้จะทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว ลดปริมาณเลือดดำจากส่วนต่างๆ ของร่างกายที่จะกลับสู่หัวใจห้องขวาจึงสามารถลดการตึงของผนังหัวใจ ลดการใช้ออกซิเจนและยังช่วยเพิ่มออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจชั้นใน สามารถลดอาการเจ็บหน้าอกภายใน 7 นาที (อุไร ศรีแก้ว, 2543) ในกรณีที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว จากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน การให้ยาละลายลิ่มเลือดมีผลช่วยในการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้รวดเร็วขึ้น ลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย การใช้ยาในกลุ่มยาต้านเบต้าอะดรีเนอร์จิก จะทำให้ได้ผลดีในการลดการเต้นหัวใจผิดจังหวะ และสามารถลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความต้องการการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ นอกจากนี้ยังนิยมใช้ยาในกลุ่มต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด เช่น แอสไพริน ซึ่งเป็นมาตรฐานที่แพร่หลายในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะสามารถละลายก้อนเลือดและลดความเสี่ยงของการเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลัน สามารถลดการตายและการกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ 5 หลังจากให้ 3 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มยาหลอก (Rapaport, 1997) การใช้ยาในกลุ่มยาต้านแคลเซียม ยานี้มีผลให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนสู่หัวใจเนื่องจากการขยายตัวของ

หลอดเลือดโคโรนารี นอกจากนี้ในด้านการรักษาทางยา ต้องพิจารณาถึงระดับไขมันในเส้นเลือดของผู้ป่วยกรณีพบว่าไขมันในเส้นเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยควรต้องมีการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย อาจพิจารณาให้ยาลดระดับโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการกลับซ้ำ (ทรงขวัญ ศีลารักษ์, 2543)

1.4.2 การรักษาด้วยการทำหัตถการ (percutaneous coronary intervention)

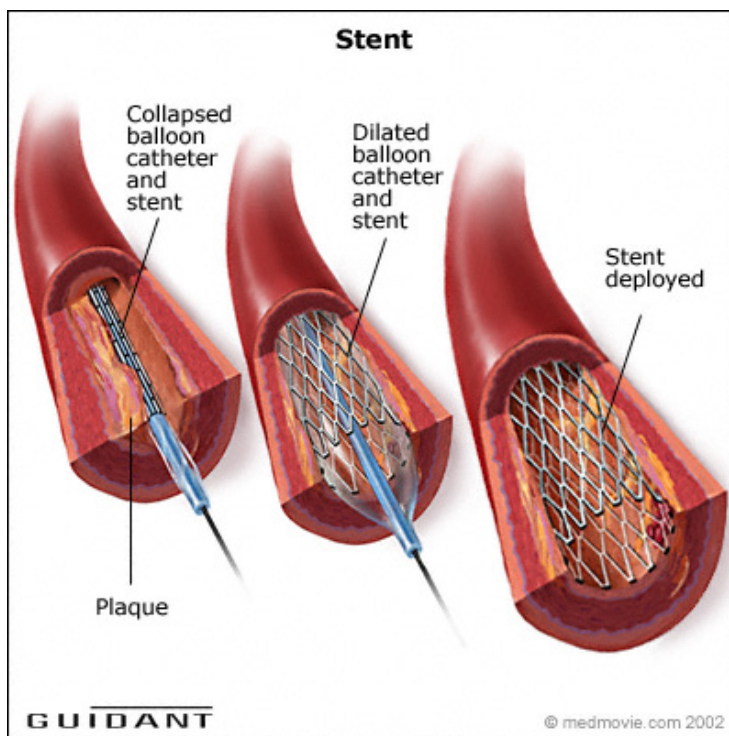
Percutaneous Coronary Intervention : PCI หมายถึง หัตถการตกแต่งหลอดเลือดหัวใจโดยผ่านทางผิวหนังเข้ารูหลอดเลือด โดยการเจาะหลอดเลือดผ่านผิวหนังแล้วสอดสายสวนชนิดพิเศษเข้าไปในหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหรือถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบนั้นและอาจจะต้องมีวิธีการเพื่อคงสภาพพुरुเปิดของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยัน (ศรัญญา ตุกชูแสง, 2552) ประกอบไปด้วย

1.4.2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เป็นการรักษาหลอดเลือดหัวใจตีบผ่านสายสวนมีขั้นตอนเบื้องต้นเหมือนกับการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ เพียงแต่ใช้สายนำ (Guiding catheter) ที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางด้านในใหญ่กว่าสายตรวจที่ใช้ในการฉีดสี (Diagnostic catheter) เมื่อปลายสายนำอยู่ในหลอดเลือดหัวใจแล้ว แพทย์จะสอดเส้นลวดขนาดเล็กกว่าเส้นผมผ่านสายนำ เข้าไปจนกระทั่งปลายเส้นลวดผ่านเลยจุดตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ หลังจากนั้นแพทย์จะใช้เส้นลวดเป็นแกนช่วยนำสายชนิดพิเศษที่มีบอลลูนติดอยู่ตรงปลายใช้ภาพเอ็กซเรย์ที่เห็นบนจอช่วยในการวางตำแหน่งบอลลูนให้ตรงกับจุดที่มีการตีบแคบของหลอดเลือด แล้วใช้แรงดันทำให้บอลลูนกางออก แรงดันของบอลลูนจะผลักรอยตีบของหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างทำให้เลือดไหลผ่านได้สะดวกขึ้น เสร็จแล้วจึงดึงบอลลูนออกจากตัวผู้ป่วย บางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้บอลลูนมากกว่าหนึ่งลูก การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (PTCA) เป็นการรักษามีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดหัวใจโดยการสวนหัวใจและมีการขยายหลอดเลือดโดยการใช้ลูกโป่งขนาดเล็กได้ผลดีในรายที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวดีอยู่ (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2538; Michaels and Chatterjee, 2002)



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะของการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ
(ที่มา : www.desertendovascular.com/procedures/arteria. : 2009)

1.4.2.2 การขยายหลอดเลือดโดยการใส่โครงลวดตาข่าย เป็นการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพื่อลดการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ โดยจะนำสายสวนที่มีขดลวดอยู่ที่ปลายสายใส่เข้าไปยังบริเวณที่ตีบในลักษณะเดียวกันกับที่ใส่สายบอลลูน และขยายขดลวดให้ขดลวดทางออกไปสัมผัสและยึดติดกับผนังหลอดเลือด เมื่อได้ผลเป็นที่น่าพอใจสายสวนทั้งหมดจะถูกนำออกมานอกร่างกาย ซึ่งการดูแลภายหลังก็ไม่ยุ่งยาก และมีผลสำเร็จของการใส่ถึงร้อยละ 98 (คูโร ศรีแก้ว, 2543) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายไม่สามารถใช้วิธีการถ่างขยายด้วยบอลลูนหรือการใส่โครงลวดตาข่ายขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ทั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพราะมีการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีที่มีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กเกินไปหรือมีการอุดร้นของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ (Michaels and Chatterjee, 2002) ขนาดหลอดเลือดที่จะใส่ขดลวดต้องมีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่น้อยกว่า 3 มิลลิเมตร และไม่ใหญ่กว่า 4 มิลลิเมตร ความยาวของหลอดเลือดที่มีรอยโรคต้องน้อยกว่า 15 มิลลิเมตร ลักษณะของเส้นเลือดต้องไม่คดเคี้ยวมาก โดยเฉพาะส่วนต้น (proximal) และส่วนปลาย (distal) (จรียา ตันติธรรม, 2541)



ภาพที่ 2 แสดงลักษณะของ coronary artery stent

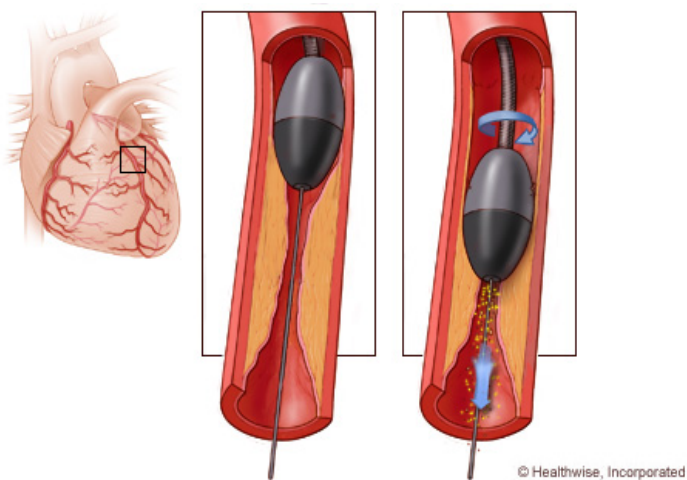
(ที่มา : www.desertendovascular.com/procedures/arteria : 2009)

การรักษาเพื่อแก้ไขการตีบหรือการอุดตันของหลอดเลือดโดยการโดยการใส่
 เครื่องลวดตาข่าย ผู้ป่วยมักได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (percutaneous
 transluminal coronary angioplasty; PTCA) ก่อนแล้วตามด้วยการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด
 หัวใจ (coronary stent) ซึ่งมีลักษณะเป็นเครื่องลวดทำด้วย stainless steel หรือโลหะผสม
 อื่นๆ เช่น โคบอลต์ (cobalt) กับโครเมียม (chromium) เพื่อป้องกันการอุดตันอย่างเฉียบพลันของ
 หลอดเลือด (abrupt vessel closure) โดยขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจจะทำหน้าที่ปิด
 รอยฉีกขาดของหลอดเลือดที่เกิดจากการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (sealing coronary
 artery dissection) และป้องกันการหดตัวกลับของหลอดเลือด (elastic recoil) (Roubin.etal,
 1992;Lincoff.et al,1993) ในระยะแรกขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจเป็นชนิดไม่เคลือบยา
 (bare-metal stent; BMS) มีปัญหาเรื่องการเกิด neointimal hyperplasia ค่อนข้างมาก ทำให้เกิด
 การตีบซ้ำภายในขดลวด (in-stent restenosis) (Dussailant,1995) จึงได้มีการพัฒนาโดยนำยา
 เช่น sirolimus และ paclitaxel มาเคลือบที่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจ ยาจะค่อยๆ ละลาย
 มาออกฤทธิ์ที่ผนังด้านในของหลอดเลือดหัวใจ เรียกว่า ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจชนิด
 เคลือบยา (drug-eluting stent; DES) ยาที่นำมาเคลือบนี้สามารถลด neointimal hyperplasia ได้

โดยยับยั้งการเจริญเติบโตและการแบ่งตัวของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด (smooth muscle cell) จึงลดการตีบซ้ำภายในหลอดเลือดได้ ทำให้ความจำเป็นที่ต้องทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจเพื่อแก้ปัญหาการตีบซ้ำภายในหลอดเลือด (target vessel revascularization) และการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft; CABG) ลดลงอย่างมาก (Tu et al., 2007) ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งแปลกปลอมที่ใส่ไว้ภายในหลอดเลือด จึงสามารถกระตุ้นเกล็ดเลือดและระบบการแข็งตัวของเลือดให้เกิดลิ่มเลือดได้ตลอดเวลาจนกว่าจะมีการเจริญของชั้นเยื่อบุผิวภายในหลอดเลือด (endothelium cell) เข้ามาปกคลุมผิวของขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด (complete endothelialization) และไม่มีการสัมผัสกันของระบบเลือดและผิวของขดลวด กระบวนการนี้ใช้เวลา 2-6 สัปดาห์ ในกรณีของขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจชนิดไม่เคลือบยา และใช้เวลานานหลายเดือนหากเป็นขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยา (Finn et al., 2007) พบว่าผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้เวลาจนถึง 2-4 ปี 10-12 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจจะต้องได้รับยาต้านเกล็ดเลือดเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือด (stent thrombosis) โดยพบว่าการให้ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจรับประทานยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิดควบคู่กัน คือยาแอสไพริน (aspirin) ร่วมกับยาในกลุ่มไธโนไพรีน (thienopyrine) ได้แก่ ยาโครพิโดเกรล (clopidogrel) หรือยาทิโคลปีดีน (ticlopidine) จะลดโอกาสเกิดปัญหาแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือด (major adverse cardiac events) เมื่อเปรียบเทียบกับการได้ยาแอสไพริน เพียงอย่างเดียว (Yusuf et al., 2001; Ten Berg et al., 2001) ประโยชน์ที่สำคัญที่สุดของการได้รับยาต้านเกล็ดเลือดควบคู่กัน คือลดการเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือด ตามคำแนะนำ American College of Cardiology, American Heart Association ผู้ป่วยควรได้ยาต้านเกล็ดเลือดควบคู่กันอย่างน้อย 1 ปี ในกรณีที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาและนาน 1 เดือน - 1 ปี สำหรับขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือดหัวใจชนิดไม่เคลือบยา (Kushner et al., 2009) หลังจากได้ยาต้านเกล็ดเลือดทั้ง 2 ชนิดควบคู่กันจนครบกำหนดเวลาข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับยาแอสไพรินต่อไปตลอดชีวิต

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการใส่ขดลวดที่สำคัญ คือ การอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี จากการปิดกั้นทันหันของหลอดเลือดบริเวณที่ใส่ขดลวด เนื่องจากการหดเกร็งของหลอดเลือดและการปริแยกของหลอดเลือดจนเกิดเลือดเซาะ มีการอุดตันเนื่องจากการหยุดยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาต้านการแข็งตัวของหลอดเลือด ภาวะเลือดออก การเกิดลิ่มเลือดหลุดไปอุดตันอวัยวะต่างๆ โคโรนารี หลอดหรือยุบแฟบ บอลลูนที่ขยายขดลวดแตก ผนังหลอดเลือดปริมีเลือดเซาะ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและการติดเชื้อในหลอดเลือดแดง (จรรยา ตันติธรรม, 2541)

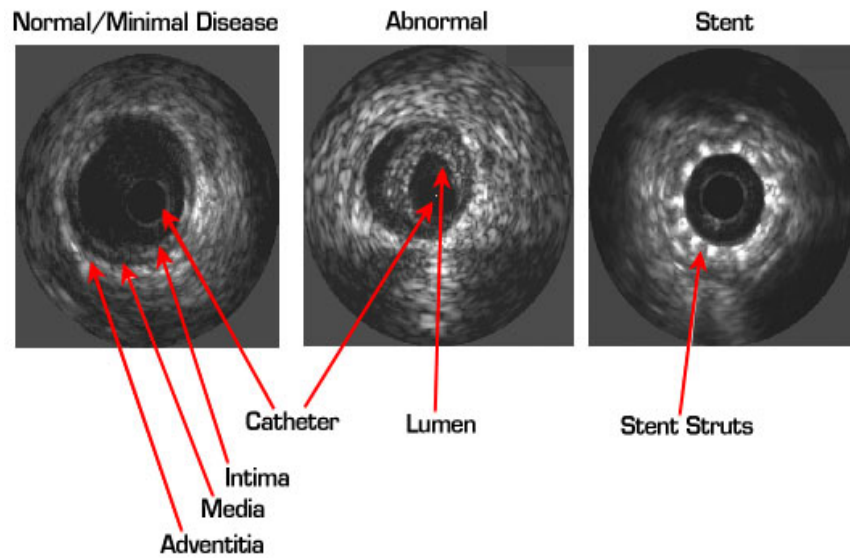
1.4.2.3 Rotational Atherectomy (Rotablator) Rotational atherectomy, Extraction atherectomy, Directional coronary atherectomy คือ การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หลักการคล้ายหัวกรรพิน rotablator หรือหัวกรรพเพชร เป็นอุปกรณ์ที่ใช้กรอแผ่นไขมันที่แข็งซึ่งบอลลูนไม่สามารถขยายได้ ส่วนของหัวที่ใช้ในการกรอมีลักษณะเป็นรูปวงรี โดยส่วนปลายของหัวกรรพจะมีกากเพชรฝังเกาะอยู่ ทำให้สามารถกรอตัดแผ่นไขมันใช้ในการรักษาการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจที่ไขมันและหินปูนเกาะตัวหนาแน่นมาก หรือมีรอยตีบยาว และไม่สามารถขยายหลอดเลือดด้วยวิธีการบอลลูนในเบื้องต้นได้ หรือเส้นเลือดมีขนาดเล็ก ออกเป็นเศษเล็กๆ ขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน หัวกรรพดังกล่าวจะหมุนด้วยความเร็วรอบประมาณ 140,000 ถึง 200,000 รอบต่อนาที สิ่งอุดตันจะถูกสลายออกเป็นอนุภาคเล็กๆ ซึ่งมีขนาดเล็กมากพอที่จะไหลเวียนในระบบหลอดเลือดอย่างปลอดภัยก่อนที่จะถูกกำจัดออกจากร่างกาย (อุไร ศรีแก้ว, 2543) การตัดคราบไขมันออก (coronary atherectomy) มักเป็นทางเลือกแทนการทำบอลลูน ซึ่งมีโอกาสของการอุดตันซ้ำได้บ่อย มีวิธีการทำเหมือนการสวนเพื่อขยายหลอดเลือดแต่มีโอกาสของการเกิดการปริแตกของหลอดเลือดน้อยกว่าการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543) ซึ่งผลที่ได้ผนังหลอดเลือดจะเรียบขึ้น มีการไหลเวียนของเลือดสะดวกขึ้น



ภาพที่ 3 ลักษณะ Rotablator และการทำ Rotablator Atherectomy

(ที่มา: www.angiocardio.com/rota.htm. / www.nyheart.net/procedures_Rotablator.html :2009)

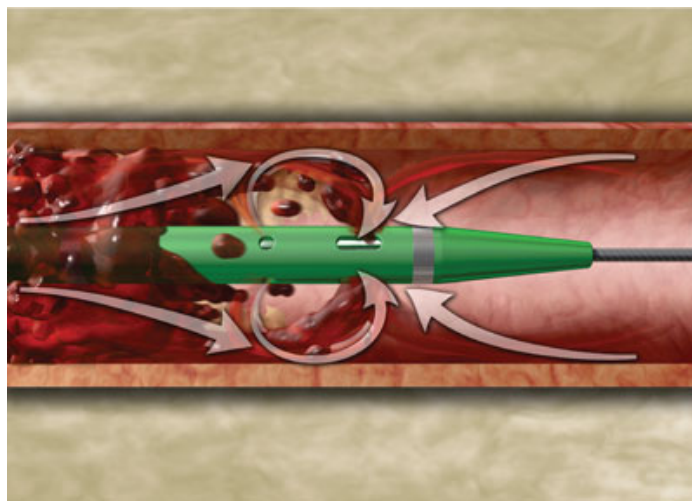
1.4.2.4 Intravascular Ultrasound (IVUS) หรือการตรวจโดยใช้สายคลื่นเสียงความถี่สูงดูโครงสร้างของหลอดเลือด เป็นการตรวจแบบ Invasive เพื่อช่วยในการประเมินพยาธิสภาพของผนังหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนและ/หรือหลังการทำ PCI



ภาพที่ 4 การทำ Intravascular ultrasound หลอดเลือด

(ที่มา : www.galaxyprogramme.org/atherosclerosis-studies/;:2009)

1.4.2.5 Angiojet Thrombectomy: เป็นการรักษาใช้หลักการเดียวกันกับการทำ Rotational atherectomy แต่หลังจากตัดชิ้นไขมันหรือลิ่มเลือดออกเป็นเศษเล็กๆ ชิ้นไขมันหรือลิ่มเลือดดังกล่าวจะถูกดูดออกทางสายสายดูดลิ่มเลือดโดยอาศัยแรงดันน้ำ



ภาพที่ 5 การทำ Angiojet Thrombectomy ในหลอดเลือด

(แหล่งที่มา www.medrad.com/.../AngioJetXMI-details.aspx)

1.4.2.6 การขยายหลอดเลือดโดยการยิงแสงเลเซอร์ (transmyocardial revascularization) หรือ TMR มักใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะที่ 4 มีอาการเจ็บหน้าอกรื้อรังและต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น (class IV intractable angina) ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กระบุว่า หมายถึงมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากในขณะพักและรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการออกกำลังกาย (อุไร ศรีแก้ว, 2543) โดยใช้ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดที่อุดตันเล็กมาก ไม่สะดวกในการทำตัดต่อหลอดเลือดหรือเคยทำผ่าตัดหลอดเลือดมาแล้วแต่มีการอุดตันซ้ำ มีหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของการทำคือภาวะเลือดออก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หัวใจถูกกดจากการมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (อุไร ศรีแก้ว, 2543; นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2546)

ข้อบ่งชี้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีพิจารณาได้จากอาการทางคลินิกและจากพยาธิสภาพ (Stouffer and Peter, 2011) ดังนี้

1. ตำแหน่งในเส้นเลือดหัวใจตีบมากกว่าร้อยละ 70 และเส้นเลือดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางตั้งแต่ 1.5 มิลลิเมตรขึ้นไป

2. พิจารณาสภาพทางคลินิก ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina pectoris) ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ CCS class 2 ขึ้นไป หรือมีอาการร่วมด้วย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีน้ําคีรัษะเป็นลม

3. ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกชนิดคงที่ (stable angina 4) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด ST elevate MI และ non ST elevate MI

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ (ธนวัฒน์ เบญจมานุวัตรา และ อภิชาติ สุคนธ์สรรพ, 2543 ก) มีดังนี้

1) การปริแยกของผนังหลอดเลือดหัวใจที่บริเวณขยาย (dissection) หากการปริแยกของผนังไขมันลึกลงไปถึงชั้นผนังของหลอดเลือด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีเลือดไหลเข้าไปในผนังไขมันและในผนังของหลอดเลือดอย่างมาก เกิดความดันสูงในผนังไขมันและผนังหลอดเลือด จนทำให้ช่องว่างในหลอดเลือดถูกเบียด หากเกิดการฉีกขาดรุนแรงจะกระตุ้นให้มีการจับกันของเกร็ดเลือด จนเป็นลิ่มเลือดอุดตัน

2) หลอดเลือดหัวใจปิดกลับทันที (abrupt vessel closure) หรือการหดเกร็งของหลอดเลือด (spasm) เป็นผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยที่มีการไหลเวียนเลือด (collateral perfusion) ที่เพียงพอในบริเวณที่เกิดการอุดตันจะไม่เกิดอาการผิดปกติ แต่ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ตามมาหลังการทำและการเสียชีวิตหลังการขยายหลอดเลือด เกิดได้ประมาณร้อยละ 3-8 ส่วนมากเกิดจากการปริแยกของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

3) การตีบซ้ำ (restenosis) หมายถึง การตีบแคบของหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 5 ในตำแหน่งที่เคยทำเป็นผลสำเร็จแล้ว พบได้ประมาณหนึ่งในสามของการขยายหลอดเลือด สาเหตุเกิดจากการบาดเจ็บของหลอดเลือดชั้น endothelium ตามด้วยการปล่อยสารต่างๆ ที่มีผลให้เลือดแข็งตัว (thrombogenic) ทำให้หลอดเลือดหดตัว (vasoactive) และการหนาตัวของผนังหลอดเลือด (mitogenic) ภายหลังจากการตีบซ้ำส่วนใหญ่จะเกิดอาการเจ็บหน้าอกกลับมาอีก (recurrent angina) ผู้ป่วยจะต้องได้รับการขยายหลอดเลือดซ้ำ ซึ่งจะได้ผลสำเร็จมากกว่าครั้งแรก และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า การตีบซ้ำในครั้งที่ 2 ประมาณร้อยละ 30-35

4) อื่นๆ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ การบาดเจ็บของหลอดเลือดแดง พิโมรอล เลือดออกบริเวณแผลที่ผิวหนัง เป็นต้น

1.4.3 การรักษาด้วยการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft)

จะทำในผู้ที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นพร้อมกัน (Michaels and Chatterjee, 2002) โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง อาจทำในรายที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือช็อกจากหัวใจ ที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ เนื่องจากมีข้อห้ามหรือทำแล้วไม่สำเร็จ ถึงแม้ว่าการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหัวใจจะปลอดภัยกว่าในอดีต แต่สำหรับผู้สูงอายุยังมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย กล่าวคือผู้ที่มีอายุเกิน 80 ปี อาจเสียชีวิตถึงร้อยละ 8 ขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะเสียชีวิตเพียงร้อยละ 2 (อภิชาติ สุคนธสวรรค์, 2543)

1.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อป้องกันการตีบซ้ำ

การควบคุมโรคและการป้องกันการตีบซ้ำ เป็นการป้องกันปัจจัยเสี่ยง โดยพยาบาลต้องให้คำแนะนำที่เน้นให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีประกอบไปด้วย

1.51 **หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร** ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการขยายหลอดเลือด ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคให้มีความเหมาะสม คือ จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง โดยรับประทานไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด หลีกเลี่ยงการบริโภค เนื้อสัตว์ติดมัน น้ำมันหมู เนย น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และลดบริโภคอาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น สมองสัตว์ หนังสัตว์ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม เป็นต้น

ควรควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดไม่ให้ ≥ 150 มก/ดล ระดับ เอช ดี แอลโคเลสเตอรอลให้ ≤ 40 /ดล ในผู้ชายหรือ ≤ 50 มก/ดล ในผู้หญิง ควรรับประทานผักและผลไม้ ซึ่งเป็นสารอาหารที่ให้วิตามินและเกลือแร่แก่ร่างกายและให้กากเส้นใยอาหารที่ช่วยลดระดับน้ำตาลทำให้รู้สึกอิ่มเร็วขึ้น ผักและผลไม้ยังช่วยให้ขับถ่ายปกติ ช่วยลดน้ำหนักในรายที่อ้วนได้ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มชากาแฟ จำนวนมากเกินไป จะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งคอร์ติซอลมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีการหดตัว และสารคาเฟอีนในกาแฟจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

1.5.2 งดการสูบบุหรี่ เนื่องจากบุหรี่มีสารนิโคติน (Nicotin) และทาร์ จะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้หลังคาเทคโคลามีน (Catecholamine) มากขึ้นทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็วขึ้น และยังเพิ่มการหลั่ง Free fatty acid และกลูโคสมีผลให้เซลล์เอ็นโดทีเลียลได้รับความเสียหายและหน้าที่การทำงานเสียไป เกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจแข็ง

1.5.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณของเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งมากขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อหัวใจได้ดี การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อทุกส่วนที่มีการเกร็งและออกแรงเคลื่อนไหวพร้อมๆ กันเป็นจังหวะ ได้แก่ การยกแขนขา การเคลื่อนไหวข้อ การเดิน การขี่จักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การเดินรำ ระยะเวลาในการออกกำลังกายควรมีความต่อเนื่องและเพียงพออยู่ระหว่าง วันละ 30-45 นาที อาทิตย์ละ 4-5 วัน นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยรักษา Metabolic Syndrome

1.5.4 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ควรรับประทานอาหารที่หวานจัด และต้องควบคุมระดับน้ำตาลใน กระแสเลือดขณะอดอาหารไม่ให้ ≥ 100 มก/ดลเนื่องจากหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจถ้าไม่มีการควบคุมระดับน้ำตาลจะทำให้มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (Fullwood & Buter, 2000) รวมทั้งโรคเบาหวานยังเป็นดัชนีที่แสดงถึง Poor prognosis เมื่อเกิดโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยมักมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.5.5 ความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงควรได้รับการดูแลรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย ลดความเครียด รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้เกิน 130/80 mmHg ซึ่งจะช่วยลดและชะลอการเพิ่มคราบลิ้มเลือด ไขมัน และช่วยป้องกันการทำลายเยื่อบุผนังชั้นในของหลอดเลือดหัวใจ

1.5.6 ความอ้วน ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอ้วนสามารถคำนวณได้จากสูตร น้ำหนักตัวหารด้วย ส่วนสูงที่เป็นเมตร ซึ่งจะเป็นค่าดัชนีมวลกาย (ค่าปกติควรมีน้อยกว่า 24) การมีน้ำหนักที่อ้วนเกินไป จะมีผลต่อการเพิ่มค่าระดับไขมันในเลือดเกือบทุกชนิด (จรรยา ตันติธรรมและคณะ, 2547) ควร ควบคุมไม่ให้ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 25 หรือเส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม.ใน ผู้หญิง

1.5.7 การผ่อนคลายความเครียด ความเครียดจะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจตีบ และการตีบซ้ำ เมื่อเกิดภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารเคมีที่โคลามีน ซึ่งมีผล ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว เมื่อเกิดความเครียดต้องรู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดให้ เหมาะสม และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีการผ่อนคลาย (Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนองทางกาย (Biofeedback) และการควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic training) เป็นต้น

1.5.8 การปฏิบัติตัวด้านการรักษา

1.5.8.1 การรับประทานยา ผู้ป่วยควรรับประทานยาสม่ำเสมอและห้ามหยุดยา เอง เมื่อยาหมดห้ามไปซื้อยามารับประทานเอง รับประทานเฉพาะที่แพทย์สั่งให้โดยเฉพาะยาต้าน เกร็ดเลือด เป็นยาป้องกันการเกิดก้อนเลือดอุดตันภายหลังการใส่ขดลวดตาข่าย และต้องสังเกต อาการข้างเคียงของยา คือ ภาวะเลือดออกง่าย เช่น จ้ำเลือดตามตัว เลือดออกตามไรฟัน ถ่ายเป็น เลือด เป็นต้น

1.5.8.2 การประเมินอาการเจ็บหน้าอกและการควบคุมอาการ ลักษณะอาการ เจ็บหน้าอกจะแน่นบริเวณลิ้นปี่ เหมือนถูกบีบเค้น หรือถูกกดทับ บางครั้งปวดร้าวไปตามขากรรไกร ไหล่ คางและแขนซ้าย ขณะเจ็บควรหยุดทำกิจกรรมต่างๆ ให้รีบอมยาใต้ลิ้นทันทีและนอนพัก หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก เช่น อารมณ์โกรธ หงุดหงิด การดูรายการทีวี ที่ตื่นเต้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้รีบไปโรงพยาบาล (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life)

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักของการบริการสุขภาพ และเป็นเป้าหมายหลักของงานบริการพยาบาล ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานซึ่งเป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยและจากการรักษา คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ เป็นดรรชนีชี้วัดความสำเร็จในการรักษาพยาบาลนอกเหนือไปจากอัตราการรอดชีวิต (Wilson and Cleary, 1995) นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเป็นเป้าหมายหลักสำคัญของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Wenger et al., 1996; Lukkarinen and Hentinen, 1997) แนวคิดคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง แต่เนื่องจากคุณภาพชีวิตมีลักษณะเป็นนามธรรม คุณภาพชีวิตจึงขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละบุคคลที่รับรู้และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Parse, 1994) จึงทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันตามแต่ละวัฒนธรรม หรือขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ และรูปแบบการแสดงออกของแต่ละวัฒนธรรม (Leininger, 1994) และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต การให้ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลในแต่ละสถานที่ เวลา และมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย การคาดหวัง มาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคนนั้นๆ ครอบคลุมถึง ภาวะการทำงานที่ ภาวะสุขภาพ สุขภาพ ความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต (สัมพันธ์ หนีชูรัตน์, 2539 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551) ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพชีวิตที่เป็นนามธรรมได้ชัดเจนและแน่นอน อีกทั้งยังเป็นการยากในการหาเครื่องชี้วัดที่ครอบคลุมสำหรับการนำไปใช้ในทางการปฏิบัติ

