

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
(ระยะที่ 1)

Risk reduction and quality of life improvement for people
with myocardial infarction (Phase 1)

คณะผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วชิราภรณ์	สุนวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์	ดีนาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย	รัตนกรिताกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สงวน	ธานี
นายแพทย์ชัชวาล	วัตนะกุล

๒๒ 176564

- 1 ก.ย. 2558

357159

เริ่มบริการ

ที่ 7 ก.พ. 2559

AG 011042

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัย
จากงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

บทคัดย่อ

หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพเลวลงและอาจต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องจากความก้าวหน้าของโรคและภาวะแทรกซ้อน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 201 ราย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์ แบบวัดภาวะซึมเศร้า แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง แบบประเมินการปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และแบบประเมินการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .494, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .393, p < .001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r = .378, p < .001$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .331, p < .001$) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .389, p < .001$) พฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r = .252, p < .001$) และภาวะซึมเศร้า ($r = -.342, p < .001$) และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .304, p < .001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .233, p < .001$) และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($Beta = .230, p < .001$) โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 32.8

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .349, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .365, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .177, p = .006$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r = .604, p < .001$) พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r = .138, p = .026$) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.548, p < .001$) และพบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .430, p < .001$) และภาวะซึมเศร้า ($Beta = -.286, p < .001$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้ร้อยละ 41.6

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อฟื้นฟูภาวะสุขภาพและป้องกันการกลับไปนอนโรงพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความสามารถในการทำกิจกรรม สามารถปรับภาวะจิตใจและอารมณ์ และเพิ่มการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกาย

คำสำคัญ (keywords) : ปัจจัยเสี่ยง/ คุณภาพชีวิต/ โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริม
คุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

Abstract

Post myocardial infarction patients tend to be functional decline and rehospitalization because illness progression and complications. The objectives of this predictive study were to examine correlated and predicting factors of health perception among post myocardial infarction patients. A sample consisted of 201 myocardial infarction patients who follow up at outpatient department. A package of questionnaires included personal information, health perception, mental and emotional status, depression, stress management, functional performance, illness adjustment, food consumption, physical activity, and adherence to treatment and risk control. Data were analyzed by descriptive, Pearson correlation, and multiple regressions.

The results found that health perception was correlated to functional performance ($r = .494, p < .001$), illness adjustment ($r = .393, p < .001$), mental and emotional status ($r = .378, p < .001$), food consumption ($r = .331, p < .001$), physical activity ($r = .389, p < .001$), stress management ($r = .252, p < .001$), and depression ($r = -.342, p < .001$). Predicting factors of health perception were functional performance (Beta = .304, $p < .001$), mental and emotional status (Beta = .233, $p < .001$), and physical activity (Beta = .230, $p < .001$). Total variances explain 32.8%.

Moreover, the results found that quality of life was correlated to health perception ($r = .349, p < .001$) functional performance ($r = .365, p < .001$) illness adjustment ($r = .177, p = .006$) mental and emotional status ($r = .604, p < .001$) adherence to treatment and risk control ($r = .138, p = .026$), and depression ($r = -.548, p < .001$) Predicting factors of quality of life were mental and emotional status (Beta = .430, $p < .001$) and depression (Beta = -.286, $p < .001$). Total variances explain 41.6 %.

From the research results, health care providers and health care institutes should develop guideline and conduct research to promote functional performance, mental and emotional status, physical activity, and reduce depression.

Keywords: risk factor/ quality of life/ risk reduction and quality of life
improvement program/ myocardial infarction

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย.....	1
วัตถุประสงค์.....	3
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดและทฤษฎี.....	3
2 การทบทวนวรรณกรรม.....	5
แนวคิดเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.....	5
การฟื้นฟูสุขภาพโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.....	8
คุณภาพชีวิตของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.....	14
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	20
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	20
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	20
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	21
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	22
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	22
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	23
4 ผลการวิจัย.....	24
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	24
ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า.....	25
ส่วนที่ 3	
3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.....	27
3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด.....	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่	
5 สรุปลผลวิจัยและอภิปรายผล.....	31
สรุปลผลวิจัย.....	31
อภิปรายผล.....	32
ข้อเสนอแนะ.....	36
บรรณานุกรม.....	37
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	45

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	แสดงจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	24
2	แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	26
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า.....	27
4	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง.....	28
5	แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	28
6	แสดงค่า R, R ² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง.....	29
7	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง...30	
8	แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง.....	30
9	แสดงค่า R, R ² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	30

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาและเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ ของคนไทย ซึ่งในสหรัฐอเมริกาโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 42.7 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (American Heart Association, 1998) และยังมีผลกระทบทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมามีจำนวนมากกว่า 400,000 รายต่อปี ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่า 500,000 เหรียญดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อปี (Mark, 1997) สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และโรคนี้ยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทยเช่นกัน (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2543)

สาเหตุหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจมาจากภาวะหลอดเลือดแข็งจากการจับของไขมันที่ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบและเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและต้องเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลแบบฉุกเฉินและวิกฤต จากการสำรวจภาวะสุขภาพของคนไทยที่มีอายุมากกว่า 15 ปี พบว่า คนไทยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น มีโรคอ้วน มีภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี 2546-2547 เป็น ร้อยละ 8.4 ในปี 2551-2552 และยังพบว่าคนไทยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารหวานจัด เค็มจัด ชอบเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่และดื่มสุรา ใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ แข่งขัน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่เพิ่มอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้โดยตรง

การเจ็บป่วยด้วยโรคโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังผ่านพ้นช่วงวิกฤตไปแล้ว พยาธิสภาพของโรคที่หลงเหลือจากการลดลงของปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (stroke volume) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย (functional capacity) ลดลง (ดูใจ ชัยวานิชศิริ, 2539) ที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว โดยพบได้ร้อยละ 30-40 ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้าย และ ร้อยละ 5-10 เป็นหัวใจห้องล่างขวา (อุไร ศรีแก้ว, 2543 ; Martinez, 2004) ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะช็อก (cardiogenic shock) โดยจะพบในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายมากกว่าร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างล้มเหลวซึ่งมีอัตราตายสูงถึงร้อยละ 90 (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2547) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด (Wenger, 1997) โดยจะพบบ่อย คือการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง ได้แก่ เวนทริเคิลเต้นก่อนกำหนด (premature ventricular contraction : PVC) เวนทริเคิลเต้นพลิ้ว (ventricular fibrillation : VF) เวนทริเคิลเต้นเร็ว (ventricular tachycardia : VT) หัวใจเต้นช้า (bradycardia) และภาวะหัวใจถูกขัดขวางสัญญาณจาก SA node ไป AV node

ชนิดสมบูรณ์ (complete heart block) (นิธิ มหานนท์, 2547) โดยเฉพาะใน 4 ชั่วโมงแรกหลังเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Martinez, 2004) ในผู้สูงอายุสามารถพบภาวะหายใจลำบากร่วมด้วย (Kane, Oulander, & Abrass, 1999) โดยภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบทางร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากที่สุด คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลวหรือภาวะช็อคจากหัวใจ (ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์, 2550) พยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ จะทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และมักเกิดภาวะหัวใจวายในที่สุด และยังอาจพบภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) ซึ่งพบได้ ร้อยละ 13 โดยมักเกิดในสัปดาห์ที่ 2-11 หลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2541)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมักจะเกิดความหวาดกลัว โกรธ และหมดหวัง และมักเปลี่ยนเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในระยะ 6 เดือนแรกหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Frasure-Smith, Lespérance & Talajic, 1993) โดยมักเกิดจากผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรหรือการทำงานที่เคยทำได้ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว บทบาททางสังคมของผู้ป่วยที่ถูกจำกัด บทบาทของสมาชิกครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้พึ่งพาผู้อื่นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันทนีย์ แสงวัฒนารัตน์, 2545)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้โรคหัวใจขาดเลือดความรุนแรงมากขึ้น มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับข้อจำกัดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เหมาะสม การจำกัดอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันและโซเดียมสูง การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การลดปัจจัยเสี่ยงต่าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การทำงานหนัก ขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่ถูกต้อง เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีการฟื้นฟูสภาพและกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจจะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุม น้ำหนัก เป็นต้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ถือเป็นสิ่งจำเป็นที่ช่วยชะลอความเสี่ยงของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546) จากการศึกษา Miller (1999) พบว่า การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ 8-12 สัปดาห์ จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยมุ่งเน้นพัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กรอบแนวคิดและทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, 1980) การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdough, & Parson, 2006) และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense Model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, 1980) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วย ที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความตั้งใจของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ซึ่งอาจมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจากกรบอกเล่าของคนอื่น ซึ่งเกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรคของตนเองแล้ว การนำประมวลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไข แล้วจะทำการตัดสินใจการจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด หากยังผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีการทบทวนเพื่อหาแนวทางและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น บุคลากรทางด้านสุขภาพมีส่วนช่วยให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งการช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยเพนเดอร์ (Pender's health promotion model; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) เนื่องจากศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากรอบแนวคิดนี้สามารถใช้เป็นแนวทางเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ กรอบแนวคิดประกอบด้วย องค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) อาทิ เช่น เพศ อายุ การศึกษา ดัชนีมวลกายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความชอบ (Behavior-specific cognitions and affect) อาทิเช่น ความเชื่อ การสนับสนุนจากสังคม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็น

