ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Relationships Among Symptom Clusters, Self –Management, Health Value, Sense of Coherence, and Health -Related Quality of Life in Patients with Percutaneous Coronary Intervention

นิตญา ฤทธิ์เพชร พย.บ. (Nittaya Ritpetch, B.N.S.)[1]
ชนกพร จิตปัญญา Ph.D. (Chanokporn Jitpanya, Ph.D.)[2]
จรรยา ฉิมหลวง Ph.D. (Janya Chimluang, Ph.D.)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ Wilson & Cleary (1995) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล จำนวน 126 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินกลุ่มอาการ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก และแบบประเมินคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความเที่ยงจากแบบประเมินได้เท่ากับ .89, .81, .72, .83 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ =562.87, SD = 152.27) 2) กลุ่มอาการ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับ

[1] นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
[3] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r= -.65, r= -.31) 3) ค่านิยมด้านสุขภาพ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=.25, และ .47) ตามลำดับ

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

The purpose of this research was to investigate the relationships among symptom clusters, self- management, health value, sense of coherence, and health related to quality of life in coronary artery disease patients with the percutaneous coronary intervention. The theorical 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 the 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, sense of coherence 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 by using mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation.

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

Keywords : symptom clusters, Self- management, sense of coherence, health –related quality of life, patients with percutaneous coronary intervention

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทย โดยพบรองจากโรคมะเร็งและการเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุ และพบว่าโรคหัวใจเป็น 1ใน 5 ของโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด ซึ่งอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากสถิติปี 2548-2552 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 คนเท่ากับ 28.2 28.4 29.3 29.8 และ 28.96 ตามลำดับ (สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีย์อุดตันจากการแตกของคราบไขมัน (atheromatous plaque rupture) ร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บหน้าอก และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม

ปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้พัฒนาก้าวหน้าไปมาก ซึ่งหลักสำคัญในการรักษาเพื่อต้องการให้เลือดแดงซึ่งมีออกซิเจนจำนวนมากไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (Revascularization) ส่งผลให้ผู้ป่วยหายจากอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว (เศวต นนทกานันท์ และขจร ขาวไพศาล, 2540) จากการรายงานของ The American Heart Association ปี 2010 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ประมาณ 1,500,000 รายต่อปี (Adams & Brown 2010) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ PCI มากขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2550 - 2553 เท่ากับ 10,641, 13,295, 15,297, 15,584 คน ตามลำดับ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2554)