ในปี ค.ศ. 1984 องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “State of complete physical, mental, and Social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” นั่นคือ สุขภาพหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม โดยมีได้หมายความว่าไม่มีโรคหรือความพิการซึ่งคำนิยามนี้ชี้ให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงมุมมองของสุขภาพที่รวมถึงความสมบูรณ์ทางจิตใจและสังคมด้วย (Fayers and Machin, 2000) นอกจากนี้สุขภาพยังเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาล ปกติคนเรามีสุขภาพแข็งแรงปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ จะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ แต่เมื่อเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติภาวะสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อชีวิตคนนั้นๆ แทนปัจจัยอื่น ความเจ็บป่วยทำให้เกิดพยาธิสภาพและมีการทำหน้าที่ทางกายผิดปกติ จึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลงการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามี

ผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วย แบบองค์รวม (holistic care) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะของโรคในทุกๆ วัน เป้าหมายหลักในการรักษาจึงไม่จำกัดอยู่ที่การลดอัตราการเสียชีวิตแต่หากเป็นการดูแลเพื่อไม่ให้โรคกำเริบ ลดอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วย และให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เพราะปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีสุขภาพดี จึงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังนั้นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-Related Quality of Life) จึงกลายมาเป็นสิ่งสำคัญที่ใช้ในการปฏิบัติและในการศึกษาวิจัย ในด้านการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ติดตามและทดสอบผลสัมฤทธิ์ของการรักษารวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุของโรคและความเจ็บป่วย ซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละโรค (Wenger Mattson and Furberg et al., 1984: Calvert and Freemantle, 2003: Moons, 2004 อ้างถึงใน นิตยา ศรีสุข, 2551) ดังนั้นสรุปได้ว่าภาวะสุขภาพสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลได้เป็นอย่างดี

2.1 ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Ware and Sherbourne (1992) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หรือความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลประกอบด้วย ภาวะการณ์ทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรู้คิด อารมณ์ และสุขภาพทางสังคม

Guyatt (1993) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและยอมรับโดยผู้ป่วยเอง

Jones (1998) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ของบุคคลถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่ตนเองมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจากอาการของโรครวมทั้งผลที่เกิดจากโรค

Wilson and Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

Timothy and Peterson (2004) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจแทนด้วย ความรู้สึก ทัศนคติ หรือความพึงพอใจของบุคคล ซึ่งปราศจากการรบกวนโดยภาวะของโรค หรือความพร่องจากภาวะสุขภาพ โดยที่คำว่าคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถใช้แทนกันได้

สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นการสะท้อนผลกระทบของความเจ็บป่วยและการรักษา ต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคลหนึ่งซึ่งเกิดจากการรายงานตนเอง

สำหรับในระบบบริการสุขภาพนั้นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ถือเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากเป็นภาวะที่รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วย และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพ แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการศึกษาวิจัยทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความตรงและความเที่ยง สามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health related quality of life) เป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินคุณภาพชีวิตมีความสำคัญมากในการทำความเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วย การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายประการด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นการติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การประเมินผลการรักษาหรือการดูแลทางสุขภาพรวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก ซึ่งในทางปฏิบัติการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (Fayers and Machin, 2000) ปัจจุบันคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นเครื่องชี้วัดที่นิยมใช้ในการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือผลของการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง จึงพยายามที่จะวัดออกมาในรูปของคุณภาพชีวิตที่เป็นรูปธรรม ที่สามารถบอกรายละเอียดออกมาเป็นปริมาณได้ ประกอบด้วย ระดับอาการของโรค ระดับการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งบทบาทในสังคม ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ความเชื่อ ความคาดหวัง และการยอมรับ หรือความคิดเห็นของแต่ละบุคคล Testa and Simonson, 1996; Guyatt, 1993) ผลที่ได้จากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนี้สามารถนำมาบูรณาการให้เกิดประโยชน์ในการบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และนำไปสู่การให้การบำบัดอย่างเหมาะสม (Wilson and Cleary, 1995)

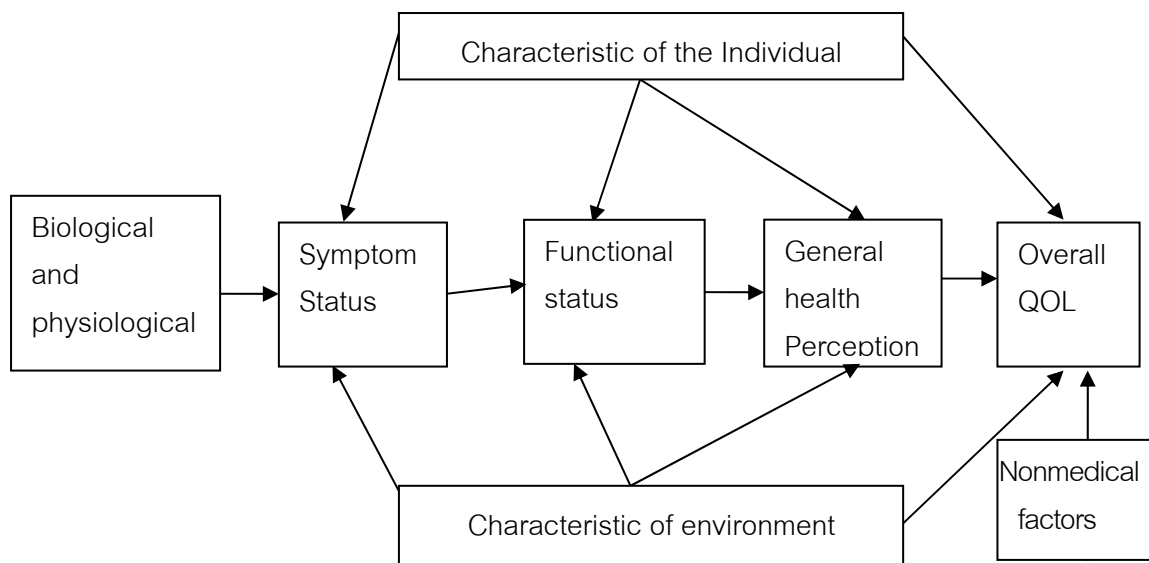
2.2 แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่ประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติเช่นเดียวกับคำว่าคุณภาพชีวิตซึ่งสามารถประเมินได้จากองค์ประกอบพื้นฐาน 4 องค์ประกอบ คือ เงื่อนไขด้านร่างกาย (Physical condition) ความผาสุกด้านจิตใจ (Psychological well-being) กิจกรรมทางสังคม (Social activity) และกิจวัตรทางสังคม และกิจวัตรประจำวัน (Everyday activity) เป็นองค์ประกอบด้านจิตวิสัย รวมทั้งด้านจิตวิสัย เช่นเดียวกับแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ

Wilson & Cleary (1995) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตต้องประกอบด้วย การประเมิน ภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม

แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995)

Wilson & Cleary (1995) มองว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงผลกระทบจากโรค และการรักษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายความรวมถึง การทำหน้าที่ของร่างกาย สภาวะอาการ สภาวะทางจิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Individual characteristic) คือปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พัฒนาการ ซึ่งมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental characteristic) หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือแหล่งอื่นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Ferran et al., 2005) 3) ปัจจัยทางสรีระวิทยา (Biological and physiological factors) หมายถึง การทำหน้าที่ของเซลล์ อวัยวะ และระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง คำจุนให้สิ่งมีชีวิตอยู่ได้ 4) ปัจจัยด้านอาการ (Symptoms) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และการรู้คิดที่ผิดปกติไปจากเดิม 5) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ (Functioning) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมหรืองานให้บรรลุผลสำเร็จ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อารมณ์ สังคม การรู้คิด และบทบาทหน้าที่ โดยปัจจัยด้านอาการเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลในการบ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ 6) ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perception) หมายถึงการรับรู้ถึงองค์ประกอบทั้งหมด การสังเคราะห์และประเมินภาวะสุขภาพจากปัจจัยทั้งหมด ได้แก่ กระบวนการทางกาย อาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ ส่วนปัจจัยที่เป็น Nonmedical factors นั้น ในกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) นั้นไม่ได้กล่าวถึงไว้



Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model 1995

ความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายนั้น ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเมื่อร่างกายเกิดความผิดปกติ จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับเซลล์ถึงอวัยวะ (Biological and Physiological variable) ส่งผลให้เกิดอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Symptom) และกระทบต่อความสามารถทำสิ่งต่างๆในชีวิตประจำวันได้ (Functional status) มีผลถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (General health perception) และพบว่าทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปได้ทั้งสองทิศทางกล่าวคือตัวแปรบางตัวนอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อตัวแปรหนึ่งแล้ว ยังส่งผลโดยอ้อมต่อตัวแปรอีกตัวหนึ่ง เช่น ปัจจัยด้านสรีรวิทยา นอกจากจะส่งผลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอาการแล้ว ยังส่งผลต่อภาวะการทำหน้าที่โดยผ่านทางปัจจัยด้านอาการอีกด้วย หรือ ปัจจัยด้านสรีรวิทยาส่งผลต่อปัจจัยด้านอาการ ปัจจัยด้านอาการมีผลกระทบต่อภาวะการทำหน้าที่ ภาวะการทำหน้าที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและการรับรู้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด

2.3 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพดังต่อไปนี้

2.3.1 ด้านร่างกาย จากภาวะของโรคเมื่ออาการกำเริบ หรือเมื่อการดำเนินของโรคมีมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการ คือ เจ็บหน้าอก หอบเหนื่อย หายใจเร็ว อ่อนเพลีย เป็นต้น (Krethong, 2007; ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, 2552; เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา, 2552) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ส่งผล

กระทบทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551;Zambroski et al.,2005)

2.3.2 ด้านจิตใจ นอกจากข้อจำกัดจากอาการทางกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้ว พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังขยายหลอดเลือด ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายๆประการ รวมถึงบางครั้งผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้รู้สึกกดดันด้านจิตใจที่ต้องเข้มงวดกับการปรับพฤติกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมภาวะของโรค เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยมีการประเมินความเจ็บป่วยของตนเองเป็นความเครียด (Stewart et al.,2000) เมื่อมีการกำเริบของอาการบ่อยๆ จะส่งผลให้เกิด ความวิตกกังวล ความกลัว นานๆขึ้น นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Damen, 2011; Ruo, 2011)

2.3.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จากอาการ เจ็บแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย เหนื่อยล้าอ่อนเพลีย ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ขาดการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับสังคม รวมถึงการงานหรืออาชีพของผู้ป่วยเอง เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลทำให้อาการกำเริบได้ (Webster, Thompson, & Davidson, 2003) จากการศึกษาของ Riedinger et al.,(2002) พบว่า ผู้หญิงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านกิจกรรมสังคมต่ำกว่าผู้หญิงโดยทั่วไปที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ

2.3.4 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังขยายหลอดเลือด เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้หรือประเมินภาวะสุขภาพของตนเองทางลบคือรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวลและความทุกข์ทรมานด้านจิตใจตามมา ตรงกันข้ามกับผู้ป่วยรายที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก คือรับรู้ว่ามีสุขภาพที่ดี จะส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาของ Krethong (2007) และ นิตยา ศรีสุข (2551) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

2.4 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นเครื่องชี้วัดที่นิยมใช้ในการวัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยหรือผลของการรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในปัจจุบันจึงพยายามที่จะวัดออกมาในรูปคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม ที่สามารถบ่งบอกออกมาเป็นปริมาณได้ ประกอบด้วย ระดับอาการของโรค ระดับการยอมรับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และความสามารถในการทำหน้าที่หรือกิจกรรมของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งบทบาทในสังคม ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความเชื่อความคาดหวัง และการยอมรับ หรือความคิดเห็นของแต่ละบุคคล (Taylor,1987;Testa and Simonson,1996;Guyalt et al.,1993)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ แบบสอบถามที่ใช้ได้กับโรคทั่วไป (General quality of life questionnaire) และแบบสอบถามเฉพาะโรค (Disease – specific quality of questionnaire)

1. แบบสอบถามทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบครอบคลุมคุณลักษณะที่สำคัญทางด้านสุขภาพอย่างกว้างๆ ถึงผลกระทบจากโรคหรือการรักษา ไม่ได้มุ่งเน้นที่โรคหรือความเจ็บปวดใดๆสามารถประยุกต์ใช้ได้กับกลุ่มประชากรหรือบุคคลทั่วไปทุกรูปแบบ ทุกโรค และทุกสถานการณ์ สามารถนำข้อมูลคุณภาพชีวิตมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคล การเจ็บป่วย และการรักษาแต่ละวิธีได้ แต่ไม่สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้เฉพาะเจาะจงในสภาวะหรือโรคที่เฉพาะนั้นๆ ได้ (Testa and Simonson,1996) แบบสอบถามดังกล่าวได้แก่ The Quality of Well-Being Scale, The Sickness Impact Profile (SIS), The Nottingham Health Profile (NHP), The World Health Organization Quality of Life Measurement (WHOQOL), The Short – Form-36- Health Survey (SF-36), The Euroqol quality of Life Scale (EQ-5D) เป็นต้น

2. แบบสอบถามเฉพาะโรค เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อใช้สำหรับประเมินอาการและคุณภาพชีวิตในโรคนั้นๆ จะวัดผลกระทบจากโรคหรือสภาวะนั้นๆ โดยตรง ผลที่ได้จะชัดเจนและตรงตามความต้องการ แต่ไม่เหมาะสมในการนำไปใช้เปรียบเทียบสภาวะหรือโรคที่แตกต่างกัน และอาจจำกัดเฉพาะกลุ่มประชากรหรือการวิจัยนั้นๆ (Testa and Simonson,1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบแบบสอบถามเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจได้แก่ The chronic heart failure questionnaire (CHFQ), Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHF), The quality of life in severe heart failure Questionnaire (QLQ-SHF), Seattle Angina Questionnaire (SAQ), Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire (APQLQ), Quality of Life Index- Cardiac Version (QLI)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้รับความนิยมนมากในต่างประเทศคือ The Short – Form-36- Health Survey (SF-36) โดย Krumhole et al., (1996) ได้ศึกษาประสิทธิภาพในการประเมินคุณภาพชีวิตระหว่าง SF-36 กับ Specific Activity Scale : SAS (การคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรืออาการเจ็บป่วย) และแบบประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก (Canadian Cardiovascular Society Classification: CCSC ในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน พบว่า SF-36 มีประสิทธิภาพในการประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่า SAS ส่วน CCSC ประเมินได้เฉพาะอาการเจ็บหน้าอกเท่านั้น ไม่ครอบคลุมองค์ประกอบอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับ Dempster and Donnelly (2000) ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของเครื่องมือ

ระหว่าง SF-36, SIS และ NHP พบว่า SF-36 มีประสิทธิภาพสูงสุดในการวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

จากในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ SF-36 เป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพซึ่งพัฒนามาจากดัชนีที่ใช้ในการศึกษาระบบประกันสุขภาพของ Brook และคณะ และนำมาประยุกต์โดย Medic Outcomes Study เนื่องจาก SF-36 สามารถวัดได้ครอบคลุมมีประสิทธิภาพในการประเมินคุณภาพชีวิตสูงกว่าแบบประเมินเฉพาะซึ่งประเมินได้เฉพาะอาการเจ็บหน้าอกเท่านั้น ไม่ครอบคลุมองค์ประกอบอื่นๆ The SF-36 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ มีระดับคะแนนหลายระดับ ทำการประเมินสุขภาพใน 8 องค์ประกอบได้แก่

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function)
2. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limitation due to physical problems)
3. ความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain)
4. บทบาททางสังคม (social function)
5. สุขภาพจิต (general mental health)
6. บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems)
7. ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง (energy/vitality)
8. การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (general health perceptions)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือของ SF-36

McHoney et al., (1994) หาค่า Relative Validity (RV) ของ SF-36 ทั้งด้าน psychometric และ Clinical tests ในผู้ป่วยจำนวน 916 รายที่มีสภาวะของโรคทางกายและสภาวะทางจิตที่แตกต่างกันและในกลุ่มที่มีทั้งสองสภาวะร่วมกัน สรุปได้ว่า SF-36 มีอำนาจในการจำแนกประเภทและระดับโรคทางกาย ทางจิต และทางกายทางจิตร่วมกัน และมีอำนาจจำแนกระดับความรู้สึก (Psychometric) องค์ประกอบด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) และองค์ประกอบด้านสุขภาพจิต (general mental health) ต่างก็มีความสามารถในการวัดเฉพาะด้านโดย physical function, role limitation due to physical problems และ bodily pain มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสภาวะโรคทางกาย ($RV \geq 0.05$) และ Mental health และ role limitation due to emotional problems มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับสภาวะโรคทางจิต ($RV \geq 0.05$) และองค์ประกอบด้านบทบาททางสังคม (social function) เป็นองค์ประกอบที่แสดงผลของความสัมพันธ์กับโรคทางกายและโรคทางจิตในระดับปานกลาง

($0.10 < RV < 0.05$) และระดับสูงตามลำดับ องค์ประกอบด้าน ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง (energy/vitality) แสดงผลของความสัมพันธ์กับโรคทางกายและโรคทางจิต ในระดับปานกลางและองค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) พบว่ามีความไวที่สุดต่อปัญหาทางสุขภาพด้านร่างกาย หา Reliability ทั้งฉบับเท่ากับ .85 รายองค์ประกอบเท่ากับ .78-.93

แบบประเมินภาวะสุขภาพ SF-36 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวัชรีย์ เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม (Leurmarnkul and Meetam, 2000) โดยเครื่องมือนี้ได้รับการแปลย้อนกลับ (back translation) โดยผู้แปลทั้งหมด 5 คน เป็นผู้ที่เคยอยู่ในต่างประเทศไม่น้อยกว่า 4 ปี จำนวน 4 คน และผู้แปลชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่สามารถพูดอ่านภาษาไทยได้ 1 คน โดยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยผู้แปล 2 คน จากนั้นนำทั้งสองฉบับมาเปรียบเทียบกัน ปรับให้มีความหมายตรงกับต้นฉบับและเป็นสำนวนภาษาที่อ่านง่ายสำหรับคนทั่วไป หลังจากนั้นแปลจากภาษาไทยทั้ง 2 ฉบับเป็นภาษาอังกฤษโดย ผู้แปลคนที่ 3 แล้วนำทั้งฉบับภาษาอังกฤษและภาษาไทยมาตรวจสอบความคลาดเคลื่อนโดยผู้แปลร่วมกับผู้วิจัยและปรับเปลี่ยนสำนวนภาษาไทยให้เหมาะสม เมื่อสิ้นสุดการแปลทั้งหมดได้ให้ผู้เชี่ยวชาญในสายสังคมศาสตร์ 3 ท่าน ตรวจสอบอีกครั้งและแก้ไขสำนวนภาษาจนได้แบบสอบถาม SF-36 ฉบับภาษาไทยที่สมบูรณ์ มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการตรวจสอบตามโครงสร้าง (construct validity) โดยมีความตรงเชิงลู่เข้า (convergent) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือที่มีลักษณะเดียวกันแต่ประเมินหรือวัดด้วยวิธีต่างกันมีค่าเท่ากับ 0.91 และ ตรวจสอบความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือวัดที่มีลักษณะต่างกันแต่วัดโดยวิธีเดียวกันมีค่าเท่ากับ 0.96 และการตรวจสอบแบบทราบกลุ่ม (known-group validity) พบว่ามีแนวโน้มเป็นไปตามที่คาดไว้ คือ สามารถวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวได้ ต่อมาได้มีการทดสอบคุณสมบัติความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามใหม่พบว่าไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ได้แก่ ความตรงตามโครงสร้าง และความเที่ยงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ผู้สร้างกำหนดไว้ วัชรีย์ เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่้ม (2546) ได้ทำการแปลแบบสอบถามใหม่อีกครั้งด้วยวิธีแปลไปข้างหน้าและแปลกลับ ซึ่งการแปลฉบับใหม่นี้มีการปรับเปลี่ยนบางส่วนให้เหมาะสมกับกิจกรรมของคนไทยและทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ของแบบสอบถาม SF-36 ฉบับใหม่มีค่าความเที่ยงสูงกว่า .7 ทุกองค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดของค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ฉบับเดิมและฉบับใหม่ ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ฉบับเดิมและฉบับใหม่

Dimensions	ฉบับเดิม	ฉบับใหม่
Physical Functioning	0.76	0.78
Role-Physical	0.74	0.82
Bodily Pain	0.75	0.83
General Health	0.74	0.81
Vitality	0.63	0.78
Social Functioning	0.68	0.72
Role-Emotional	0.76	0.75
Mental Health	0.77	0.86

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาถึง ปัจจัยด้านกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก ตามกรอบแนวคิดของ Wilson & Cleary (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจดังนี้

3.1 กลุ่มอาการ

ก่อนกล่าวถึงกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะกล่าวถึงอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบให้รับทราบก่อน

3.1.1 อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ/กล้ามเนื้อหัวใจตาย/กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นผลมาจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึม (metabolism) ผลทำให้มีการหลั่งสารเคมีต่างๆ เช่น ไคนิน (kinin) แบรดดีไคนิน (bradykinin) และอะดีโนซีน (adenosine) ซึ่งจะกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกของผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีและกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด และส่งผ่านไปตาม cervical และ

thoracic spinal segment เข้าสู่สมองส่วน thalamus และ cortex ซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้แปลความรู้สึกต่างๆ คือ ความไม่สบาย ปวดแน่นในทรวงอกเป็นแนวกว้างตามแขนงของเส้นประสาทสันหลังตั้งแต่ระดับกรามลงไปถึงบริเวณท้อง และอาจมีอาการร้าวไปที่บริเวณไหล่หรือต้นแขนด้านใน ซึ่งเป็นบริเวณที่มีปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวของร่างกาย (somatic pain) และระดับ C₈ ถึง T₂ ซึ่งจะเป็นระดับเดียวกันกับปลายประสาทรับความรู้สึกจากกล้ามเนื้อ หรือเยื่อหุ้มหัวใจ (visceral pain) เข้าสู่สมองส่วนกลาง แปลความรู้สึกผ่านผิวหนังที่เรียกว่า referred pain (ปิยทัศน์ ทัศนวิวัฒน์, 2542 อ้างถึงใน ปฏิญญา สงวนพงษ์, 2552) ลักษณะอาการของภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ/กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่พบบ่อย คือ อาการเจ็บหน้าอก/ไม่สบายที่หน้าอก (chest pain/chest discomfort) ส่วนใหญ่ให้ประวัติว่าจุกๆ แน่นๆ เหมือนถูกกดทับ หรือถูกเหยียบด้วยของหนักๆ ที่กลางอก หรืออกซ้าย หรือปวดแบบบีบรัดที่หัวใจ อึดอัดในอก ทำให้รู้สึกเหมือนหายใจไม่ออก ใจจะขาด (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการ/กลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ/หัวใจขาดเลือด/กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้รวบรวมอาการที่เกิดขึ้นระหว่างเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งที่พบบ่อยหรือผิดปกติออกไป และอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันทั้งหมด ที่พบทั้งในคนไทยและชาวต่างประเทศสามารถรวบรวมได้ ทั้ง 41 อาการ (จรรยา ตันติธรรม, 2547; จักรพันธ์ ชัยพรหมประสิทธิ์, 2546; ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล, 2543; ศุภชัย ถนอมทรัพย์, 2542; สุณีย์ เอี่ยมศิริกุล, 2540; อุไร ศรีแก้ว, 2543; Alexander et al., 2001; Carney et al., 2002; Culic et al., 2002; Devon and Zerwic, 2002; Hollander, 2004; McSweeney and Crane, 2000; Milner et al., 2002; Reeder and Gersh, 2000; Ryan, 2003; Zerwic, 1998 อ้างถึงในปฏิญญา สงวนพงษ์, 2552)

1. เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก/ไม่สบายในทรวงอก (chest pain/chest discomfort)
2. เจ็บ/ปวดรอบๆ หัวใจ (pain around the heart)
3. เจ็บ/ปวดยอดอก/ลิ้นปี่ (epigastric pain)
4. เจ็บ/ปวดบริเวณคอหรือกราม (neck or jaw pain)
5. เจ็บ/ปวดไหล่ซ้าย
6. เจ็บ/ปวดไหล่ขวา
7. เจ็บ/ปวดแขนซ้าย
8. เจ็บ/ปวดแขนขวา
9. ปวดหลัง/ปวดกลางหลัง (back pain/mid back pain)

10. หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้ (dyspnea/ shortness of breath/difficulty breathing/unable to take deep breath)
11. รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ (feeling like the were drowning)
12. ใจ/ใจน้ำลายเป็นฟอง/ใจเสมหะปนเลือด
13. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (tachyarrhythmia)
14. ใจสั่น (palpitation)
15. เหงื่อออก (perspiration/diaphoresis/sweating)
16. แขนขาเย็นชื้น/ซีด (clammy limbs)
17. อาการเหมือนมีไข้หรือหนาวสั่น (fever like symptom/chill)
18. เสียดท้อง (heartburn)
19. รู้สึกเหมือนอาหารไม่ย่อย/ท้องอืด/มีแก๊สในกระเพาะอาหาร (indigestion/ abdominal distension/gas)
20. คลื่นไส้ (nausea)
21. อาเจียน (vomiting)
22. ท้องเสีย (diarrhea)
23. เรอ (belching)
24. สะอึก (hiccups)
25. เวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม (ยังรู้สึกตัว) (dizziness/ blackness/ fainting/ faintness/lightheadedness)
26. หหมดสติ (syncope)
27. ปวดศีรษะ (headache)
28. ชาปลายมือปลายเท้า (upper-extrimity numbness)
29. สับสน (confusion/disorientation)
30. ช้าลง (slow down)
31. ไม่สามารถเคลื่อนไหว (unable to move)
32. อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า (weakness/fatigue)
33. หูอื้อ (tinnitus)
34. กลัว/ตกใจกลัว (fear/frightened)
35. กังวลใจ/หงุดหงิด (anxious/nervous)
36. กังวลใจ/หงุดหงิด (anxious/nervous)
37. เจ็บชายโครง

38. ปวดสะโพก
39. รู้สึกหัวใจเต้นช้าลง
40. ร้อนในตัวทั้งตัว
41. เจ็บขาซ้าย
42. รู้สึกกล้ามเนื้อหน้าอกเต้นระริก

3.1.2 กลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ให้ความหมายของกลุ่มอาการไว้ดังนี้

Bower et al., (2000 cited in Armstrong, cohen, Eriksen, and Hickey, 2004) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกัน มีอาการอ่อนล้ามากที่สุด ร่วมกับอาการปวดและอาการซีมเศร้า

Gaston et al., (1999 cited in Dodd, Miaskowski, and Paul, 2001) ได้ให้ความหมายของกลุ่มอาการ หมายถึง อาการมากกว่า 3 อาการที่เกิดพร้อมกันและมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่ากลุ่มอาการในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่อยู่ในระยะลุกลาม มีอาการปวด เหนื่อยล้าและอาการซีมเศร้า ร้อยละ 64 จะพบอาการปวดร่วมกับอาการซีมเศร้า ร้อยละ 42 พบอาการอ่อนล้าร่วมกับอาการซีมเศร้า

Dodd et al., (2001) หมายถึง อาการตั้งแต่ 3 อาการหรือมากกว่าขึ้นไป ที่เกิดขึ้นพร้อมกัน หรือร่วมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แต่ไม่จำเป็นต้องเกิดจากสาเหตุเดียวกัน

Kim, McGuire, Tulman, and Barsevick (2005) หมายถึง อาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป อาการเหล่านี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างอาการในกลุ่มอาการเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันมากกว่าอาการในกลุ่มอาการอื่น และอาการเหล่านั้นอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือไม่ก็ได้

สรุป กลุ่มอาการ หมายถึงอาการตั้งแต่ 2 อาการ อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกิดขึ้นร่วมกันมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอาจเกิดจากสาเหตุเดียวกันหรือต่างสาเหตุกันก็ได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การจำแนกอาการที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ จากการศึกษาของ Ryan, (2003) ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการในผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แบ่งกลุ่มอาการ ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการที่พบบ่อย (traditional symptoms) อาการที่พบในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นอาการที่สมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association, AHA) เน้นสอนแก่ประชาชนทั่วไป ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งส่วนใหญ่มีความรุนแรงและเกิดขึ้นตลอดเวลา

เหงื่อออก และหายใจขัด ผู้ป่วยไม่ได้ยอมรับว่าอาการกลัว อ่อนแรง หรือเวียนศีรษะเป็นอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. กลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายอาการทางระบบทางเดินอาหาร (symptoms attributed to gastrointestinal cause) ในกลุ่มนี้จะมีจุดเน้นที่อาการทางระบบทางเดินอาหาร คือ รู้สึกเสียดท้อง อาหารไม่ย่อย และรู้สึกมีแก๊สในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกปานกลาง ปวดแขน และต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย เช่นเดียวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่สามารถแยกได้ว่าการมีอาการเจ็บหน้าอกทันที (sudden onset pain) เวียนศีรษะ สับสน สะดุ้งตกใจกลัว หรืออาการซีด ที่ปรากฏขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันกลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (non specific symptoms) มีจุดเน้นอยู่ที่อาการทั่วไป เช่น รู้สึกเหนื่อยล้า เชื่องซึม ร่วมกับต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย ปวดแขน สะดุ้งตกใจกลัวจนเหนื่อย นอนไม่หลับ และไม่มีสิ่งใดในตนเองที่มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยหรือไม่ทราบว่าอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางทรวงอก เวียนศีรษะ ปวดไหล่ หรือปวดกราม เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

3. กลุ่มอาการที่ไม่เฉพาะเจาะจง (non specific symptoms) มีจุดเน้นอยู่ที่อาการทั่วไป เช่น รู้สึกเหนื่อยล้า เชื่องซึม ร่วมกับต้องใช้แรงในการหายใจเล็กน้อย ปวดแขน สะดุ้งตกใจกลัว เหนื่อย นอนไม่หลับ และไม่มีสิ่งใดในตนเองที่มีความเฉพาะเจาะจงกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยหรือไม่ทราบว่าอาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางทรวงอก เวียนศีรษะ ปวดไหล่ หรือกราม เป็นสิ่งสำคัญที่บ่งชี้ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

4. กลุ่มอาการที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มที่พบบ่อย (variation on traditional symptoms) มีจุดเน้นที่อาการเจ็บบริเวณที่แตกต่างออกไป คือ มีอาการแน่นหน้าอก/ไม่สบายในทรวงอก ปวดรอบๆ หัวใจ ปวดแขน และระหว่างกระดูกหัวไหล่ ระดับปานกลางถึงรุนแรง ร่วมกับอาการหายใจขัด ปวดกราม อ่อนเพลีย สับสน รู้สึกเหมือนกำลังจมน้ำ และมีความรู้สึกกลัว ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่าการทางระบบทางเดินอาหาร อาการไม่สบาย อาการปวดหรือการมีเหงื่อออก มีความสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สำหรับผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากโรคหลอดเลือดหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่าจะมีจำนวนอาการและอาการที่แตกต่างกันไป แม้ว่าอาการเจ็บหน้าอกจะเป็นอาการที่พบบ่อยและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการนี้ อาจมีอาการหรืออาการไม่สบายบริเวณหน้าอก หรืออาการแน่นท้องเหมือนอาหารไม่ย่อย (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) สุณีย์ เขียมศิริกุล, 2540 พบว่า

