

ผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี*

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน (Learning-Activated-Telephone-Home Visiting: LATH) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 100 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นสุ่มจับฉลากเพื่อคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติร่วมกับกิจกรรมที่กำหนดในโปรแกรมฯ ได้แก่ การสอนเกี่ยวกับโรคประจำตัว การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลและการให้คำแนะนำที่เป็นมาตรฐานตามปกติ การเก็บข้อมูลอยู่บนพื้นฐานการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถาม Quality of life index-cardiac version IV ของ Ferrans and Powers โดยประกอบด้วยคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตวิญญาณ และ 4) ด้านครอบครัว การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 56.22 ± 9.39 และ 56.40 ± 9.79 ปีตามลำดับ ภายหลังจากใช้โปรแกรม LATH ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในภาพรวม (21.58 ± 1.66) และรายด้านอยู่ในระดับดี และสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในภาพรวม (14.57 ± 3.19) และรายด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน (LATH) มีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มสูงขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งสถานศึกษาและโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้สอนและใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้สูงขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

* ได้รับทุนสนับสนุนเงินวิจัยจากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ส่งต้นฉบับครั้งแรกขณะทำงานที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

Corresponding author: aee_swu@hotmail.com

Effect of learning-activated-telephone-home visiting (lath) program on quality of life among patients with coronary artery disease*

Juntima Rerkluenrit**

Abstract

This two-group pretest-posttest quasi-experimental research was conducted to evaluate the effect of a Learning-Activated-Telephone-Home Visiting (LATH) program on the quality of life among patients with coronary artery disease. One hundred patients with coronary artery disease were selected through purposive sampling and randomly allocated to experimental or comparison group with 50 patients per group. The experimental group was given standard care along with LATH program consisting of teaching for learning, activating, telephone, and home visiting whereas the comparison group received standard care. Data were collected by using personal data questionnaire and Ferrans & Powers's Quality of life index-cardiac version IV. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and independent t-test.

The results showed that most of the samples in both experimental and comparison group were female with 56.22 ± 9.39 and 56.40 ± 9.79 years old, respectively. After the intervention, the quality of life score was 21.58 ± 1.66 in the experimental group and 14.57 ± 3.19 in the comparison group, making for a significant difference ($p < .001$).

Based on the findings, school of health and hospitals should coach and apply this LATH program to take care of patients with coronary artery disease in order to increase their quality of life.

Keywords : learning-activated-telephone-home visiting (LATH) program, quality of life, patients with coronary artery disease

* This research was supported funding by Srinakharinwirot University

** Asst. Prof., Department of Public Health Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University (Applied the first draft during working at Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University)

Corresponding author: aee_swu@hotmail.com

Received: 2 October 2018 / Revised: 16 April 2019 / Accepted: 7 May 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีความสำคัญต่อการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากเป็นหลอดเลือดเพียงกลุ่มเดียวที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ย่อมหมายถึงภาวะที่ผนังของหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง เซลล์กล้ามเนื้อเรียบ คอลลลาเจน ไฟบริลและไฟเบอร์งอกขยายไปสู่ชั้นในหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัว มีไขมันมาจับร่วมด้วย เกิดพังผืด นอกจากนี้เม็ดเลือดขาวแมคโครฟาจที่ลิ้มไขมันที่ยังจับกับสารไขมันทำให้เกิดแผ่นคราบหนา ยังมีแคลเซียมและเกร็ดเลือดมารวมตัวกันยิ่งทำให้ผนังหนาและแข็งตัวมากยิ่งขึ้น และทำให้ทางเดินของหลอดเลือดตีบแคบลง เป็นสาเหตุให้ปริมาณของเลือดที่ไปยังกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และใจสั่น และหากการทำลายหรือการตีบตันของหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีไม่ได้รับการแก้ไขและยังดำเนินต่อไปจนการตีบตันนั้นสมบูรณ์ จะส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายตามมา^{1,2} จนกล้ามเนื้อหัวใจนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ในการสูบฉีดเลือด สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เร็วที่สุด