แม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยหลายประการ แต่ก็มีโอกาสเกิดการตีบซ้ำ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการสวนหัวใจมีการกลับมาตีบซ้ำภายใน 6 เดือนถึงร้อยละ 20-30 (Konstantina, 2009) และมีอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction, MI) สูงถึงร้อยละ 60 โดยเสียชีวิตที่ 30 วันหลังใส่ ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 6.7 และเสียชีวิตที่ 6 เดือนหลังการใส่ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 8.9 – 30 (Cutlip, 2001; Kuchulakanti, et. al, 2006) และยังพบว่าประมาณร้อยละ 30 เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อติดตามไปในระยะ Late Stent Trombosis (30 days – 1 year stent implantation) พบว่าผู้ป่วยเกิดภาวการณ์อุดตันภายในขดลวดโครงตาข่ายส่งผลให้มีอัตราเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 25 (Wenaweser, et. al, 2005) ในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตและอัตราการตีบซ้ำเกิดขึ้นมากสุดภายใน 0-1 ปีแรกหลังได้รับการขยายหลอดเลือด (พัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย, 2550) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่ามีคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด อาการกำเริบจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญจะส่งผลให้เกิด ความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม รวมถึงการงานหรืออาชีพของผู้ป่วยเอง เนื่องจากเกรงว่าจะมีผลทำให้อาการกำเริบได้ (Webster, Thompson, & Davidson, 2003, อำพร มิ่งขวัญ (2547)) พบว่าภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย ผู้ป่วยมีปัญหาปรับตัวไม่ได้ รู้สึกว่าสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกทางเพศไม่ดีขึ้น กลัวว่าจะมีการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำอีก สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่าคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยในด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายค่อนข้างต่ำ และการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลงภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจเดือนที่ 3 (Wong & Chair, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น และปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น สมรรถภาพการทำงานของหัวใจ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาการผ่าตัด/หลังผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับสภาพการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลต้องอาศัยการรักษาเป็นหลัก พยาบาลไม่สามารถเข้าไปปรับแก้ไขได้โดยตรง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าว พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้โดยตรงและอย่างอิสระ จะมีความแตกต่างกับการศึกษาในอดีต คือตัวแปรที่เลือกศึกษาทำให้ทราบมุมมองของผู้ป่วยต่อสุขภาพของตัวเองได้แก่ ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก นำไปสู่การพัฒนาการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านความรู้คิดและด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และเป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่นำไปสู่การแก้ปัญหาเพื่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดของ โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ร่วมกับการสุ่มอย่างง่ายตามคุณสมบัติ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของระบบจิตประสาท ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมองตีบ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยใช้โปรแกรม Power Analysis for sample size โดยกำหนดอำนาจทดสอบที่ .80 ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 126 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินกลุ่มอาการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ตามแบบประเมินของ Nieveen (Zimmerman et al., 2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อจตระกูล (2549) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ โดยข้อคำถามมีลักษณะตัวเลขให้เลือกตอบตั้งแต่ 0-10 (Numer Rating Scale) โดยปลายสุดของทางด้านซ้ายมือแต่ละข้อจะมีข้อความสื่อสิ่งที่ต้องการประเมินได้แก่ ความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย และการรบกวนความสุขในชีวิตโดย 0 = ไม่มีอาการ 1= มีน้อยที่สุด จนถึง 10= มีมากที่สุด การคิดคะแนนเป็นผลรวมของคะแนนด้านความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย รบกวนความสุขในชีวิตทั้ง 10 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีคะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-40 และคะแนนทั้งหมดที่เป็นไปได้ คือ 0 – 480 คะแนน ในแต่ละด้านถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อยแสดงว่ากลุ่มอาการมีความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย รบกวนความสุขในชีวิตน้อย คะแนนเฉลี่ยมากแสดงว่ากลุ่มอาการมีความถี่ ความรุนแรง การรบกวนกิจกรรมด้านร่างกาย รบกวนความสุขในชีวิตมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการจัดการตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ ฉวีวรรณ ยี่สกุลและคณะ (2553) จากแบบประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (The Self Care of Heart Failure Index) ของ Rieglel, Carlson & Glaser, (2000) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย Suwanno (2007) ประกอบด้วย 3 ส่วน มีข้อคำถามรวม 16 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนแตกต่างกันตั้งแต่ 1-4 คะแนน โดยแบ่งเป็นด้านการจัดการอาการจำนวน 6 ข้อ ความมั่นใจในการจัดการตนเองจำนวน 4 ข้อ และการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพจำนวน 6 ข้อ การคิดคะแนนโดยการรวมคะแนนการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คะแนนมากแสดงว่าผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี คะแนนน้อยแสดงว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้หรือไม่เคยมีอาการเลย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับค่านิยมของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) จำนวน 15 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยตัวเลข 1-5 จะบ่งชี้ความมากน้อยของระดับการให้ความสำคัญและยึดปฏิบัติ แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 11 ข้อ

ทางลบ 4 ข้อ มีมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมต่ำแสดงว่ามีค่านิยมด้านสุขภาพในระดับต่ำคะแนนรวมสูงแสดงว่ามีค่านิยมด้านสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกของAntonovsky, (1987) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุธวัฒนะ (2532) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 13 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกได้ตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยตัวเลข 1-5 จะบ่งชี้ความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิดของผู้ตอบ การคิดคะแนนโดยการนำคะแนนความเข้มแข็งในการมองโลกทั้งหมดมารวม ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 13-65 คะแนน ผลรวมคะแนนมากแสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ผลรวมคะแนนน้อยแสดงว่ามีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short – Form-36- Health Survey (SF-36) ฉบับแปลเป็นไทยโดย วัชรี เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม (2546)

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ตามแบบประเมิน Outcomes Study Short form (SF-36) มีจำนวน 36 ข้อ การคำนวณโดยแปลงคะแนนรายข้อจากแบบประเมิน 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 คะแนนต่ำแสดงถึงระดับสุขภาพที่ด้อยกว่าหรือแย่กว่า มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 2 ระดับ

ต่ำกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

มากกว่าร้อยละ 50 หมายถึง คุณภาพชีวิตดี

คำถามข้อที่ 2 ซึ่งถามเกี่ยวกับระดับคุณภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา (Reported Health Transition) จะไม่นำมาคำนวณคะแนน แต่จะนำมาเปรียบเทียบเป็นร้อยละของผู้ตอบที่เลือกในแต่ละข้อ

เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 5 คน และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือดังนี้ แบบประเมินกลุ่มอาการ 0.89 แบบประเมินการจัดการตนเอง 0.81 แบบประเมินค่านิยมด้านสุขภาพ 0.72 แบบประเมินความเข้มแข็งในการมองโลก 0.83 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 0.93

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบประเมินพร้อมทั้งอธิบาย

วิธีตอบแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบประเมินประมาณ 30- 45 นาที โดยสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบประเมินได้เนื่องจากมีปัญหาด้านสายตาผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2555 จนได้จำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์ครบตามจำนวน 126 ชุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวออย่าง

การศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในคนของโรงพยาบาลที่ศึกษา ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความสมัครใจ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อต่อการรักษาแต่อย่างใด คำตอบทั้งหมดจะเป็นความลับและจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าพิสัย ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 81.0 และร้อยละ 19.0 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.48 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 85.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 93.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 41.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 31.0 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 20,001 บาทมากที่สุด ร้อยละ 29.4 มีโรคร่วมร้อยละ 92.0 โรคที่พบร่วมมากที่สุดคือ ไขมันในเลือดสูง 37.6 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.8 และเบาหวานร้อยละ 13.9 ตามลำดับ ยาที่ได้รับการรักษามากที่สุดคือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดร้อยละ 20.6 จำนวนหลอดเลือดหัวใจตีบพบมากที่สุด คือ 2 เส้น ร้อยละ 50.8 การรักษาส่วนใหญ่เป็นการขยายหลอดเลือดโดยการใส่ขดลวดโครงตาข่ายร้อยละ 81.1 โดยขดลวดโครงตาข่ายที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นชนิดเคลือบด้วยน้ำยา (drug eluting stent) ร้อยละ 54.9 มีการทำ Percutaneous Coronary Angiography (PTCA) เพียงอย่างเดียวร้อยละ 7.9 ส่วนใหญ่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้ง ร้อยละ 62.7 กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจสูงสุด 5 ครั้ง มีเพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.50) พบมีการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดคือ 1 เส้นร้อยละ 59.5 และตำแหน่งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมากที่สุดคือ Left anterior descending artery ร้อยละ48.1 หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจพบมีการตีบซ้ำร้อยละ 5.6 ในระยะก่อนการขยายหลอดเลือดหัวใจระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกแบ่งตาม Canadian Cardiology Society (CCS) อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 53.2 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 43.7 และพบว่ามีความรุนแรง

ของอาการเจ็บหน้าอกระดับ 4 ลดลงจากร้อยละ 21 เหลือเพียงร้อยละ 0.7 กลุ่มตัวอย่างผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 12 เดือนพบมากที่สุดคือ ร้อยละ 54.0 และกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 49 เดือนมี 8 ราย (ร้อยละ 6.3)

2. สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี $\overline{X}$ = 562.87, S.D. =152.27 เมื่อจำแนกตามองค์ประกอบพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 องค์ประกอบมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร รายด้านและโดยรวมจำนวน 126 คน (N=126 คน)

ตัวแปร	$\overline{X}$	S.D.
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**	**152.27**

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ประเมินระดับสุขภาพของตนเองเปรียบเทียบกับเมื่อหนึ่งปีที่แล้ว พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.8 มีสุขภาพดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 24.6 มีสุขภาพดีขึ้นกว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วบ้างเล็กน้อย มีเพียงร้อยละ 7.1 ที่มีสุขภาพแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วเล็กน้อยและมีร้อยละ 2.4 ที่มีสุขภาพแย่กว่าเมื่อหนึ่งปีที่แล้วมาก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครประเมินตนเองเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมาจำนวน 126 คน (N=126 คน)

ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเทียบกับเมื่อปีที่ผ่านมา	จำนวน	ร้อยละ
ตอนนี้ดีขึ้นกว่าปีที่แล้วมาก	59	46.8
ตอนนี้ดีขึ้นกว่าเมื่อปีที่แล้วบ้างเล็กน้อย	31	24.6
พอๆ กับเมื่อปีที่แล้ว	34	19.0
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อปีที่แล้วเล็กน้อย	9	7.1
ตอนนี้แย่กว่าเมื่อปีที่แล้วมาก	3	2.4

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูง (Runyon et al., 1996 อ้างถึงใน Cohen, 1988) กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.65) การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = -.31) ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =.25) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =. 47) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 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