ร้อยละ 1 ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไม่มีอาการเจ็บหน้าอก มีแต่อาการจุกแน่นลิ้นปี่
 ร้อยละ 2 ไม่มีอาการที่ชัดเจน แต่รู้สึกว่ามีสบาย และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของ
 กลุ่มอาการ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 52 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ร่วมกับอาการปวดร้าวไป
 ที่อื่น เหงื่อแตก ใจสั่น นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 50 ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจด้านข้างตาย
 เฉียบพลันชนิด STEMI จะมีอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็น
 ลม เหงื่อออกมากตัวเย็นขึ้น แสบยอดอกร่วมกับคลื่นไส้อาเจียนเป็นต้น (จรรยา ตันติธรรม, 2547)

การเกิดอาการคุกคามในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
 อันเนื่องมาจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยเฉียบพลัน เป็นภาวะที่มีอันตรายมาก
 ต้องได้รับการรักษาโดยเร็วเพื่อลดอัตราการตาย โดยความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับขนาดของ
 กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, 2546) การตายของกล้ามเนื้อหัวใจที่ถูกเลี้ยงด้วยเลือด
 จากเส้นเลือดที่อุดตันนั้นค่อยๆ เกิดขึ้น และโดยทั่วไปจะตายทั้งหมด 100 เปอร์เซ็นต์ ภายในเวลา
 ประมาณ 4-6 ชั่วโมง (สรณ บุญใบชัยพฤกษ์, 2543) ปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยมารับการรักษาช้า
 เมื่อเกิดอาการขึ้นเกิน 6 ชั่วโมงมีถึงร้อยละ 30 เนื่องจากการรับรู้ที่อาการที่เกิดขึ้นไม่ต้องการรีบไป
 รักษาได้ ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มาได้รับการรักษาเร็วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วย
 ส่วนใหญ่ที่รับรู้ถึงอาการที่เกิดขึ้นถูกต้องว่าเกิดจากหัวใจมีอันตรายมากต้องไปได้รับการรักษาเร็ว
 ที่สุดเมื่อเกิดอาการ แสดงว่าการรับรู้ในอาการที่เกิดขึ้นมีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษา
 เร็วหรือช้าได้ (สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล, 2540) และพบว่าผู้ป่วยถึงร้อยละ 53 ที่รับรู้ที่อาการที่เกิดขึ้น
 ไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ เช่น คิดว่าสาเหตุมาจากระบบทางเดินอาหาร กระดูกและกล้ามเนื้อ
 เกิดจากโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ระบบทางเดินหายใจ อาการเป็นลม และบางรายไม่สามารถบอกได้ว่า
 มาจากสาเหตุใด มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 47 และร้อยละ 50 ตามลำดับ ที่รับรู้ที่อาการที่เกิดขึ้นจาก
 หัวใจและมีอันตรายมาก (ปฏิพร บุญยพัฒนกุล, 2543)

จากความคลุมเครือของอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย
 เฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และอาการที่เกิดขึ้นเป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น
 ร่วมกัน (Ryan, 2003) ไม่ได้เกิดแยกจากกันแต่ละอาการ และกลุ่มอาการบางกลุ่มมีลักษณะที่ผิด
 แปลกไปจากกลุ่มที่พบบ่อย ทำให้ผู้ป่วยคิดว่ากลุ่มอาการเหล่านั้นไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจ ไม่ได้
 ตระหนักถึงความรุนแรงและอันตรายที่จะเกิดขึ้น เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยไม่เข้ามารับการรักษาหรือมา
 รักษาช้า ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพราะฉะนั้นการที่ศึกษาอาการร่วมในผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือด
 หัวใจตีบ จะช่วยให้มีพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับอาการรวมๆ นำไปสู่การให้คำแนะนำหรือ
 ช่วยบรรเทาอาการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ซึ่งกลุ่มอาการที่ผู้วิจัยเลือกศึกษา
 เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากกลไกทางสรีระวิทยาที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบร่วมกับ
 การทบทวนวรรณกรรมซึ่งอาการดังกล่าวประกอบด้วย อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/

หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/ กราม จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/อาเจียน เวียนศีรษะ/ ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า และหุดหู่/เศร้าหมอง/เครียด

3.1.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการ

ในการประเมินกลุ่มอาการ มีได้ 3 วิธีหลักๆ (Barsevick et al., 2006) ดังนี้

3.1.3.1 การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินของแต่ละอาการ ซึ่งปกติแล้วแนวคิดการประเมินอาการนั้น เครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อประเมินอาการมักจะประกอบด้วยมิติหลายมิติ (Multidimensional measures) ได้แก่ มิติ ด้านเวลา ความรุนแรง ตำแหน่ง ความทุกข์ทรมาน ปัจจัยที่ทำให้อาการรุนแรงหรือปัจจัยที่ช่วยบรรเทาอาการ ผลกระทบจากอาการ เป็นต้น ดังนั้นการประเมินกลุ่มอาการอันประกอบด้วยอาการมากกว่า 2 อาการขึ้นไปนั้น การนำเครื่องมือการประเมินแต่ละอาการครอบคลุมหลายๆ มิติมาประเมินจะเกิดความยุ่งยาก ซับซ้อนของการนำไปใช้ เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดอาจมีมาตรวัดไม่เหมือนกัน และการวัดหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลาตอบมาก ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าเป็นภาระจึงไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยบางประเภทหรือการประเมินในเวลาจำกัด

3.1.3.2 การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ แต่มีมิติของอาการมิติเดียว (Unidimensional measure) ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกประเมินในมิติด้านความรุนแรง หรือความทุกข์ทรมาน ซึ่งเครื่องมือประเมินกลุ่มอาการด้วยวิธีดังกล่าว จะช่วยให้มีความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ แต่สามารถประเมินได้หลายๆ อาการ โดยเน้นประเมินมิติที่มีความสำคัญที่สุดในขณะนั้น

3.1.3.3 การประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมิน ที่ประกอบด้วยหลายๆอาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญเท่านั้น เช่น การประเมินอาการในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง นอกจากการประเมินมิติด้านความรุนแรงแล้ว อาจมีการประเมินในมิติด้านเวลาหรือความถี่ของการเกิดอาการ หรือการประเมินหลายๆ อาการ ในมิติด้านความรุนแรงและด้านความทุกข์ทรมาน เป็นต้น โดยการประเมินกลุ่มอาการด้วยวิธีดังกล่าวมีหลักการของเครื่องมือการประเมิน ดังนี้

- แต่ละอาการและแต่ละมิติ ต้องมีมาตรวัดเหมือนกัน
- มิติต่างๆ ในแต่ละอาการ ต้องเหมือนกันหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- ประเมินในช่วงเวลาเดียวกัน
- สอดคล้องกับบริบททางคลินิก
- มีความง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน

ผู้วิจัยได้นำหลักการประเมินกลุ่มอาการโดยใช้เครื่องมือการประเมินที่ประกอบด้วยหลายๆ อาการ หลายๆ มิติ แต่คัดสรรเฉพาะมิติที่มีความสำคัญ (ข้อ 3.1.3.3) ดังกล่าวนี้เป็นแนวทางในการเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการประเมินกลุ่มอาการ ประกอบด้วย 12 อาการ ดังนี้ คือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/อาเจียน เวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า และหุดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ในมิติด้านความรุนแรง ด้านเวลาหรือความถี่ และด้านความทุกข์ทรมานหรือ การรบกวนจากอาการ ซึ่งเป็นไปตามมิติของอาการที่ต้องการศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของ Lenz et al., (1977) จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการดังนี้

Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ได้สร้างแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) นำมาใช้เปรียบเทียบอาการของผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบผ่าตัดกระดูกหน้าอกและผู้ป่วยหลังทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบการผ่าตัดที่มีแผลขนาดเล็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านใหญ่ๆ 1) แบบประเมินด้านอาการ ได้แก่ ความรุนแรง และเวลา คือ ความถี่ 2) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ คือความรู้สึกเป็นผลกระทบมาจากการรบกวนจากอาการ ประกอบด้วยรบกวนร่างกาย และรบกวนความสุขในชีวิต ซึ่งแบบประเมิน CSS ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ได้มีการประเมินมิติของแต่ละอาการคล้ายคลึงกับมิติของ Lenz et al., (1977) อันได้แก่ มิติด้านเวลา ด้านความรุนแรง และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งเป็นมิติที่มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) สร้างแบบสอบถามกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดของอาการที่เกิดขึ้นร่วมกันในกลุ่มอาการ จำนวน 35 ข้อ รวมถึงอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีการระบุนอกเหนือจากที่ปรากฏในแบบสอบถาม การจัดเรียงอันดับอาการเด่นจากเด่นมากที่สุดไปเด่นน้อยที่สุด 3 อันดับแรก โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือความรู้สึกไม่สุขสบายนำไปใช้กับผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .88

สุชาติพ เกษตรลักษมี (2548) ดัดแปลงแบบสอบถามกลุ่มอาการไม่สบายโดยจะประยุกต์ตามแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตจะกุล (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ได้นำไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ .95

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินกลุ่มอาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประยุกต์ตามแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) เนื่องจาก CSS ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ได้มีการประเมิน ในมิติของ 1) แบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptoms) มี 2 มิติ ได้แก่ มิติด้านความรุนแรง คือ ความรุนแรง (Severity) และ มิติด้านเวลา คือ ความถี่ (Frequency) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) คือความรู้สึกเป็นผลกระทบจากการรบกวนจากอาการ ประกอบด้วย การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) และ การรบกวนความสุขในชีวิต (Enjoyment of life) แต่ละอาการคล้ายคลึงกับมิติอาการของ Lenz และคณะ (1997) อันได้แก่ มิติด้านความรุนแรง ด้านเวลา และด้านความทุกข์ทรมานจากอาการ ซึ่งเป็นมิติที่มีผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยซึ่งมีความสอดคล้องในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังต้องประสบอาการต่างๆ จากโรคและอาการข้างเคียงจากการรักษา อาการที่พบบ่อย เช่น อาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก เหงื่อแตก ใจสั่น อาการเหนื่อยล้า เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักไม่เกิดขึ้นเพียงอาการเดียว แต่จะเกิดอาการหลายๆ อาการในช่วงเวลาเดียวกัน และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการมีผลกระทบซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่าอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดร้อยละ 90.7 ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด และพบร่วมกับอาการอื่นร้อยละ 82.0 โดยพบร่วมกับอาการหายใจเหนื่อยมากที่สุดร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ อาการหน้ามือเป็นลม ร้อยละ 30.7 อาการอ่อนเพลียร้อยละ 29.3 และอาการใจสั่นร้อยละ 9.3 และจากการศึกษาของ จีราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) ศึกษาในกลุ่มอาการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า กลุ่มอาการที่เด่นที่พบบ่อยที่สุด 3 อาการ พบร้อยละ 35.20 คืออาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ และวิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ร้อยละ 18.18 กลุ่มอาการเด่นตรงกัน 2 อาการพบร้อยละ 57.6 มี 18 กลุ่มอาการ โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดคืออาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ ร้อยละ 19.445 กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้มีผลกระทบซึ่งกันและกันและมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทำให้สุขภาพของผู้ป่วยแย่ลง มาศอุบล วงศ์พรหมชัย(2548)พบว่าจำนวนอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดที่มีอาการเดียวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ อาการเกิดขึ้นพร้อมกันทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความรุนแรงของโรคว่าเป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งผลกระทบท่อการทำหน้าที่ของร่างกายและ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง (Bengtsson, 2001) กลุ่มอาการและระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการ ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดกิจกรรมไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวได้และสังคมได้ตามปกติ ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายถูกทอดทิ้ง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า (ณัฐจิตา เพชรประไพ, 2541) จากการศึกษานี้ของ Bapat et al., (2005) พบว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการหลังจากการผ่าตัดหัวใจ จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง และพบว่าผู้ป่วยยังมีอาการและความรุนแรงของกลุ่มอาการมากเท่าไรยิ่งส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (พวงผกา กรีทอง, 2550)

3.2 แนวคิดการจัดการตนเอง

3.2.1 ความหมายของการจัดการตนเอง

Creer (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง ซึ่งขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูลและการประเมินผล การตัดสินใจ การปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติ

Rigel, Carson and Glaser (2000) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ในการตัดสินใจ การตอบสนองต่ออาการและอาการแสดงของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และป้องกันการกำเริบของโรค

Redman (2004) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาและคงไว้ซึ่งแบบแผนการรักษา การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการทำงานและครอบครัว และการรักษาในอนาคต รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต และการจัดการกับความคับข้องใจ ความโกรธและความซึมเศร้า

สรุปได้ว่า การจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่เกิดจากโรคต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

3.2.2 การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

การจัดการตนเอง (Self management) เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา มีทั้งการจัดการด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต ให้สอดคล้องกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Barlow et al., 2002) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหลายๆ ประการ

เพื่อควบคุมภาวะของโรค เช่น ต้องบริหารการใช้ยาที่ซับซ้อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ผู้ป่วยต้องตัดสินใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมในแบบแผนกิจกรรมในแต่ละวัน เพื่อให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยต้องสามารถควบคุมสภาวะเจ็บป่วยได้ สามารถปรับเปลี่ยนสถานการณ์ให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต แสดงถึงการมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย โดยการเปลี่ยนแปลงบทบาทผู้ป่วยให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบในการจัดการกับภาวะที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชีวิตประจำวันและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

กระบวนการจัดการตนเองในผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการรับรู้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณในอาการและอาการแสดงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสภาวะเจ็บป่วยได้โดยตนเองเป็นผู้ที่คิด และปฏิบัติโดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยในการตัดสินใจ เป็นการตัดสินใจที่เฉพะเจาะจงในการประเมินสถานการณ์และเกิดการสะท้อนกลับโดยการแปลสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การกระทำ การตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจเป็นอย่างดีในสถานการณ์นั้น รูปแบบการตัดสินใจประกอบด้วย การจำได้ (recongition) อย่างไรก็ตามการจำได้อาจไม่เพียงพอเมื่อไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การจำได้ต้องตามด้วยกระบวนการแยกแยะและข้อสันนิฐานที่ถูกต้อง ตลอดจนการสังเกต การรวบรวมข้อมูล และการแปลผลจากการชี้แนะ (Riegel, Carson ,and Glaser, 2000)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) โดยแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่

1. การตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยสามารถจำได้ถึงการเปลี่ยนแปลงไปจากพื้นฐานของภาวะสุขภาพเดิม (baseline healthcare status) และการเปลี่ยนแปลงนั้นสัมพันธ์กับอาการของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นอาการใหม่ แต่แตกต่างไปจากปกติ (norm) หรือภาวะที่เคยเป็นอยู่

2. การประเมินการเปลี่ยนแปลง ใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive) โดยที่ผู้ป่วยสามารถแยกแยะระหว่างความสำคัญและความไม่สำคัญ ของการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสุขภาพได้ ระยะนี้ ผู้ป่วยมองว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบางอย่างนั้น มีความสำคัญพอที่จะลงมือปฏิบัติหรือไม่ ถ้าอาการหรืออาการแสดงถูกตัดสินว่าสำคัญ ผู้ป่วยจะถูกกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจที่จำเป็นต้องลงมือปฏิบัติ และการลงมือปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับหลายประการ ผู้ป่วยบางรายอาจยังไม่ลงมือปฏิบัติด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ขาดความรู้ในการกระทำ ตัดสินว่าผลของการกระทำไม่มีประโยชน์ ขาดความเข้าใจในความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงหรือเชื่อว่าไม่มี

กลยุทธ์ที่เหมาะสมที่กระทำแล้วมีประโยชน์ การตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในกระบวนการจัดการตนเอง เพราะเชื่อว่าการจัดการกับความเจ็บป่วย ประสบความสำเร็จได้ต้องให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ใช้เหตุผลความรู้ และเต็มใจเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา

3. เป็นการลงมือกระทำเพื่อจัดการกับอาการผิดปกติ โดยเลือกกลยุทธ์ในการรักษา คือการกระทำหรือพฤติกรรม ที่ผู้ป่วยตอบสนองจากการประเมินการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กระบวนการรู้คิดต่อการเปลี่ยนแปลงของอาการ การลงมือปฏิบัติมาจากความตั้งใจว่าเมื่อปฏิบัติแล้วมีผลต่ออาการ

4. ประเมินประสิทธิภาพของการปฏิบัติ ในกระบวนการนี้ ผู้ป่วยเลือกการประเมินผลจากการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เช่น อาการและอาการแสดงจากภาวะแทรกซ้อนลดลง การเลือกปฏิบัติเป็นการตัดสินใจจากการสังเกตหรือจากการชี้แนะ การชี้แนะมีอิทธิพลสำคัญต่อบุคคลในการวางแผน การปฏิบัติและการตัดสินใจ

การจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นการดูแลหรือจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กระบวนการไตร่ตรองอย่างมีวิจารณญาณไปสู่การตัดสินใจ แนวคิดการจัดการนี้

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีหลายอย่าง

Riegel, Carlson, and Glaser (2000) พัฒนาเครื่องมือประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีพื้นฐานแนวคิดมาจากกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจต่ออาการและอาการแสดงในภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่การรับรู้ได้ถึงอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การลงมือปฏิบัติ ประเมินผลการปฏิบัติ ความยากง่ายในการปฏิบัติ และความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน รวมจำนวน 48 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .79 - .92

ชุตินธร เวียนแพง (2548) ดัดแปลงแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ มาจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้อาการเปลี่ยนแปลง การประเมินอาการเปลี่ยนแปลง การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติ มีข้อคำถามทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 12 ข้อ และลักษณะ

ตอบเป็นมาตรวัดนามบัญญัติ ให้เลือกตอบ 26 ข้อนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .82

Suwanno and Riegle (2008) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) ประกอบด้วย 3 ส่วน มีข้อความรวม 15 ข้อ ด้านการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ และการจัดการอาการ จำนวน 13 ข้อ (ช่วงคะแนน 1-4) อีก 2 ข้อ (ช่วงคะแนน 0-4) ช่วงคะแนนไม่เท่ากันเพราะกลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีอาการและไม่มีการจัดการกับอาการนั้นๆ ในการคำนวณคะแนนให้ปรับฐานคะแนนทุกข้อเป็นฐานคะแนนเต็ม ในการคำนวณคะแนนให้ปรับฐานคะแนนทุกข้อเป็นฐานคะแนนเต็ม 100 คะแนน เนื่องจากแต่ละข้อมีช่วงคะแนนดิบไม่เท่ากัน นำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .85

ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2553) ดัดแปลงแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ มาจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) แปลเป็นไทยโดย จอม สุวรรณโณ (Suwanno, 2007) มีข้อความรวม 19 ข้อ นำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ค่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .82 ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2553) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000)

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินการจัดการตนเองของ ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2553) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) แปลเป็นไทยโดย จอม สุวรรณโณ (Suwanno, 2007) เนื่องจากมีการประเมินการจัดการตนเองในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา

3.2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิต เป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต และเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ เพราะส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมของประเทศ การจัดการตนเองถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย และหากมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็ต้องมีการจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หาวิธีการเพื่อให้การดำเนินชีวิตทุกด้านเป็นปกติ เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อตนเองน้อยที่สุด คงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ช่วยลดอัตราการเกิดความเจ็บป่วย อัตราตาย และลดอัตราการกลับไปพักรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนรักษาและ

ส่งเสริมความผาสุกในชีวิต การจัดการตนเองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต ในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดจำเป็นต้องมีการดูแลต่อเนื่อง ต้องมีการจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยใช้กระบวนการไตร่ตรองอย่างมีวิจารณญาณไปสู่การตัดสินใจที่ดี ดังนั้นผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าสามารถดูแลตนเองและจัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ (ธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551) จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรืออาจกล่าวได้ว่า การจัดการตนเองตนเองมีการส่งเสริมซึ่งกันและกันและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต (ชุตินทร เวียนแพง, 2548; จอม สุวรรณานโน และคณะ, 2551; ธิวาสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551; McGillion et al., 2008) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สุน และคณะ (2553) พบว่าโดยรวมการจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนในรายด้านพบว่า การจัดการตนเองเพื่อคงสภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณและด้านจิตสังคมและการจัดการตนเองด้านการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่ง ฉวีวรรณได้อธิบายไว้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ทำให้การเรียนรู้ การแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลตนเองอาจไม่เพียงพอที่จะจัดการตนเองได้ดี

3.3 ค่านิยมด้านสุขภาพ

3.3.1 ความหมายของค่านิยมด้านสุขภาพ

Rokeach (1973) หมายถึง ความเชื่ออย่างหนึ่งที่มีลักษณะเป็นถาวรเป็นแนวปฏิบัติหรือเป้าหมายของชีวิตในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่ตนเองหรือสังคมเห็นดีเห็นชอบในการยึดปฏิบัติตามมากกว่าแนวทางหรือเป้าหมายอย่างอื่น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) กล่าวว่า ค่านิยมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ บทบาทที่สำคัญของค่านิยมมี 2 อย่าง คือ เป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ และหน้าที่อีกประการหนึ่งคือ ทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

Feath (1975) กล่าวว่า ค่านิยมเป็นความเชื่อที่มีลักษณะยั่งยืน เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ตนเองหรือสังคมเห็นดี เห็นชอบ และสมควรจะยึดปฏิบัติ

ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) ตามความหมายของค่านิยม กล่าวว่าได้ว่าค่านิยมทางสุขภาพหมายถึง การให้ค่าหรือให้ความสำคัญต่อสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มคนในสังคม

โดยได้พิจารณาประเมินค่าแล้วว่า สิ่งนั้นมีค่ามีความสำคัญต่อสุขภาพ และต้องการยึดเป็นหลักปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

นักจิตวิทยา Rokeach (1973) เสนอแนวคิดทฤษฎีเรื่องโครงสร้างของค่านิยมไว้ว่า ค่านิยมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทที่แตกต่างกัน คือ ประเภทวิถีปฏิบัติและประเภทที่เป็นจุดมุ่งหมายปลายทาง กล่าวคือ ค่านิยมประเภทวิถีปฏิบัติจะช่วยในการดำรงชีวิตและการเลือกแสดงพฤติกรรมประจำวัน เช่น ใช้ความทะเยอทะยาน ส่วนค่านิยมที่แสดงให้เห็นถึงเป้าหมายของชีวิตที่ต้องการบรรลุ ก็คือ ค่านิยมที่แสดงจุดมุ่งหมายปลายทางที่จะไปถึง

ค่านิยมเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมมนุษย์เป็นตัวตัดสินใจ กำหนด หรือผลักดันให้พฤติกรรมโน้มเอียงไปทางใดทางหนึ่ง ค่านิยมเป็นพลังที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใต้พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่ของมนุษย์ (Rokeach, 1973) ค่านิยมทางสุขภาพจึงเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากค่านิยมทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเองแล้วนำมาเป็นตัวกำหนดหรือผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพออกมาในทางใดทางหนึ่งและค่านิยมทางสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการกำหนดเป้าหมายในแนวทางปฏิบัติของบุคคลและเป็นแกนกลางสำคัญที่จะสร้างเสริมหรือเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคลโดยบทบาทที่สำคัญของค่านิยมมี 2 ประการ คือเป็นมาตรฐานที่จะนำทางให้บุคคลยึดถือปฏิบัติตนและบทบาทอีกประการหนึ่งคือทำหน้าที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวในทางส่งเสริมสุขภาพและช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ค่อนข้างถาวรอันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป (Rokeach, 1973) ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา (2532) ได้สรุปอิทธิพลของค่านิยมต่อพฤติกรรมของมนุษย์ไว้ว่า ค่านิยมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์โดยเป็นตัวกำหนดตัดสินใจ ผลักดันและเป็นแนวทางให้บุคคลมีพฤติกรรมไปทางใดทางหนึ่ง รวมทั้งเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ทัศนคติ ความสนใจ และความตั้งใจหรือความคาดหวังที่จะแสดงพฤติกรรมตามค่านิยมของตนเอง

ด้วยเหตุที่ว่าค่านิยมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทุกชนิดที่เรียกได้ว่าเป็นพฤติกรรมสังคม พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมทางสังคม จึงกล่าวได้ว่า ค่านิยมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534)

1. การป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติบางอย่างที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรค และการปฏิบัติเหล่านี้สามารถสังเกตได้โดยตรง

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรือมีสถานะทางสุขภาพที่ไม่ปกติ ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลาย เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อากาการ รักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม ซึ่งบุคคลสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี

3.3.2 ค่านิยมด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ค่านิยมด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลที่เห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดีปราศจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เน้นในด้านการให้ความสำคัญแก่สุขภาพ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532) กล่าวว่า ค่านิยมเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ บทบาทที่สำคัญของค่านิยม 2 อย่าง คือ เป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ และหน้าที่อีกประการหนึ่งคือ ทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพย่อมมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

3.3.3 การประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ

ในการวัดค่านิยมจะมีลักษณะที่เรียกว่า projective คือ ค่อนข้างเป็นนามธรรม เปลี่ยนไปตามสถานการณ์เนื่องจากการแสดงออกออกมาเป็นค่านิยมของบุคคลนั้นมีลักษณะที่เป็นการตอบสนองที่มาจากความต้องการหรือความปรารถนาภายในตัวบุคคลมากกว่ามาจากแรงกระตุ้นหรือสิ่งเร้าภายนอก (Rokeach, 1973) การวัดค่านิยมไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่ค่านิยมจะแสดงออกทางทัศนคติและพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือที่นำมาวัดค่านิยมมีหลากหลาย

Karel et al., (2007) ได้ทำการศึกษาวิธีการประเมินค่านิยม เพื่อการวางแผนการดูแลสุขภาพแนวใหม่ โดยใช้เครื่องมือในการประเมินค่านิยมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุที่มีและไม่มี ความจำเสื่อม เครื่องมือที่ใช้มี 3 รูปแบบ คือ แบบคำถามปลายเปิดสองทาง แบบรายการข้อความที่ถามถึงสิ่งที่ชอบหรือสิ่งที่เชื่อถือเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ต้องตอบต้องการได้มา เพื่อทำให้คุณภาพดีขึ้น และข้อความที่แสดงถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อ

การตัดสินใจรักษาโรค ซึ่งมี 3 ระดับคะแนน คือ ไม่มีอิทธิพล มีอิทธิพลบ้าง และมีอิทธิพลมาก ซึ่งสามารถวัดเกี่ยวกับค่านิยมในการดูแลสุขภาพได้ดี

Jackson et al., (2007) สร้างเครื่องมือวัดค่านิยมทางสุขภาพ ที่มีต่อการดูแลตนเองและการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นที่ออกจากครอบครัวเป็นครั้งแรกเพื่อศึกษาต่อปีแรกของวิทยาลัย โดยมีลักษณะเป็น Rating Scale ตามแบบของ Likert

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเกี่ยวกับค่านิยมของและประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) เกี่ยวกับค่านิยมที่บุคคลมีต่อสุขภาพและจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ค่านิยมทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ค่านิยมมาจากความเชื่อและเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพภายใต้ระบบสังคมและวัฒนธรรม ความแตกต่างทางวัฒนธรรมทำให้มนุษย์มีความเชื่อต่างๆ ในโรคและความเจ็บป่วย ตลอดจนกรรมวิธีในการเยียวยา และการป้องกันโรคไม่เหมือนกัน ทำให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพไม่เหมือนกัน ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองดังกล่าวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยเนื่องจากหลอดเลือดหัวใจตีบแม้ได้รับการขยายหลอดเลือดแล้ว ก็ยังจำเป็นต้องดูแลตัวเองตลอดชีวิตเพราะเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด เพราะฉะนั้นการสร้างค่านิยมด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วย จะทำให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สุขภาพของผู้ป่วยแข็งแรง นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม (ปาริชาติ สุขสวัสดิพร, 2543) ด้วย จากการศึกษาของขวัญใจ แจ่มสรั้อย (2548) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่าผู้ป่วยมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบสอดคล้องกับ Fegg et al., (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามและได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 75 รายผลพบว่าในผู้ป่วยที่มีค่านิยมต่อตนเองสูงจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ค่านิยมต่อตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก

3.4.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky (1991) (อ้างถึงใน พัทธนันท์ พูลละเอียด , 2550) หมายถึง วิถีการมองโลกและการรับรู้อย่างกว้างๆ (global orientation) รับรู้โลกทั้งด้านความคิด และอารมณ์ ตามสภาพความเป็นจริงที่แสดงถึงการที่บุคคลได้เพิ่มพูนความรู้สึกเชื่อมั่นว่าสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นสิ่งแวดล้อมภายในตนและสิ่งแวดล้อมภายนอกตน เป็นสิ่งที่มีโครงสร้าง สามารถทำนายได้ และอธิบายได้ บุคคลมีแหล่งประโยชน์อย่างเพียงพอที่จะใช้ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาในชีวิต และสถานการณ์ที่บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องหรือสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งทำลาย มีคุณค่า และคุ้มค่ากับการเข้าไปเกี่ยวข้อง หรือจัดการให้สำเร็จลุล่วงไปได้

ชมนาด สุ่มเงิน (2543) หมายถึง ความสามารถในการประเมินเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่มากกระทบในชีวิตด้วยความเข้าใจ สามารถบริหารจัดการ และให้ความหมายเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นว่ามีคุณค่าและคุ้มค่าที่จะแก้ไข

พัทธนันท์ พูลละเอียด (2550) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการที่จะเผชิญและจัดการต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยมีความสามารถในการเข้าใจสิ่งเร้า มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้า และมีความสามารถในการให้ความหมายต่อสิ่งเร้านั้นๆ มองสิ่งเร้าว่าเป็นสิ่งทำลายและคุ้มค่ากับการเข้าไปจัดการ โดยอาศัยแหล่งประโยชน์ต่างๆ