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและให้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ การสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่” มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาภายใต้

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้ที่ผ่านการสกัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์จากงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นที่ถูกนำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น

ซึ่งการผสมผสานแนวคิดดังกล่าว จะทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ดี มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้านี้ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

แนวคิดเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรังโดยมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่และขนาดกลางเป็นผลให้จำกัดการไหลเวียนเลือดไปยังกล้ามเนื้อหัวใจเกิดการอุดตันหรือการไหลเวียนลดลงอย่างรุนแรงในหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery) จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจนถึงขนาดไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะเดิมได้และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือการเสียชีวิตของผู้ป่วย (กอบกุล บุญปราศรัย, 2546)

สาเหตุเกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่พอ มักเป็นผลมาจากผนังหลอดเลือดแข็งและหนาเนื่องจากมีไขมันเกาะ (Artherosclerosis) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่อาจทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวเร็วขึ้น เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่จัด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความอ้วนและการขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีประวัติว่าพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้ด้วย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดง มีดังต่อไปนี้ (ชวนพิศ ทานอง และเพลินตา ศิริปการ, 2545; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552)

1. อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงเกิดขึ้นทันทีทันใดลักษณะอาการที่เกิดขึ้นจะมีอาการเหมือนหัวใจถูกบีบรัด ถูกกดแน่นหรือแสบร้อนได้ มักเป็นบริเวณใต้กระดูกลิ้นปี่ราวไปที่หัวไหล่ คอ แขน กรามล่าง โดยเฉพาะด้านซ้ายอาการจะเป็นนานเกินกว่า 30 นาที ชนิดของการเจ็บหน้าอกแตกต่างกันตามพยาธิสภาพและอาการแบ่งได้เป็น

1.1 Stable Angina เป็นอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมระยะเวลาของอาการเกิดและความรุนแรงจะเหมือนกันทุกครั้งบรรเทาได้ด้วยารรับประทานยาหรือได้พัก

1.2 Unstable Angina เป็นอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นได้แม้ในขณะที่พักไม่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมความรุนแรงจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆมีอาการแบบอาการเจ็บอกแบบคงที่มาก่อนเป็นอาการที่สัมพันธ์กับการแตกของ Plaque และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดนำไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจตาย

1.3 Variant Angina เป็นอาการเจ็บอกที่เกิดขึ้นในขณะที่พักและในแต่ละครั้งที่เกิดอาการจะใกล้เคียงกันเช่นเกิดตอนเช้าเสมออาการเจ็บหน้าอกที่รุนแรงและเกิดเป็นระยะเวลาสั้นเกิดจากหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งถ้าเกิดขึ้นนานและรุนแรงอาจทำให้ตายทันที

2. ในผู้ป่วยบางรายความเจ็บปวดมักจะร่วมกับอาการช็อค ชีต เหงื่อออก เป็นลม ความดันโลหิตต่ำลงมากอย่างรวดเร็ว ซีฟจรเบา

3. บางครั้งผู้ป่วยอาจรู้สึกคลื่นไส้และอาเจียนมากกว่าเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองอาหารไม่ย่อย

4. ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลัว กระสับกระส่ายเกิดขึ้นเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยช็อคอย่างมากจนไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆได้ ผู้ป่วยส่วนมากมักจะทราบถึงความรุนแรงของการเจ็บหน้าอกเป็นอย่างดีถ้าเคยเป็นมาแล้วและมีความวิตกกังวลและกลัวเมื่อมีอาการดังกล่าว

5. อาจมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว คือหอบเหนื่อย เยี่ยว และไอถ้าหากว่าหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวไม่ดีและมีเลือดคั่งในปอด

ระดับความรุนแรง

สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association, 2014) ได้แบ่งระดับความรุนแรงตามความทนทานต่อกิจกรรมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยและช่วยในการปรับการออกกำลังกายและกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ร่างกายของผู้ป่วยสามารถจะทนได้ไว้ ดังนี้

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆคือถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการอ่อนเพลียในต้นใจสั่นหายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อยไม่มีอาการเมื่อพักแต่ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะทำให้อ่อนเพลียในต้นใจสั่นหายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆชัดเจนคือถ้ามีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติเช่นอาบน้ำแต่งตัวทำให้อ่อนเพลียใจต้นใจสั่นหายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกแต่จะสบายเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้โดยปราศจากความไม่สบายแม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอหรือมีอาการเจ็บหน้าอกและไม่ว่าจะทำกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ อาการไม่สบายหอบเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

ภาวะแทรกซ้อน

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ ดังนี้ (สุระพันธ์ สิทธิสุข, 2541)

1) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) ที่พบบ่อยคือการเต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างเช่น Premature Ventricular Contraction, Ventricular Tachycardia, Ventricular fibrillation เป็นต้นในระยะ 24 ชั่วโมงแรกที่เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดพบว่าเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ถึงร้อยละ 90 และพบความผิดปกติเกี่ยวกับการนำไฟฟ้าได้ร้อยละ 25

2) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Cardiac Failure) สภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้ร้อยละ 30-40 ส่วนใหญ่เป็นหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว เกิดจากการไม่มีประสิทธิภาพในส่วนของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะสูญเสียการบีบตัวของหัวใจไปประมาณร้อยละ 30 อาการของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวคือเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาจมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ซึ่งพบในระยะแรก ๆ ในกลุ่มที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจขยายขนาดเพิ่มมากขึ้น หรือมีการขาดเลือดมาก

ยิ่งขึ้น

3) ภาวะช็อก (Cardiogenic Shock) พบในผู้ป่วยที่มีปริมาณของกล้ามเนื้อขาดเลือดมากกว่าร้อยละ 40 จะทำให้ความดันโลหิตต่ำ มีอาการทำเอียน ซึมลง ปริมาณปัสสาวะลดลง เป็นผลจากการที่หัวใจบีบลงอย่างมาก

4) การฉีกขาดของกล้ามเนื้อ Papillary (Papillary Muscle Rupture) พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีการขาดเลือดเฉียบพลันของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านล่าง (Acute Inferior Wall Infarction) แล้วมีการขาดเลือดบริเวณ Posteromedial Papillary Muscle ทำให้เกิดลิ้นไมตรัลรั่ว และเกิดภาวะปอดบวมน้ำอย่างเฉียบพลัน

5) ผนังกันห้องหัวใจทะลุ (Ruptured Interventricular Septum) พบได้ร้อยละ 1-3 ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวและมีความดันโลหิตต่ำหรือมีภาวะช็อก

6) ภาวะหัวใจทะลุ (Cardiac Rupture) มักเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มักพบการฉีกขาดของ Left Ventricula Free Wall มากกว่าตำแหน่งอื่น

7) ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจพบได้ 2 ลักษณะดังนี้

7.1 การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจเฉียบพลันระยะแรก (Early Acute Pericarditis) เป็นการอักเสบเฉพาะที่ของเยื่อหุ้มหัวใจบริเวณที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบได้ร้อยละ 6-11 มักเกิดในช่วงวันที่ 2-4 ของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเป็นอยู่นานไม่เกิน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกของแหลมทิ่ม (Sharp Pain) เป็นเวลาหายใจเข้าแรงๆหรือเวลานอนหงายอาจจะมิใช่ต่างๆ

7.2 การอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจในระยะหลัง (Post-Infarction Pericarditis) พบได้ร้อยละ 1-3 มักเกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ 2-10 หลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดจากกระบวนการของระบบภูมิคุ้มกัน (Immunological Process) ผู้ป่วยมักจะมีไข้และพบน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีอาการปวดตามข้อร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก

8) การเกิดลิ่มเลือด (Embolism) พบได้ทั้งการอุดตันของลิ่มเลือดในปอดและในระบบไหลเวียนเลือด ลิ่มเลือดที่อุดตันในระบบไหลเวียนเกิดจาก Mural Thrombus ก่อตัวขึ้นในหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณที่เกิดการขาดเลือด มักเกิดขึ้นในระยะ 3 วันแรกและอาจหลุดไปที่สมอง ไต หลอดเลือดในช่องท้อง หลอดเลือดที่ขาหรือบริเวณอื่นๆทั่วร่างกาย พบได้ประมาณร้อยละ 0.6-6.4

9) การโป่งพองของผนังหัวใจห้องล่างซ้าย (Ventricular Aneurysm) เกิดจากการหดรัดตัวไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดกับส่วนที่ยังคืออยู่ พบได้ประมาณร้อยละ 3-15 มักพบในบริเวณผนังด้านหน้าของหัวใจห้องล่างซ้าย

การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิตควบคุม

อาการและอาการแสดง ลดความก้าวหน้าของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Heart Association , 2014; วิศาล คันธรัตน์กุล, 2551)

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

องค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนักและโรคร่วม ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American heart Association) และ สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจ หลอดเลือดและปอดของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Cardiovascular and Pulmonary rehabilitation – AACVPR) ได้กำหนดเป้าหมายของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความพิการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉง รวมทั้งได้กำหนดแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การจัดการภาวะไขมันผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกการออกกำลังกาย ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ประวัติการเจ็บป่วย 1.การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด 2.การวินิจฉัยและการรักษา 3.อาการแสดงของโรคหัวใจ 4.โรคร่วม 5.ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด 6.ความก้าวหน้าของโรค 7.ยาและความต่อเนื่องของการใช้ยา การตรวจร่างกาย 1.สัญญาณชีพ 2.หัวใจและหลอดเลือด 3.แผลที่เกิดจากการทำหัตถการ	-การบันทึกปัญหาหรือความต้องการที่ได้จากการตรวจผู้ป่วย -แผนการดูแลที่มุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงและการฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ	-ผลลัพธ์ระยะสั้น (สัปดาห์/เดือน) กลยุทธ์ที่จะลดความพิการหรือผลตามมา