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยโดยรวม

อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 562.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 152.27 อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.48 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ไม่มีความเสื่อมถอยตามวัยมากนัก สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปแข็งแรง ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองและสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ทิรา เจียรณัย และคณะ (2552) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเกี่ยวข้องกับความความสามารถในการดูแลตนเองและการศึกษาของ Durmaz et al., (2009) พบว่าผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 42 ที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีเพียงร้อยละ 5.5 ที่พบว่าเกิดการตีบซ้ำ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากหลอดเลือดหัวใจตีบ มักพบว่าไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 มีรายได้มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป และร้อยละ 66.4 มีแหล่งรายได้ที่มั่นคงรวมถึงได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่าย จากบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้รายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันเพราะช่วยให้มนุษย์นั้นสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆได้ไม่ว่าจะเป็น อาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง และที่สำคัญคือ การรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตมีหลายการศึกษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (สายฝน จับใจ, 2540; ปราณี ทองใส, 2548; ธิวาสา ลีวัธนะ แสงอรุณ อิสระมาลัย และชอลดา พันธุเสนา, 2551; นิตยา ศรีสุข, 2551) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานเมื่อเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.1 มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวขณะเจ็บป่วยมีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่เพียงพอก็ทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา มะลิแก้ว (2546) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเฉลี่ยอยู่ในระดับดีทุกองค์ประกอบ ซึ่งองค์ประกอบด้านบทบาททางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสูงสุด ($\overline{X}$ = 83.34, 81.98, S.D.= 17.70, 22.61) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 79.4 ยังสามารถทำงานนอกบ้านได้ มีความสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ เช่น ยกของหนัก ออกกำลังกาย ทำความสะอาดบ้าน รวมถึงเดินทางไปยังที่ต่างๆ โดยไม่มีข้อจำกัดจากได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่วนองค์ประกอบด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตต่ำสุดคือองค์ประกอบด้านความมีพลังในตนเอง/ความกระฉับกระเฉงและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ($\overline{X}$ =60.84, 60.01, S.D. = 18.03 , 23.30) ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี ส่วนใหญ่จะมองว่าความมีพลังหรือเรี่ยวแรงในตนเองลดลง และมองว่าสุขภาพตนจะแย่ลงเมื่อเวลาผ่านไปเนื่องจากอายุมากขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร กล่าวคือผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบต้องเผชิญกับอาการหลายๆ อย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อการบาดเจ็บจากกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้กล้ามเนื้อขาดออกซิเจนที่จำเป็นต้องใช้ในกระบวนการเมตาโบลิซึม (metabolism) ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก แน่นหน้าอกเหมือนถูกกดทับ หายใจไม่ทั่วท้อง มีอาการปวดร้าวไปที่แขนข้างเดียวหรือทั้ง 2 ข้าง, หลัง, คอ, กราม, ลิ้นปี่ เหงื่อแตกท่วมตัว คลื่นไส้ หน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอาการ ความถี่ ความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยตรง (Zambroski et al.,2005;Barnes et al., 2006) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มอาการที่พบร่วมกัน 3 อันดับแรก คือ อาการเจ็บ/ แน่นหน้าอกร่วมกับอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าพบมากที่สุดร้อยละ 54.0 รองลงมาคือกลุ่มอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร่วมกับหดหู่/เศร้าหมอง/เครียดร้อยละ 48.0 และอาการเจ็บแน่นหน้าอกร่วมกับหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกๆ ไม่ได้/หอบเหนื่อยร้อยละ 36.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ เดชอดิสัย (2548) พบว่าผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากหลอดเลือดหัวใจตีบร้อยละ 88 จะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจขัด และการศึกษาของ จรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่า ร้อยละ 90.7 ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีอาการเจ็บ/แน่นหน้าอก เป็นอาการที่พบมากที่สุดร้อยละ 90.7 และพบร่วมกับอาการอื่นร้อยละ 82.0 และอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มอาการมีผลกระทบซึ่งกันและกัน จากการศึกษาของ ปฏิญญา สงวนพงษ์ (2552) พบว่ากลุ่มอาการเด่นที่สุดของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก หอบเหนื่อยหายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจลึกไม่ได้ วิงเวียนศีรษะ/ตาลาย/หน้ามืด/เป็นลม อาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (ธิวาสา ลีวัธนะ แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา, 2551) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ศรีสุข (2551) พบว่ากลุ่มอาการไม่สบายมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการ ศึกษาของ Krethong (2007) พบว่ากลุ่มอาการและอาการแสดงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนอาการร่วมมากที่สุด คือ 8 อาการและน้อยที่สุดคือ 2 อาการ ส่วนอาการร่วมที่พบมากที่สุดคือ 3 และ 5 อาการพบร้อยละ 19.84 และร้อยละ 42.0 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการใดๆ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจน้อย คือ 2 เส้น (ร้อยละ 50.8) 1 เส้น (ร้อยละ 38.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนร่วมกับใส่ขดลวดโครงตาข่ายคิดเป็นร้อยละ 88.1 ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุดสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และพบว่า