ความเข้มแข็งในการมองโลก (sense of coherence) เป็นมโนทัศน์หลักของทฤษฎีความผาสุกในชีวิต พัฒนาขึ้นโดย แอรอน แอนโทนอฟสกี ซึ่งทำงานศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับภาวะเครียดของบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของบุคคล ทฤษฎีความผาสุกในชีวิตเป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิตของบุคคล ในขณะที่อยู่ในสถานการณ์ความเครียดมากกว่าอธิบายถึงปัจจัยหรือสาเหตุของโรค (Antonovsky, 1987 cited in Motzer and Stewart, 1996) เนื่องจากในการดำรงชีวิตประจำวันโดยปกติแล้วมนุษย์ต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในแต่ละคนที่แตกต่างกันออกไป การสนองตอบต่อความเครียดจะเป็นเสมือนตัวกันชน (buffer) ที่สำคัญสำหรับการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุกในระดับสูงสุดของบุคคล โดยบุคคลต้องอาศัยแบ่งปัจจัยต้านทานความเครียดโดยทั่วไป (generalized resistance resources) ซึ่งเป็นแหล่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลก จากการศึกษาและตั้งข้อสังเกตของแอนโทนอฟสกี ในกลุ่มเชลยสงครามที่ถูกกักกันและเผชิญกับความเครียดมากมาย แต่พบว่า มีเชลยบางคนยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและ

จิตใจ ซึ่งแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) ได้ข้อสรุปว่า เซลยสงครามกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มองโลกหรือมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนในลักษณะ 3 ประการ คือ

1. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกนั้นเป็นระบบ ระเบียบ มีเหตุ มีผล สามารถทำความเข้าใจได้ และสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้
2. เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เป็นความเครียด บุคคลสามารถหาแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการสนองตอบต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
3. เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งท้าทาย มีคุณค่าในการสนองตอบหรือแก้ไขให้สำเร็จลงได้

แอนโทนอฟสกีเรียกคุณลักษณะที่พบนี้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการแก้ไขปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นได้

องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก แอนโทนอฟสกีได้อธิบายว่าความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความสามารถทำความเข้าใจ (comprehensibility) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจและรับรู้ถึงสิ่งเร้าหรือความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตนนั้นมีลำดับขั้นตอน มีความชัดเจน มีโครงสร้าง ไม่ได้ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มีระเบียบหรือเกิดขึ้นแล้วอธิบายไม่ได้ แต่สิ่งเร้าหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นสามารถจัดลำดับให้คำอธิบาย ให้ความเข้าใจและทำนายได้ แม้ไม่อาจจะให้คำตอบอย่างชัดเจน แต่สามารถทำความเข้าใจและให้ความรู้สึกกับสิ่งนั้นได้

2. องค์ประกอบด้านความสามารถในการจัดการ (manageability) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีแหล่งประโยชน์เพียงพอที่จะใช้ควบคุม หรือจัดการกับสิ่งเร้าหรือความเครียดที่รบกวนชีวิต แหล่งประโยชน์เหล่านั้นอาจมาจากตนเอง บุคคลอื่นที่เป็นกลุ่มหรือคนที่ตนคุ้นเคยและไว้วางใจ เช่น คู่สมรส เพื่อนฝูง ผู้ใกล้ชิด ผู้ร่วมงาน พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ ผู้นำในสังคมของแต่ละคน แพทย์ และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ ทำให้ไม่รู้สึกว่าเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นสิ่งที่น่ากลัว สามารถเผชิญกับเหตุการณ์และปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ด้วยความมั่นใจ ไม่หวาดกลัวหรือเศร้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่มีที่สิ้นสุด

3. องค์ประกอบด้านความสามารถให้ความหมาย (meaningfulness) เป็นองค์ประกอบที่ทำให้บุคคลมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนว่ามีความหมาย เป็นสิ่งที่ท้าทาย และมีคุณค่ามากกว่าทำให้เกิดความยุ่งยาก ผู้ที่มีองค์ประกอบนี้จะสามารถระบุหรือค้นหาความหมายในสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถแสดงพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่เอาชนะหรือสิ่งที่เกิดขึ้นด้วยความมั่นใจ

Anteonvsky, (1982 อ้างถึงใน พัทธนันท์ พูลละเอียด, 2550) ได้รวบรวมและเสนอปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีประสบการณ์ชีวิตในลักษณะที่จะเสริมสร้าง พัฒนา และคงไว้ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกให้อยู่ในระดับสูง หรือมีความเข้มแข็งในการมองโลกที่เข้มแข็งไว้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (psychological source) เป็นผลมาจากประสบการณ์ชีวิต และพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็ก เช่น การที่เด็กรู้สึกหมดหวัง หมดทางแก้ไข ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ความรัก ความอบอุ่น ประสบการณ์ชีวิตนี้จะทำให้ขาดการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการมองโลก แต่ถ้าเหตุการณ์เกิดขึ้นในลักษณะตรงกันข้าม ก็จะทำให้เด็กได้รับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นการเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งในการมองโลกขึ้น นอกจากนี้การที่บุคคลมีรูปแบบการปรับตัวที่ยืดหยุ่นได้ มีเหตุผล มีความชัดเจนในเอกลักษณ์ของตนเอง ก็จะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น

2. ปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคม (social-structure source) ได้แก่ ระดับชนชั้นในสังคม กฎระเบียบ ค่านิยมที่สืบทอดจากบิดามารดา แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความเป็นปึกแผ่น การรวมตัวกันของบุคคลในสังคม การมีข้อผูกพันต่อกันในสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีประสบการณ์ของความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาอันมีส่วนในการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น

3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและเหตุการณ์ในอดีต (culture-historical source) ได้แก่ ความมั่นคงของวัฒนธรรม ศาสนา ปรัชญา ศิลปะ ความเชื่อเรื่องอำนาจวิเศษ เวทมนตร์ คาถา การเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์บางอย่างอย่างคาดไม่ถึง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการสร้างโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของโครงสร้างบุคลิกภาพพื้นฐานที่ถูกสร้างขึ้นมาก็คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก

ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาตั้งแต่แรกเกิด และจะเพิ่มมากขึ้นจนเข้าสู่วัยรุ่น ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนาอย่างเต็มที่ในช่วง 30 ปีแรกของชีวิต และสามารถเปลี่ยนแปลงได้เมื่อมีเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในชีวิต Antonovsky กล่าวว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีที่มาจากประสบการณ์ชีวิต มีลักษณะ 3 ประการดังนี้

1. ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน หรือเกิดขึ้นในลักษณะคงที่สม่ำเสมอ ทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ และจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

2. ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการเกิดเหตุการณ์ หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยบุคคลสามารถรับรู้ และจัดการได้อย่างเหมาะสม พอดีกับความสามารถที่มีอยู่ของตน

3. ประสบการณ์ชีวิตที่ได้จากการรับรู้ว่าการเผชิญกับเหตุการณ์ หรือสถานการณ์บางอย่างในชีวิตนั้น บางครั้งความคงที่สม่ำเสมอ หรือการจัดการพอดีกับเหตุการณ์

เหล่านี้มันสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงบางส่วน ส่วนที่เหลือต้องอาศัยหรือขึ้นอยู่กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับทนแหล่งประโยชน์ต่างๆ เหล่านี้เอื้อให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา ได้มีประสบการณ์ของความสำเร็จในการเผชิญกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในชีวิตได้มากขึ้น และประสบการณ์เช่นนี้จะมีผลให้ความเข้มแข็งในการมองโลกมีการพัฒนาสูงขึ้น

ได้ด้วย

3.4.2 ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นภาวะอันตรายทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายนำไปสู่การเสียชีวิตได้ การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง แต่ผลกระทบที่ได้รับจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้สมรรถภาพการทำงานของหัวใจลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยง่าย ความคงทนในการทำกิจกรรมลดลง ซึ่งจะมากขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค นอกจากนี้วิธีการรักษาโดยการใส่ยา ร่วมกับการทำหัตถการ (PCI) และการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต ตลอดจนความไม่แน่นอนของการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งอาการแสดงที่พบได้บ่อย คือ อาการเจ็บหน้าอกนั้น จะส่งผลกระทบต่อภาวะด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย เช่น เกิดความรู้สึกกลัว มีความวิตกกังวล ความโกรธ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความซึมเศร้า เป็นต้น (Oka, Burke and Frelicher, 1995) ถึงแม้ว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว ความทุกข์ทรมานทางกายและทางจิตใจเหล่านี้ก็ยังคงปรากฏได้ ซึ่งการที่โรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีผลทางลบ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจนี้อาจทำให้ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้ป่วยลดลงได้ (Antonovsky, 1987) นั้นหมายถึงความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย พบว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับแย่หรือในระดับปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ระดับสูง (Kattainen et al., 2006)

3.4.3 การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

Antonovsky, (1987) คิดแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก (the sense of coherence questionnaire) ประกอบด้วยข้อคำถาม 29 ข้อ ครอบคลุม 3 องค์ประกอบ คือ ประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 11 ข้อ ประเมินความสามารถในการบริหารจัดการ 10 ข้อ และประเมินความสามารถให้ความหมาย 8 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในประเทศต่างๆ จากรายงาน 26 รายงานวิจัยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง .82 ถึง .95 หลังจากนั้น Antonovsky, (1987) ได้สร้างแบบสอบถาม

ที่ลดเวลาในการสัมภาษณ์ โดยลดข้อคำถามจาก 29 ข้อ เหลือ 13 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถทำความเข้าใจ 5 ข้อ ความสามารถในการบริหารจัดการ 4 ข้อ และความสามารถในการให้ความหมาย 4 ข้อ ได้มีการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจาก 16 รายการ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง .74 ถึง .91 Antonovsky, (1987) ได้กล่าวสรุปจากรายงานการศึกษาวิจัยต่างๆ ว่าแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่สร้างขึ้นนั้นได้มาตรฐาน สามารถนำไปใช้ได้ทั้งแบบข้อคำถาม 29 ข้อ และ 13 ข้อ ใช้ได้ในหลากหลายวัฒนธรรม ทั้งให้บุคคลที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยสำหรับในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532) ได้แปลแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky, (1987) แบบข้อคำถาม 29 ข้อเป็นภาษาไทย หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 พัชรินทร์ นินทจันทร์ (2538) นำไปใช้กับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และ จันทนา เตชะศฤห (2540) ได้นำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 ราย โดยลดมาตราส่วนประมาณค่า จาก 7 เป็น 5 ระดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77 และชมนาด สุ่มเงิน (2543) ได้นำไปใช้กับในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 180 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky, (1987) ฉบับแปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานมีการนำไปใช้หลากหลายสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยเรื้อรังทุกประเภท

3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิต เป็นแนวคิดอธิบายถึงการรับรู้ของบุคคล โดยที่มีคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้และประเมินสภาวะของชีวิตของบุคคลโดยตรง ส่วนความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับชีวิตของบุคคล ทั้งคุณภาพชีวิต และความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตมนุษย์ เพราะมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีความผาสุกในชีวิต แอนโทนอฟสกีได้อธิบายไว้ในทฤษฎีความผาสุก (Antonovsky, 1982 อ้างถึงใน จันทนา เตชะศฤห, 2540) ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้คนมีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ จันทนา เตชะศฤห (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตระดับสูงและพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกและคุณภาพชีวิตและจากการศึกษาของ

Kattainen et al., (2006) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับแย่หรือในระดับปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ระดับสูง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

จันทนา เตชะศุภ (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2540 จำนวน 90 คน ผลพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนเฉลี่ย ความเข้มแข็งในการมองโลกอยู่ในระดับ และความผาสุกในระดับสูง ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถร่วมกันทำนายความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 43.23

สายฝน จับใจ (2540) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยรายด้านมีความพึงพอใจในชีวิต อุดมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี ส่วนสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อายุและสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล (2543) ศึกษาประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการและผลในผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า (ร้อยละ 62) รับรู้อาการเริ่มต้นคือ เจ็บหน้าอก (ร้อยละ 20) เริ่มจากจุกแน่นลิ้นปี่ ปวดระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 13) เริ่มต้นจากการเจ็บร้าวที่ไหล่ หลัง และหายใจลำบาก การรับรู้ตำแหน่งของอาการร้าว (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปบริเวณอก (ร้อยละ 44.1) ร้าวไปแขนทั้ง 2 ข้าง (ร้อยละ 50.3) ร้าวไปคอ ไหล่ กราม รับรู้อาการแสดง (ร้อยละ 74) จะมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอกซ้าย กลางอก และหน้าอกด้านหน้าทั้งหมด (ร้อยละ 59) จะมีลักษณะเจ็บ ปวด แน่นเหมือนถูกบีบรัด (ร้อยละ 59) จะเจ็บแปล็บๆ ตื้อๆ ตลอดเวลา (ร้อยละ 26) มีอาการทุก 5-30 นาที (ร้อยละ 47) ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของอาการ

มาจากหัวใจ(ร้อยละ 16) จากระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 8) จากระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 11) และไม่แน่ใจว่าสาเหตุใด

ขวัญใจ แจสร้อย (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 252 ราย ผลพบว่าคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยในด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายค่อนข้างต่ำ ผู้ป่วยมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ อยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชุตินทร เรียนแพง (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ผลพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละอาการพบว่า การจัดการตนเองในอาการหอบเหนื่อยขณะมีกิจกรรม (ร้อยละ 100) อาการเหนื่อยล้า (ร้อยละ 90.91) อาการใจสั่น (ร้อยละ 89.77) อยู่ในระดับสูง การจัดการตนเองในอาการหอบเหนื่อยขณะนอนหลับ (ร้อยละ 39.77) และอาการน้ำหนักเพิ่มอย่างรวดเร็ว (ร้อยละ 10.23) อยู่ในระดับต่ำ กลุ่มตัวอย่าง มีความผาสุกอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) ศึกษากลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลพบว่าร้อยละ 88 มีอาการหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัดหายใจถี่ๆไม่ได้ (ร้อยละ 87.20) มีอาการเหงื่อออก (ร้อยละ 75.20) มีอาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกโดย (ร้อยละ 39.36) เจ็บบริเวณหน้าอกตรงกลางและ (ร้อยละ 35.11) เจ็บหน้าอกข้างซ้าย ลักษณะที่เจ็บหน้าอกส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.36 แน่นหน้าอก ร้อยละ 15.96 แสบร้อน (ร้อยละ 19.15) ปวดร้าวไปที่คอ (ร้อยละ 17.20) ร้าวไปที่หลัง

พัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย (2550) ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปลั๊กมูมิ พบว่าภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปลั๊กมูมิในระยะ 0-1 ปี และมากกว่า 1-5 ปี ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านไม่แตกต่างกัน และดีกว่าในระยะมากกว่า 5 ปี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านทั่วไป พบว่ามีคะแนนต่ำสุดของทุกช่วงเวลาพบอัตราการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 9.7 อัตราตายร้อยละ 19.1

วิชาสา ลีวธนะ และคณนะ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่เข้ารับการรักษาดังในโรงพยาบาลยะลา จำนวน 100 ราย ผลพบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดีและพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต โดยตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ คือ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ .23 การเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 16

ปฏิญญา สงวนพงษ์ (2552) ศึกษากลุ่มอาการการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 80 ราย พบว่ากลุ่มอาการที่พบเด่นชัดมากที่สุดคือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกร้อยละ 85 และอาการเริ่มแรกที่เกิดมากที่สุดคือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกร้อยละ 81.25 และพบว่าผู้ป่วยจัดการกับอาการโดยไม่ใช้ยาคือเมื่อมีอาการหยุดกิจกรรมทันทีและการจัดการแบบใช้ยาคือ เมื่อมีอาการจะอมยาใต้ลิ้น ผู้ป่วยรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการกับกลุ่มอาการส่วนใหญ่ร้อยละ 56.25 ไปในทางที่ทรุดกว่าเดิมร้อยละ 18.75 คงเดิมร้อยละ 25 ดีขึ้น

ฉวีวรรณ ยี่สกุล (2553) ศึกษาระดับการจัดการตนเองและระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 ราย พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการจัดการกับอาการ รองลงมาคือ ด้านการคงภาวะสุขภาพ ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 2 มิติ คือ มิติความพึงพอใจและมิติการให้ความสำคัญโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านครอบครัว รองลงมาคือด้านจิตวิญญาณและด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังพบว่าโดยรวมจัดการตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และรายด้านพบว่า การจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ด้านจิตวิญญาณและด้านเศรษฐกิจสังคม แต่การจัดการตนเองด้านการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพ

จากการทบทวนวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ (Documentary Systematic Review) ตั้งแต่ปี พ.ศ 2532 ถึง พ.ศ 2554 สามารถสรุปได้ดังนี้ (ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก จ)

1. ลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ จำนวน 17 เรื่อง เชิงพรรณนา 2 เรื่อง ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย จำนวน 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยศึกษาเชิงเปรียบเทียบ 7 เรื่อง

ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมากที่สุด (ร้อยละ 67.65) มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด (ร้อยละ 41.18) คณะที่ผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นคณะ แพทยศาสตร์ (ร้อยละ 79.41) เมื่อแบ่งงานวิจัยตามปีที่พิมพ์เผยแพร่จะเห็นได้ว่างานวิจัยทั้ง 34 เรื่อง มีการพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ 2532 ถึง พ.ศ 2554 โดยมีการพิมพ์เผยแพร่ในช่วง ระหว่างปี พ.ศ 2541 ถึง พ.ศ 2545 มีจำนวนมากที่สุดคือ (ร้อยละ 32.35)

2. ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจมีหลายปัจจัยสามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่มปัจจัยใหญ่ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคมและปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการทำหน้าที่

3. ด้านกรอบแนวคิดมีการกำหนดกรอบแนวคิดทฤษฎีชัดเจน (ร้อยละ 81.88) โดยแนวคิด ด้านคุณภาพชีวิตที่ใช้มากที่สุด คือ แนวคิดของ Ferrans & Powers (ร้อยละ 18.18) รองลงมา ได้แก่แนวคิดของ Zhan (ร้อยละ 15.15)

4. ด้านเครื่องมือที่นำมาใช้พบว่าผู้วิจัยนำมาใช้มากที่สุด คือ Quality of Life Index- Cardiac Version (QLI) QLI-Cardiac Version –III (ร้อยละ 20.59) รองลงมา The short-Form-36 Health Survey (SF-36) (ร้อยละ 17.65)

5. ผลจากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต มากที่สุดรองลงมาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการทำหน้าที่และปัจจัยด้านจิตสังคม ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระที่ศึกษาในส่วนของปัจจัยด้านบุคคล การเบิกจ่ายค่ารักษามี ความสัมพันธ์สูงมากกับคุณภาพชีวิต ($r=0.997$) รายได้ ระดับการศึกษา และเพศมีความสัมพันธ์ ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r =0.554, r=0.505, r =0.498$) ปัจจัยด้านสุขภาพพบว่าสมรรถภาพ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการหรืออาการแสดง มีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r=0.722, r= 0.705$) สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า อคติทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคมหรือคู่ สมรส และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r=0.718, r= 0.700, r=0.600$) ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r=0.762$)

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

Szygula-Jurkiewicz et al., (2005) พบว่าเมื่อเทียบกันระหว่างคุณภาพชีวิตใน ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด non ST elevate หลังได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจ เปรียบเทียบกับการทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ระยะเวลา 12 เดือน ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสวนหัวใจมีอัตราการเจ็บหน้าอก การกลับมารับ การเปิดหลอดเลือดซ้ำมากกว่า และมีความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

Devon and Zerwic (2002) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการรับรู้อาการและรายงานอาการสำคัญของด้วยตนเองได้ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอกมากกว่าเจ็บบริเวณกราม คอ หลัง นอกจากนี้ยังมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก ผู้ป่วยประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่าเป็นอาการที่รุนแรง ร่วมกับมีอาการหายใจถี่ๆ หายใจลำบาก มีอาการคลื่นไส้และสูญเสียความรู้สึกอยากอาหาร

Fegg et al., (2005) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามและได้รับการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 75 ราย ผลพบว่าในผู้ป่วยที่มีค่านิยมต่อสุขภาพตนเองสูงจะส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ค่านิยมต่อสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

Kattainen et al., (2006) ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับแยหรือในระดับปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกที่ระดับสูง

Wong and Chair (2007) เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเดือนที่ 1 และ 3 ด้วย SF-36 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตขึ้นหลังที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเดือนที่ 1 และดีขึ้นต่อเนื่องไปถึงเดือนที่ 3 แต่ถ้าเปรียบเทียบเดือนระหว่างเดือนที่ 1 กับเดือนที่ 3 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านลดลง 5 ด้านจาก 8 ด้าน และเมื่อวัดด้วย SAQ พบว่าได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเดือนที่ 3 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลด

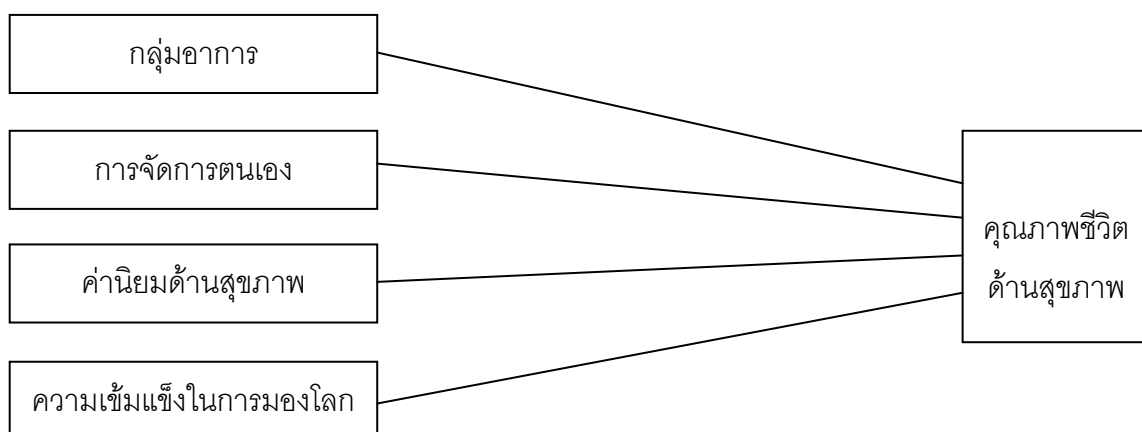
Witte et al., (2007) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบจากอาการเจ็บหน้าอกและประสบการณ์การเกี่ยวกับโรคหัวใจกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้าในโรคหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 121 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมาก่อนกับผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมาก่อนที่ระยะ 6 เดือนไม่มีความแตกต่างในเรื่องของคุณภาพชีวิตแต่มีความแตกต่างในเรื่องของภาวะซึมเศร้าโดยผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจมาก่อนจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกในช่วงระยะเวลา 6 เดือนแรกหลังการเจ็บป่วยจะมีคุณภาพชีวิตแยและมีระดับความซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Li (2010) ศึกษาคุณภาพชีวิตหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจและได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 233 ราย เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 218 รายและในกลุ่มที่อายุน้อยกว่า 60 ปี เก็บข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 200 - พฤษภาคม 2008 พบว่ากลุ่มที่

อายุ < 60 ปี คะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายที่ระยะเวลา 6 เดือนไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ > 80 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างชัดเจนโดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้ว่าการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหลังขยายหลอดเลือดหัวใจแล้ว สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งตำรา เอกสาร และงานวิจัย ผู้วิจัยได้ปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือด คือ การจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพและกลุ่มอาการโดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจของโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบโดยใช้โปรแกรม Power Analysis Size for sample Size ทั้งนี้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (Type II error) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (ขวัญใจ แจ่มสร้อย, 2548) จากนั้นใช้โปรแกรม PASS โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ 80% ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 126 คน ทำการสุ่มดังนี้

- 1.1 สุ่มสังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ โรงพยาบาลสังกัดคณะกรรมการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการและ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกสุ่มมา 3 สังกัดจาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มสังกัดได้โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรื โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

1.2 ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2.1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรื คือ โรงพยาบาลตำรวจ

1.2.2 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหมมี 3 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ทำการสุ่มมา 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

1.2.3 โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครมี 4 โรงพยาบาล (เฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด) ประกอบด้วย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ทำการสุ่มมา 1 ใน 3 โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ได้คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในเดือนที่ผ่านมา (เดือนมกราคม 2555) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเดือนมกราคม 2555 ของโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 163 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 141 คน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 200 คนโดยใช้สูตรการคำนวณ proportion to size ดังนี้ (รุจิเรศ ฐนุรักษ์, 2543)

จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม =
$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ต้องการ} \times \text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจแต่ละร.พ.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลตำรวจ 41 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 35 คน และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 50 คน รวมทั้งสิ้น 126 คน

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้แบบกำหนดเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- 1) อายุ 20 – 59 ปี
- 2) เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมาเป็นระยะเวลา 1 เดือน - 5 ปี
- 3) สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้
- 4) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ

- 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
- 6) ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ช่วยเหลืองตนเองได้น้อย
- 7) ไม่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรังร่วม
- 8) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. กำหนดเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือ มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล

2) ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวดูได้จากแฟ้มประวัติวัดมาตรวจตามนัด

5. เลือกรวมตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามคุณสมบัติในข้อ 4 จากนั้นทำการเก็บข้อมูล ในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการเก็บข้อมูลจนครบตามจำนวนของแต่ละโรงพยาบาล ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2555 โดยมีรายละเอียดวันเวลาในการเก็บข้อมูลดังนี้

โรงพยาบาลตำรวจ วันพุธ เวลา 0730 – 1600

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า วันจันทร์ วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 0800 -1600

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล วันอังคารเวลา 0800-1400 และวันพุธเวลา 0700-1400

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเก็บข้อมูล จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้/การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกก่อนและหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ โรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การอุดตันซ้ำ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ / การได้รับการช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) (n= 126)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	81.0
หญิง	24	19.0
อายุ (ปี)		
51-59 ปี	72	51.16
41-50 ปี	40	31.74
27-40 ปี	14	11.1
(\bar{x} =51.48, SD= 6.95,min=27,max= 59,range= 32)		
สถานภาพสมรส		
คู่	108	85.7
โสด	10	6.9
หม้าย /หย่า/ แยก	8	7.3
ศาสนา		
พุทธ	118	93.7
อิสลาม	7	5.6
คริสต์	1	0.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	52	41.3
มัธยมศึกษา	39	31.0
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	14	11.1
ปริญญาตรี	13	10.3
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.2
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.2

ตารางที่ 1 ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) (n= 126)	ร้อยละ
สิทธิการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสังคม	72	57.1
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	47	37.3
จ่ายเงินเอง	6	4.8
ประกันชีวิต	1	0.8
อาชีพ		
รับจ้าง	39	31.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	26	20.6
ไม่ได้ทำงาน	25	19.8
ค้าขาย	16	12.7
พนักงานบริษัท/ลูกจ้าง	13	10.3
เกษตรกร	3	2.4
อื่นๆ	3	2.4
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	3	2.4
5,001 – 10,000 บาท	36	28.6
10,001 – 15,000 บาท	29	23.0
15,001 – 20,000 บาท	20	15.9
20,001 บาท ขึ้นไป	37	29.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) (n= 126)	ร้อยละ
แหล่งรายได้ / การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย (137)*		
ไม่มีแหล่งรายได้/ผู้ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย	46	33.6
บุตร	44	32.1
สามี/ภรรยา	31	22.6
พี่น้อง	13	9.5
อื่นๆ	2	1.5
บิดา/มารดา	1	0.7
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (165)		
สามี/ภรรยา	81	49.1
บุตร	54	32.7
พี่น้อง	16	9.7
อื่นๆ	8	4.8
บิดา/มารดา	3	1.8
ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย	3	1.8

* กลุ่มตัวอย่าง 1 คนมีแหล่งรายได้และผู้ดูแลได้มากกว่า 1 ตัวเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิค่ารักษาพยาบาล อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกก่อน ขยายหลอดเลือดหัวใจโดยให้ผู้ป่วยเลือกตอบเอง

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของขดลวดโครงตาข่าย จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การอุดตันซ้ำ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดที่ได้รับการขยาย

หลอดเลือดหัวใจ และตำแหน่งที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โดยผู้วิจัย เป็นผู้ลงบันทึกเองจากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/อาเจียน และหน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด โดยประยุกต์ตามแบบประเมิน Cardiac Symptom Survey (CSS) ของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อจตุระกุล (2549) ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน คือ

1) แบบประเมินด้านอาการ (Evaluation of symptoms) มี 2 มิติ คือ

- มิติด้านเวลา คือ ความถี่ (Frequency) จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความถี่น้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “มีความถี่มากที่สุด” ดังนั้นกลุ่มอาการในมิติด้านเวลาหรือความถี่ จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-120 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม = 0 หมายถึง ผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีกลุ่มอาการ ในมิติด้านเวลาเลย คะแนนรวม = 120 หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีกลุ่มอาการในมิติด้านเวลามากที่สุด

- มิติด้านความรุนแรง คือความรุนแรง (Severity) จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยซ้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่มีอาการ” 1 หมายถึง “มีความรุนแรงน้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “มีความรุนแรงมากที่สุด” ดังนั้นกลุ่มอาการ ในมิติด้านความรุนแรง จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-120 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม = 0 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีกลุ่มอาการในมิติด้านความรุนแรงเลย คะแนนรวม = 120 หมายถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีกลุ่มอาการ ในมิติด้านความรุนแรงมากที่สุด

2) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) คือ มิติด้านความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นความรู้สึกต่อระดับผลกระทบจากการรบกวนของอาการไม่สบาย ประกอบด้วย การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) และการรบกวนความสุขในชีวิต

(Enjoyment of life) แบบประเมินด้านการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptoms) ประกอบด้วย 2 มิติ คือ

- มิติด้านการรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยข้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่รบกวนเลย” 1 หมายถึง “รบกวนน้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “รบกวนมากที่สุด” ดังนั้นกลุ่มอาการในการรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-120 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม = 0 หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีกลุ่มอาการในมิติด้านการรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย คะแนนรวม = 120 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีกลุ่มอาการในมิติด้านการรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย มากที่สุด

- มิติด้านการรบกวนความสุขในชีวิต (Enjoyment of life) จำนวน 12 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะเป็นตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numeric rating scale) โดยข้ายมือสุดจะตรงกับตำแหน่ง 0 หมายถึง “ไม่รบกวนเลย” 1 หมายถึง “รบกวนน้อยที่สุด” และด้านขวาสุดจะตรงกับตำแหน่ง 10 หมายถึง “รบกวนมากที่สุด” ดังนั้นกลุ่มอาการในมิติด้านความทุกข์ทรมาน จะมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-120 คะแนน โดยมีความหมายดังนี้

คะแนนรวม = 0 หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีกลุ่มอาการในมิติด้านการรบกวนความสุขในชีวิต คะแนนรวม = 120 หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีกลุ่มอาการในมิติด้านการรบกวนความสุขมากที่สุด

การคิดคะแนนเป็นผลรวมของคะแนนด้านความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย รบกวนความสุขในชีวิตทั้ง 12 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-40 และคะแนนทั้งหมดที่เป็นไปได้ คือ 0 – 480 คะแนน คะแนนในแต่ละด้าน คะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ากลุ่มอาการมีความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรม ด้านร่างกายรบกวนความสุขในชีวิตน้อยหรือไม่มีอาการ คะแนนเฉลี่ยมากแสดงว่ากลุ่มอาการมีความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย รบกวนความสุขในชีวิตมาก

การสร้างและตรวจคุณภาพแบบประเมินกลุ่มอาการ มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า จากหนังสือ เอกสารงานวิจัย งานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในการ

พิจารณาเลือกอาการผู้วิจัยเลือกเฉพาะอาการที่เกิดจากกลไกทางสรีระวิทยาที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้ได้ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/อาเจียน และหน้ามืด/เป็นลม

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินกลุ่มอาการ

2.1 นำไปแบบประเมินกลุ่มอาการ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหาของข้อคำถาม ความถูกต้องตามเกณฑ์การให้และการแปลคะแนน ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสร้างเครื่องมือ 1 คน ผลปรากฏว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้เพิ่มข้อคำถามกลุ่มอาการทางด้านจิตใจ ซึ่งประกอบด้วย อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด

2.2 นำแบบประเมินกลุ่มอาการที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index หรือ CVI) ใช้เกณฑ์ค่า $CVI \geq .80$ (Polits & Hungler, 1999) โดยคำนวณข้อคำถามแต่ละข้อแล้วให้คะแนนเป็น 4 3 2 1 (ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาและสอดคล้องกับคำนิยามมากที่สุด และค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหาและไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลย) โดยใช้สูตร

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$$

ผลการคำนวณได้ความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินกลุ่มอาการที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .89 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงแบบประเมินจัดการตนเองในผู้ป่วยกล้ำมเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ฌวีวรรณ ยี่สกุล (2553) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel, Carlson, & Glaser (2000) แปลเป็นไทยโดย จอม สุวรรณโณ (Suwanno, 2007) แบบประเมินการจัดการตนเองประกอบด้วย 3 ส่วน มีข้อคำถามรวม 16 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนแตกต่างกันตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็น ด้านการจัดการอาการ จำนวน 6 ข้อ ความมั่นใจในการจัดการตนเองจำนวน 4 ข้อ และการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ด้านการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยตัวเลข 1-4 จะบ่งชี้ความมากน้อยของระดับการปฏิบัติ แบบวัดจะประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้ง 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 1-6 มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่เลยหรือแทบไม่เลย บางครั้ง บ่อย สม่ำเสมอโดยแต่ละระดับให้ความหมายและคะแนนดังนี้

ไม่เลยหรือแทบไม่เลย	เท่ากับ 1 คะแนน	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเพื่อลดอาการ
บางครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน	หมายถึง	ท่านเคยปฏิบัติเพื่อลดอาการบ้างบางครั้ง
บ่อย	เท่ากับ 3 คะแนน	หมายถึง	ท่านเคยปฏิบัติเพื่อลดอาการบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
สม่ำเสมอ	เท่ากับ 4 คะแนน	หมายถึง	ท่านเคยปฏิบัติเพื่อลดอาการทุกครั้ง

ด้านความมั่นใจในการจัดการตนเองประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยตัวเลข 1-4 จะบ่งชี้ความมากน้อยของระดับความมั่นใจต่อผลการปฏิบัติในการจัดการตนเอง แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้ง 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 7-10 มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่มั่นใจเลย ค่อนข้างมั่นใจ มั่นใจมาก มั่นใจที่สุด โดยแต่ละระดับให้ความหมายและคะแนนดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	เท่ากับ 1 คะแนน	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยต่อผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ/การประเมินอาการ
ค่อนข้างมั่นใจ	เท่ากับ 2 คะแนน	หมายถึง	ท่านค่อนข้างมั่นใจต่อผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ/การประเมินอาการ
มั่นใจมาก	เท่ากับ 3 คะแนน	หมายถึง	ท่านมีความมั่นใจมากแต่ไม่ถึงที่สุดต่อผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ/การประเมินอาการ

มั่นใจที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นใจที่สุดต่อผลลัพธ์จาก
การจัดการกับอาการ/การประเมน
อาการ

ด้านเพื่อคงภาวะสุขภาพประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยตัวเลข 1-4 จะบ่งชี้ความมากน้อยของการปฏิบัติในการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ แบบ ประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อ 11,13-16 คำถามที่มีความหมายทางลบ 1 ข้อคือข้อ 12 มีมาตราวัดประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) คือ ไม่เลย บางครั้ง บ่อย สม่ำเสมอ โดยแต่ละระดับให้ความหมายและคะแนนดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ้างบางครั้ง
บ่อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
สม่ำเสมอ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติทุกครั้ง

มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อคำถามทางบวก	คะแนนข้อคำถามทางลบ
ไม่เลย	1	4
บางครั้ง	2	3
บ่อย	3	2
สม่ำเสมอ	4	1

การคิดคะแนนรวมคะแนนการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้หรือไม่เคยมีอาการเลย

การดัดแปลงและตรวจคุณภาพแบบสอบถามกลุ่มอาการ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้มีการดัดแปลงและปรับข้อคำถามจากข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อเหลือ 16 ข้อ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ไม่ใช้คำถาม ข้อ 7 “ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจะมีอาการหลายอย่าง โดยเฉพาะอาการเจ็บ แค้นอก ใจสั่น เหนื่อยขณะออกกำลังกาย หรือเป็นลม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่” เนื่องจากไม่ได้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการตนเอง

1.2 ไม่ใช้คำถามข้อ 8 “ครั้งล่าสุดที่มีอาการเจ็บ แค้นอก ใจสั่น เหนื่อยขณะออกกำลังกาย หรือเป็นลม ท่านใช้เวลานานแค่ไหน กว่าที่จะรู้ว่าเป็นอาการของโรคหัวใจขาดเลือด” เนื่องจากประเมินได้ยาก

1.3 ไม่ใช่คำถามข้อ 19 “ท่านมั่นใจแค่ไหนว่าตนเองสามารถประเมินผลวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการรักษาอาการที่เกิดขึ้นได้” เนื่องจากพบว่ามีความซ้ำซ้อนกับข้อ 15 และปรับข้อคำถามข้อที่ 15 ครั้งล่าสุดที่ท่านมีอาการเจ็บ เค้นอก ใจสั่น เหนื่อยขณะออกกำลังกาย หรือเป็นลม ท่านแน่ใจแค่ไหนว่าวิธีการต่างๆ ที่ท่านใช้ในการรักษาตัวเอง จะได้ผลเป็น “ครั้งล่าสุดที่ท่านมี อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ ปวดร้าวไปที่กราม ปวดร้าวไปที่ลิ้นปี่ เหนือแตก ใจสั่น คลื่นไส้/อาเจียนเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ท่านมั่นใจ ว่าวิธีการต่างๆ ที่ท่านใช้ในการ ดูแลตัวเองเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น จะได้ผล” เนื่องจากกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีหลายอาการ (12 อาการตามแบบสอบถามกลุ่มอาการส่วนที่ 2) ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นที่นอกเหนือจากอาการเจ็บ เค้นอก ใจสั่น เหนื่อยขณะออกกำลังกาย หรือเป็นลม จึงควรถามความมั่นใจในการจัดการกับอาการให้ครอบคลุมทุกอาการ

1.4 ปรับจากระยะเวลาในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาเป็น “หลังจากได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบัน”

1.5 เรียงข้อคำถามใหม่ โดยสลับนำการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกมาไว้เป็นลำดับแรกต่อด้วยความมั่นใจในการจัดการตนเองและสุดท้ายเป็นการจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพเพื่อความต่อเนื่องจากแบบประเมินกลุ่มอาการทำให้ง่ายต่อความเข้าใจในการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินการจัดการตนเอง

2.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตามที่กล่าวมาโดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสร้างเครื่องมือ 1 คน ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิยอมรับและเห็นด้วยกับการปรับข้อคำถาม แต่เสนอแนะให้ปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

2.2 นำแบบประเมินการจัดการตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาตามที่กล่าวมา ได้ค่า CVI เท่ากับเท่ากับ .89

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินการจัดการตนเองที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพะปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

หลังวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .81 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 15 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยตัวเลข 1-5 จะบ่งชี้ความมากน้อยของระดับการให้ความสำคัญและยึดปฏิบัติ แบบวัดจะประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 11 ข้อ ได้แก่ 1,2,4,5,7-10,,12,13 และ 15 และทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ,3,6,11 และ 14 มีมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) คือ เป็นจริงที่สุด เป็นจริง เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริงที่สุด โดยแต่ละระดับให้ความหมายดังนี้

เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้นท่านเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งและมีการปฏิบัติมากที่สุด
เป็นจริง	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้นท่านเห็นด้วยและมีการปฏิบัติมาก
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจและมีการปฏิบัติปานกลาง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เห็นด้วยและมีการปฏิบัติน้อย
ไม่เป็นจริงที่สุด	หมายถึง	กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งและไม่มีการปฏิบัติ

มีเกณฑ์ให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อคำถามทางบวก	คะแนนข้อคำถามทางลบ
เป็นจริงที่สุด	5	1
เป็นจริง	4	2
เป็นจริงปานกลาง	3	3
เป็นจริงน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงที่สุด	1	5

คะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามีค่านิยมด้านสุขภาพในระดับต่ำคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามีค่านิยมด้านสุขภาพในระดับสูง

การสร้างและตรวจคุณภาพแบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้า เอกสารงานวิจัย งานวิทยานิพนธ์จากหนังสือที่เกี่ยวข้องกับ ค่านิยมค่านิยมด้านสุขภาพของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าและความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี ที่บุคคลมีต่อสุขภาพ และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันการตีบซ้ำ ทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ

2.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตามที่กล่าวมา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสร้างเครื่องมือ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสร้างเครื่องมือ 1 คน ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ใส่เหตุผลของค่านิยมแต่ละข้อเพื่อให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่านิยมที่ผิดหรือถูก

2.2 นำแบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหาตามที่กล่าวมาได้ค่า CVI เท่ากับเท่ากับ .95

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะนังเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .71 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .72

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของ Antonovsky, (1987) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล ประครอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2532) แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ โดยผู้วิจัยปรับระดับการเลือกตอบเหลือ 5 ระดับเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเลือกตอบได้ง่ายขึ้น (ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน) โดยตัวเลข 1-5 จะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ แบบประเมินจะประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ 4,5,6,8,9,11,12 และ 13 และทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ 1,2,3,7 และ 10

การแปลผลคะแนนในข้อที่เป็นบวก โดยให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แทนด้วย	5	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมากที่สุดเห็น
เห็นด้วย	แทนด้วย	4	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	แทนด้วย	3	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	แทนด้วย	2	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แทนด้วย	1	หมายถึง	ไม่เคยรู้สึกตามข้อนั้นเลย

การให้คะแนนข้อที่เป็นลบ โดยให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แทนด้วย	1	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	แทนด้วย	2	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	แทนด้วย	3	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	แทนด้วย	4	หมายถึง	รู้สึกตามข้อนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แทนด้วย	5	หมายถึง	ไม่เคยรู้สึกตามข้อนั้นเลย

การคิดคะแนนนำคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกทั้งหมดมารวม ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 13-65 คะแนนคะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำคะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตามที่กล่าวมา โดยผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสร้างเครื่องมือ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะและช่วยปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น

2. นำแบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังที่กล่าวมาได้ค่า CVI เท่ากับ .87

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .83 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .80

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short – Form-36- Health Survey (SF-36) ฉบับแปลเป็นไทยโดย วชิร เลอมาณฑุ และปารณีย์ มีแต่้ม (2546) สำหรับแบบประเมิน SF-36 ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ โดยมีข้อคำถามดังนี้

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical function) จำนวน 10 ข้อ
2. บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย (role limitation due to physical problems) จำนวน 4 ข้อ
3. ความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain) จำนวน 2 ข้อ
4. บทบาททางสังคม (social function) จำนวน 2 ข้อ
5. สุขภาพจิต (general mental health) จำนวน 5 ข้อ
6. บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (role limitation due to emotional problems) จำนวน 4 ข้อ
7. ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง (energy/vitality) จำนวน 4 ข้อ
8. การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป (general health perceptions) จำนวน 5 ข้อ โดยมีเกณฑ์การคิดคะแนนในแต่ละข้อดังแสดงในภาคผนวก ง

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามแบบประเมิน Outcomes Study Short form (SF-36) มีจำนวน 36 ข้อ การคำนวณจะคิดคะแนนดิบ โดยแปลงคะแนน (Record) จากแบบประเมิน จากนั้นนำคะแนนแต่ละคำถามในมิติเดียวกันมารวมกัน และคำนวณโดยใช้สูตรที่ผู้สร้างได้กำหนดไว้ คือ

$$\text{คะแนนรวมแต่ละองค์ประกอบ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ความแตกต่างของคะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}} \times 100$$

คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0-800 คะแนน ความหมายของคะแนนสูงแสดงถึงการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำแสดงถึงระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าหรือแย่กว่า มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ

ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

มากกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

คำถามข้อที่ 2 ซึ่งถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพโดยทั่วไปเมื่อเทียบกับปีที่แล้ว (Reported Health Transition) จะไม่นำมาคำนวณคะแนนแต่จะนำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบข้อเลือกในแต่ละข้อ

การตรวจคุณภาพแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตามที่กล่าวมา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญเรื่องการสร้างเครื่องมือ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านคุณภาพชีวิต 1 คน ผลปรากฏว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ปรับการใช้คำสรรพนามให้เหมือนกันหมดทุกข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ คำว่า “ท่าน” กับทุกข้อคำถาม

2. นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังที่กล่าวมาได้ค่า CVI เท่ากับ .95

3. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .93 และเมื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .92

สรุปการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า เครื่องมือส่วนใหญ่มีคุณภาพอยู่ในระดับดีโดย DeVellis (1991) มีเกณฑ์ในการให้ค่าแอลฟา คือ ระหว่าง .65-.70 ถือว่ายอมรับได้ในระดับต่ำ ระหว่าง .70-.80 เป็นค่าที่ยอมรับได้ และถ้าอยู่ระหว่าง .80-.90 ถือว่าเป็นค่าที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งผลการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินมีค่าความเที่ยงทั้งหมดมากกว่า .80 ยกเว้นแบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72 ซึ่งก็ถือว่าอยู่ในระดับยอมรับได้และเมื่อนำไปใช้จริงพบว่าค่าความเที่ยงที่ได้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับค่าความเที่ยงที่ได้จากการทดลองใช้ และอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

สรุปเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมิน	จำนวนข้อ	ค่าความเที่ยงกลุ่มทดลอง	ค่าความเที่ยงกลุ่มตัวอย่าง	การแปลความหมาย/เกณฑ์
กลุ่มอาการ	12	.89	.88	คะแนนเฉลี่ยต่ำแสดงว่ามีค่านิยมด้านสุขภาพในระดับต่ำคะแนนเฉลี่ยสูงแสดงว่ามีค่านิยมด้านสุขภาพในระดับสูง
การจัดการตนเอง	16	.81	.81	คะแนนการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้หรือไม่เคยมีอาการเลย
ค่านิยมด้านสุขภาพ	15	.72	.74	มีคะแนนตั้งแต่ 13-65 คะแนนคะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง
ความเข้มแข็งในการมองโลก	13	.83	.80	มีคะแนนตั้งแต่ 13-65 คะแนนคะแนนรวมน้อยหมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	36	.93	.92	คะแนนของแต่ละมิติจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 ถึง 100 คะแนนโดยรวมจะอยู่ในช่วง 0-800 คะแนนความหมายของคะแนนสูงแสดงถึงการมีสุขภาพดี คะแนนต่ำแสดงถึงระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าหรือแย่กว่า <u>เกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ</u> ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่มากกว่าร้อยละ 50 หมายถึงคุณภาพชีวิตดี

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามลำดับขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นดำเนินการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งขออนุญาตศึกษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนเพื่อคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัย

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย

3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด เพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างดังนี้ดังนี้

3.1 ก่อนการเข้าเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนการนัดตรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด (purposive sampling)

3.2 วันที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัยและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมิน พร้อมทั้งอธิบายวิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง และให้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30- 45 นาทีหรือจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะทำเสร็จ โดยสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินด้วยตนเองได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อความ หากพบกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วน แจ้งให้ทราบและซักถามเพิ่มเติม

6. ผู้วิจัยดำเนินการดังเช่นข้อ 3.1 ถึงข้อ 5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งรวมทั้งหมด 126 คน

7. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทำแบบประเมินมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาของแพทย์และการให้การพยาบาลแต่อย่างใด ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีการบังคับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อธิบายเพิ่มเติมว่าผู้ป่วยสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง

ระหว่างการเก็บข้อมูลหากผู้ป่วยไม่สบายใจ ไม่พร้อมในการตอบ หรือมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น เจ็บหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น หรือมีอาการผิดปกติใดๆให้แจ้งผู้วิจัยทราบทันที รวมทั้งอาการผิดปกติต่างๆที่ผู้วิจัยสังเกตเห็น ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและจัดให้ผู้ป่วยพักทันที พร้อมทั้งรายงานอาการให้ผู้ป่วยให้พยาบาลทราบเพื่อรายงานแพทย์ต่อไป

2. กรณีผู้ป่วยเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยมีแนวทางช่วยเหลือดังนี้

ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และความต้องการ โดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้นตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจ และแสดงความเห็นใจ แสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพวิกฤติทางด้านจิตใจและอารมณ์มากเกินความช่วยเหลือผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้ช่วยเหลือต่อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบประเมินที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิคำรักษาพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งรายได้/การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกแบ่งตาม canadian cardiology society (CCS) ก่อนและหลังขยายหลอดเลือดหัวใจโรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับรักษา การเกิดการอุดตันซ้ำ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และใช้สถิติร้อยละ

2.2 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนหลอดเลือดครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

3. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

ใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Cohen (Runyon and et al., 1996 : 238 อ้างอิงมาจาก Cohen. 1988) ดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
0.10-0.29	มีความสัมพันธ์กันต่ำ
0.30--0.49	มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
0.50-1.00	มีความสัมพันธ์กันสูง

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบบรรยาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 1 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร (n=126)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตาม โรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของขดลวดโครงตาข่าย จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การเกิดการอุดตันซ้ำ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (n=126)	ร้อยละ
การมีโรคร่วม*		
ไม่มี	10	7.9
มี		
ไขมันในเลือดสูง	100	37.6
ความดันโลหิตสูง	98	36.8
เบาหวาน	37	13.9
อื่นๆ	21	16.7
กลุ่มยาที่ได้รับการรักษา**		
Anti platelets	121	20.6
Statin	113	19.3
Beta blocker	86	14.7
กลุ่มอื่นๆ	67	11.4
Nitrate	59	10.1
ACE inhibitor	59	10.1
Diabetic	30	5.1
Ca blocker	26	4.4
Angiotensin repector inhibitors (ARBs)	21	3.6
Antiarrhythmia	5	0.9

* กลุ่มตัวอย่าง 1 คนมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค

** กลุ่มตัวอย่าง 1 คนได้รับการรักษาด้วยยามากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (n=126)	ร้อยละ
จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบ		
2 เส้น	64	50.8
1 เส้น	48	38.1
3 เส้น	13	10.3
มากกว่า 3 เส้น	1	0.8
$(\bar{x}=1.74, SD=0.67, \min=1, \max=4, \text{range}=3)$		
ชนิดของขยายหลอดเลือดหัวใจ*		
PTCA with stent	111	88.1
PTCA	10	7.9
Rotablator with stent	5	4.0
ชนิดของขดลวดโครงตาข่าย		
ชนิดเคลือบยา	61	54.9
ชนิดไม่เคลือบยา	40	36.0
ทั้งชนิดเคลือบยาและไม่เคลือบยา	10	9.0
จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
1 ครั้ง	79	62.7
2 ครั้ง	39	30.9
3 ครั้ง	5	3.9
มากกว่า 3 ครั้ง	3	2.4
$(\bar{x}=1.33, SD=0.49, \min=1, \max=3, \text{range}=2)$		
จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
1 เส้น	75	59.5
2 เส้น	47	37.3
3 เส้น	4	3.2
$(\bar{x}=1.44, SD=0.56, \min=1, \max=3, \text{range}=2)$		

*กลุ่มตัวอย่าง 1 คนได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (n=126)	ร้อยละ
ตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือด		
Left anterior descending artery	87	48.1
Right coronary artery	53	29.3
Left circumflex artery	40	22.1
Left main	1	6
การอุดตันซ้ำ		
ไม่เกิด	119	94.4
เกิด	7	5.6
ระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกก่อนขยายหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก	6	4.8
ระดับ 1	15	11.9
ระดับ 2	67	53.2
ระดับ 3	16	12.7
ระดับ 4	21	16.7
ระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก	53	42.0
ระดับ 1	52	41.3
ระดับ 2	17	13.5
ระดับ 3	3	2.4
ระดับ 4	1	0.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา	จำนวน (n=126)	ร้อยละ
ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (เดือน)		
1-12 เดือน	68	54.0
ช่วงอายุ 1-3 เดือน	19	15.0
ช่วงอายุ 4-6 เดือน	21	16.7
ช่วงอายุ 7-12 เดือน	28	22.2
13-24 เดือน	38	30.2
25- 36 เดือน	8	6.3
37- 48 เดือน	4	3.2
49- 59 เดือน	8	6.3
$(\bar{x}=15.47, SD=14.43, \min=1, \max=59, \text{rang}=58)$		

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีโรคร่วมร้อยละ 92.0 โรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ ไชมันในเลือดสูง 37.6 รองลงมาความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.8 และเบาหวานร้อยละ 13.9 ตามลำดับ กลุ่มยาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามากที่สุดคือ Anti platelets ร้อยละ 20.6 รองลงมาคือ Statin Beta blocker Nitrate และ ACE inhibitor คิดเป็นร้อยละ 19.3, 14.7, 10.1, 10.1 ตามลำดับ จำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบพบมากที่สุด คือ 2 เส้น ร้อยละ 50.8 รองลงมาคือ 1 เส้น ร้อยละ 38.1 ชนิดของการรักษาส่วนใหญ่เป็นการทำ PTCA with stent ร้อยละ 81.1 และ stent ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นชนิดเคลือบด้วยน้ำยา (drug eluting stent) ร้อยละ 54.9 รองลงมาเป็นการทำ PTCA เพียงอย่างเดียวร้อยละ 7.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้ง ร้อยละ 62.7 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจสูงสุด 5 ครั้ง มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.50) จำนวนหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมากที่สุดคือ 1 เส้น ร้อยละ 59.5 รองลงมาคือ 2 เส้น ร้อยละ 37.3 และตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมากที่สุดคือ Left anterior descending artery ร้อยละ 48.1 รองลงมาคือ Right coronary artery ร้อยละ 29.3 หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจพบมีการตีบซ้ำ ร้อยละ 5.6 นอกจากนี้พบว่าในระยะก่อนการขยายหลอดเลือดหัวใจระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกแบ่งตาม CCS (canadian

cardiology society) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 53.2 ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกระดับ 4 ร้อยละ 16.7 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 43.7 รองลงมา มีระดับความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับร้อยละ 1 39.7 มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกระดับ 4 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 0.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 12 เดือน ร้อยละ 54.0 และกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 49 เดือนมี 8 ราย (ร้อยละ 6.3)

ตอนที่ 2 ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร รายด้านและโดยรวมจำนวน 126 คน (n=126 คน)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
บทบาททางสังคม	83.34	17.70
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	81.98	22.61
ความเจ็บปวดของร่างกาย	74.34	22.24
บทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์	71.16	37.32
สุขภาพจิต	69.46	16.87
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	61.70	38.03
ความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉง	60.84	18.03
การรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไป	60.01	23.03
โดยรวม	562.87 (70%)	152.27

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 563.87$, $SD=152.27$) เทียบจาก 100% โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับดีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ

19.05 คะแนนสูงสุด (max) 800 คะแนน คะแนนต่ำสุด (min) 169 คะแนน rage 631 คะแนน เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 องค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เทียบจาก 100% โดยด้านบทบาททางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด $\bar{x} = 83.34$, $SD=17.70$ รองลงมาด้านความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{x}=81.98$, $SD=22.61$ ด้านความเจ็บปวดของร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{x}=74.34$, $SD=22.24$ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดอันเนื่องมาจากปัญหาทางด้านอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{x}=71.16$, $SD=37.32$ ด้านสุขภาพจิตมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{x}=69.46$, $SD=16.87$ ด้านบทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{x}=61.70$, $SD=38.03$ ด้านความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต $\bar{x}=60.84$, $SD=18.03$ และด้านการรับรู้ต่อสุขภาพทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุด $\bar{x}=60.01$, $SD=23.30$ ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครประเมินตนเองเทียบกับเมื่อปีที่ผ่าน มาจำนวน 126 คน (n=126 คน)

ระดับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับเมื่อปีที่แล้ว	จำนวน (N= 126)	ร้อยละ
ตอนนี้ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วมาก	59	46.8
ตอนนี้ดีขึ้นกว่าเมื่อปีที่แล้วบ้างเล็กน้อย	31	24.6
พอๆ กับเมื่อปีที่แล้ว	34	19.0
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อปีที่แล้วเล็กน้อย	9	7.1
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อปีที่แล้วมาก	3	2.4

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินระดับสุขภาพของตนเองเปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 46.8 มีสุขภาพดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.6 มีสุขภาพดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้างเล็กน้อย มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่มีสุขภาพแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วเล็กน้อยและมีร้อยละ 2.4 ที่มีสุขภาพแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 126 คน

กลุ่มอาการ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	16	12.69
1 อาการ	10	7.94
มีกลุ่มอาการ (อาการร่วม) ประกอบด้วย	100	79.36
2 อาการ	20	15.87
3 อาการ	25	19.84
4 อาการ	16	12.69
5 อาการ	25	19.84
6 อาการ	7	5.56
7 อาการ	5	3.97
8 อาการ	2	1.59
รวม	126	100

จากตารางที่ 5 พบว่าจำนวนอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีมากที่สุด คือ 8 อาการและน้อยที่สุดคือ 2 อาการ ส่วนอาการร่วมที่พบมากที่สุดคือ 3 และ 5 อาการพบร้อยละ 19.84 รองลงมาคือ 2 อาการ ร้อยละ 15.87 และ 4 อาการร้อยละ 12.69 ตามลำดับ และเมื่อแยกตามกลุ่มอาการที่พบร่วมกัน 3 อันดับแรกพบว่า อาการเจ็บ/แน่นหน้าอกร่วมกับอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าพบมากที่สุดร้อยละ 54.0 รองลงมาคือกลุ่มอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร่วมกับหุดหู่/เศร้างมอง/เครียดร้อยละ 48.0 และอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร้อยละ 36.0 (รายละเอียดในภาคผนวก จ)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (2 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน จาก 100 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร่วมกับอาการ หุดหู่/เศร้างมอง/เครียด	7	7.0
2	เจ็บ/แน่นหน้าอก ร่วมกับอาการ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	4	4.0
3	เจ็บ/แน่นหน้าอกร่วมกับอาการ จุกแน่นลิ้นปี่	2	2.0
4	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร่วมกับอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมี 2 อาการมีทั้งหมด 20 จากคนที่มีอาการทั้งหมด 100 คน อาการที่พบร่วมกัน มากที่สุดคือ อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร่วมกับอาการ หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 7.0 รองลงมาคือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก ร่วมกับอาการ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ร้อยละ 4.0 อาการ เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับอาการจุกแน่นลิ้นปี่ร้อยละ 2.0 และอาการหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร่วมกับอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร้อยละ 1.0 ตามลำดับโดยอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร้อยละ 13.0 และรองลงมาคืออาการหดหู่/เศร้าหมอง/เครียดและอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก ร้อยละ 9.0,8.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (3 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 25 คน จาก 100 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า และหดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	8	8.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย และ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	4	4.0
3	ใจสั่นร่วมกับอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า และหดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	2	2.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับจุกแน่นลิ้นปี่ และ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	2	2.0
5	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม และหดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	2	2.0
6	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร่วมกับ ใจสั่น และอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมี 3 อาการ มีทั้งหมด 25 จากคนที่มีอาการทั้งหมด 100 คน อาการที่พบร่วมกัน มากที่สุดคือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า และหดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 8.0 รองลงมาคือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย และ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร้อยละ 4.0 และอาการใจสั่น ร่วมกับอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด อาการ เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับจุกแน่นลิ้นปี่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับเวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 2.0 เท่าๆ กัน โดยอาการที่พบ

มากที่สุดในกลุ่ม 3 อาการ คือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกร้อยละ 18.0 รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ร้อยละ 16.0 และอาการหุดหู่/เศร้ำหมอง/เครียด ร้อยละ 13.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (4 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 คน จาก 100 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หุดหู่/เศร้ำหมอง/เครียด	5	5.0
2	เหงื่อแตก ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	2	2.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม หุดหู่/เศร้ำหมอง/เครียด	1	1.0

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมี 4 อาการ มีทั้งหมด 16 จากคนที่มีอาการทั้งหมด 100 คน อาการที่พบร่วมกัน มากที่สุดคือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หุดหู่/เศร้ำหมอง/เครียด ร้อยละ 5.0 รองลงมาคือ อาการเหงื่อแตก ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ร้อยละ 2.0 และอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม หุดหู่/เศร้ำหมอง/เครียด ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ โดยอาการที่พบมากที่สุดในกลุ่ม 4 อาการ คือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกและอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ร้อยละ 11.0 รองลงมาคือ อาการหุดหู่/เศร้ำหมอง/เครียด ร้อยละ 10.0 และอาการ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ร้อยละ 9.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการจำแนกตามจำนวนอาการ (5 อาการ) ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 25 คน จาก 100 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	6	6.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	4	4.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	3	3.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มอาการที่กลุ่มตัวอย่างมี 5 อาการ มีทั้งหมด 25 คน จากคนที่มีอาการทั้งหมด 100 คน อาการที่พบร่วมกัน มากที่สุดคือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 6.0 รองลงมาคือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 4.0 และอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 3.0 ตามลำดับ โดยอาการที่พบมากที่สุดในกลุ่ม 5 อาการ คือ อาการหดหู่/เศร้าหมอง/เครียด ร้อยละ 23.0 รองลงมาอาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกและอาการ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ร้อยละ 21.0 และอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ร้อยละ 19.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มอาการ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร รายชื่อและโดยรวมจำนวน 100 คน (n=100 คน)

กลุ่มอาการ	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	คะแนนเต็ม
1.อ่อนเพลีย/เหนื่อยง่าย	8.83	9.09	40
2.หุดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	8.42	9.87	40
3. เจ็บ/แน่นหน้าอก	8.05	8.72	40
4.หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย	6.01	8.55	40
5.เวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม	3.79	6.59	40
6.ใจสั่น	3.06	6.21	40
7.เหงื่อแตก	1.81	4.83	40
8.จุกแน่นลิ้นปี่	1.28	4.44	40
9.ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง	1.24	3.74	40
10.ปวดร้าวไปที่หลัง	0.78	3.14	40
11.คลื่นไส้/อาเจียน	0.37	2.25	40
12.ปวดร้าวไปที่คอ/กราม	0.37	1.77	40
กลุ่มอาการโดยรวมรวม	44.01	37.62	480