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	4.ข้อและระบบประสาท การตรวจอื่น ๆ 1.EKG 2.คุณภาพชีวิต		
อาหารและ โภชนาการ	1.ประเมินจำนวนพลังงาน ที่ควรได้รับในแต่ละวัน สัดส่วนของไขมัน โซเดียม และอาหารกลุ่มอื่น ๆ 2.ประเมินนิสัยการ รับประทานอาหาร เช่น จำนวนมื้อ ปริมาณอาหาร อาหารขบเคี้ยว ความถี่ใน การรับประทานอาหาร นอกบ้าน การดื่มเหล้า 3.ประเมินปัญหาสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการ รับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิต สูง โรคไต เป็นต้น	กำหนดเมนูอาหารให้อยู่ ใน AHA step II diet -กำหนดแผนการควบคุม อาหารเฉพาะบุคคล -ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและ ครอบครัวเกี่ยวกับ เป้าหมายของการ ควบคุมอาหารและ วิธีการที่จะบรรลุ วัตถุประสงค์ -กำหนดกิจกรรมเพื่อให้ ปรับเปลี่ยนและคงไว้ พฤติกรรมการ รับประทานอาหารที่ เหมาะสม	ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ วางไว้ -ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ โภชนศาสตร์เบื้องต้น -ผู้ป่วยสามารถวางแผน แก้ไขปัญหาการ รับประทานอาหารที่ไม่ ถูกต้องได้
การจัดการไขมัน (lipid management)	1.หาข้อมูลเกี่ยวกับผลการ ตรวจไขมันในเลือด ถ้า ผิดปกติต้องซักประวัติ เกี่ยวกับอาหาร การใช้ยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อ ความผิดปกติของไขมัน 2.ประเมินการได้รับการ รักษาในปัจจุบัน และ ความสม่ำเสมอในการมา รับบริการ 3.ตรวจระดับไขมันใน เลือดอีก 4-6 สัปดาห์ หลัง การรักษาในโรงพยาบาล และ 2 เดือนหลังการใช้ยา ลดไขมัน	1.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ อาหารและการควบคุม น้ำหนักโดยมีเป้าหมาย AHA step II diet กับ ผู้ป่วยที่มี LDL > 100 mg/dl อาจให้ยาลด ไขมันถ้า LDL 100- 130 mg/dl และถ้า LDL > 130 mg/dl ต้อง ให้ยารักษา 2.เพิ่มกิจกรรมเพื่อเพิ่ม HDL > 35 mg/dl เช่น ออกกำลังกาย เลิกสูบ บุหรี่ 3.ลดกิจกรรมที่ทำให้ไตร กลีเซอไรด์ < 200	ผลลัพธ์ระยะสั้น -ประเมินและปรับ ระดับ LDL อย่าง ต่อเนื่องจนอยู่ในระดับ < 100 mg/dl ผลลัพธ์ระยะยาว -เพื่อคงไว้ซึ่งระดับ LDL < 100 mg/dl เพิ่ม HDL > 35 mg/dl และไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
		mg/ml เช่นการให้ คำปรึกษาเกี่ยวกับ อาหาร การควบคุม น้ำหนัก ออกกำลังกาย ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้ยาตาม NCEP 4.ติดตามการให้ยา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	
การควบคุมความ ดันโลหิต	1.วัดความดันโลหิตขณะ พักมากกว่า 2 ครั้ง 2.ประเมินผลการให้การ รักษาปัจจุบันและความ ต่อเนื่องของการรักษา	1.ถ้า Systolic BP > 130-139 mmHg, Diastolic BP 85-90 mmHg -ให้แนวทางในการปรับ วิธีการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกาย ควบคุม น้ำหนัก ลด/ควบคุม อาหารเค็ม ลด แอลกอฮอล์ และเลิกสูบ บุหรี่ -ให้ยาในผู้ป่วยที่มีหัวใจ วาย เบาหวาน โรคไต เรื้อรัง 2.ถ้า Systolic BP > 140 mmHg, Diastolic BP > 90 mmHg -ให้ปรับพฤติกรรม -ให้ยา 3.ติดตามการให้ยา ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	ผลลัพธ์ระยะสั้น -ประเมินผลอย่าง ต่อเนื่องและปรับปรุง วิธีการจนเหลือ Systolic BP < 130 mmHg และ Diastolic BP < 85 mmHg ผลลัพธ์ระยะยาว -ควบคุม Systolic BP < 130 mmHg และ Diastolic BP < 85 mmHg
การเลิกสูบบุหรี่	-พฤติกรรมสูบบุหรี่ทั้ง ในอดีต ปัจจุบัน ในเรื่อง	ถ้าพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ กำหนดวันที่จะเลิกและ	ผลลัพธ์ -ผู้ป่วยกำหนดวันหยุด

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	<p>ระยะเวลาที่สูบ ปริมาณที่สูบ วิธีการสูบ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่มือสอง</p> <p>-ประเมินปัจจัยแทรก (ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่)</p> <p>-ประเมินความพร้อมที่จะเลิก ถ้าพร้อมก็ให้ intervention ถ้ายังไม่พร้อมก็กระตุ้นให้คิดว่าควรเลิกสูบบุหรี่</p>	<p>กลยุทธ์ที่จะใช้ โดยอย่างน้อยที่สุด ที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ material</p> <p>-ให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่จากบุคคลากรด้านสุขภาพและครอบครัว</p> <p>-ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีก</p> <p><u>ส่วนวิธีการที่เหมาะสมที่ควรทำได้แก่</u></p> <p>-ให้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่</p> <p>-ให้ยาเลิกบุหรี่ ซึ่งขึ้นกับแนวทางการรักษาของแพทย์</p> <p>-ใช้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต เป็นต้น</p> <p>-นัดมาตรวจตามนัด</p>	<p>สูบบุหรี่</p> <p>-ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ กำหนดภายใน 12 เดือนต้องหยุดสูบบุหรี่</p>
การควบคุมน้ำหนัก	<p>ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว</p>	<p>ผู้ป่วยที่มี BMI >25 kg/m² รอบเอว >40 นิ้ว (102 ซม) ในเพศชาย หรือ > 35 นิ้ว (88 ซม) ในเพศหญิง</p> <p>-วางแผนระยะสั้นและระยะยาวเป็นรายบุคคล สำหรับการลดน้ำหนัก และปัจจัยเสี่ยง</p> <p>ประมาณ ร้อยละ 10 สัปดาห์ละ 0.5-1 kg ในระยะเวลา 6 เดือน</p> <p>-สร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p>	<p>-ระยะสั้น: ประเมินและปรับปรุงโปรแกรมจนน้ำหนักลด ถ้าหากลดน้ำหนักไม่ได้ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือเข้าโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>-ระยะยาว: เข้าโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดได้ตามเป้าหมาย</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
		การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อลด พลังงาน เพิ่มสารอาหาร และกากใย และเพิ่มการใช้พลังงาน	
การควบคุม เบาหวาน	ประเมินประวัติการเป็น เบาหวาน ประวัติการใช้ยา เบาหวาน วิธีการติดตาม ผลน้ำตาลในเลือด ประวัติ การควบคุมน้ำตาลใน ร่างกาย -ติดตามผลการตรวจ น้ำตาลในเลือด ผล Hb A1C	-วางแผนเพื่อควบคุม อาหารและน้ำหนัก ยาที่ใช้ การควบคุมปัจจัย เสี่ยงต่าง ๆ -ติดตามผลน้ำตาลก่อน- หลังการออกกำลังกาย -คัดกรองผู้ที่เสี่ยงให้ ได้รับการตรวจและ วินิจฉัย	-ควบคุมระดับน้ำตาล ให้ใกล้เคียงปกติ -ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน -ควบคุมโรคอ้วน ความดันโลหิตสูงและไขมัน สูง
การจัดการภาวะ สุขภาพจิต	ประเมินปัญหาทางจิตโดย ใช้แบบประเมินมาตรฐาน: ซีมเศร่า วิดกกังวล ไม่เป็น มิตร แยกตัว ผิดปกติทาง เพศ ตัดยาและปัญหา ทางจิตอื่น ๆ	-ให้คำปรึกษาแบบ รายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม เกี่ยวกับการปรับตัวให้ เข้ากับโรคหัวใจ การ จัดการความเครียด วิธี ชีวิตที่เน้นสุขภาพ ควร ให้โอกาสครอบครัวมี ส่วนร่วม -จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน -ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ	-ความผาสุกเพิ่มขึ้น -พฤติกรรมมีการเปลี่ยน ตามที่วางเป้าหมาย -มีการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องตามแผน
การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับมี กิจกรรมทางกาย	ประเมินระดับของการมี กิจกรรมทางกาย ที่บ้าน ที่ ทำงานและสันทนาการ -สอบถามกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ การ ดำเนินชีวิต (การขับรถ เพศสัมพันธ์ การทำงาน บ้าน การเล่นกีฬา การ ทำงานสวน -ประเมินความพร้อมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุนเกี่ยวกับการมี กิจกรรมทางกาย -ตั้งเป้าหมายการมี กิจกรรมทางกายมากกว่า วันละ 30 นาที สัปดาห์ ละ > 5 วัน ควรจัดให้ สามารถทำพร้อมกับ กิจกรรมประจำวันที่ทำ อยู่เป็นประจำ -แนะนำให้ออกกำลังกาย	-การมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้น