ส่วนใหญ่ใช้ขดลวดโครงตาข่ายแบบชนิดเคลือบน้ำยาร้อยละ 54.9 ทำให้เกิดการตีบซ้ำน้อย (ร้อยละ 5.6) ส่งผลให้ร้อยละ 42.0 ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการเจ็บหน้าอก เมื่อศึกษาระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกก่อนขยายหลอดเลือดหัวใจแบ่งตาม canadian cardiology society (CCS) พบกลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกระดับ 2,3 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกลดเหลือระดับ 1 เป็นส่วนใหญ่ และเมื่อศึกษาระดับความรุนแรงอาการเจ็บหน้าอกก่อนขยายหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการเจ็บหน้าอกระดับ 4 พบร้อยละ 21 หลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ลดเหลือร้อยละ 0.7 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

2.2 การจัดการตนเองด้านการจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การจัดการเพื่อคงภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ส่วนความมั่นใจในการจัดการกับอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการตนเองด้านการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร สอดกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สกุลและคณะ (2553) พบว่า การจัดการกับอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ชุตินธร เรียนแพง, (2548) จอม สุวรรณโน และคณะ, (2551); ธิวาสา ลีวัธนะ แสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา, (2551); Michael et al., (2008) พบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการจัดการตนเองในระดับที่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 42 เพราะฉะนั้นจะมีผู้ตอบแบบประเมินการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกเพียงร้อยละ 58 และพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการจัดการกับอาการ เป็นการถามในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติจริงเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ทำให้การตอบแบบประเมินเป็นการเลือกตอบการปฏิบัติสม่ำเสมอในเฉพาะส่วนที่ตนเองปฏิบัติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกแล้วได้ผลดี วิธีอื่นเลยถูกเลือกปฏิบัติน้อยหรือแทบไม่ได้ปฏิบัติเลย

สำหรับการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันการตีบซ้ำหรือการเกิดการตีบตำแหน่งใหม่ ผู้ป่วยที่จัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพได้ดี (คะแนน เฉลี่ยมาก) มีส่วนช่วยให้ควบคุมอาการของโรคได้และสามารถคงภาวะสุขภาพได้ จะลดความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นความพึงพอใจในด้านเศรษฐกิจจึงดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael et al., (2008) พบว่าการได้รับการฝึกในการจัดการตนเองจะช่วยลดระยะเวลาการอยู่

โรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สกุลฉวีวรรณ ยี่สกุล สุกัลญา พรหมาด อุมา จันทร์วิเศษ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา (2553) พบว่าการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพและการจัดตนเองโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งฉวีวรรณ ยี่สกุล สุกัลญา พรหมาด อุมา จันทร์วิเศษ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา (2553) ให้เหตุผลว่าอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้การเรียนรู้เพื่อตัดสินใจในการดูแลตนเองแสวงหาข้อมูลในการจัดการตนเอง แสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นต่อการดูแลตนเองอาจไม่เพียงพอที่จะจัดการตนเองได้ดี

จากที่กล่าวมาแล้วการจัดการตนเองเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น รายได้ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวความสามารถในการดูแลตนเองเป็นต้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างดี ร้อยละ 45.3 มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.4 มีแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือค่าใช้จ่าย เป็นวัยผู้ใหญ่มีอายุเฉลี่ย 51.48 ปี สามารถดูแลตนเองได้ดี จึงส่งผลให้สามารถจัดการตนเองได้ดีด้วย จากการศึกษาของจันทร์ทิรา เจียรณัย (2552) พบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองและการศึกษาของ Durmaz et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยที่ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ดังนั้นผู้ป่วยสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าสามารถดูแลตนเอง จัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมบูรณ์ (ธิวาสา ลีวัธนะแสงอรุณ อิสระมาลัย และช่อลดา พันธุเสนา, 2551) สำหรับความมั่นใจในการจัดการกับอาการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ ,2550; ฉวีวรรณ ยี่สกุล สุกัลญา พรหมาด อุมา จันทร์วิเศษ และจารุวรรณ กฤตย์ประชา (2553) อาจเนื่องมาจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่เพียงเฉพาะความมั่นใจในการจัดการตนเองเท่านั้น เช่น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค (Han, Lee, Park, 2004)