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยง่ายมากที่สุด โดยมีคะแนนรวมความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิต $\bar{x} = 8.83$, $SD=9.09$ จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน รองลงมา คือ อาการหุดหู่/เศร้าหมอง/เครียด มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{x} = 8.42$, $SD=9.87$ อาการเจ็บ/แน่นหน้าอก $\bar{x} = 8.05$, $SD=8.72$ อาการหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย $\bar{x} = 6.01$, $SD=8.55$ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการเรื้อรังสำหรับอาการเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น มีคะแนน $\bar{x} = 3.79, 3.06$ $SD=6.59, 6.21$ ตามลำดับ และอาการที่พบน้อยที่สุด คือ คลื่นไส้/อาเจียน ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และปวดร้าวไปที่คอ/กราม $\bar{x} = 0.37, 0.37$ $SD= 2.25, 1.77$ ตามลำดับ

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 73 คน (n=73 คน)

การจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ท่านหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา	2.05	1.87
2. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านนอนพักรอดูอาการก่อน	1.71	1.64
3. เมื่อท่านประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่า เกิดจากโรคหัวใจ ท่านอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด	1.48	1.55
4. เมื่อเจ็บหน้าอก ท่านพยายามหาวิธีการผ่อนคลาย เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ทำสมาธิ หายใจลึกๆ หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา	1.23	1.32
5. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หลังอมยา 1 เม็ด อาการไม่ดีขึ้น ท่านอมยาซ้ำได้ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 5 นาที หากอาการไม่ดีขึ้น รีบมาพบแพทย์ทันที	1.09	1.20
6. ท่านติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก	0.78	0.81
รวมการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก	8.33	7.47

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 57.9 (จำนวน 73 คน) โดยใช้วิธีหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก มากที่สุด $\bar{x}=2.05$, $SD=1.87$ รองลงมาใช้วิธีนอนพักรอดูอาการก่อน $\bar{x}=1.71$, $SD=1.64$ อมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด $\bar{x}=1.48$, $SD=1.55$ อมยาซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 5 นาทีหากอาการไม่ดีขึ้น รีบมาพบแพทย์ทันที $\bar{x}=1.09$, $SD=1.20$ ใช้วิธีการผ่อนคลาย เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ทำสมาธิ หายใจลึกๆ หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา $\bar{x}=1.23$, $SD=1.32$ และวิธีที่กลุ่มตัวอย่างใช้น้อยที่สุด คือ ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก $\bar{x}=0.78$, $SD=0.81$

ตารางที่ 12 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านความมั่นใจในการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร 126 คน (n=126 คน)

ความมั่นใจในการจัดการตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถประเมินอาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	2.37	0.94
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประเมินเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกายได้	2.29	0.77
3. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ	2.17	0.81
4. ครั้งล่าสุดที่ท่านมี อาการที่กล่าวมาข้างต้น ท่านมั่นใจ ว่าวิธีการต่างๆ ที่ท่านใช้ในการดูแลตัวเองเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะได้ผล	1.71	1.17
รวมด้านความมั่นใจในการจัดการตนเอง	8.53	2.76

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการจัดการกับอาการโดยรวมใน $\bar{x} = 8.53$, $SD=2.76$ โดยกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าสามารถประเมินอาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด $\bar{x} = 2.37$, $SD=0.94$ มั่นใจว่าสามารถประเมินเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกายได้ $\bar{x} = 2.29$, $SD=0.77$ มั่นใจว่าท่านสามารถปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ $\bar{x} = 2.17$, $SD=0.81$ และมั่นใจว่าวิธีการต่างๆ ที่ท่านใช้ในการดูแลตัวเองเพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจะได้ผล $\bar{x} = 1.17$, $SD=1.17$

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 126 คน (n=126 คน)

การจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
*1. ท่านสูบบุหรี่	3.68	0.79
2. ท่านควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย	3.13	0.84
3. เมื่อเกิดความเครียดท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง	2.70	0.82
4. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ไก่ทอด หมูทอด เครื่องในสัตว์	2.63	0.81
5. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มีน้ำหนักตัวมากกว่าที่เป็นอยู่	2.50	1.04
6. ท่านออกกำลังกายหรือออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่	2.28	0.99
รวมการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	16.93	3.17

* ข้อคำถามด้านลบ

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง $\bar{x}=16.93$, $SD= 3.17$ (เมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม 24 คะแนน) จำแนกตามรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการหยุดสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{x}=3.68$, $SD= 0.79$ รองลงมาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย $\bar{x}=3.13$, $SD= 0.84$ เมื่อเกิดความเครียดสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง $\bar{x}=2.70$, $SD= 0.82$ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ไก่ทอด หมูทอด เครื่องในสัตว์ $\bar{x}=2.63$, $SD= 0.81$ ควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มีน้ำหนักตัวมากกว่าที่เป็นอยู่ $\bar{x}=2.50$, $SD= 1.04$ และออกกำลังกายหรือออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด $\bar{x}=2.28$, $SD= 0.99$

ตารางที่ 14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน รายด้านและโดยรวมจำนวน 126 คน (n=126 คน)

ค่านิยมด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. มาตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้ร่างกายแข็งแรงเพื่อการติดตาม อาการอย่างต่อเนื่อง	4.78	1.16
2. รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อ ป้องกันอาการกำเริบ	4.73	0.58
3. เลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ	4.52	1.06
4. ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด แม้รู้สึกว่าหายป่วยแล้วเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ	4.23	0.74
5. มาพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติแม้ไม่ใช่วันนัดก็ ตามเพื่อลดความรุนแรงของอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.18	1.54
*6. ตีมน้เครื่องตีมน้แอลกอฮอล์ปริมาณเล็กน้อยเพื่อบำรุงร่างกาย	4.02	1.48
*7. ตีมน้อัดลม น้ำหวานหรือเครื่องดื่มชูกำลังเป็นประจำเพื่อทำให้ ร่างกายสดชื่น	3.83	0.99
8. นอนหลับสนิทอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงเพื่อช่วยให้ร่างกาย ได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่	3.73	1.08
9. รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารมากๆ ได้แก่ ธัญพืช ผัก ผลไม้ 3-4 ครั้ง/ สัปดาห์ เพื่อ ป้องกันท้องผูก	3.67	1.10
*10. รับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัดเพื่อเพิ่มความ อยากอาหาร	3.49	1.37
11. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	3.37	1.36
12. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ประเภท ไขมัน เครื่องในสัตว์ เพื่อป้องกันภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ	3.37	1.09
*13. งดการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจาก กลัวอาการกำเริบ	3.63	1.27
14. มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดให้กับตนเอง เพื่อทำจิตใจให้ สงบ	3.49	1.08
15. งดตีมน้เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เพื่อลดการกระตุ้น การทำงานของหัวใจ	3.21	1.54
ค่านิยมด้านสุขภาพ โดยรวม	58.66	6.66

* ข้อคำถามด้านลบ

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง $\bar{x}=58.66$, $SD=6.66$ (เมื่อเทียบกับคะแนนเต็ม 75 คะแนน) และเมื่อจำแนกรายข้อพบว่าการมาตรวจตามนัดทุกครั้งถึงแม้ร่างกายแข็งแรงเพื่อการติดตามอาการอย่างต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{x}=4.78$, $SD=1.16$ รองลงมารับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันอาการกำเริบ $\bar{x}=4.73$, $SD=0.58$ เลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ $\bar{x}=4.52$, $SD=1.06$ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด แม้รู้สึกว่ายากแล้วเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ $\bar{x}=4.23$, $SD=0.74$ มาพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติแม้ไม่ใช่วันนัดก็ตามเพื่อลดความรุนแรงของอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน $\bar{x}=4.18$, $SD=1.54$ สำหรับค่านิยมด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและยึดปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยต่ำ คือ งดการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากกลัวอาการกำเริบ $\bar{x}=3.63$, $SD=1.27$ มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดให้กับตนเอง เพื่อทำจิตใจให้สงบ $\bar{x}=3.49$, $SD=1.08$ และค่านิยมด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและยึดปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ งดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เพื่อลดการกระตุ้นการทำงานของหัวใจ $\bar{x}=3.21$, $SD=1.54$

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเข้มแข็งในการมองโลก ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน รายด้านและโดยรวมจำนวน 126 คน (n=126 คน)

ความเข้มแข็งในการมองโลก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน
1. ขณะนี้ชีวิตของท่านมีเป้าหมาย	4.01	1.14
2. เมื่อมีบางสิ่งบางอย่างเกิดขึ้น พบว่าท่านมักจะให้ ความสำคัญกับสิ่งนั้น	3.77	1.02
3. ป่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกว่สิ่งต่างๆ ที่ท่านได้กระทำใน ชีวิตประจำวันมีความหมายเพียงเล็กน้อย	3.73	1.11
*4. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านกระทำอยู่ในทุกวันนี้	3.67	1.23
5. ท่านมีความรู้สึกที่สับสน	3.56	1.13
*6. ท่านเคยเกิดความแปลกใจในพฤติกรรมของผู้ที่ท่านคิดว่า ท่านรู้จักเขาดี บ้างไหม	3.49	1.02
7. ป่อยครั้งเพียงใดที่ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสามารถ จัดการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้	3.44	0.99
*8. บุคคลที่ท่านไว้วางใจ กลับทำให้ท่านผิดหวัง	3.37	1.12
9. เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ท่านมีความรู้สึกว่ไม่รู้ว่ จะทำอะไรดี	3.29	1.08
10. ท่านเคยมีความรู้สึกว่มีผู้ปฏิบัติต่อท่านอย่างไม่ยุติธรรม บ้างหรือไม่	3.04	1.11
11. ป่อยครั้งแค่ไหนที่ท่านเกิดความคิดบางอย่างในใจแต่ไม่ แสดงออกให้คนอื่นรับรู้	2.81	1.19
*12. แม้มีบุคลิกภาพเข้มแข็ง แต่บางครั้งก็อาจรู้สึกเป็นทุกข์ได้ กับบางสถานการณ์	2.71	1.04
*13. ท่านไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่าน	2.18	1.06
ความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม	43.07	7.63

* ข้อคำถามด้านลบ

จากตารางที่ 15 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกโดยรวม $\bar{x} = 43.07$, $SD = 7.63$ เมื่อจำแนกรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่ตนเองมีเป้าหมายในชีวิต

ชัดเจนโดยมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด $\bar{x} = 4.01$, $SD = 1.14$ ให้ความสำคัญกับสิ่งเกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริงมีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา $\bar{x} = 3.77$, $SD = 1.02$ และมองว่าสิ่งต่างๆ ที่ได้กระทำในชีวิตประจำวันมีความหมาย $\bar{x} = 3.73$, $SD = 1.11$ ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกในระดับน้อย ได้แก่ เมื่อเกิดความคิดบางอย่างในใจแต่ไม่แสดงออกให้คนอื่นรับรู้มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{x} = 2.81$, $SD = 1.19$ แม้มีบุคลิกภาพเข้มแข็ง แต่บางครั้งก็อาจรู้สึกเป็นทุกข์ได้กับบางสถานการณ์ $\bar{x} = 2.71$, $SD = 1.04$ และความเข้มแข็งในการมองโลกข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัว $\bar{x} = 2.18$, $SD = 1.06$

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 16 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร 126 คน (n=126 คน)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	P-value
กลุ่มอาการ	-.65	0.00
การจัดการตนเอง	-.31	0.00
ค่านิยมด้านสุขภาพ	.25	0.00
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.47	0.00

จากตารางที่ 16 ผลการวิเคราะห์โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.65$) การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.31$) ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .47$)

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างการจัดการตนเอง จำแนกตามด้านการจัดการกับอาการ ด้านความมั่นใจในการจัดการกับอาการ ด้านการจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองโดยรวมกับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร 126 คน (n=126 คน)

การจัดการตนเอง	ค่าความสัมพันธ์ (r) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	p-value
การจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก	-.40	0.00
ความมั่นใจในการจัดการกับอาการ	.19	0.56
การจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพ	.16	0.33

จากตารางที่ 17 พบว่าการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ในทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = - .40$) ด้านความมั่นใจในการจัดการกับอาการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ด้านการจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .16$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครโดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

โดยมีสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

4. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้แบบกำหนดเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ (inclusion criteria)

1. อายุ 20 – 59 ปี
2. เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจมาเป็นระยะเวลา 1 เดือน - 5 ปี
3. สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
5. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
6. ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
7. ไม่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรังร่วม
8. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

และมีกำหนดเกณฑ์คัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือ มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28 ครั้ง/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวดูได้จากแฟ้มประวัติวันมาตรวจตามนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบประเมินประกอบด้วย 6 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการ ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง ส่วนที่ 4 แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งแบบประเมินทั้งหมดนี้มีทั้งแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างเอง ดัดแปลงมาจากของผู้อื่นและเป็นแบบประเมินที่มีอยู่แล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินทั้งหมดไปหาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในการสร้างเครื่องมือจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าในเดือนกุมภาพันธ์ 2555 จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบประเมินส่วนที่ 2-6 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของ แบบประเมินกลุ่มอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกและแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เท่ากับ .84, .81, .72, .83 และ .94 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82, .81, .74, .80 และ .93 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบทั้งหมดที่ระดับ .05 ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา สิทธิบัตรรักษาพยาบาล ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งรายได้/การได้รับการช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกแบ่งตาม canadian cardiology society (CCS) ก่อนและหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ การเกิดโรคร่วม กลุ่มยาที่ได้รับการเกิดอุดตันซ้ำ ชนิดของการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตำแหน่งหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่และใช้สถิติร้อยละ ศึกษาอายุ รายได้ จำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวนหลอดเลือดที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนหลอดเลือดครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด(minimum) ค่าสูงสุด (maximum) และค่าพิสัย (range) ศึกษาอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยใช้วิเคราะห์โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson ' s product moment correlation)

สรุปผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 562.87$, $SD = 152.27$)
2. กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.65$)
3. การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.31$)
4. ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$)
5. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .47$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 562.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 152.27 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.48 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ไม่มีความเสื่อมถอยตามวัยมากนัก สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี [สอดคล้องกับการศึกษาของจันทริทริธา เจียรณัยและคณะ (2552) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและการศึกษาของ Durmaz et al., (2009) พบว่าผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี] กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงร้อยละ 5.5 ที่พบว่าเกิดการตีบซ้ำ และพบว่าหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบ ในขณะที่ขณะที่มีอาการเจ็บหน้าอกนั้นผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 มีรายได้มากกว่า 10,001 ขึ้นไป และร้อยละ 66.4 มีแหล่งรายได้ที่มั่นคงรวมถึงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย จากบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้รายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบัน เพราะช่วยให้มนุษย์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆได้ไม่ว่าจะเป็น อาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง และที่สำคัญคือ การรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตมีหลายการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (สายฝน จับใจ, 2540; ปราวณี ทองใส, 2548; ธิวสา ลีวิธนะ, 2551; นิตยา ศรีสุข 2552)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานเมื่อเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.1 มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวขณะเจ็บป่วยมีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นสอดคล้องกับ

การศึกษาของ กัญญา มะลิแก้วและคณะ (2550) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดีทุกองค์ประกอบ ซึ่งองค์ประกอบด้านบทบาททางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงสุด ($\bar{x}=83.34, 81.98$, $SD=17.70, 22.61$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.4 ยังสามารถทำงานนอกบ้านได้ มีความสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น ยกของหนัก ออกกำลังกาย ทำความสะอาดบ้าน รวมถึงเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยไม่มีข้อจำกัดจากได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่วนองค์ประกอบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดคือ องค์ประกอบด้านความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉงและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($\bar{x}=60.84, 60.01, SD=18.03, 23.30$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี ส่วนใหญ่จะมองว่าความมีพลังหรือเรี่ยวแรงในตนเองลดลง และมองว่าสุขภาพตนเองจะแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปเนื่องจากอายุมากขึ้น

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.1 กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบต้องเผชิญกับอาการหลายๆอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บที่จากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึม (metabolism) ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอกเหมือนถูกกดทับ หายใจไม่ทั่วท้อง มีอาการปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง, หลัง, คอ, กราม, ลิ้นปี่ เหงื่อแตกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอาการ ความถี่ ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง (Zambroski et al., 2005; Barnes et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มอาการที่พบร่วมกัน 3 อันดับแรกพบว่า อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าพบมากที่สุดร้อยละ 54.0 รองลงมาคือกลุ่มอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร่วมกับหุดหู่/เสี้อ

หมอง/เครียดร้อยละ 48.0 และอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร้อยละ 36.0 ตามลำดับ

สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราวรรณ เดชอดิษฐ์ (2548) พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 88 จะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจขัด และการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่า ร้อยละ 90.7 ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เป็นอาการที่พบมากที่สุดร้อยละ 90.7 และพบร่วมกับอาการอื่นร้อยละ 82.0 และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการมีผลกระทบบซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของ ปริญญา สงวนพงษ์ (2552) พบว่ากลุ่มอาการเด่นที่สุดของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อยหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม เมื่อการดำเนินของโรคหัวใจมีมากขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานที่ของหัวใจลดลง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ธิดาสา ลีวัธนะ และคณะ, 2551) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2552) พบว่ากลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการศึกษาของพวงผกา กรีทอง (2550) พบว่ากลุ่มอาการและอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนอาการที่กลุ่มตัวอย่างมีมากที่สุด คือ 8 อาการและน้อยที่สุดคือ 2 อาการ ส่วนอาการร่วมที่พบมากที่สุดคือ 3 และ 5 อาการพบร้อยละ 19.84 รองลงมาคือ 2 อาการ ร้อยละ 15.87 และ 4 อาการร้อยละ 12.69 ตามลำดับ และโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 42.0 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการใดๆ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจน้อย คือ 2 เส้น (ร้อยละ 50.8) 1 เส้น (ร้อยละ 38.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนร่วมกับใส่ขดลวดโครงตาข่ายคิดเป็นร้อยละ 88.1 ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาประวัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยใช้ขดลวดโครงตาข่ายแบบชนิดเคลือบน้ำยาร้อยละ 54.9 ทำให้เกิดการตีบซ้ำน้อย(ร้อยละ 5.6) ส่งผลให้ร้อยละ 42.0 ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เมื่อศึกษาระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกก่อนขยายหลอดเลือดหัวใจแบ่งตาม CCS พบกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกระดับ 2,3 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจลดเหลือระดับ 1 เป็นส่วนใหญ่ และเมื่อศึกษาระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกก่อนขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอกระดับ 4 พบร้อยละ 21

หลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ลดเหลือร้อยละ 0.7 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

2.2 การจัดการตนเองด้านการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนความมั่นใจในการจัดการกับอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบ การจัดการตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.40, p < 0.01$) ซึ่งเป็นไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สกุลและคณะ (2553) พบว่าการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง, 2548 จอม สุวรรณานโน และคณะ, 2551; ธิวาส ลีวัธนะ และคณะ, 2551; McGillion et al., 2008 พบว่าการจัดการตนเองตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย หรืออาจกล่าวได้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีการจัดการตนเองในระดับดีจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการเจ็บหน้าออกร้อยละ 42 เพราะฉะนั้นจะมีผู้ตอบแบบประเมินการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกเพียงร้อยละ 58 และพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการจัดการกับอาการ เป็นการถามในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติจริงเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ทำให้การตอบแบบประเมินเป็นการเลือกตอบว่ามีการปฏิบัติสม่ำเสมอในเฉพาะส่วนที่ตนเองปฏิบัติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกแล้วได้ผลดี วิธีอื่นเลยถูกเลือกปฏิบัติน้อยหรือแทบไม่ได้ปฏิบัติเลย แต่เมื่อถามในลักษณะความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบการจัดการตนเองวิธีอื่นได้ถูกต้อง และเมื่อมาดูรายชื่อพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้วิธีหยุดกิจกรรมทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกโดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.15 (68 คน) ที่ใช้วิธีดังกล่าวบ่ยถึงสม่ำเสมอ และใช้วิธีนอนพักรอดูอาการร้อยละ 72 (53 คน) และจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่ไม่รุนแรง $\bar{x} = 2.33$ SD 2.63 (คะแนนเต็ม 10) จึงเห็นได้ว่ามีการใช้วิธีการอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ด บ่อยถึงสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 44 (33 คน) ส่วนอมยาใต้ลิ้น 2 ครั้งทำสม่ำเสมอมากคือ ร้อยละ 8.2 (ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกน้อยจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ทราบว่าถ้าอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ดแล้วไม่หายให้อมเพิ่มอีก 1 เม็ดแล้วรีบมาโรงพยาบาล และมีกลุ่มตัวอย่างบางคนอมยาใต้ลิ้น 1 เม็ดแล้วรู้สึกว่ายังไม่ดีขึ้นก็รีบมาโรงพยาบาลเนื่องจากกลัวปัญหาการเดินทางจะทำให้มาถึงโรงพยาบาลช้า และข้อที่พบว่า

กลุ่มตัวอย่างไม่นิยมปฏิบัติหรือมีการปฏิบัติน้อยมาก คือ การหาวิธีผ่อนคลาย จากการสัมภาษณ์ พบว่าเมื่อมีอาการเจ็บกลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกกังวลพยายามเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการ อย่างใกล้ชิดทำให้ไม่ได้สนใจวิธีผ่อนคลาย และการติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ร่วมกับในประเทศไทยพบว่าสายด่วนในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเฉพาะทางด้านโรคหัวใจในภาวะฉุกเฉินยังไม่มีบริการที่แพร่หลายเข้าถึงยาก

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขต กรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .16$) ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มี ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม อาการของโรคและป้องกันการตีบซ้ำหรือการเกิดการตีบตำแหน่งใหม่ ผู้ป่วยที่จัดการตนเองเพื่อคง ภาวะสุขภาพได้ดี (คะแนนเฉลี่ยมาก) มีส่วนช่วยให้ควบคุมอาการของโรคได้และสามารถคงภาวะ สุขภาพได้ จะลดความเจ็บป่วยที่ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่ต้องเสีย ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นความพึงพอใจในด้านเศรษฐกิจจึงดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael et al. (2008) พบว่าการได้รับการฝึกในการจัดการตนเองจะช่วยลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สกุลและคณะ (2553) พบว่า การจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพและการจัดการตนเองโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งฉวีวรรณ ยี่สกุลและคณะ (2553) ให้เหตุผลว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้การเรียนรู้เพื่อตัดสินใจในการดูแลตนเองแสวงหาข้อมูลในการจัดการตนเอง แสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นต่อการดูแลตนเองอาจไม่เพียงพอที่จะจัดการตนเองได้ดี

จากที่กล่าวมาแล้วการจัดการตนเองเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น รายได้ การได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวความสามารถในการดูแลตนเองเป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างดี ร้อยละ 45.3 มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.4 มีแหล่ง สนับสนุนและช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51.48 ปี สามารถดูแลตนเองได้ดี จึง ส่งผลให้สามารถจัดการตนเองได้ดีด้วย จากการศึกษาของจันทร์ทิรา เจียรณัยและคณะ (2552) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและการศึกษาของ Durmaz et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ดังนั้น ผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าสามารถดูแลตนเอง จัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ อย่างสมบูรณ์ (ธิวาสา ลีวัธนะและคณะ, 2551) สำหรับความมั่นใจในการจัดการกับอาการพบว่า

ไม่มีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ ,2550; ฉวีวรรณ ยี่สกุลและคณะ (2553) อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่เพียงเฉพาะความมั่นใจในการจัดการตนเองเท่านั้น เช่น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค (Han et al.,2004)

2.3 ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบ ค่านิยมด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .25$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การที่ความสัมพันธ์เป็นทางบวกนั้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมด้านสุขภาพสูง มีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ค่านิยมทางสุขภาพเป็นกระบวนการทางความคิดของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง แล้วนำมาเป็นตัวกำหนดหรือตัวผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพออกมาในทางใดทางหนึ่ง (ประภา เพ็ญสุวรรณ,2534) ค่านิยมทางสุขภาพยังเป็นมาตรฐานแนวทางการปฏิบัติ ของบุคคลและเป็นตัวกระตุ้น ให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในทางส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้ผู้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร นำไปสู่การมีสุขภาพดีในที่สุด (Rokeach,1973) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543) พบว่าค่านิยมทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นักศึกษาพยาบาลที่มีค่านิยมทางสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตรงข้ามกับนักศึกษาพยาบาลมีค่านิยมทางสุขภาพต่ำจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี จึงกล่าวได้ว่าการให้ความสำคัญกับค่านิยมด้านสุขภาพและยึดถือปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมหรือการที่ผู้ป่วยมีค่านิยมด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เช่น การรับประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกำเริบ การหยุดรับประทานยาเองเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่ออาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากการไม่ออกกำลังกายหรือการหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถ้าเห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดีและยึดถือปฏิบัติเป็นประจำ ย่อมนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและ จิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่ามีความเครียดค่านิยมด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง $\bar{x} = 60.5$, $SD = 5.4$) โดยพบว่าการมาตรวจตามนัดทุกครั้งอย่างต่อเนื่องมีความเครียดสูงสุด $\bar{x} = 4.78$, $SD = 1.1$) รองลงมารับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ $\bar{x} = 4.73$, $SD = 0.58$ เลิกสูบบุหรี่ $\bar{x} = 4.52$, $SD = 1.06$ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ แจ่มสรว้อย (2548) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบว่าค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ Fegg et al., (2005) พบว่าค่านิยมต่อตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.4 ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพบว่าความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .47$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ การที่ความสัมพันธ์เป็นทางบวกนั้น แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง มีแนวโน้มจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินเหตุการณ์หรืออาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่คุกคามว่าเป็นสิ่งที่ทำร้าย สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้อย่างเหมาะสม ช่วยบรรเทาภาวะเครียดลง สนับสนุนแนวความคิดของ Antonovsky (1978) ที่ว่า “เมื่อบุคคลมีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จะสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่มาช่วยในการแก้ปัญหาได้ดี นำไปสู่การมีความสุขในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา เตชคฤห (2540) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Kattainen et al., (2006) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับแย่หรือปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง นอกจากนี้ Langius-Eklof et al., (2009) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์ที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเมื่อติดตามไปในระยะ 2 ปีพบว่าผล CD4 เพิ่มขึ้น และพบว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเอดส์ที่มีคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ สอดคล้องกับ Pulko et al., (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะแรก ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง ผ่าตัดและให้เคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดเต้านมในระยะแรกๆของการเป็นมะเร็งมีความเข้มแข็งในการมองโลกดีกว่า

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง และพบว่า สุขภาพด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้ และการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีกว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ($\bar{x} = 43.9$, $SD = 6.50$) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 ควรจัดการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินอาการที่อาจเกิดขึ้นได้หลังขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ควรจัดจัดโปรแกรมส่งเสริม และประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกรายก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง เพื่อใช้เป็นแนวทางวางแผนพัฒนาความสามารถในการจัดการตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

1.3 ควรมีการประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกทุกครั้งเพื่อประเมินระดับความทนทานต่อการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้ รวมถึงพัฒนาการให้การพยาบาลที่เน้นส่งเสริมความเข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งการเข้าใจและยอมรับในตนเอง ช่วยให้สามารถลดความเครียดได้และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

1.4 ควรมีการสอนแนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและยึดถือปฏิบัติและเพื่อช่วยลดค่านิยมด้านสุขภาพเดิมที่ผิดๆ ของผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

1.5 ควรมีการจัดโปรแกรมฟื้นฟูแนวทางการปฏิบัติและการดูแลตนเองเป็นระยะๆ สม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันกับสภาวะสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามวันเวลาที่ผ่านไปอย่างเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เช่น ภาวะสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจในมิติของวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรม ประเพณีที่สืบทอดมาจากความเชื่อดั้งเดิม ทั้งนี้เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เฉพาะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ที่ศึกษาต่อไป

2.3 จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 42 ทำให้ข้อมูลในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกขาดหายไปในการศึกษาการจัดการกับอาการครั้งต่อไปควรต้องเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอกทุกคนเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการเจ็บหน้าอกครบคลุม

2.4 ควรมีการศึกษาติดตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นระยะๆ เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดมากกว่า 5 ปี

2.5 สำหรับตัวแปรที่นำมาศึกษาในครั้งนี้พบว่ามีความสามารถในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ร้อยละ 80.8 โดยพบว่าตัวแปรด้าน กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสามารถในการทำคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร้อยละ 51.8, 9.3, 6.2 , และ 22.4 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก จ) เหลืออีกร้อยละ 19.2 อาจทำนายได้ด้วยตัวแปรอื่นที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งควรมีการนำไปศึกษาให้ครอบคลุมในงานวิจัยต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.0 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างถึงประชากรโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดในด้านการจัดการกับอาการ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร สุคำวัง. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). **พยาธิสรีระของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- กัญญา มะลิแก้ว. (2546). **การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, ภาควิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2548). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, คณะสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จรรยา ตันติธรรม. (2536). **รูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา ตันติธรรม. (2541). **การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่โคโรนารีสเต็นท์: Coronary stent**. *รามาศิษตีพยาบาลสาร* 3 (1):81-102.
- จรรยา ตันติธรรม. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 2**. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ,
- จอม สุวรรณโณ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, Riegel, B. และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2551). A model predicting the health status of patients with heart status of patients with heart failure. *สงขลานครินทร์* 26(3): 239-250.
- จันทนา เตชะคุณ. (2540). **ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิราพร ศรีทน. (2546). **คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- จิราพร ศิริรัตน์. (2543). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2552). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราวรรณ เดชอดิษฐ์. (2548). **กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธี การจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา หล่อจตุระกุล (2549). **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ทิรา เจียรณัย, Salyer, J., Best, A. (2552). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. **วารสารวิจัยทางการแพทย์** 13(4): 302-317.
- ฉวีวรรณ ยี่สุน, สุกัญญาพรหมมาต, อูมา จันทรวิเศษ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2553). การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **พยาบาลสงขลานครินทร์** 30 (2):1-15.
- ชมนาด สุ่มเงิน. (2543). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2545). โรคหัวใจขาดเลือด ใน ชวนพิศ ทำนอง และ เพลินตา ศิริปการ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดส่วนปลาย**, หน้า 53-74 ขอนแก่น: ขอนแก่นพับลิชชิ่ง,
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2549). Metabolic Syndrome. (โรคอ้วนลงพุง) **สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์** 23 (1): 5-16.