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	ความมั่นใจ ปัญหา/อุปสรรค การสนับสนุนทางสังคม	แบบไม่ลงน้ำหนักมาก เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ	
การฝึกทักษะการออกกำลังกาย	ประเมิน exercise capacity (ชีพจร อาการ และอาการแสดง การเปลี่ยนแปลง EKG และ exercise capacity	<p>-กำหนดขนาดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกและแบบต้านแรงที่สอดคล้องกับผลการประเมิน เป้าหมายของโปรแกรมและผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ ควรกำหนด ความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลาและชนิด</p> <p>-แอโรบิก: F=3-5 d/wkl= 50%, D=30-60 min, M= walking, trademill</p> <p>-ต้านแรง: F=2-3d/wk, I= 8-15 ครั้ง, D= 1-3 set upper & lower body, M= elastic band, dumpbells</p> <p>-มีการอบอุ่นและผ่อนคลายก่อนและหลังออกกำลังกาย</p> <p>-มีโปรแกรมให้สามารถทำได้ที่บ้าน</p> <p>-ควรตั้งเป้าหมายเพื่อใช้พลังงานประมาณ 1000 แคลลอรี่/สัปดาห์</p>	ลดความเสี่ยงและเพิ่มผลลัพธ์โดยรวม (กล้ามเนื้อแข็งแรง มีความยืดหยุ่นดีขึ้น นำหนักลด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) เป็นการรับรู้และประเมินความพึงพอใจในชีวิต เป็นความ ผาสุก ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อ ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความคาดหวังและสมหวัง สังคม และเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม บุคคลจะรับรู้และประเมินตามความเข้าใจของตนเอง ใน สถานการณ์เดียวกัน บุคคลแต่ละคนอาจประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ วัฒนธรรมของแต่ละคน คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related Quality of Life) เป็นการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

Wilson & Cleary (1995) ได้พัฒนากรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากการ ทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่วนใหญ่จากมุมมองด้านชีววิทยาทาง การแพทย์และสังคมวิทยา โดยมุมมองด้านชีววิทยาทางการแพทย์จะเน้นเกี่ยวกับสาเหตุของโรค พยาธิกรณเกิดโรค ชีววิทยา สรีรวิทยาและผลลัพธ์ทางคลินิก และแยกส่วนของร่างกายและจิตใจ ส่วน มุมมองด้านสังคมวิทยาจะเน้นมิติของการทำหน้าที่ บทบาทและความผาสุกโดยรวม และรวมความ เป็นปัจเจกบุคคล บริบทของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ระบบสนับสนุนที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย ในมุมมองนี้จะมีการประเมินปัจจัยทั้งจากสังคมละสถาบันที่มีผลกระทบต่อบุคคล การเจ็บป่วยและ การใช้ชีวิตของผู้ป่วย จากมุมมองทั้งชีววิทยาทางการแพทย์และสังคมวิทยา Wilson & Cleary (1995) ได้ข้อสรุปว่า คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรประกอบด้วยโครงสร้าง 7 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านชีววิทยาและพยาธิวิทยา (Biological and physiological variables) ภาวะอาการแสดง (symptom status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ปัจจัยส่วนบุคคล (characteristics of the individual) ปัจจัยแวดล้อม(characteristics of the environment) การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป (general health perceptions) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) นอกจากนี้ Wilson & Cleary (1995) ยังพบว่าตัวแปรที่อยู่ในโครงสร้างของกรอบแนวคิดมีความ เชื่อมโยงสัมพันธ์ เช่น สภาวะอาการแสดงมีความเชื่อมโยงกับสภาวะการทำหน้าที่ สภาวะการทำ หน้าที่ เชื่อมโยงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเชื่อมโยงกับ คุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมพบว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรหลายๆ ตัวแปรกับผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ Sousa, Holzemer, Heenry, & Slaughter. (1999) นำแนวคิดที่ Wilson & Cleary (1995) พัฒนาขึ้นไปทดสอบความสัมพันธ์ของโครงสร้างในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ภาวะอาการแสดง ภาวะการทำหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ นิตยา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา (2555) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิสำเนา สวัสดิการค่ารักษา โดยพบว่า การเบิกจ่ายค่ารักษามีความสัมพันธ์ สูงมากกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.997$) รายได้ ระดับการศึกษาและเพศมีความสัมพันธ์ปานกลางกับ คุณภาพชีวิต ($r = 0.554$, $r = 0.505$, $r = 0.498$) ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของ รายได้ และภูมิสำเนา มีความสัมพันธ์ต่ำถึงต่ำมากกับคุณภาพชีวิต

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของโรคหัวใจ ความรุนแรงของโรค สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการและอาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวนครั้งของการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยพบว่าสมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการและอาการแสดงมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.722$, $r = 0.705$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.440$) ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวนครั้งของการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.300$, $r = 0.285$, $r = 0.201$)

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความรู้ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ การจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลตนเอง ทศนคติต่อโรค การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ โดยพบว่า อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมหรือคู่สมรส และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.718$, $r = 0.700$, $r = 0.600$) ทศนคติต่อโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความหวังมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.542$, $r = 0.455$, $r = 0.408$, $r = 0.400$) การจัดการตนเอง และภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.348$, $r = 0.300$)

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรม และการทำหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.762$) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.590$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.314$)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่

1. ความสามารถในการทำกิจกรรม

ความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และความผาสุกของบุคคล ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และทำให้อาการของโรคลุกลามและรุนแรงขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ Hawkes และคณะ (2013) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมทางร่างกายต่ำ เป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายที่ต่ำลง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางร่างกาย และไม่มีแรงจูงใจที่จะทำและผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำงานปกติอื่นเนื่องจากปัญหาเรื่องหัวใจ (Durmaz, et al., 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าความยากลำบากในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Durmaz, et al., 2009) ตรงกับการศึกษาของ Ulvik และคณะ (2008) พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง

และมีความยากลำบากในการทำงานประจำวัน เนื่องจากอาการของหัวใจที่เกิดทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Alsen, Brink & Persson, 2008) จากการศึกษาของ Panthee, Kritpracha, and Chinnawong (2011) พบว่าการปรับตัวหรือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และยังมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านการทำหน้าที่ โดย ผู้ที่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาสูง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่า (Ulvik, Nygard, Hanestad, Wentzel-Larsen, & Wahl., 2008) เนื่องจากเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลก็จะมีการเรียนรู้แนวทางในทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ส่วนในผู้ที่มีความเครียดก็ส่งผลต่อภาวะสุขภาพดังการศึกษาของ Arnold และคณะ (2012) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 4,204 คนจาก 24 โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่แย่ลงใน 1 ปีต่อมา โดยมีอาการเจ็บหน้าอก อาการของโรคเลวร้ายลง คุณภาพชีวิตก็เลวลงและสุขภาพทั่วไปไม่ดีขึ้นทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นใน 2 ปีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเครียดระดับต่ำ (12.9% vs. 8.6%; $P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Heart and Soul Study (Cited in Arnold et al., 2012) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการคงที่ พบว่าการรับรู้ความเครียดที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจากอาการเจ็บหน้าอกและอาการของโรคเลวร้ายลง รวมทั้งสภาวะสุขภาพทั่วไปก็แย่ลงด้วย

3. ภาวะจิตใจและอารมณ์

ภาวะด้านจิตใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Dueñas et al., 2012) โดยภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของอาการหลายอย่างของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเกิดการเสียชีวิต (Nielsen et al., 2013) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ดีเสี่ยงต่อการเกิดอาการของระบบหัวใจอื่นๆ เช่น หัวใจวาย stroke หรือเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ภาวะอารมณ์และจิตใจดี (Nielsen et al., 2013) ตรงกับการศึกษาของ Torres และคณะ (2004) พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีปัจจัยหนึ่งคือ การมีปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจต่ำลง (Celano et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ French, Lewin, Watson and Thompson (2005) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ Hofer และคณะ (2006) พบว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตไม่ดี ความก้าวหน้าของโรคก็ไม่ดีขึ้น และทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แย่ลง (Škodova, et al., 2011)

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตัว

4.1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้แก่ การรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ให้ครบทุกหมู่ โดยให้รับประทานประเภทแป้งและไขมันให้น้อย การปรุงอาหารควรใช้ไขมันจากพืช ไม่รับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ย่อยยาก นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสารคาเฟอีน เพราะจะกระตุ้นหัวใจให้ทำงานหนักมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) รูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถป้องกันแก้ไขโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Eherton, et al., 2005) ซึ่งถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้จะช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การรับประทานอาหารมากเกินไป ไม่ถูกสัดส่วนโดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้ระดับไขมันในเลือดสูงขึ้น ไขมันจะซึมผ่านเซลล์เยื่อผนังหลอดเลือดเข้าไปสะสมในผนังหลอดเลือดทำให้รูของหลอดเลือดแดงตีบแคบลง นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เร่งให้เกิดหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดรุนแรงขึ้น