ด้วยความรุนแรงดังกล่าว ส่งผลให้ในปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease, CAD) เป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก³ โดยคิดเป็นร้อยละ 7 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก⁴ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจเสียชีวิตได้ทั้งที่ไม่มีอาการเตือนใดๆ หรืออาจเสียชีวิตได้ภายหลังเกิดอาการไม่ถึง 1 ชั่วโมง สำหรับประเทศไทย แม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ รองจากกลุ่มโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมอง⁵ แต่ยังมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี

พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยรายใหม่ 98,148 ราย และมีความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 1,140.31 ต่อประชากรแสนคน⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลมากที่สุด โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 22,507 คน⁷ ซึ่งคาดการณ์ได้ว่าจำนวนดังกล่าวน่าจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในปีพ.ศ. 2555-2559 พบว่า โรคในระบบหัวใจยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง⁵ จากความรุนแรงของโรคที่กล่าวมา ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกมิติทุกด้านทั้งด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัว ด้านสังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย⁸⁻¹⁶

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคนี้⁹⁻¹⁰ ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการถูกจำกัดกิจกรรมและการมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีส่วนมากยังขาดความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองที่เหมาะสม¹²⁻¹⁶ เช่น การบริโภคอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง การออกกำลังกายไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน การรับประทานยาไม่ครบหรือไม่ตรงตามแผนการรักษา เป็นต้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการเจ็บหน้าอกและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งอาจรุนแรงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตายและเสียชีวิตในที่สุด ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เคยประสบกับอาการเจ็บหน้าอกและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองลดลงจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีงานวิจัยที่พบว่า อาการเจ็บหน้าอกและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับมาก⁹⁻¹⁴ และยังพบว่า หากผู้

ป่วยขาดแรงจูงใจหรือขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว หรือสังคม โอกาสในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจะลดลง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตอีกเช่นกัน¹⁶ สำหรับการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ หรือการวางแผนร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค^{10,17} ส่วนการเยี่ยมบ้านร่วมกับการใช้โทรศัพท์ในการตอบคำถามจะใช้ในรายที่มีการผ่าตัดเบี่ยงทางเดินหลอดเลือดโคโรนารี¹⁸ และเพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล¹⁹ โดยเป็นการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านต่อคุณภาพชีวิตด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายเท่านั้น

ในการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา เนื่องจากโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน (Learning-Activated-Telephone-Home visiting: LATH) ที่ประยุกต์ใช้ในงานวิจัยนี้มาจากการระดมความคิดเพื่อหาแนวปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ²⁰ โดยโปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 12 สัปดาห์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างมีแบบแผนและเกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องโดยมีการติดตามเป็นระยะเพื่อให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การใช้โปรแกรม LATH ในการวิจัยครั้งนี้จะช่วยให้คุณภาพชีวิตในทุกมิติทุกด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของงานวิจัยนี้ประยุกต์มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{8,10,15-19} และแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรนและเพาเวอร์ส²¹ ซึ่งเชื่อว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกผาสุกที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเองจากความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในส่วนต่างๆ ของชีวิตที่ตัวผู้ป่วยให้ความสำคัญ อีกทั้งยังครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ซึ่ง

คำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ความเจ็บป่วยรวมทั้งอาการและอาการแสดงต่างๆ ล้วนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ในการประเมินคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายจึงมีการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อภาวะสุขภาพ และผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรม ทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ สิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงและเป็นแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการแก้ปัญหา 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยมีผลต่อจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความกลัวและสิ้นหวัง ทำให้รู้สึกสิ้นหวังจากการที่ต้องเผชิญกับการกำเริบของโรค ทำให้เกิดการคาดเดาผลของการเจ็บป่วยไปในทางที่เลวร้าย และ 4) ด้านครอบครัว ความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย ด้านการเงินและสัมพันธภาพภายในครอบครัว