- ชุตินธร เวียนแพง. (2548). **การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์ และนพพร ศุภพิพัฒน์. (2548). **คู่มือโรคหัวใจ**. กรุงเทพมหานคร:
ก. (1996),
- ณัฐฐิตา เพชรประไพ. (2541). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ
พิการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐริกา ไส้ไล, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, และนิตยา ภิญโญคำ. (2551). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
ที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. **พยาบาลศาสตร์** 35(4):108-117.
- โชติกา สังเสวก. (2550). **ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดำรงส ตริสุโกศล. (2546). Medical management of ischemic heart disease. ใน วิไล พัววิไล
, และเสาวลักษณ์ พรหมพงศา (บรรณาธิการ), **Cardiology** .กรุงเทพมหานคร: ไซยาฟิล์ม,
ทรงขวัญ ศิลารักษ์. (2543). **หลักการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ ด้วยการ
รักษาทางยา**. ในประชุมวิชาการเรื่อง Update in coronary heart disease. หน้า 52-60.
ขอนแก่น :ขอนแก่นการพิมพ์,
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2549). **โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)**. ขอนแก่น:
คลังนานาวิทยา,
- ทิพยาภรณ์ สมศักดิ์. (2545). **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อและ
กระดูกที่ได้รับการรักษาด้วยการนวดแผนไทยที่โรงพยาบาลท่ามาย**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ธิดาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดดา พันธุเสนา. (2551). การประเมินความสามารถ
ในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและปัจจัยที่
ผลกระทบ. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 26(2):141-150.
- นิตยา ศรีสุข. (2551). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจ
ล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นุชรี ประทีปประวณิช จอห์นส. (2552). **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและนำไปใช้.**
พิมพ์ครั้งที่ 1 ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
- ปริญญา สงวนพงษ์. (2552). **การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการ
ของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล. (2543). **การศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธี
จัดการอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.** พิมพ์
ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช,
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). **ค่านิยม เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 พิมพ์ครั้งที่
ที่ 9. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช,**
- ประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. (2532). **ค่านิยมและความคาดหวังของเยาวชนไทย.**
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ปราณี ทองใส. (2548). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริศนา อັตถาผล. (2543). **ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลัง
ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาริชาติ สุขสวัสดิพร. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ
และสภาพแวดล้อมในสถาบันกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา
พยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2549). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.** พิมพ์ครั้งที่ 2.
ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา,
- พรอณี เสถียรโชค, และประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. (2536). **โรคหัวใจขาดเลือด. ในสมชาติ ไฉจายะ และ
คณะ (บรรณาธิการ), ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด, หน้า 492-441.**
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์,

- พัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย. (2550). **ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปรัมูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรินทร์ นินทจันทร์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความวิตกกังวลประจำตัวของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัทธนันท์ พูลละเอียด. (2550). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขต 6**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ภัทรพร มูลแจ่ม. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาศอุบล วงศ์พรหมชัย. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ กลยุทธ์ในการจัดการกับอาการ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยี่สุน ข่อยพานิชย์, ยศวรรณ นิพัฒน์ศิริผล และ สุนัน สุดดี. (2547). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ในคณะกรรมการจัดทำหนังสือ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช (บรรณาธิการ), **การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เล่ม 2**, หน้า 95 -116 . กรุงเทพมหานคร : พี เอ ลี ฟิง,
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจิเรศ ธนุรักษ์, มาลี เลศมาลีวงศ์, เยาวลักษณ์ เลหาะจินดา, วิไล ลีสุวรรณ, พรรณวดี พุฒวัฒน์, และยุวดี ฤาชา . (2543). **วิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี,
- วรวิทย์ ตันตศิริวัฒน์, ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, ปัญเกียรติ โตพิพัฒน์ และนิธิตา เชาวลิต. (2540). Epidemiology ของ acute myocardial infarction ในหออภิบาลโรคหัวใจ :โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารโรคหัวใจ** 14(4):137-149.

- วัชรลี เลอमानกุล และปารณีย์ มีแต่้ม. (2546). การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF- 36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. **ไทยเภสัชสาร** 29 (1-2) :69-88.
- วิไลพร หอมทอง. (2547). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนครพิงค์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไลวรรณ นุชศรี. (2546). **การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด**. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ศรัญญา ตุกชูแสง. **Coronary Artery Stent**. [ออนไลน์] 2552. แหล่งที่มา: [http:// medinfo.psu.ac.th/nurse/m_KM/Coronary%20Artery%20Stent\(new\).pdf](http://medinfo.psu.ac.th/nurse/m_KM/Coronary%20Artery%20Stent(new).pdf)
[10 ธันวาคม 2553]
- ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ทัพไพเราะ, วันดีโตสุขศรี และ ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, บรรณาธิการ. **การพยาบาลอายุรศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพรส; 2552. หน้า 24-40.
- ศุภชัย ถนอมทรัพย์. (2542). **โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. ใน สันต์ ใจยอดศิลป์ และดำรงส ตริสุโกศล (บรรณาธิการ), **ตำราการดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ**, หน้า 73-87 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวย,
- เศวต นนทกานันท์ และขจร ชาวไพศาล. (2540). ผลการรักษาเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันโดยวิธีการถ่างขยายเส้นเลือด. **วชิรเวชสาร** 41(3): 117-127.
- สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรธมนวดี พุทธิวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. **วารสารพยาบาล** 28(23) :169-190.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI)**. [ออนไลน์] 2554. แหล่งที่มา : [http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/ PCI Guideline.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCI_Guideline.pdf) [25 มิถุนายน 2553]
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2543). Issues in managing Acute Coronary Syndrome. ใน สว่าง แสงหิรัญวัฒนา, บุญส่ง องค์พิพัฒน์กุล, อาทิตย์ อังกานนท์, สุพจน์ ตูลยาเดชานนท์ และสมนึก ดำรงกิจชัยพร (บรรณาธิการ), **Ramathibodi Clinical medicine Update** พิมพ์ครั้งที่ 2. หน้า 15-28. กรุงเทพมหานคร : เฮลท์ ออทอริตี้ส์,
- สัณพิชา ศรีภรณ์. (2552). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สายฝน จัปใจ. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการตายด้วยโรคหัวใจ**. (2552). [ออนไลน์] 2552. แหล่งที่มา : [http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/ PCI Guideline.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/PCI_Guideline.pdf) [25 มิถุนายน 2553]
- สุชาติพ เกษตรลักษมี. (2548). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดร่วมกับการนวดจุดสะท้อนที่เท้าด้วยน้ำมันหอมระเหยต่อกลุ่มอาการไม่สบาย ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรี่ โคมิน และสนธิ สมัครการ. (2522). **ค่านิยมและระบบค่านิยมไทย : เครื่องมือในการสำรวจ**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,
- สุนีย์ เอี่ยมศิริภูกุล. (2540). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2546). **แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ST-Elevation**. ใน วิทยา ศรีมาดา และธานินทร์ อินทรกำธรชัย (บรรณาธิการ), Evidence Based Clinical Practice Guideline, หน้า 422-433. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรชัย กองพัฒนานุกูล. (2542). **เทคนิคการดูแลรักษาโรคหัวใจขาดเลือด การทบทวนปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมต่อโรค**. **หนังสือชุดการดูแลรักษา กลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและชีวิต**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย,
- สู่ขวัญ จำปาวงษ์. (2552). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เสก ปัญญาสังข์ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). **โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในผู้สูงอายุ**. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1(2): 53-59.

- เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). **การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการถ่างขยายหลอดเลือด**. รายงานวิจัยหน่วยงานพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- อภิชาติ สุคนธ์ธรรม์. (2546). การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. ใน อภิชาติ สุคนธ์ธรรม์ และศรันย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), **Coronary artery disease: New guidelines**. หน้า 1-34. เชียงใหม่: ไอแอมออแกนไนเซอร์แอนด์แอดเวอร์ไทซิง,
- อำพร มิ่งขวัญ. (2547). **การปรับตัวของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คูไร ศรีแก้ว. (2543). **การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ: การดูแลอย่างต่อเนื่อง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภาษาอังกฤษ

- Antonovsky, A. (1987). **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**. 4th ed. San Francisco : Jossey-Bass,
- Bapat, V., Allen, D., Roxburgh, J., and Ibrahim, M. (2005). Survival and Quality of life Cardiac Surgery Complicated by Prolonged Intensive Care . **J CARD SURG** 20 : 212-217.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., and Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. **Patient Education and Counseling** 48:177-187.
- Barnason, S. (2003). Cardiovascular emergencies. In. L. Newberry (Ed.), **Emergency Medicine: Principles and practice**, pp. 450-504. St. Louis: Mosby.
- Barnes, S., Gott, M., Payne, S., Parker, C., Seamark, D., Gariballa, S.,and Small, N. (2006). Prevalence of symptoms in a community based sample of heart failure patients. **Journal of pain symptom management** 32(3):116-208.
- Barnoya, J. and Glantz, S.A. (2007). Smoking. In Topol, E.J., (Ed.). **Textbook of Cardiovascular Medicine**. 3nd ed, pp. 109-120. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Bartholomew,L.K., Parcel, G.S.,Swank,P.R and Czyzewski,D.I. (1993). Measuring selfefficacy expectations for the self-management of cystic fibrosis. **Chest** 103(5):1524-1530.
- Becker,D. (1999). Coronary artery disease. In Bucher,L.,& Melander,S.(Eds). **Critical Care Nursing** Philadelphia:W.B.Saunders 201-226.
- Bengtsson, I., Hagman, M., and Wedel, H. (2001). Age and angina as predictors of quality of life after myocardial infarction. **Scand Cardiol J** 35: 252–8.
- Bliley, A.V., and Ferrans, C.E. (1993). Psychologic aspects of cardiovascular care: Quality of life after coronary angioplasty. **Heart&Lung** 22(3):1993-1998.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Creer, T.L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Doekaert (Ed.), **Handbook of self-regulation**, pp.601-629. San Diego, California: Academic,
- Curtin, R. B.et al. (2008). Self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic kidney disease. **Advances chronic Kidney Disease** 15(2):191-205.
- Curtin. R. B., and Mapes, D. L. (2001). Health care management strategies of long-term hemodialysis survivors. **Nephrology Nursing Journal** 28(4):385-392.
- Cutlip, D.E., Baim, D.S., Ho, K.K., et al. (2001). Stent thrombosis in the modern era: a pooled analysis of multicenter coronary stent clinical trials. **Circulation** 103 :1967-1980.
- Damen, N. L., Pelle, A. J., van Geuns, R.-J. M., van Domburg, R. T., Boersma, E., and Pedersen,S.S. (2011). Intra-individual changes in anxiety and depression during 12-month follow-up in percutaneous coronary intervention patients. **Journal of Affective Disorders** In Press: Corrected Proof.
- Darrah, S., and Ohman, M. (2003). Myocardial infarction. In. M. Runge and M. A. Greganti (Eds.), **Netter's Internal Medicine**, pp. 156-166. U.S.A.: MediMedia,
- Dempsey, S.J., Dracup, K., and Moser,D.K. (1995). Woman's decision to seek care for symptoms of acute myocardial infarction. **Heart and Lung** 24: 444 - 456.
- Dempster, M., and Donnelly, M. (2000).Measuring the health related quality of life of people with ischemic heart disease. **Heart** 83: 641-644.
- DeVellis, R.F. (1991). **Scale development:Theory and applications**. Newbury Park:Sage,

- Devon, H.A.,and Zerwic, J.J. (2002). Symptom of acute coronary syndrome : Are there gender differences? A review of the literature. **Heart & Lung** 31:235 -245.
- Dodd, M.J., Miaskowski, C., and Paul, S.M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum** 28:465-470.
- Durmaz ,T.,Ozdemir, O., Ozdemir, A.,Keles, T., and Bayram,A.N. (2009). Factors affecting quality of life in patient with Coronary heart disease. **Turkey Journal Medical Science** 39(3):343-351.
- Dussaillant, G.R., Mintz, G.S., Pichard, A.D., et al. (1995). Small stent size and intimal hyperplasia contribute to restenosis: a volumetric intravascular ultrasound analysis. **J Am Coll Cardiol** 26 : 720 - 4.
- Erbs, S.,Linke, A.,and Hambercht, R. (2006) Effect of exercise training on mortality in patient with coronary heart disease. **Coronary artery disease** 17(3) :219-225.
- Espinola-Klein, C.,et al. (1998). Impact of restenosis 10 years after coronary angioplasty. **Eur Heart J** 19:1047–53.
- Fayers, P and Machin, D. (2000). **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. John Wiley & Sons : Chichester,
- Fegg, M. J., Wasner, M., Neudert, C .,and Borasio, G. D.(2005). Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative Care Patients. **Journal of Pain and Symptom Management** 30(2) :154-159.
- Ferran, E.C., Zerwic, J.J., Wilbur, E.J., and Lason, L.J. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. **Journal of Nursing Scholarship** 37(4) :336-342.
- Finn, A.V., Nakazawa, G., and Joner, M. (2007). Vascular responses to drug eluting stents. Importance of delayed healing. **Arterioscler Thromb Vasc Biol** 27:1500 - 1507.
- Gruman, J., and Von Korff, M. (1996). **Indexed bibliography on self-management for people with chronic disease**. Washington DC : Center for Advancement in Health.

- Grundey, S.M., Cleeman, J.L., and Daniels, S.R. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation** 112 :1231-1236.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H., and Patrick, D.L. (1993). Measuring health – related quality of life. **Am Int Med** 118 : 622-629.
- Han, K.S., Lee,S.J., Park, E.S. (2004). Factors influencing quality of life in people with chronic illness in Korea. **Journal of Nursing Scholarship** 35(2) :139-144.
- Jackson, E.S., Tucker, C.M.,and Herman, K.C. (2007). Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health- promoting lifestyle. **Journal of American College Health** 56(1) : 69-74.
- Karel, M.J., Moye. J., Bank, A.,and Azar, A.R. (2007). Three methods of assessing values for advance care planning. **Journal of Aging and Health** 19(1):123-152.
- Kattainen, E., Meriläinen, P., and Sintonen, H. (2006). Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 5(1): 21-30.
- Kim, H., McGuire, D.B., Tulman, L., and Barsevick, A.M. (2005). Symptom clusters concept analysis and clinical implication for cancer nursing. **Cancer nursing** 28(4):270-282.
- Konstantina, A., and Helen, D. (2009). Quality of Life After Coronary Intervention.**Health Science Journal** 13(2): 66-71.
- Krethong, P. (2007). A **causal model of health- related quality of life in thai heart failure patients**. Doctoral dissertation, Department Nursing Science Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- Kuchulakanti, P.K., Chu, W.W., and Torguson, R. (2006). Correlates and long-term outcomes of angiographically proven stent thrombosis with sirolimus- and paclitaxel-eluting stents. **Circulation** 113 :1108 -1202.
- Kushner, F.G., Hand, M., and Smith, S.C. (2009). focused update: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guidelines and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American Collage of Cardio-logy

- Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.
J Am Coll Cardiol 54 : 2205 - 2241.
- Langius-Eklof. A., Lidman. K., and Wredling. R. (2009). Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. **AIDS Patient Care STDS** 23(1):59-64.
- Lenz, E.R. ,Pugn, L.C., Milligan, R.A. ,Giff, G.,and Suppe, F. (1977). The middle range theory of unpleasant symptoms : an update. **Advance in Nursing Science** 17(3):1-13.
- Li, R., et al. (2010). Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. **International Journal of Cardiology** In Press, Corrected Proof.
- Lincoff, A.M., et al. (1993). Intra- coronary stenting compared with conventional therapy for abrupt vessel closure complicating coronary angioplasty: a matched case-control study. **J Am Coll Cardiol** 21: 866 - 875.
- Lloyd-Jones, D., Adams R.J., and Brown, T.M. (2010). Heart disease and stroke statistic update: a report from the American Heart association. **Circulation** 121(7): 46-215.
- Martinez, L.G., and Hose-Fancher, M.A. (2000). Nursing management coronary disease. On: Lewin, S.M., Heitkemper, M.M.,and Dirksen, S.R. **Medical-surgical nursing: Assessment and management clinical problem**.5th ed , St.Louis : Mosby,
- McGillion, M., Arthur, H., Andréll, P., and Watt-Watson, J. (2008). Self management training in refractory angina. **British Medical Journal** 336 (7640) : 338-339.
- McHoney , C.A., Ware, J.E., and Raczek, A.E. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. **Med Care** 31: 247-263.
- Meang, M. (2007). **Stent Thrombosis after Implantation of Drug Eluting Stent and Bare Metal Coronary Stents in Western Denmark**. [online]. Available from <http://www.theheart.org/artical/779409> [2011, December 8]
- Michaels, A.D and Chatterjee, K. (2002). Angioplasty versus bypass surgery for coronary artery disease. **Circulation** 106 : 187-190.
- Michel, M.G., Heather, A., Paulin, A., and Watt-Watson, J. (2008). Self management training in refractory angina. **British' Medical Journal** 336 (7640) : 338-339.

- Mora, S., Cook, N., Buring, J.E., Ridker, P.M., and Lee, I.M. (2007). Physical Activity and Reduced Risk of Cardiovascular Events: Potential Mediating Mechanisms. *Circulation* 116(19): 2110-2118.
- Motzer, S.U. and Stewart, B.J. (1996). Sense of coherence as a predictor of quality of life in person with coronary heart disease surviving cardiac arrest. *Research Psychological Health* 19(4); 287-298.
- National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services, (1990). **Prudent practices in the laboratory: handling and disposal of chemicals** [online]. Available from <http://books.google.co.th/bo> [2011, July 20]
- Nobuyoshi, M., Kimura, T. and Nosaka, H. (1998). Restenosis after successful percutaneous transluminal coronary angioplasty: serial angiographic follow-up of 299 patients. *Journal of the American of Cardiology* 12 (3): 616-623.
- Oka, R.K., Burke, L.E., and Froelicher, E.S. (1995). Emotion responses and inpatient education. In S.L. Wood, E.S.S. Froelicher, C.J. Halpenny, & S.U. Motzer (Eds.), **Cardiac nursing**, (3rd ed.) pp. 672-689. Philadelphia: J.B. Lippincott,
- Patrick, D.L., and Erickson, P. (1993). **Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation** [online]. Available from <http://www.getcited.org/pub/102978457> [2011, July 20]
- Polit, D.F., and Hungler, B.P. (1999). **Nursing research : Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott,
- Puksta, N.S. (2000). Lipid and their role in coronary heart disease. *Nursing Clinics of North America* 35(4); 981-991.
- Pulko, V.G., Markoviene, M. P., Bulotiene, G., and Ostapenko, V. (2009) .Relationship between sense of coherence and quality of life in early stage breast cancer patients. *ACTA MEDICA LITUANICA* 16 (3): 139–144.
- Rapaport, E. (1997). **Pharmacologic therapy for acute myocardial infarction** [online]. Available from http://postgrad.com/1997/11_97/rapapot.html [2011, December 10]
- Redman, B.K. (2004). **Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge**. Sudbury, MA: Jones & Bartlett,

- Reeder, G. S., and Gersh, B. J. (2000). Modern management of acute myocardial infarction. **Current Problems in Cardiology** 25 (10): 678-782.
- Riegel, B., Carlson, B., and Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. **Heart & Lung** 29(1):4-15.
- Rokeach, M. (1973). **The nature of human value**. New York :Free Press.
- Ross, R. (1999). Atherosclerosis-an inflammatory disease. **N Engl J Med** 340:115-126.
- Roubin, G.S., Can, A.D., and Agrawal, S.K. (1992). Intra-coronary stenting for acute and threatened closure complicating percutaneous transluminal coronary angioplasty. **Circulation** 85: 916 - 27.
- Ruo, B., et al. (2003). Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life. **JAMA** 290 (2); 215-221.
- Ryan, C.J. (2003). **Knowledge of Symptoms in adult at risk for heart attack**. Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicaco.
- Schenkeveld , L.et al. (2010). Health -related quality of life and long-term mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention. **American Heart Journal** 159 (3): 471-476.
- Stewart, A.T., Greenfield, S., Hay, R.D., Well, K., Roger, W.H., and Berry,S.D. (1989). Fuctional status and well-being of patient with chronic condition. **JAMA** 26(7):907-913.
- Szygula-Jurkiewicz, B., M. and Zembala. (2005). "Health related quality of life after percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. 12-month follow up." **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery** 27(5): 882-886.
- Stouffer, A .G., and Peter, K. (2011). **Percutaneous Coronary Intervention** [online]. Available from <http://emedicine.medscape.com/article/161446-overview>. [2011,November 17]
- Taylor, S.R. (1987). Drug therapy and quality of life in angina pectoris. **Am Heart J** 144: 234-240.
- Ten Berg, J.M., Plokker, H., and Verheugt, F. (2001). Antiplatelet and anticoagulant therapy in elective percutaneous coronary intervention. **Curr Control Trials Cardiovasc. Med** 2:129 - 40.

- Tennant, F.S and Uelmens, G.F. (1983). Necrotic management of chronic pain: Medical and legal guidelines. **Postgrad Med** 93:81-94.
- Testa, M.A., and Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. **N Engl J Med** 334:835-840.
- Tu, J.V., Bowen, J., and Chi, M. (2007). Effectiveness and safety of drug-eluting stents in Ontario. **N Engl J Med** 357:1393 - 1402.
- Van Beresteijn, E.C., and Korevarr, J.C. (1993). Premenopausal increase serum cholesterol: A 10 year longitudinal study. **American Journal Epidemiology** 137: 383-392.
- Ware, J.E., and Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) **Medical care** 30:473-483.
- Wenaweser, P., Rey, C., and Eberli, F.R. (2005). Stent thrombosis following bare-metal stent implantation: success of emergency percutaneous coronary intervention and predictors of adverse outcome. **Eur Heart J** 26:1180-1190.
- White, R.E., and Frasure-Smith, N. (1995). Uncertainty and psychologic stress after coronary angioplasty and coronary bypass surgery. **Heart & Lung** 24(1):19-27.
- Wilson, I. B., and Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcomes. **Journal of American Heart Association** 273(1): 59-65.
- Witte, S.G., Gucht, V.D., Heiser, W., Grace, S.L., and Elderen, T.V. (2007). The impact of angina and cardiac history on health-related quality of life and depression in coronary heart disease patients. **Chronic Illness** 3:66-76.
- Wong, M. S., and Chair, S. Y. (2007). Changes in health-related quality of life following percutaneous coronary intervention: A longitudinal study. **International Journal of Nursing Studies** 44(8):1334-1342.
- Webster RA., Thompson DR., & Davidson PM. The first 12 weeks following discharge from hospital: The experience of Gujarati South Asian survivors of acute myocardial infarction and Their families. **Contemporary Nurse** . 2003; 15(3):288-299.

- Yusuf, S., Zhao, F., and Mehta, S.R. (2001). CURE Trial Investigators et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 345: 494- 502.
- Zambroski, C.H., Moser, D.K., Bhat, G., Ziegler, C. (2005). Impact of symptom prevalence and symptom burden on quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4:198-206.
- Zimmerman, L., Barnason, S., Bery, B.A., Catin, S.S., and Nieveen, J. (2002). Comparison of recovery patterns for patient undergoing coronary artery bypass grafting and minimally invasive direct coronary artery bypass in the early discharge period. *Progress in Cardiovascular Nursing* 17:132-14.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราคุด	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไฉ่ อุดมสุทธิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
อาจารย์ ดร.ศรินรัตน์ ศรีประสงค์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล อายุรศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์
อาจารย์.ดร. เพ็ญนภา แดงดีอมฤทธิ์	อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/0039



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิเพชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ กลุ่มอาการและคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการถ่วงขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการ วิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตราคุลย์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิเพชร โทร. 089 - 7958643

ที่ ศธ 0512.11/ 0126



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ มกราคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิเพชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ กลุ่มอาการและคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการล้างไขมันหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย ที่นิตติ สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไฉ อุณหสูต อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสัตยศาสตร์
2. อาจารย์ ดร. สรินรัตน์ ศรีประสงค์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไฉ อุณหสูต และ อาจารย์ ดร. สรินรัตน์ ศรีประสงค์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

ชื่อนิสิต

นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิเพชร โทร. 089 - 7958643



บันทึกข้อความ

สำนักงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/๐๐๖๑

วันที่ ๗ มกราคม 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อารีขรรณ อ่วมตานี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง นิตฉา ฤทธิเพชร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ กลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154

นาวาตรีหญิง นิตฉา ฤทธิเพชร โทร. 089 - 7958643



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130
 ที่ ศธ 0512.11/ ๐๐๑๑ วันที่ ๑ มกราคม 2555
 เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิเพชร นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ กลุ่มอาการและคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา โทร. 0-2218-1154
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. จรรยา นิหหลวง โทร. 0-2218- 1157
 ชื่อนิสิต นาวาตรีหญิง นิตญาฤทธิเพชร โทร. 089-7958643



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

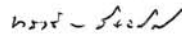
โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง...จ.ร./2๕๖๕

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพกลุ่มอาการและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	นาวาตรีหญิง นิตยา ฤทธิเพชร นิติศิปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 February 2012) (ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 February 2012) (ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 10 February 2012) (ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 (Version 2.0 Date 10 February 2012) (ฉบับภาษาไทย) 5. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	10 กุมภาพันธ์ 2555
วันหมดอายุ	9 กุมภาพันธ์ 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี 

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

๖๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๖๔๔-๓๕๒๒
โทรสาร ๐-๒๖๔๔-๙๐๘๘

COA 12/2555


คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการภาษาไทย : ความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพกลุ่มอาการ และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด
ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : RELATIONSHIPS BETWEEN SELF – MANAGEMENT, SENSE OF COHERENCE, HEALTH VALUE, SYMPTOM CLUSTER, AND HEALTH – RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION.

เลขที่โครงการ : ๐๑๒/๕๕

ผู้วิจัยหลัก : นาวาตรีหญิงนิศญา ฤทธิ์เพชร

สังกัดหน่วยงาน : นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง:

- แบบเสนอโครงการวิจัย version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลส่วนบุคคลและเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินกลุ่มอาการ version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕
- แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ version 2 วันที่ ๑๒ มีนาคม ๒๕๕๕

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์พิเศษนายแพทย์สมชาย เอื้อรัตนวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม.....
(นางสาวบุษบา ศุภวัฒน์ธนบดี)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : ๑๓ /๐๓ /๒๕๕๕
วันหมดอายุ : ๑๒ /๐๓ /๒๕๕๖

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (ตึกโอสถกรรม ชั้น ๒)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
๖๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
โทรศัพท์: ๐-๒๖๔๔-๓๕๒๒ โทรสาร: ๐-๒๖๔๔-๙๐๘๘

ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ชื่อผู้วิจัย นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิ์เพชร

ที่อยู่ติดต่อ 504 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แผนกบำบัดพิเศษกองอายุรเวชกรรม ชั้น 4 ถ. สมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบวศโคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02- 4752633 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0897958643

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**จากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น รวมถึงการดูแลรักษา

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้า**ไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด
ผู้วิจัย	นางสาวนิตยา ฤทธิเพชร นิสิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	แผนกบำบัดพิเศษของอายุรเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า 504 แผนกบำบัดพิเศษของอายุรเวชกรรม ชั้น 4 ถ.สมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุดโคโล เขตธนบุรี กรุงเทพฯ 10600 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-4752633 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0897958643 E-mail: nittaya_rit@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

โครงการนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรคที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ที่ผู้วิจัยคาดว่า ความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น คือ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

3. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้ จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดจำนวน 125 คน โดยการสุ่ม สังกัดต่างๆ ของโรงพยาบาลเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 6 สังกัด โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับ ฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกสุ่มมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด ซึ่งจากการสุ่มได้โรงพยาบาลสังกัดสำนัก นายกรัฐมนตรี โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม และ โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดทั้ง 3 สังกัด สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยเป็น โรงพยาบาลรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด จากนั้นกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย

1. อายุ 20 – 59 ปี
2. เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้
4. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่นๆ
5. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท
6. ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย
7. ไม่มีภาวะโรคไตวายเรื้อรังร่วม
8. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

และกำหนดเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัยได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีอาการด้านร่างกายไม่คงที่ คือ มีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อย ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนทำการเก็บข้อมูล
2. ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเต้นช้ากว่า 50 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจมากกว่า 28/นาที และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ข้อมูลดังกล่าวดูได้จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด
4. ประโยชน์ที่ผู้วิจัยจะได้รับ เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และทางสาธารณสุข เพื่อนำไปประเมินปัญหา วางแผนการพยาบาล ในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
5. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และเกี่ยวข้องกับกรวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว
6. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

7. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย

8. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล

9. ข้อมูลใดๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-218-8147 Email: eccu@chula.ac.th

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ
ผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ในช่วงหลังจากได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบัน

กรุณาใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับอาการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบของท่าน หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบัน เลือกอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป

ท่านมีอาการดังกล่าวข้างล่างต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าไม่มีอาการในข้อนั้นให้ตอบ 0 = ไม่มี ท่านไม่ต้องตอบในช่องการประเมินระดับความถี่ ความรุนแรงของอาการ การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย การรบกวนความสุขในชีวิต

แต่ถ้ามีอาการนั้นให้ตอบ 1 = มี และขอให้ท่านตอบระดับของความถี่ ความรุนแรงของอาการ การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิตของอาการนั้นๆตามความรู้สึกของท่าน โดยทำเครื่องหมาย X บนตัวเลขที่แสดงระดับตั้งแต่ 1 ถึง 10 โดย 1 = น้อยที่สุด 10 = มากที่สุด

ความถี่ หมายถึง เป็นช่วงความยาวนานของอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเกิดขึ้นเป็นระยะๆ แต่ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจนกระทั่งเรื้อรัง

- 1 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 1 ครั้ง/เดือน
- 2 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 2 ครั้ง/เดือน
- 3 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 3 ครั้ง/เดือน
- 4 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 4 ครั้ง/เดือน
- 5 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 5 ครั้ง/เดือน
- 6 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 6 ครั้ง/เดือน
- 7 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 7 ครั้ง/เดือน
- 8 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 8 ครั้ง/เดือน
- 9 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น ประมาณ 9 ครั้ง/เดือน
- 10 หมายถึง มีอาการตามข้อความเกิดขึ้น 10 ขึ้นไป ครั้ง/เดือน

ความรุนแรง หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการ เช่น “ปวดมากแค่ไหน” “เหนื่อยมากแค่ไหน” “รู้สึกเหนื่อยล้ามากแค่ไหน” หรือ “คลื่นไส้มากแค่ไหน”

รบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย หมายถึง อาการดังกล่าวรบกวนด้านร่างกายอย่างน้อยแค่ไหน

รบกวนความสุขในชีวิต หมายถึง อาการดังกล่าวรบกวนความสุขในชีวิตของท่านอย่างน้อยแค่ไหน

อาการที่เกิดขึ้น	ระดับของอาการและการตอบสนองต่ออาการ										
1. เจ็บ/แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 = มี	ความถี่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความรุนแรง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	รบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	รบกวนความสุขในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. หายใจลำบาก/ หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 = มี	ความถี่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความรุนแรง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	รบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	รบกวนความสุขในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 = มี	ความถี่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	ความรุนแรง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	รบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	รบกวนความสุขในชีวิต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดโรคหลอดเลือดหัวใจ ตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือด เพื่อจัดการกับอาการเจ็บหน้าอก หลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจจนถึงปัจจุบัน

ท่านเคยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือไม่ ถ้ามีให้ตอบคำถามข้อ 1-6 โดยทำเครื่องหมาย