4.2 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายโรครวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2014, The AHA, 2014) รวมทั้งสามารถช่วยควบคุมน้ำหนัก ป้องกันหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับความเครียด ลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และยังคงดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิต (Ewart et al., 1983; Anderson, 2008) เนื่องจากทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดคุณภาพชีวิตของบุคคล เพราะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นคืนหลังจากเกิดโรคหัวใจ (Rengo et al., 2007) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดโอกาสการเป็นโรคซ้ำ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อสัปดาห์เท่าที่ทำได้ (ดูใจ ชัยวานิชศิริ, 2546) และทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่เป็นภาระของครอบครัว สามารถพึ่งตนเองได้ ส่งผลให้ความเครียดลดลงได้ ทำให้เกิดความผ่อนคลายนอกจากนั้นยังทำให้เพิ่มความผาสุกด้านจิตใจ (Bass, 1998) ช่วยลดจำนวนวันของความไม่มีสุขภาพทางจิตใจที่ต่ำลง (Li et al. 2007) ผลการศึกษาของ Bass (1998) พบว่าการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปได้ 68% และทำนายคุณภาพชีวิตด้านมิติทางสุขภาพจิตได้ 61% ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำบายพาส นอกจากนี้พบว่าการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายลดความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (Holtermann et al. 2009 ; Lovasi et al. 2007) รวมทั้งโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยสามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจได้ 20-30% เนื่องจากการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางบวกโดยเพิ่มการหลั่งของสารแห่งความสุข คือ โมโนเอมีน (monoamines) และ เอ็นโดฟิน (endorphins) (Dishman, 1997, Chaoulloff, 1997) เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง (Rogers, Meyer, 1990) เพิ่ม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้รู้สึกสามารถควบคุมการกระทำของตัวเองได้ (McAuley et al, 2007 ; Aamot et al. 2010) ในทางตรงข้ามพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Rius-Ottenheim et al., 2013) และการไม่เคลื่อนไหวและออกกำลังกายพบว่าจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ค่อยดี ทั้งสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิตใจ (Brown et al., 2005 Hawkes, et al., 2013)

4.3 พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด การจัดการกับความเครียดเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อลดการทำงานของหัวใจเนื่องจากความเครียดส่งผลต่อร่างกายโดยการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้มีการหลั่งสารแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้นทำให้การเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้นและเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดก่อให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ การจัดการกับความเครียดทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถลดความวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก (Wang, 2007)

4.4 พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การมียามื้อได้ลื่นติดตัวการมาตรวจตามนัด สังเกตอาการผิดปกติเช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่นหรือสังเกตอาการข้างเคียงจากยาเช่น ซีพจรเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ ส่วนด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้แก่การลด หรือ หลีกเลี่ยงเหล้า บุหรี่ กาแฟ การควบคุมน้ำหนักการปฏิบัติตนเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคตามคำแนะนำที่ได้รับซึ่งถ้าผู้ป่วยปฏิบัติได้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เลวร้ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Spertus et al., 2000, Sullivan et al., 2000) จากการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Failde & Soto, 2006) รวมถึงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Bush et al., 2001; Glassman et al., 2003; Plante, 2005, French, Lewin, Watson and Thompson, 2005) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจลดต่ำลง รวมถึงภาวะซึมเศร้าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Rumsfeld., et al., 2001; Pettersen., et al., 2008, Hawkes, et al., 2013; Stafford et al., 2012; Wang et al., 2014) โดยผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกิดจากการรับรู้ที่จะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย มีอาการทางกายมากขึ้น รับรู้ถึงความเป็นภาระจากความเจ็บป่วย และอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อโรคหัวใจที่เป็น (Dickens et al., 2001)และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจากอาการของโรค กับข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้คุณภาพชีวิตแย่มาก และสุขภาพทั่วไปก็เลวร้ายลง (Rou et al., 2003) และส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (วรธณี จิวสีบพงษ์, 2550) มีคุณภาพชีวิตที่แย่ง (De Jonge et al., 2006) รวมทั้งส่งผลต่อความผาสุกและ

ต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล (Wang, 2007; Baune et al., 2012 ; Myers et al., 2012 ;
Yohannes et al., 2010)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive) และหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 201 ราย ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2556 ถึง มีนาคม 2557 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- 2) มีอาการและอาการแสดงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
- 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดผสมปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 1 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า จาก 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีเลย ส่วน 10 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

2.2 ภาวะจิตใจและอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า จาก 1 ถึง 6 โดย 1 หมายถึงการรับรู้ภาวะจิตใจและอารมณ์ไม่ดีเลย ส่วน 5 หมายถึงการรับรู้ภาวะจิตใจและอารมณ์ ดีมาก

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (Ability) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึงความสามารถของตนเอง ไม่ดีเลย ส่วน 5 หมายถึงความสามารถของตนเองดีมาก

2.4 การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 2 โดย 1 หมายถึง ปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไม่ดีเลย ส่วน 2 หมายถึง ปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยดีมาก

2.5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค จำนวน 16 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.6 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.7 พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.8 การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึง ปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.9 ความผาสุก จำนวน 1 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 6 โดย 1 หมายถึง ไม่มีความผาสุก ส่วน 6 หมายถึง มีความผาสุกมากที่สุด

3.แบบวัดภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นโดย Zung (1981 อ้างอิงถึง McDowell & Newell (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย Thane (2004) โดยข้อคำถามเป็นวัดการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกหรืออาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เคยมีเลย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
มีน้อย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
มีปานกลาง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
มีมาก	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้า ดังนี้

< 50	คะแนน	หมายถึง	ระดับปกติ (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)
50-59	คะแนน	หมายถึง	ระดับเล็กน้อย
60-69	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
> 70	คะแนน	หมายถึง	ระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไปทดสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำผู้วิจัยนำแบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบวัดภาวะซึมเศร้าไปการทดสอบความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่มี

คุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบประเมินคุณภาพชีวิต

- 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ .87
- 2) แบบประเมินการปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเท่ากับ .97
- 3) แบบประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์เท่ากับ .71
- 4) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เท่ากับ .72
- 5) แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเท่ากับ .71
- 6) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียดเท่ากับ .68
- 7) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเท่ากับ .71
- 8) แบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในการเก็บรวบรวมผู้วิจัยและคณะให้ความสำคัญในการปกป้องและคุ้มครองการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย ประโยชน์และปัญหาเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การให้ข้อมูลทุกอย่างตามแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะออกจากโครงการได้เมื่อ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ภายใน 1 ปี หลังจากผลงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว และสอบถามความสมัครใจก่อนให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีมารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและคณะดำเนินการตั้งขั้นตอนต่อไป

- 1.เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด
- 3.ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะรอรับการตรวจ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซักถามข้อข้องใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เช่นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
- 4.เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยละเอียด

เสร็จแล้วผู้วิจัยหรือช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยละเอียด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีก่อนแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ทำการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน หรือมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบ และในกรณีที่ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์จะตัดแบบสอบถามชุดนั้นออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส และลงข้อมูลในฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

- 1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สถิติ Bivariate analysis
- 4.วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2556 จำนวน 201 ราย ผลการวิจัยนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.2 มีอายุเฉลี่ย 64.45 ปี (SD = 11.75) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 37.7 และอาชีพอื่นๆคิดเป็น ร้อยละ 40.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 69.6 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.1 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 59.06 เดือน (SD = 60.24) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=201)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	131	65.2
หญิง	70	34.8
อายุ (M= 64.45, SD = 11.75)		
< 50 ปี	19	9.5
50 - 59 ปี	49	24.3
60 - 69 ปี	58	28.9
≥ 70 ปี	75	37.3
สถานภาพสมรส		
คู่	193	96.0
โสด	6	3.0
หม้าย/หย่า/แยก	2	1.0

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ			
	รับจ้าง	76	37.7
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	21	10.5
	ค้าขาย	5	2.5
	เกษตรกร	11	5.5
	ธุรกิจส่วนตัว	7	3.5
	อื่นๆ	81	40.3
รายได้ (บาท/เดือน)			
	≤ 5,000 บาท	5	2.5
	5,001-10000 บาท	56	27.9
	10,001-15,000 บาท	70	34.8
	> 15,000 บาท	70	34.8
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (M= 59.06 เดือน , SD = 60.24)			
	< 1 ปี	14	7.0
	1 - 5 ปี	133	66.1
	6 - 10 ปี	43	21.4
	> 10 ปี	11	5.5
ประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล			
	1 ครั้ง	166	82.6
	2 ครั้ง	32	15.9
	3 ครั้ง	3	1.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพและภาวะซึมเศร้า

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ในเวลาที่ทำการศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง 7.16 คะแนน (SD = 1.29) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 31.72 (SD. = 6.81) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 11.81 (SD = 2.71) จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน นอกจากนี้มีคะแนนเฉลี่ยภาวะจิตใจและอารมณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 44.73 (SD 4.83) จากคะแนนเต็ม 54 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก 5.31 (SD = .847) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค 43.07 (SD =5.75) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 9.08 (SD =3.79) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะเครียด 18.62 (SD =3.12) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง 35.18 (SD =6.18) จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=200)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	Min	Max	Mean	SD
1.การรับรู้ภาวะสุขภาพ (1-10คะแนน)	1	10	7.16	1.29
2.การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (10-40 คะแนน)	11	40	31.72	6.81
3.การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (7-14คะแนน)	7	14	11.81	2.76
4.ภาวะจิตใจและอารมณ์(8-48 คะแนน)	24	47	39.425	4.28
5.ความผาสุก (1-6 คะแนน)	1	6	5.31	.847
6.พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (16-80 คะแนน)	30	61	43.07	5.75
7.พฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (4-20 คะแนน)	4	20	9.08	3.79
8.พฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะเครียด (6-30 คะแนน)	13	30	18.62	3.12
9.การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง (11-55 คะแนน)	17	52	35.18	6.18