2.3 ค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยค่านิยมด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 60.5, S.D. = 5.43) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =.25) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่าผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบว่าค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ Fegg et al., (2005) พบว่าค่านิยมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จึงกล่าวได้ว่าการให้ความสำคัญกับค่านิยมด้านสุขภาพและยึดถือปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมหรือการที่ผู้ป่วยมีค่านิยมด้านสุขภาพที่ผิดๆ จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เช่น การรับ

ประทานอาหารและยาไม่ตรงเวลา การไม่ออกกำลังกายเนื่องจากกลัวอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกำเริบ การหยุดรับประทานยาเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนหรือเมื่ออาการดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนได้จากการไม่ออกกำลังกายหรือการหยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพลดลง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบถ้าเห็นความสำคัญและคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดีและยึดถือปฏิบัติเป็นประจำ ย่อมนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและ จิตใจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

3. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเขตกรุงเทพมหานครมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งในการมองโลกสูง ($\overline{X}$ = 43.9, S.D. = 6.50) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากความเข้มแข็งในการมองโลกช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินเหตุการณ์หรืออาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่คุกคามว่าเป็นสิ่งท้าทาย สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้อย่างเหมาะสม ช่วยบรรเทาภาวะเครียด สนับสนุนแนวความคิดของ Antonovsky (1987) ที่ว่า “เมื่อบุคคลมีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จะสามารถดึงเอาแหล่งประโยชน์ที่ตนเองมีอยู่มาช่วยในการแก้ปัญหาได้ดี นำไปสู่การมีความผาสุกในชีวิตหรือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้” สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา เตชคฤห (2540) พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และKattainen, Merilinen & Sintonen, (2006) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับแย่หรือปานกลางจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบกลุ่มอาการ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของกลุ่มอาการที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ พยาบาลจึงควรมีการสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการประเมินอาการและอาการร่วมที่อาจเกิดขึ้นได้หลังขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างเป็นรูปธรรม และในส่วนของความเข้มแข็งในการมองโลก ควรมีการประเมินระดับความทนทานต่อการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย ที่จะนำมาใช้ในการจัดการกับความเครียดเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยได้ รวมถึงพัฒนาการให้การพยาบาลที่เน้นส่งเสริมความเข้าใจและตระหนักรู้ในตนเอง ซึ่งการเข้าใจและยอมรับในตนเอง ช่วยให้สามารถลดความเครียดและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สำหรับการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกพบว่า ใช้วิธีหยุดกิจกรรมที่ทำอยู่ทันทีมากที่สุด รองลงมาใช้วิธีนอนพักรอดูอาการ และอมยาใต้ลิ้น นอกจากนี้ควรมีการจัดโปรแกรมฟื้นฟูแนวทางการปฏิบัติ



และการดูแลตนเองเป็นระยะๆ สม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้เท่าทันกับสภาวะสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามวันเวลาที่ผ่านไปอย่างเหมาะสม

สำหรับการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจในมิติของวิถีการดำเนินชีวิตภายใต้วัฒนธรรม ประเพณีที่สืบทอดมาจากความเชื่อดั้งเดิม ทั้งนี้เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เฉพาะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ที่ศึกษาต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 42.0 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก อาจทำให้การนำผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการเจ็บหน้าอกนำไปใช้ได้ไม่เต็มที่

รายการอ้างอิง

กัญญา มะลิแก้ว. (2546). **การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ภาควิชาสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2548). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

จอม สุวรรณโณ วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร Riegel, B. และแสงอรุณ อิสระมาลัย. (2551). A model predicting the health status of patients with heart status of patients with heart failure. **สงขลานครินทรเวชสาร, 26**(3),.239-250.

จันทนา เตชะคฤห. (2540). **ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทนา หล่อจตระกูล (2549). **การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิราวรรณ เดชอดิศัย. (2548). **กลุ่มอาการและการจัดการกับกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธี การจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Salyer, J., & Best, A. (2552). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 13**(4), 302-317.