✓ บนตัวเลขที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่าน

ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก

บางครั้ง หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกบ้างบางครั้ง

บ่อย หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง

สม่ำเสมอ หมายถึง ท่านเคยปฏิบัติเพื่อลดอาการเจ็บแน่นหน้าอกเลยทุกครั้ง

คำถาม	ไม่เคย หรือแทบจะ ไม่เคย	บางครั้ง	บ่อย	สม่ำเสมอ
เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านมีวิธีปฏิบัติในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกเพื่อให้อาการทุเลาโดย...				
1. ท่านหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา	①	②	③	④
2. เมื่อเจ็บหน้าอก ท่านพยายามหาวิธีการผ่อนคลาย เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ทำสมาธิ หายใจลึกๆ หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา	①	②	③	④
6. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านนอนพักรอดูอาการก่อน	①	②	③	④

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการถามความมั่นใจในการจัดการตนเองหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ **หลังจากขยายหลอดเลือดหัวใจ** ท่านมีอาการดังกล่าวตามข้อ 7หรือไม่ (อาการใดอาการหนึ่งหรือมากกว่า 1 อาการ) ถ้าไม่มีอาการใดๆ เลยให้ตอบ 0 = ไม่มี ท่านไม่ต้องตอบในช่องการประเมินความมั่นใจ

แต่ถ้ามีอาการให้ตอบ 1 = มี และขอให้ท่านตอบในช่องการประเมินความมั่นใจ โดยทำเครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คำถาม	ไม่ มั่นใจ เลย	ค่อนข้าง มั่นใจ	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ที่สุด
<p>7. ครั้งล่าสุดที่ท่านมี <u>อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย</u> <u>ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง</u> <u>ปวดร้าวไปที่หลัง</u> <u>ปวดร้าวไปที่คอ</u> <u>ปวดร้าวไปที่กราม</u> <u>ปวดร้าวไปที่ลิ้นปี่</u> <u>เหงื่อแตก</u> <u>ใจสั่น</u> <u>คลื่นไส้/อาเจียนเวียนศีรษะ/ตาบวม/หน้ามืด/เป็นลม</u> <u>อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า</u> <u>หุดหู่/เสียว</u> <u>หมอง/เขียว</u> <input type="checkbox"/> 0 = ไม่มี <input type="checkbox"/> 1 = มี</p> <p>ท่านมั่นใจ ว่าวิธีการต่างๆ ที่ท่านใช้ในการดูแลตัวเอง เพื่อรักษาหรือบรรเทาอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น (ตามข้อ 7) จะได้ผล</p>	①	②	③	④

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำถามความมั่นใจในการจัดการตนเองหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้ตอบคำถามข้อ 9-10 โดย ทำเครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

คำถาม	ไม่มั่นใจเลย	ค่อนข้างมั่นใจ	มั่นใจมาก	มั่นใจที่สุด
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถประเมินอาการที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้	①	②	③	④
9.				
10. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ	①	②	③	④

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นคำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือด เพื่อคงภาวะสุขภาพ ท่านได้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำดังกล่าวนี้บ่อยแค่ไหน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับสิ่งที่ท่านปฏิบัติ

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย
 บางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติบ้างบางครั้ง
 บ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติบ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง
 สมบูรณ์ หมายถึง ท่านปฏิบัติทุกครั้ง

คำถาม	ไม่เลย	บางครั้ง	บ่อย	สมบูรณ์
หลังจากท่านได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ... 11. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ไก่ทอด หมูทอด เครื่องในสัตว์	①	②	③	④
15. ท่านควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย	①	②	③	④
16. เมื่อเกิดความเครียดท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง	①	②	③	④

ส่วนที่ 4 แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ

คำชี้แจง จากข้อความต่อไปนี้ โปรดพิจารณาแต่ละข้อความเป็นสิ่งที่คุณเห็นว่ามีความสำคัญ

และได้ยึดเป็นหลักปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด โดยให้ทำ

เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือช่องใดช่องหนึ่งตรงกับความเห็นของท่าน

เป็นจริงที่สุด หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งและมีการปฏิบัติมากที่สุด

เป็นจริง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านเห็นด้วยและมีการปฏิบัติมาก

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่แน่ใจและมีการปฏิบัติปานกลาง

เป็นจริงน้อย หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เห็นด้วยและมีการปฏิบัติน้อย

ไม่เป็นจริงที่สุด หมายถึง กิจกรรมในข้อความนั้นท่านไม่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งและไม่มีการปฏิบัติ

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ/ความคิดเห็น				
	เป็นจริงที่สุด	เป็นจริง	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริงที่สุด
ท่านคิดว่าพฤติกรรมต่อไปนี้ มีความสำคัญและท่านได้ยึดปฏิบัติเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ หลังจากท่านได้รับการขยายหลอดเลือด.....					
1. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง					
2. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน เครื่องในสัตว์เพื่อป้องกันภาวะไขมันอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ					
15.นอนหลับสนิทอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก

คำชี้แจง ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ เป็นการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆ แต่ละข้อคำถามจะมีตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดยตำแหน่ง 1 และ 5 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขตรงกลางจาก 2 ถึง 4 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของท่านในแต่ละคำถาม **โปรดวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว**

ตัวอย่าง คุณมีความพึงพอใจกับชีวิตในขณะนี้มากน้อยเพียงใด

ไม่พอใจเลย 1 2 3 ④ 5 พึงพอใจมาก

| | | | |

คำอธิบายในที่นี้ ผู้ตอบเลือกเลข 4 ซึ่งแสดงว่าผู้ตอบรู้สึกพอใจกับชีวิตในขณะนี้ค่อนข้างมาก แต่ยังมีบางส่วนของชีวิตที่เขายังไม่พอใจ

กรณาวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดมากที่สุด

1. ท่านไม่ได้ใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวท่าน...

ไม่เคยใส่ใจเลย 1 2 3 4 5 ใส่ใจเสมอ

| | | | |

2. ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ท่านเคยเกิดความแปลกใจในพฤติกรรมของผู้ที่ท่านคิดว่าท่านรู้จักเขาดี บ้างไหม...

ไม่เคยเกิดความแปลกใจเลย 1 2 3 4 5 เกิดความแปลกใจเสมอ

| | | | |

3. บุคคลที่ท่านไว้วางใจ กลับทำให้ท่านผิดหวัง...

ไม่เคยเกิดขึ้นเลย 1 2 3 4 5 เกิดขึ้นเสมอ

| | | | |

4.....

5.....

6.....

13. บ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าสามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้.....

รู้สึกบ่อยครั้งมาก 1 2 3 4 5 ไม่มีความรู้สึกเช่นนี้เลย

| | | | |

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (SF-36)

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ถามความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ข้อมูลนี้จะช่วยติดตามดูว่าท่านรู้สึกอย่างไร และท่านสามารถทำกิจกรรมปกติต่างๆของท่านได้ดีแค่ไหน

กรุณาเขียนเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบตัวเลขหน้าคำตอบที่ท่านเห็นว่าเป็นคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หากไม่แน่ใจว่าจะตอบอย่างไรดีให้เลือกคำตอบที่ท่านคิดว่าใกล้เคียงที่สุด

1. ขณะนี้สุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

- ดีเยี่ยม.....1
 ดีมาก.....2
 ดีมากดี.....3
 พอใช้ได้.....4
 ไม่ดี.....5
- 2.....
 3.....
 4.....

11. ข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ ถูกต้องหรือไม่ถูกต้องแค่ไหนสำหรับท่าน เลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

(วงกลมหนึ่งคำตอบ)

กิจกรรม	ถูกต้อง	ค่อนข้างถูกต้อง	ไม่รู้	ค่อนข้างจะไม่ถูกต้อง	ไม่ถูกต้องเลย
11.1 ท่านดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่นที่ท่านรู้จัก	1	2	3	4	5
11.2 ท่านมีสุขภาพแข็งแรงดีพอๆกับคนอื่นที่ท่านรู้จัก	1	2	3	4	5
11.3 ท่านคิดว่าสุขภาพของตัวเองจะแย่ลง	1	2	3	4	5
11.4 สุขภาพของท่านดีเยี่ยม	1	2	3	4	5

ขอบคุณสำหรับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามค่ะ

ตารางที่ 18 แสดงผลตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินกลุ่มอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลก ในกลุ่มทดลอง

ข้อคำถาม	Cronbach's		ข้อคำถาม	Cronbach's	
กลุ่มอาการ	Corrected	Alpha if	ความเข้มแข็งใน	Corrected	Alpha if
	Item-Total	Item	การมองโลก	Item-Total	Item
	Correlation	Deleted		Correlation	Deleted
ข้อ 1	.520	.897	ข้อ 1	-.204	.830
ข้อ 2	.606	.897	ข้อ 2	.743	.779
ข้อ 3	.583	.898	ข้อ 3	.383	.811
ข้อ 4	.379	.898	ข้อ 4	.766	.770
ข้อ 5	.316	.899	ข้อ 5	.187	.828
ข้อ 6	-.009	.900	ข้อ 6	.292	.816
ข้อ 7	.526	.898	ข้อ 7	.734	.774
ข้อ 8	.489	.898	ข้อ 8	.519	.799
ข้อ 9	.349	.898	ข้อ 9	.189	.821
ข้อ 10	.185	.899	ข้อ 10	.736	.783
ข้อ 11	.320	.898	ข้อ 11	.446	.808
ข้อ 12	.366	.898	ข้อ 12	.643	.797
			ข้อ 13	-.204	.830

ค่า Chronbach alpha = .89

ค่า Chronbach alpha = .81

ตารางที่ 19 แสดงผลตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการจัดการตนเอง และค่านิยมด้าน
สุขภาพ ในกลุ่มทดลอง

ข้อคำถามการ จัดการ ตนเอง	Corrected	Cronbach's	ข้อคำถาม ค่านิยมด้าน สุขภาพ	Corrected	Cronbach's
	Item- Total Correlati on	Alpha if Item Delete d		Item- Total Correlati on	Alpha if Item Delete d
ข้อ 1	.534	.793	ข้อ 1	.191	.729
ข้อ 2	.577	.792	ข้อ 2	.579	.685
ข้อ 3	.445	.800	ข้อ 3	.228	.725
ข้อ 4	.438	.801	ข้อ 4	.466	.699
ข้อ 5	.704	.776	ข้อ 5	.234	.725
ข้อ 6	.632	.785	ข้อ 6	.535	.687
ข้อ 7	.526	.794	ข้อ 7	.476	.707
ข้อ 8	.177	.815	ข้อ 8	.400	.707
ข้อ 9	.362	.808	ข้อ 9	.574	.682
ข้อ 10	.548	.796	ข้อ 10	.395	.708
ข้อ 11	.133	.817	ข้อ 11	.321	.716
ข้อ 12	.336	.809	ข้อ 12	.009	.745
ข้อ 13	.588	.791	ข้อ 13	.414	.705
ข้อ 14	.385	.804	ข้อ 14	-.009	.747
ข้อ 15	-.071	.823	ข้อ 15	.065	.735
ข้อ 16	.137	.818	-	-	-

ค่า Chronbach alpha = .81

ค่า Chronbach alpha = .72

ตารางที่ 20 แสดงผลตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมิน SF-36 ในกลุ่มทดลอง

ข้อคำถาม SF-36	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted	ข้อคำถาม SF-36	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Deleted
ข้อ 1	.683	.934	ข้อ 6	.698	.934
ข้อ 2	-.447	.946	ข้อ 7	.510	.936
ข้อ 3.1	.666	.935	ข้อ 8	.750	.933
ข้อ 3.2	.734	.934	ข้อ 9.1	.459	.937
ข้อ 3.3	.694	.935	ข้อ 9.2	.370	.937
ข้อ 3.4	.753	.934	ข้อ 9.3	.459	.936
ข้อ 3.5	.643	.935	ข้อ 9.4	.568	.935
ข้อ 3.6	.770	.934	ข้อ 9.5	.614	.935
ข้อ 3.7	.763	.934	ข้อ 9.6	.554	.935
ข้อ 3.8	.526	.936	ข้อ 9.7	.583	.935
ข้อ 3.9	.425	.936	ข้อ 9.8	.607	.935
ข้อ 3.10	.306	.937	ข้อ 9.9	.566	.935
ข้อ 4.1	.488	.936	ข้อ 10	.737	.934
ข้อ 4.2	.640	.936	ข้อ 11.1	.624	.935
ข้อ 4.3	.433	.937	ข้อ 11.2	.760	.933
ข้อ 4.4	.673	.935	ข้อ 11.3	.692	.934
ข้อ 5.1	.498	.936			
ข้อ 5.2	.497	.936			
ข้อ 5.3	.342	.937			

ค่า Chronbach alpha = .93

ภาคผนวก จ
รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับ
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ
: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มอาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่
ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 2 อาการ จำนวน 20 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร่วมกับอาการ หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	7	7.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ร่วมกับอาการ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	4	4.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับอาการ จุกแน่นลิ้นปี่	2	2.0
4	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร่วมกับ อาการ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
5	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ร่วมกับอาการ ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง	1	1.0
6	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ร่วมกับอาการ ใจสั่น	1	1.0
7	เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ร่วมกับอาการ หดหู่/เศร้า หมอง/เครียด	1	1.0
8	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ร่วมกับ อาการ หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
9	เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลมร่วมกับอาการ อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	1	1.0
10	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับอาการ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจ ถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย	1	1.0

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 3 อาการ จำนวน 25 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	8	8.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/ หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	4	4.0
3	ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	2	2.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	2	2.0
5	เจ็บ/ แน่นหน้าอก เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/ เศร้าหมอง/เครียด	2	2.0
6	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
7	เจ็บ/ แน่นหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
8	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ใจสั่น หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
9	ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อย ล้า	1	1.0
10	ปวดร้าวไปที่หลัง เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
11	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
12	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 4 อาการ จำนวน 16 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	5	5.0
2	เหงื่อแตก ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	2	2.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/ เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ใจสั่น	1	1.0
5	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/ หอบเหนื่อย หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม	1	1.0
6	เจ็บ/ แน่นหน้าอก เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
7	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
8	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย ปวดร้าวไปที่แขน 2 ข้าง อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
9	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย หน้ามืด/ เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
10	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวไป ที่แขน 2 ข้าง เหงื่อแตก ใจสั่น	1	1.0
11	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เหงื่อแตก อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 5 อาการ จำนวน 25 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	6	6.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/เครียด	4	4.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม ใจสั่น หน้า มืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	3	3.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
5	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
6	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย จุกแน่น ลิ้นปี่ เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
7	หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เหงื่อแตก เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
8	เหนื่อย ปวดร้าวไปคอ/กราม เหงื่อแตก คลื่นไส้/อาเจียน เวียน หน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
9	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย เหนื่อย ปวดร้าวไปคอ/กราม เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
10	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย เหนื่อย ปวดร้าวไปหลัง อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
11	เจ็บ/ แน่นหน้าอก เหงื่อแตก ใจสั่น คลื่นไส้/อาเจียน อ่อนเพลีย/ เหนื่อยล้า	1	1.0
12	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย เหงื่อแตก อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/ เครียด	1	1.0
13	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย ปวดร้าวไปแขน 2 ข้าง เหงื่อแตก หดหู่/เศร้าหมอง/ เครียด	1	1.0
14	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย จุกแน่นลิ้นปี่ ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/ เป็นลม	1	1.0

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 6 อาการ จำนวน 7 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เหงื่อแตก ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	2	2.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม เวียนหน้าศีรษะ/ ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก อ่อนเพลีย/เหนื่อย ล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย เหงื่อแตก ใจสั่น อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หด หู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
5	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง เวียน หน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หด หู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
6	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น อ่อนเพลีย/ เหนื่อย	1	1.0

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 7 อาการ จำนวน 5 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม คลื่นไส้/อาเจียน เวียน หน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อย ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่ หลัง เหงื่อแตก อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
3	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
4	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง เวียน หน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/ เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0
5	เจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับ ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ปวดร้าวไปที่คอ/กราม เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/ หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครที่มี 8 อาการ จำนวน 2 คน

ลำดับ	กลุ่มอาการที่พบ	จำนวน	ร้อยละ
1	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง จุกแน่นลิ้นปี่ เหงื่อแตก ใจสั่น เวียนหน้าศีรษะ/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	1	1.0
2	เจ็บ/ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจถี่ๆ ไม่ได้/หอบ เหนื่อย ปวดร้าวที่แขนข้างเดียวหรือ 2 ข้าง ปวดร้าวไปที่หลัง ใจ สั่น เวียนหน้าศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า หดหู่/เศร้าหมอง/เครียด	1	1.0

ตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มอาการจำแนกตาม ความถี่ ระดับ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 100 คน (n=100 คน)

กลุ่มอาการ	ความถี่		ความรุนแรง		รบกวนด้านร่างกาย		รบกวนความสุข	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1.เจ็บหน้าอก	1.88	2.16	2.33	2.63	1.92	2.23	1.91	2.25
2.หายใจลำบาก/เหนื่อย	1.81	2.67	1.37	2.03	1.37	2.02	1.47	2.19
3.ปวดร้าวไปแขน	0.29	0.90	0.33	0.98	0.31	0.96	0.30	0.94
4.ปวดร้าวไปหลัง	0.18	0.72	0.18	0.81	0.21	0.88	0.21	0.88
5.ปวดร้าวไปคอ/กราม	0.11	0.54	0.08	0.39	0.08	0.39	0.10	0.51
6.จุกแน่นลิ้นปี่	0.34	1.16	0.31	1.11	0.31	1.06	0.32	1.15
7.เหงื่อแตก	0.46	1.27	0.45	1.22	0.47	1.26	0.44	1.20
8.ใจสั่น	0.81	1.78	0.74	1.55	0.76	1.59	0.75	1.60
9.คลื่นไส้/อาเจียน	0.09	0.55	0.10	0.64	0.09	0.55	0.09	0.55
10.เวียนศีรษะ/ตาลาย	1.16	2.14	0.80	1.43	0.90	1.65	0.93	1.76
11.อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า	2.63	2.70	1.97	2.08	2.10	2.28	2.13	2.35
12.หุดหู่/เสีร่าหมอง	2.72	3.25	1.91	2.32	1.74	2.18	2.05	2.58

จากตารางที่ 28 พบว่า อาการของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อจำแนกตามความถี่ ความรุนแรง การรบกวนด้านร่างกาย การรบกวนด้านความสุขในชีวิต อาการที่มีความถี่มากที่สุดได้แก่ อาการหุดหู่/เสีร่าหมอง โดยมีคะแนนความถี่เฉลี่ยของอาการเท่ากับ 2.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.25 อาการที่มีความรุนแรงมากที่สุดได้แก่ อาการ เจ็บหน้าอกเท่ากับ โดยมีคะแนนความรุนแรงเฉลี่ยของอาการเท่ากับ 2.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.63 ส่วนอาการที่รบกวนด้านร่างกายและมีความสุขในชีวิตมากที่สุดได้แก่ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า โดยมีคะแนนรบกวนด้านร่างกายและมีความสุขในชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 2.10, 2.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.28, 2.35 ตามลำดับ

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของวิธีการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 73 คน

คำถาม	ไม่เลย			
	หรือแทบจะ ไม่เลย	บางครั้ง	บ่อย	สม่ำเสมอ
เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านมีวิธีปฏิบัติในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกเพื่อให้อาการทุเลาโดย.....				
1. ท่านหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา	3 คน (ร้อยละ4.1)	8 คน (ร้อยละ10.9)	9 คน (ร้อยละ12.3)	53 คน (ร้อยละ72.6)
2. เมื่อเจ็บหน้าอก ท่านพยายามหาวิธีการผ่อนคลาย เช่น เบี่ยงเบนความสนใจ ทำสมาธิ หายใจลึกๆ หากอาการเจ็บหน้าอกหาย ก็ไม่ต้องอมยา	26 คน (ร้อยละ35.6)	22 คน (ร้อยละ30.1)	15 คน (ร้อยละ20.5)	10 คน (ร้อยละ13)
3. เมื่อท่านประเมินอาการเจ็บหน้าอกว่า เกิดจากโรคหัวใจ ท่านอมยาได้ลิ้น 1 เม็ด	19 คน (ร้อยละ4.1)	18 คน (ร้อยละ4.1)	13 คน (ร้อยละ4.1)	23 คน (ร้อยละ4.1)
4. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก หลังอมยา 1 เม็ด อาการไม่ดีขึ้น ท่านอมยาซ้ำได้ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 5 นาที หากอาการไม่ดีขึ้น รีบมาพบแพทย์ทันที	35 คน (ร้อยละ47.9)	18 คน (ร้อยละ24.6)	14 คน (ร้อยละ19.1)	6 คน (ร้อยละ8.2)
5. ท่านติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก	53 คน (ร้อยละ72.6)	15 คน (ร้อยละ20.5)	5 คน (ร้อยละ6.8)	0 คน (ร้อยละ0)
6. เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านนอนพักรอดูอาการก่อน	8 คน (ร้อยละ10.9)	12 คน (ร้อยละ16.4)	28 คน (ร้อยละ38.3)	25 คน (ร้อยละ34.2)

ตารางที่ 30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	
	R	R ²
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.473	.224
ค่านิยมด้านสุขภาพ	.249	.062
กลุ่มอาการ	.655	.429
การจัดการตนเอง	.305	.093

ตารางทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ:
การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย

ตารางที่ 31 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยด้านตัวแปรอิสระจำแนกตามปัจจัยที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	19	55.88
เพศ	16	47.06
ระดับการศึกษา	15	44.12
รายได้	14	41.18
สถานภาพสมรส	12	35.29
อาชีพ/การทำงาน	8	23.53
การเบิกค่าพยาบาล/สิทธิในการจ่ายค่ารักษา	3	8.82
ศาสนา	2	5.88
ภูมิลำเนา	2	5.88
ความเพียงพอของรายได้	2	5.88
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
ระยะเวลาหลังการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ	14	41.18
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา/หัตถการ/ผ่าตัด	9	26.47
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	7	20.59
โรคร่วม	6	17.65
ระดับสมรรถภาพหัวใจ/ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	5	14.71
การเกิดภาวะแทรกซ้อน		
ประเภทการผ่าตัด/วิธีการรักษา	4	11.76
ความรุนแรงของโรค	3	8.82
อาการและอาการแสดง	3	8.82
รูปแบบเครื่องกระตุ้นหัวใจ	3	8.82
ประเภทโรค	1	2.94
	1	2.94

*งานวิจัย 1 เรื่อง มีการศึกษาตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวแปร

ตารางที่ 31 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยด้านจิตสังคม		
การสนับสนุนทางสังคม	4	11.76
การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ข้อมูลในการดูแลตนเอง	2	5.88
อัตมโนทัศน์	2	5.88
การจัดการตนเอง	2	5.88
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	1	2.94
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ	1	2.94
ความรู้เกี่ยวกับโรค	1	2.94
ความหวัง	1	2.94
ความเข้มแข็งในการมองโลก	1	2.94
ภาวะในการดูแลตนเอง	1	2.94
ทัศนคติต่อโรค	1	2.94
สัมพันธภาพในครอบครัว	1	2.94
การสนับสนุนของคู่ชีวิต	1	2.94
ผลกระทบต่อน้ำที่ทำงาน	1	2.94
ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่		
ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม	3	8.82
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	2	5.88
ความสามารถในการดูแลตนเอง	2	5.88

*งานวิจัย 1 เรื่อง มีการศึกษาตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวแปร

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย แบ่งตามตัวแปรตามการศึกษา

ตัวแปรตามการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ตัวแปรตามการศึกษา		
คุณภาพชีวิต	30	88.24
ความผาสุกในชีวิต	4	11.76
ความพึงพอใจในชีวิต	2	5.88

* งานวิจัย 1 เรื่องมีการศึกษาตัวแปรตามมากกว่า 1 ตัวแปร

ตารางที่ 33 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตาม ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สถานที่เก็บข้อมูล เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต แนวคิดในการสร้างเครื่องมือ

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง		
1 - 50	8	23.53
51 - 100	13	38.24
101- 150	9	26.47
151 – 200	1	2.94
200 ขึ้นไป	3	8.82
Mean ± SD	118.1±101.64	
Median (Min-Max)	100 (10-500)	
วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง		
การเลือกแบบเจาะจง	28	82.35
การสุ่มแบบแบ่งชั้น	2	5.88
การสุ่มแบบหลายชั้นตอน	2	5.88
การเลือกแบบบังเอิญ	2	5.88
สถานที่เก็บข้อมูล*		
คลินิกตรวจโรค แผนกผู้ป่วยนอก	30	88.24
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	2	5.88
ไม่ระบุ	1	2.94
อื่นๆ	2	5.88
เครื่องมือวัด QOL ที่นำมาใช้		
Quality of Life Index- Cardiac Version(QLI)	7	20.59
QLI-Cardiac Version –III		
The short-Form-36Health Survey (SF-36)	6	17.65
The Sickness Impact Profile (SIS)	2	5.88
Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire	2	5.88
The World Health Organization Quality of Life Measurement WHOQOL- BREF)	1	2.94
The Seattle angina questionnaire	1	2.94
The Eurogol quality of Life Scale (EQ-5D)	1	2.94

*งานวิจัย 1 เรื่องมีการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง

ตารางที่ 33 (ต่อ)

ตัวแปรตามที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
แนวคิดในการสร้างเครื่องมือ		
แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้กรอบแนวคิดของ Flanagan	4	17.76
แบบวัดคุณภาพชีวิตใช้กรอบแนวคิดของ Zhan	4	17.76
แบบสอบถามความพึงพอใจของ Dupy	3	8.82
แบบวัดคุณภาพชีวิต Burckhardt	3	8.82
แบบประเมินความพึงพอใจด้วยตนเองของ Cantril	2	5.88

*งานวิจัย 1 เรื่องใช้การวัดคุณภาพชีวิตมากกว่า 1 ชนิด

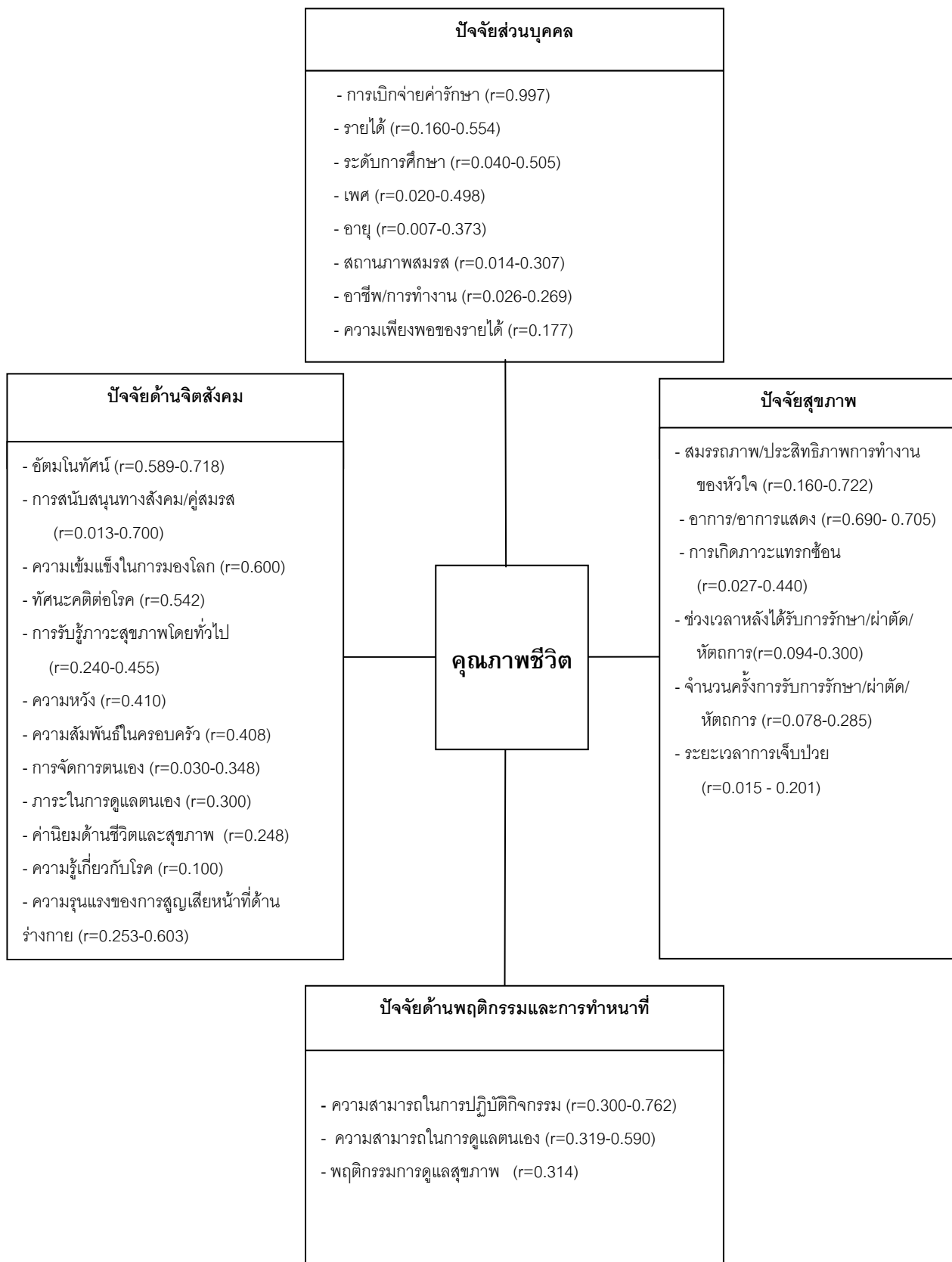
ตารางที่ 34 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรคุณลักษณะด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่		
ชาย	20	58.82
หญิง	14	41.18
ประเภทโรคหัวใจของกลุ่มตัวอย่าง		
หลอดเลือดหัวใจ	11	32.35
ลิ้นหัวใจ	9	26.47
กล้ามเนื้อหัวใจตาย	5	14.71
ภาวะหัวใจล้มเหลว	4	11.76
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	2	5.88
ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่		
(NYHA)		
ระดับที่ 2	8	23.53
ระดับที่ 1	7	20.59
ระดับที่ 1	2	5.88
มากกว่า 1 ระดับ	17	50.00
ไม่ระบุ		
การรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ		
การผ่าตัด	16	47.06
หัตถการอื่นๆ	5	14.17
การรักษาด้วยยา	4	11.76

ตารางที่ 34 (ต่อ)

ด้านเนื้อหาสาระของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคเรื้อรังอื่นร่วม		
โรคความดันโลหิตสูง	9	26.47
ไขมันในเลือดสูง	6	17.65
โรคเบาหวาน	2	5.88
ระดับของ LVEF ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่		
40-60%	6	17.65
ไม่ระบุ	28	82.35

แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาวาตรีหญิง นิตญา ฤทธิ์เพชร เกิดเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2520 ภูมิลำเนา จังหวัดนครศรีธรรมราช สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาล กองทัพอากาศ เมื่อปีการศึกษา 2543 ผ่านการอบรมหลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล ผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ รุ่นที่ 37 จากสถาบันประสาทวิทยา เมื่อ 1 พ.ค – 18 ส.ค 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยวิกฤติของอายุรเวชกรรมโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2553