2.2 ภาวะซึมเศร้า

สำหรับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 98.5 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (n=201)

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD.	จำนวน	ร้อยละ
	31.34	7.03		
1. ระดับปกติ (Normal) (< 50 คะแนน)			198	98.5
2. ระดับเล็กน้อย (Mild Depression) (50-59 คะแนน)			3	1.5
3. ระดับปานกลาง (Moderate to marked major depression) (60-69 คะแนน)			0	0.0
3. ระดับสูง (Severe or Extreme major depression) (>70 คะแนน)			0	0.0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .494, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .393, p < .001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r = .378, p < .001$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .331, p < .001$) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .389, p < .001$) และพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด ($r = .252, p < .001$) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.342, p < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4) ไปทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรตาม ด้วยวิธี Stepwise regression (ตารางที่ 5, 6) พบว่าปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .304, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 24.4 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .233, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 28.5 ตัวทำนายตัวที่สามที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($Beta = .230, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.8 สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ = .304ความสามารถในการทำกิจกรรม + .233 ภาวะจิตใจและ
อารมณ์ + .230 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของ
กลุ่มตัวอย่าง (n=200)

	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.494	<.001
การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.393	<.001
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.378	<.001
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	.331	<.001
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.389	<.001
พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด	.252	<.001
พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง	-.075	.144
ภาวะซึมเศร้า	-.342	<.001

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
	B	Std. Error			
Constant	1.843	.711		2.592	.010
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.058	.013	.304	4.332	<.001
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.070	.019	.233	3.657	<.001
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.079	.022	.230	3.542	<.001

ตารางที่ 6 แสดงค่า R, R² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics				
				R Square	F Change	df1	df2	Sig. F Change
A	.494 ^a	.244	.240	.244	63.883	1	198	<.001
B	.534 ^b	.285	.278	.041	11.255	1	197	.001
C	.573 ^c	.328	.318	.043	12.544	1	196	<.001

A = Constant ความสามารถในการทำกิจกรรม

B = Constant ความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะจิตใจและอารมณ์

C = Constant ความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะจิตใจและอารมณ์ การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .349, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .365, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .177, p = .006$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r = .604, p < .001$) พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r = .138, p = .026$) ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.548, p < .001$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 7) ไปทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรตาม ด้วยวิธี Stepwise regression (ตารางที่ 8, 9) พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ (Beta = .430, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36.5 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ภาวะซึมเศร้า (Beta = -.286, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 41.6 สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{คุณภาพชีวิต} = .430 \text{ ภาวะจิตใจและอารมณ์} - .286 \text{ ภาวะซึมเศร้า}$$

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.349	<.001
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.365	<.001
การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.177	.006
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.604	<.001
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	.102	.075
พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.080	.131
พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด	.021	.386
พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง	.138	.026
ภาวะซึมเศร้า	-.548	<.001

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต
ของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

	Unstandardized		Standardized	t	Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
Constant	3.036	.726		4.181	<.001
ภาวะจิตใจและอารมณ์	.085	.014	.430	6.251	<.001
ภาวะซึมเศร้า	-.034	.008	-.286	-4.163	<.001

ตารางที่ 9 แสดงค่า R, R² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง
(n=200)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics				
				R Square	F Change	df1	df2	Sig. F Change
A	.604 ^a	.365	.362	.365	113.856	1	198	<.001
B	.645 ^b	.416	.411	.051	17.331	1	197	<.001

A= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์

B= Constant ภาวะจิตใจและอารมณ์ ภาวะซึมเศร้า

บทที่ 5

สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2556 จำนวน 201 รายเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วยแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมแบบประเมินการปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์ แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง แบบประเมินความผาสุก และแบบวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สถิติ Bivariate analysis และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สถิติ Stepwise multiple regression

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.2 มีอายุเฉลี่ย 64.45 ปี (SD = 11.75) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 37.7 และอาชีพอื่น ๆ คิดเป็น ร้อยละ 40.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 69.6 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.1 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 59.06 เดือน (SD = 60.24) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.6

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง 7.16 คะแนน (SD = 1.29) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 31.72 (SD = 6.81) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 11.81 (SD = 2.71) จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน นอกจากนี้มีคะแนนเฉลี่ยภาวะจิตใจและอารมณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา 44.73 (SD 4.83) จากคะแนนเต็ม 54 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุก 5.31 (SD = .847) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 43.07 (5.75) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 9.08 (3.79) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียด 18.62 (3.12) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง 35.18 (6.18) จากคะแนนเต็ม 55 คะแนน สำหรับภาวะ

ซีเมสตราของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 98.5 ไม่มีภาวะซีเมสตราและมีภาวะซีเมสตราในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.5

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .494, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .393, p < .001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r = .378, p < .001$) พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($r = .331, p < .001$) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .389, p < .001$) และพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด ($r = .252, p < .001$) ส่วนภาวะซีเมสตรามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.342, p < .001$)

ปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .304, p < .001$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .233, p < .001$) และพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($Beta = .230, p < .001$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 32.8

นอกจากนั้นยังพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .349, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .365, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .177, p = .006$) ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($r = .604, p < .001$) พฤติกรรมปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ($r = .138, p = .026$) ส่วนภาวะซีเมสตรามีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.548, p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาวะจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .430, p < .001$) และภาวะซีเมสตรา ($Beta = -.286, p < .001$) โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 41.6

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ดี ก็จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและความผาสุกมาก ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ไม่ดี ก็จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และมีความผาสุกน้อย สามารถอภิปรายได้ว่า ความสามารถในการทำกิจกรรม เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุผลสำเร็จ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมที่ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากความยากลำบากในการทำงานมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ (Durmaz, et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ulvik และคณะ (2008) พบว่า การทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่องและมีความยากลำบากในการทำงานประจำวัน เนื่องจากอาการของหัวใจที่เกิดทำให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (Alsen, Brink & Persson, 2008) ดัชนีการศึกษาของ Panthee, Kritpracha, and Chinnawong (2011) พบว่าการปรับตัวหรือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และยังมี ความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและด้านการทำหน้าที่ โดย ผู้ที่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาสูง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่า (Ulvik, Nygard, Hanestad, Wentzel-Larsen, & Wahl., 2008) เนื่องจากเมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด บุคคลก็จะมีการเรียนรู้แนวทางในทางจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ภาวะจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะจิตใจและ อารมณ์ที่ดี ก็จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีและมีความผาสุกมาก ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดที่มีภาวะจิตใจและอารมณ์ในทางลบ ก็จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและมีความผาสุกน้อย เนื่องจาก ภาวะด้านจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกายของบุคคล โดยภาวะจิตใจ และอารมณ์ที่ไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของอาการหลาย อย่างของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งเกิดการเสียชีวิต (Nielsen et al., 2013) ดัชนีการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะจิตใจและอารมณ์ที่ไม่ดีเสี่ยงต่อการเกิดอาการของระบบหัวใจอื่นๆ เช่นหัวใจวาย stroke หรือเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยที่ภาวะอารมณ์และจิตใจดี (Nielsen et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ French, Lewin, Watson and Thompson (2005) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือด ซึ่งผู้ป่วยที่คุณภาพชีวิตไม่ดี ความก้าวหน้าของโรคก็ไม่ดีเช่นกัน และทำให้เกิดผลลัพธ์ทาง สุขภาพที่แย่ง (Škodova, et al., 2011)

4. พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย และพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีการรับประทานอาหาร เฉพาะโรคได้ดี มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด ที่ดี ก็จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ส่วนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีการรับประทานอาหาร เฉพาะโรคได้ไม่ดี มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายน้อย และมีพฤติกรรมการจัดการภาวะเครียดที่ ไม่ดี ก็จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ การภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สามารถลด ความเสี่ยงในการเกิดโรคหลายโรครวมทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือด (WHO, 2014, The AHA, 2014) รวมทั้งสามารถช่วยควบคุมน้ำหนัก ป้องกันหรือควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การจัดการกับ ความเครียด ลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้า และยังดำรงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิต (Ewart et al., 1983; Anderson, 2008) เนื่องจากทำให้เพิ่มความเชื่อมั่นของบุคคลในการทำกิจกรรมต่างๆ ใน

ชีวิตประจำวัน ดังนั้นการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายจึงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เกิดคุณภาพชีวิตของบุคคล เพราะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น เนื่องจากการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางบวกโดยเพิ่มการหลั่งของสารแห่งความสุข คือ โมโนเอมีน (monoamines) และ เอ็นโดฟิน (endorphins) (Dishman, 1997, Chaouloff, 1997) เพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมอง (Rogers, Meyer, 1990) เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้รู้สึกสามารถควบคุมการกระทำของตัวเองได้ (McAuley et. Al., 2007) ในทางตรงข้ามพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกายกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Riuo – Ottenheim et al., 2013) และการไม่เคลื่อนไหวและออกกำลังกายพบว่าจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ค่อยดี ทั้งสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิตใจ (Brown et al., 2005 Hawkes, et al., 2013)