ฉวีวรรณ ยี่สกุล, สุกัลญา พรหมาด,อุมา จันทร์วิเศษ และ จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2553). การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **พยาบาลสงขลานครินทร์, 30**(2), 1-15.

ชุตินธร เรียนแพง. (2548). **การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธิวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิสระมาลัย และชอลดา พันธุเสนา. (2551). การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่ที่ผลกระทบ. **สงขลานครินทร์เวชสาร, 26**(2), 141-150.

นิตยา ศรีสุข. (2551). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปฏิญญา สงวนพงษ์. (2552). **การศึกษากลุ่มอาการ การจัดการ และผลลัพธ์ของการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2534). **ค่านิยม เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7.** (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช,

ปราณี ทองใส. (2548). **คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย. (2550). **ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วัชรี เลอมานกุล และปารณีย์ มีแต้ม. (2546). การทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม SF- 36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. **ไทยเภสัชสาร, 29** (1-2), 69-88.

เศวต นนทกานันท์ และขจร ขาวไพศาล. (2540). ผลการรักษาเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันโดยวิธีการถ่างขยายเส้นเลือด. **วชิรเวชสาร, 41**(3), 117-127.

สมจิต หนุเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และพรรณวดี พุธวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. **วารสารพยาบาล, 38**, 169-190.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2554). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีย์ ผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention, PCI).** วันที่ค้นข้อมูล 25 กุมภาพันธ์ 2555, เข้าถึงได้จาก http://www.thaiheart.org/images/ column_1291454908/ PCI Guideline.pdf.

สายฝน จับใจ. (2540). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์ประชากรแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2553). **สถิติการตายด้วยโรค หัวใจ.**วันที่ค้นข้อมูล 25 มิถุนายน 2554,เข้าถึงได้จาก http://ww.mahidol.ac.th/ mahidol/ra/rapc/crisis.html

อำพร มิ่งขวัญ. (2547). **การปรับตัวของผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Antonovsky, A. (1987). **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.** 4th ed. San Francisco : Jossey-Bass.

Barnes, S., Gott, M., Payne, S.et al. (2006). Prevalence of symptoms in a community based sample of heart failure patients. **Journal of pain symptom management, 32**(3), 116-208.

Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2nd ed. Hillsdale, NJ:Lawrence Earlbaum Associates.

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.

Durmaz ,T.,Ozdemir, O., Ozdemir, A.et al. (2009). Fcators affecting quality of life in patient with Coronary heart disease. **Turkey Journal Medical Science, 39**(3), 343-351.

Fegg, M. J., Wasner, M., Neudert, C . et al. (2005). Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative Care Patients. **Journal of Pain and Symptom Management, 30**(2), 154-159.

Han, K.S., Lee,S.J., & Park, E.S. (2004). Factors influencing quality of life in people with chornic illness in Korea. **Journal of Nursing Scholarship, 35**(2), 139-144.

Kattainen, E., Merilinen, P., & 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.

Konstantina, A., & Helen, D. (2009). Quality of Life After Coronary Intervention. **Health Science Journal, 3**(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., & Torguson, R. (2006). Correlates and long-term outcomes of angiographically proven stent thrombosis with sirolimus- and paclitaxel-eluting stents. **Circulation, 113**, 1108 -1202.

Lloyd-Jones, D., Adams R.J., & Brown, T.M. (2010). Heart disease and stroke statistic update: a report from the American Heart association. **Circulation, 121**(7), 46-215.

Michel, M.G., Heather, A., Paulin, A., & Watt-Watson, J. (2008). Self management training in refractory angina. **British Medical Journal, 336**(7640), 338-339.

Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. **Heart & Lung, 29**(1), 4-15.

Suwanno,J.(2007). **A model of health status of patients with heart failure.** Doctoral dissertation, Prince of Songkhla University, Songkhla.

Webster, R.A., Thompson, D.R., & Davidson, P.M. (2003). The first 12 weeks following discharge from hospital: The experience of Gujarati South Asian survivors of acute myocardial infarction and Their families. **Contemporary Nurse, 15**(3), 288-299.

Wenaweser, P., Rey, C., & 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.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linkink clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcomes. **Journal of American Heart Association, 273**(1), 59-65.

Wong, M. S., & 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.

Zambroski, C.H., Moser, D.K., Bhat, G.et al. (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., Nieveen, J.et al. (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**, 132-141.