สำหรับการจัดการกับความเครียดก็ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสามารถลดความวิตกกังวลและลดภาวะซึมเศร้า นำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ก็จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ดังการศึกษาของ Arnold และคณะ (2012) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่แย่ลงใน 1 ปีต่อมา โดยมีอาการเจ็บหน้าอก อาการของโรคหลอดเลือด ความวิตกกังวลและสุขภาพทั่วไปไม่ดีขึ้น สุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นใน 2 ปีเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเครียดระดับต่ำ (12.9% vs. 8.6% ; $P < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Heart and Soul Study (Cited in Arnold et al., 2012) ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการคงที่ พบว่าการรับรู้ความเครียดที่เพิ่มขึ้นเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมจากอาการเจ็บหน้าอกและอาการของโรคหลอดเลือด รวมทั้งสภาวะสุขภาพทั่วไปก็แย่ลงด้วย

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาพรวมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในสภาพดีหรือเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้ส่งผลต่อความผาสุกของบุคคล (Wang and Laffy, 2001) เนื่องจากในผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนในทางลบ คือ รับรู้ว่าตนสุขภาพไม่ดี จะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในทางบวก คือ รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี จะทำให้เกิดความพึงพอใจ เกิดความผาสุกในชีวิต

6. พฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การมียามไต้ล้นติดตัวการมาตรวจตามนัด สังเกตอาการผิดปกติเช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่นหรือสังเกตอาการข้างเคียงจากยาเช่น ซีพจรเต้นเร็วหรือช้าผิดปกติ ส่วนด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้แก่การลด หรือ หลีกเลี่ยงเหล้า บุหรี่ กาแฟ การควบคุมน้ำหนักการปฏิบัติตนตนเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคตามคำแนะนำที่ได้รับ ซึ่งถ้าผู้ป่วย

ปฏิบัติได้จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการฟื้นฟูเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ช่วยลดความรุนแรงและอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิต มีความผาสุกในชีวิต

7.ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เลวร้ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Spertus et al., 2000, Sullivan et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Failde & Soto, 2006) รวมถึงในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Bush et al., 2001 ; Glassman et al., 2003 ; Plante, 2005, French, Lewin, Watson and Thompson, 2005) และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจากอาการของโรค กับข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้คุณภาพชีวิตแย่มาก (de Jonge et al., 2006; Sakai et al., 2011) และสุขภาพทั่วไปก็เลวร้ายลง (Rou et al., 2003) และส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (วรรณณี จิวสิบพงษ์, 2550) รวมทั้งส่งผลต่อความผาสุกและต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล (Wang, 2007; Baune et al., 2012 ; Myers et al., 2012 ; Yohannes et al., 2010)

8.ปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ภาวะจิตใจและอารมณ์ และพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของ Hawkes และคณะ (2013) พบว่าการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมทางร่างกายต่ำ เป็นตัวแปรที่ทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายที่ต่ำลง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางร่างกาย และไม่มีความตั้งใจที่จะทำ และผู้ป่วยมีความยากลำบากในการทำงานปกติอันเนื่องจากปัญหาเรื่องโรคที่เป็น (Durmaz, et al., 2009) สำหรับปัจจัยเรื่องภาวะจิตใจและอารมณ์ พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีปัจจัยหนึ่งคือ การมีปัญหสุขภาพจิต (Torres et al., 2004) โดยพบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจต่ำลง (Ormel et al., 2007; Celano et al., 2012) นอกจากนี้ Hofer และคณะ (2006) พบว่าความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนพฤติกรรมเคลื่อนไหวและออกกำลังกายพบว่ามีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดโอกาสการเป็นโรคซ้ำ ลดอัตราการตาย เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาทีต่อสัปดาห์เท่าที่ทำได้ (ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, 2546) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bass (1998) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำบายพาส พบว่าการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายเป็นตัวทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปได้ 68% และทำนายคุณภาพชีวิตด้านมิติทางสุขภาพจิตได้ 61%

9.ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะจิตใจและอารมณ์ และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจลดลง โดยผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น มีภาวะเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ใจสั่น ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจลดต่ำลง (Ormel et al., 2007) รวมถึงภาวะซึมเศร้าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือด (Rumsfeld., et al., 2001; Pettersen., et al., 2008, Hawkes, et al., 2013; Stafford et al., 2012; Wang et al., 2014) โดยผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเกิดจากการรับรู้ที่จะหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย มีอาการทางกายมากขึ้น รับรู้ถึงความเป็นภาระจากความเจ็บป่วย และอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อโรคหัวใจที่เป็น (Dickens et al., 2001) ส่วนปัจจัยทางด้านจิตใจและอารมณ์นั้นผู้ป่วยจะมีอาการวิตกกังวล ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า สับสน และมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีอาการซึมเศร้าได้ (Ellis et al., 2005) จากการกลัวอนาคต กลัวตาย กลัวการเจ็บป่วย กลัวลำบากเพราะทำอะไรไม่ได้ เช่นเดิม กลัวเป็นภาระแก่ผู้อื่น มีการจำกัดกิจกรรมและการกระทำของตนเอง เพราะเกรงจะมีผลกระทบต่อหัวใจ ทำให้เกิดการหดหู่ ห่อเหี่ยว ท้อแท้จึงส่งผลกระทบต่อความผาสุกของบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นักวิชาการและนักวิจัย สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อไป

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯ และหน่วยงานด้านการศึกษา เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้บูรณาการในการจัดการเรียนการสอน

3. หน่วยงานในระดับนโยบายของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ สามารถนำผลผลิตจากการวิจัย คือ ปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ ทั่วประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อขยายผล โดยการนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อไป

บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- ชวนพิศ ทำนอง, เพลินตา ศิริปการ. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดและหลอดเลือดส่วนปลาย*. ขอนแก่น : ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดุจใจ ชัยวานิชศิริ. (2546). *กิจกรรมทางกายบอบทบาทในการป้องกันโรค. ใน* วิชาการ คันธรัตน์กุล และ รัชพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: ชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- นพรัตน์ ธนชัยพันธ์. (2547). *โรคแทรกซ้อนจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ใน* อภิชาติ สุขคนธรรพ์ และศรีณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ). *New guidelines in coronary artery disease (พิมพ์ครั้งที่ 1)* (หน้า 293-309) . เชียงใหม่ : ไอแอมอออกเเนเซอร์แอนด์ แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- นิธิ มหานนท์. (2547). *ภาวะแทรกซ้อนระยะแรกหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. จุลสารหัวใจกรุงเทพ, 3 (1), 24-29.*
- นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา. (2555). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก; 23 (2): 2-16.*
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. พิมพ์ครั้งที่6. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.*
- วรรณิ จิวสีพงษ์. (2550). *ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์ . (2545). *ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความต้องการการดูแลที่บ้านของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงของหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ , บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2551). *แนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ใน* รัชพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ), *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจเล่ม 2*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยระบบหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. ชลบุรี : ศรีศิลป์การพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ). (2546). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.

- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *สถิติสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- อภิชาติ สุคนธสรณ์ .(2543). *Diagnosis and treatment*. ใน อภิชาติ สุคนธสรณ์ (บรรณาธิการ.) *Coronary artery disease*. กรุงเทพฯ : ไอเด็นตีตี้กรุ๊ป.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด : การดูแลอย่างต่อเนื่อง*. กรุงเทพฯ : ลิมบรา-เตอร์ ส.การพิมพ์.
- Aamot, I. L., Moholdt, T., Amundsen, B. H., Solberg, H. S., Mørkved, S., & Støylen, A. (2010). Onset of exercise training 14 days after uncomplicated myocardial infarction: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(4), 387-392.
- Alsén, P., Brink, E., & Persson, L. O. (2008). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*, 64(5), 459-468.
- American Heart Association .(1998). *2001 Heart and stroke statistical update*. (On line) Availabel from <http://www.americanheart.org/statistics/coronary.html>
- American Heart Association. (2014). *The benefits of daily physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from <http://www.americanheart.org/presenter.ihtml?identifier=:764>
- Anderson, J. K. (2008). *Predictors of health promoting behaviors and health-related quality of life in post myocardial infarction adults*. ProQuest.
- Arnold, S. V., Smolderen, K. G., Buchanan, D. M., Li, Y., & Spertus, J. A. (2012). Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1756-1763.
- Bass, I. K. (1998). *Quality of Life Three Months After Coronary Artery Bypass Surgery: Effects of Presurgical Physical Fitness*. Proquest.
- Brown, D.R., Yore, M.M., Ham, S.A., & Macera, C.A., (2005). Physical activity among adults >50 yr with and without disabilities, BRFSS 2001. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37(4), 620-629.
- Brown, D.W., Brown, D.R., Heath, G.W., Balluz, L., Giles, W.H., Ford, E.S., et al. (2004). Associations between physical activity dose and health-related quality of life. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 36(5), 890-896.

- Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H., & Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *The American journal of cardiology*, 88(4), 337-341.
- Celano, C. M., Mastromauro, C. A., Lenihan, E. C., Januzzi, J. L., Rollman, B. L., & Huffman, J. C. (2012). Association of baseline anxiety with depression persistence at 6 months in patients with acute cardiac illness. *Psychosomatic medicine*, 74(1), 93-99.
- Chaouloff, F. (1997). Effects of acute physical exercise on central serotonergic systems. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(1), 58-62.
- Cole, J. A., Smith, S. M., Hart, N., & Cupples, M. E. (2010). Systematic review of the effect of diet and exercise lifestyle interventions in the secondary prevention of coronary heart disease. *Cardiology research and practice*, 2011.
- De Jonge, P., Spijkerman, T. A., van den Brink, R. H., & Ormel, J. (2006). Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, 92(1), 32-39.
- Dickens, C., Cherrington, A., & McGowan, L. (2011). Do cognitive and behavioral factors mediate the impact of depression on medical outcomes in people with coronary heart disease?. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 31(2), 105-110.
- Dishman, R. K. (1997). Brain monoamines, exercise, and behavioral stress: animal models. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 29(1), 63-74.
- Dueñas, M., Salazar, A., Ojeda, B., & Failde, I. (2012). *Health related quality of life in coronary patients*. INTECH Open Access Publisher.
- Durmaz, T., ÖZDEMİR, Ö., ÖZDEMİR, B. A., Keleş, T., Bayram, N. A., & Bozkurt, E. (2009). Factors affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 39(3), 343-351.
- Ellis, J. J., Eagle, K. A., Kline-Rogers, E. M., & Erickson, S. R. (2005). Depressive symptoms and treatment after acute coronary syndrome. *International journal of cardiology*, 99(3), 443-447.
- Etherton, P.M., et al. (2005). Nutrition In Wong, N.D. *Preventive cardiology*. 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill.

- Ewart, C. K., Taylor, C. B., Reese, L. B., & DeBusk, R. F. (1983). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *The American journal of cardiology*; 51(7), 1076-1080.
- Failde, I. I., & Soto, M. M. (2006). Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC public health*, 6(1), 18.
- Frasure-Smith N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1993). Depression Following Myocardial Infarction Impact on 6-Month Survival. *JAMA* ;270(15):1819-1825.
- French, D. P., Lewin, R. J., Watson, N., & Thompson, D. R. (2005). Do illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation and quality of life following myocardial infarction?. *Journal of psychosomatic research*, 59(5), 315-322.
- Glassman, A., SHAPIRO, P. A., FORD, D. E., CULPEPPER, L., FINKEL, M. S., SWENSON, J. R., ... & WISE, T. N. (2003). Cardiovascular health and depression. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(6), 409-421.
- Hawkes, A. L., Patrao, T. A., Ware, R., Atherton, J. J., Taylor, C. B., & Oldenburg, B. F. (2013). Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients. *BMC cardiovascular disorders*, 13(1), 69.
- Höfer, S., Doering, S., Rumpold, G., Oldridge, N., & Benzer, W. (2006). Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 13(3), 398-406.
- Holtermann, A., Mortensen, O. S., Burr, H., Søgaard, K., Gyntelberg, F., & Suadicani, P. (2009). The interplay between physical activity at work and during leisure time-risk of ischemic heart disease and all-cause mortality in middle-aged Caucasian men. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 35(6), 466-474.
- Kane, R.L., Ouslander, J.G., & Abresch, I.B. (1999). *Essentials of clinical geriatrics* (4 th ed.). New York : McGraw – Hill.
- Kristofferzon, M. L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of advanced nursing*, 52(2), 113-124.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachmand (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, 46(2), 17-30.
- Li, C, Ford, E., Mokdad, A. H., Jiles, R., & Giles, W. H. (2007). Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Care*, 30(1), 110-116.
- Mark, D. B. (1997). Economic of treating heart failure. *The American Journal of Cardiology*, 80 , (8B), 33H-38H.
- Martinez, L.G. (2004). Nursing management of coronary artery disease and acute Coronary syndrome. In S.M. Lewis, M. Mc. Heitkemper, & S.R. Dirksen (Eds.). *Medical – surgical nursing* .(pp. 799-837). St. Louis : Mosby.
- McAuley, E., Morris, K. S., Motl, R. W., Hu, L., Konopack, J. F., & Elavsky, S. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology*, 26(3), 375-380.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Miller, N. H. (1991). Cardiac rehabilitation. In M. R. Kinney, D.R. Packa, K.G. Andreoli, & D.P. Zipes, (Eds.), *Comprehensive cardiac care* (7 th ed.). St.Louis : Mosby.
- Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 275-277.
- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U., & Drory, Y. (2012). Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures—a longitudinal study. *Journal of psychosomatic research*, 72(1), 5-10.
- Nielsen, T. J., Vestergaard, M., Christensen, B., Christensen, K. S., & Larsen, K. K. (2013). Mental health status and risk of new cardiovascular events or death in patients with myocardial infarction: a population-based cohort study. *BMJ open*, 3(8), e003045.
- Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y. Q., & Kessler, R. (2007). Mental disorders among persons with heart disease—results from World Mental Health surveys. *General hospital psychiatry*, 29(4), 325-334.
- Panthee, B., Kritpracha, C., & Chinnawong, T. (2011). Correlation between Coping Strategies and Quality of Life among Myocardial Infarction Patients in Nepal. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 187-194.

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Pettersen, K. I., Reikvam, A., Rollag, A., & Stavem, K. (2008). Understanding sex differences in health-related quality of life following myocardial infarction. *International journal of cardiology*, 130(3), 449-456.
- Plante, G. E. (2005). Depression and cardiovascular disease: a reciprocal relationship. *Metabolism*, 54(5), 45-48.
- Rengo, G., Galasso, G., Piscione, F., Golino, L., Fortunato, F., Zincarelli, C., & Leosco, D. (2007). An active lifestyle improves outcome of primary angioplasty in elderly patients with acute myocardial infarction. *American heart journal*, 154(2), 352-360.
- Rius-Ottenheim, N., Geleijnse, J. M., Kromhout, D., van der Mast, R. C., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2013). Physical activity after myocardial infarction: is it related to mental health?. *European journal of preventive cardiology*, 20(3), 399-408.
- Rogers, R. L., Meyer, J. S., & Mortel, K. F. (1990). After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(2), 123-128.
- Rumsfeld, J. S., Magid, D. J., Plomondon, M. E., O'Brien, M. M., Spertus, J. A., Every, N. R., & Sales, A. E. (2001). Predictors of quality of life following acute coronary syndromes. *The American journal of cardiology*, 88(7), 781-784.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M.A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *Jama*, 290(2), 215-221.
- Skodova, Z., van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Ondušova, D., Middel, B., & Reijneveld, S. A. (2011). Psychosocial predictors of change in quality of life in patients after coronary interventions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 40(4), 331-339.
- Sofi, F., Capalbo, A., Cesari, F., Abbate, R., & Gensini, G. F. (2008). Physical activity during leisure time and primary prevention of coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 15(3), 247-257.

- Sousa, K., Holzemer W., Heenry, S., & Slaughter, R. (1999). Dimensions of health related quality of life in person living with HIV disease. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 178-187.
- Spertus, J. A., McDonell, M., Woodman, C. L., & Fihn, S. D. (2000). Association between depression and worse disease-specific functional status in outpatients with coronary artery disease. *American heart journal*, 140(1), 105-110.
- Stafford, M., Soljak, M., Pledge, V., & Mindell, J. (2012). Socio-economic differences in the health-related quality of life impact of cardiovascular conditions. *The European Journal of Public Health*, 22(3), 301-305.
- Sullivan, M.D, LaCroix, A.Z, Spertus, J.A, Hecht J. (2000). Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease. *The American journal of cardiology*, 86(10), 1135-1138.
- Thanee, S. (2004). *Perceived Self-efficacy in the Drug Abstinence Process: a Study of .Drug Dependence Treatment at Thanyarak Institute* (Doctoral dissertation, Mahidol University).
- Torres, M. S., Calderon, S. M., Diaz, I. R., Chacon, A. B., Fernandez, F. L., & Martinez, I. F. (2004). Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Quality of Life Research*, 13(8), 1401-1407.
- Ulvik, B., Nygård, O., Hanestad, B. R., Wentzel-Larsen, T., & Wahl, A. K. (2008). Associations between disease severity, coping and dimensions of health-related quality of life in patients admitted for elective coronary angiography—a cross sectional study. *Health and quality of life outcomes*, 6(38), 1-12.
- Wang, W. (2007). *Effects of Home-based Cardiac Rehabilitation on Health-related Quality of Life and Psychological Status in Chinese Patients Recovering from Acute Myocardial Infarction*. ProQuest.
- Wang, W., Thompson, D. R., Ski, C. F., & Liu, M. (2014). Health-related quality of life and its associated factors in Chinese myocardial infarction patients. *European journal of preventive cardiology*, 21(3), 321-329.
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life—a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association*, 273, 1, 59-65.

- Wenger, N.K. (1997). Cardiovascular disease. In C.K. Cassel, H.J. Cohen, E.B. Larson, D.E. Meier, N. M. Resnick, L.Z. Rubenstein & L.B. Sorensen (Eds.), *Geriatric Medicine* (3rd ed.) New York : Springer.
- Whang, W., Kubzansky, L. D., Kawachi, I., et al. (2009). Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(11), 950–958.
- World Health Organization. (2014) (n.d.). *Benefits of physical activity*. Retrieved December 28, 2014, from http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_benefits/en/
- Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of clinical nursing*, 19(19-20), 2806-2813.