โปรแกรม LATH ประกอบด้วย L (Learning) คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ทั้งการให้ความรู้โดยเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แนวทางการสืบค้นแหล่งความรู้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความยั่งยืนในการเรียนรู้ A (Activated) คือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่พบว่า มีผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย T (Telephone) หมายถึง การติดตามอาการและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และ H (Home visiting) หมายถึง การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งทั้ง T และ H เป็นขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจรวมถึงจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วย

เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลทางบวกกับการเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งนี้โปรแกรม LATH นี้มาจากการระดมสมองของผู้ที่มีความผิดปกติของหัวใจ ญาติ ผู้ดูแลและสมาชิกในทีมสุขภาพเพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความผิดปกติของหัวใจ²⁰ ผู้วิจัยจึงคาดว่า การนำโปรแกรม LATH นี้มาปรับเนื้อหาในกิจกรรมต่างๆ ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีภายใต้กรอบแนวคิดของเฟอร์แรนและเพาเวอร์สในการวิจัยครั้งนี้เพื่อจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในทุกมิติทุกด้านสูงมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการสอนเพื่อการเรียนรู้ การกระตุ้น การติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน (LATH) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม LATH คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เป็นการวิจัยวัดผลเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก โดยเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและอยู่ในระหว่างการรักษาด้วยยา ไม่ได้รับการผ่าตัดเบี่ยงทางเดินหลอดเลือด

(coronary artery bypass graft) 2) พุด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการวิจัย ทั้งนี้เมื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด (purposive sampling) แล้ว ผู้วิจัยจับฉลากเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจำนวนของกลุ่มตัวอย่างมาจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่ผ่านมา¹⁰ ได้ค่าขนาดอิทธิพล 0.6 และนำมาหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตาราง power analysis มีการกำหนดค่า 3 ค่าตามคำแนะนำของโพลิคและเบค²² เกี่ยวกับการทำงานวิจัยทางการแพทย์ คือ 1) power .80, 2) significant level .05, และ 3) effect size 0.6 ได้กลุ่มละ 45 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยโปรแกรม LATH และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรม LATH ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสอนเพื่อการเรียนรู้ 2) การกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง 3) การติดตามทางโทรศัพท์ และ 4) การเยี่ยมบ้าน โดยมีอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมฯ คือ 1) แผ่นซีดีความรู้และคู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ที่มีเนื้อหาเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แนวทางการสืบค้นแหล่งความรู้ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจด้วยตนเอง ความยาวประมาณ 45 นาที 2) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และ 3) วิดีทัศน์ต้นแบบคนที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโปรแกรมนี้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้าน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจำนวน 3 คน

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (Demographic and Medical Record Form) เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีของการศึกษาในระบบ โรคประจำตัวอื่น ๆ

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยปรับมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต Quality of life index-cardiac version IV ของ Ferrans & Powers²¹ พัฒนาเป็นภาษาไทยโดย เอมอร แสงศิริ^๑ ข้อคำถามเป็น Likert scale 6 ระดับ คำถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามที่ใช้เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อเหตุการณ์ในชีวิต จำนวน 35 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นข้อคำถามที่ใช้เกี่ยวกับการให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ในชีวิต จำนวน 35 ข้อ ทั้ง 2 ส่วนมีคำถาม 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย จำนวน 15 ตัวชี้วัด 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 8 ตัวชี้วัด 3) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านครอบครัว จำนวน 5 ตัวชี้วัด โดยการคิดคะแนนตามสูตรของโปรแกรมที่มาจาก website ของ University of Illinois at Chicago²³ จากนั้นผู้วิจัยแบ่งคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านเป็นอันดับ ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 25 หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดีมาก 2) คะแนนเฉลี่ย 20.01-25.00 หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี 3) คะแนนเฉลี่ย 15.01-20.00 หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามจัดทำโดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เมื่อนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจำนวน 30 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคฉบับรวม .92 และ

เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคฉบับรวม .96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นภายหลังจากได้รับเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียดแก่ผู้เกี่ยวข้อง

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคำอธิบายและคำชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดโดยย่อของโครงการวิจัย อธิระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่เข้าร่วมโครงการ มีสิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการโดยไม่ต้องรอให้สิ้นสุดโครงการ เมื่อได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจับฉลากเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน

3) กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที และเมื่อเรียบร้อยแล้วคืนให้ผู้ช่วยวิจัยเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงว่า มีการตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อภายหลังกลุ่มตัวอย่างเต็มใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และครั้งที่ 2 ก่อนการสิ้นสุดโครงการวิจัย ทั้งนี้แบบสอบถามจะไม่มีกระบวนการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่องานวิจัยได้รับการนำเสนอและเผยแพร่แล้ว โดยการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเพียงผลการวิเคราะห์โดยรวมเท่านั้นและไม่มีการระบุชื่อ

4) ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยนัดหมายเวลากับสมาชิกในกลุ่มทดลองเพื่อเริ่มกิจกรรมของโปรแกรม LATH ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 Learning (L): การสร้างการเรียนรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่างตามบริบทของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย โดยการให้ความรู้ เสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยใช้แผ่นซีดีความรู้และคู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีประกอบการสอน ซึ่งเน้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แนวทางการสืบค้นแหล่งความรู้ทั้งความรู้เรื่องโรค และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจด้วยตัวของกลุ่มตัวอย่างเอง การปรับตัวด้านสังคมและเศรษฐกิจเน้นการสื่อสาร การทำบัญชีรายรับรายจ่าย ความยาวประมาณ 45 นาที กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ของโปรแกรมฯ

กิจกรรมที่ 2 Activated (A): การกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง โดยใช้ วัสดุทัศน ดนแบบคนที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 4 และ 8 ของโปรแกรมฯ

กิจกรรมที่ 3 Telephone (T): การติดตามและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 ของโปรแกรมฯ

กิจกรรมที่ 4 Home visiting (H): การเยี่ยมบ้าน โดยมีการบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง กิจกรรมนี้ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 10-11 ของโปรแกรมฯ

5) ภายหลังโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างทุกคนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตใช้เวลาประมาณ 20-40 นาที และเมื่อเรียบร้อยส่งคืนให้ผู้ช่วยวิจัยเพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับทราบระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของตนเอง

และข้อมูลในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่หนังสือรับรอง SWUEC-309/60E นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล แบบสอบถามจะไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่องานวิจัยได้รับการนำเสนอและเผยแพร่แล้ว โดยในการเผยแพร่ข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อในการรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติหาค่าร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลที่มีระดับนามบัญญัติวิเคราะห์โดยใช้สถิติ chi-square การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มทั้งก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตมีการกระจายแบบปกติ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

ผลการวิจัย

จากการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมากกว่าร้อยละ 50 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 56.22 ± 9.39 (ระหว่าง 38-81 ปี) และ 56.40 ± 9.79 (ระหว่าง 40-79 ปี) ปีตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของทั้ง 2 กลุ่มสมรสแล้วและได้รับการศึกษาในระบบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปีมากที่สุด โดยเข้ารับการศึกษาใน

ระบบอยู่ระหว่าง 4-16 ปี สำหรับการมีโรคประจำตัว อื่นๆ นอกเหนือจากโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของทั้ง 2 กลุ่มมีโรคประจำตัวอื่นๆ อย่างน้อย 1 โรค โดยมีภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=50)		χ^2	t-test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					0.40		0.84
ชาย	24	48.00	23	46.00			
หญิง	26	52.00	27	54.00			
อายุ (ปี)	Mean 56.22 SD 9.39		Mean 56.40 SD 9.79			0.88	.09
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60	35	70.00	38	76.00			
มากกว่า 60	15	30.00	12	24.00			
สถานภาพสมรส					4.03		.13
โสด	6	12.00	8	16.00			
คู่	30	60.00	36	72.00			
หม้าย/หย่า/แยก	14	28.00	6	12.00			
ระดับการศึกษา	Mean 6.88 SD 3.38		Mean 6.94 SD 3.06			.47	.09
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี	36	72.00	37	74.00			
มากกว่า 6 ปีขึ้นไป	14	28.00	13	26.00			
การมีโรคประจำตัวอื่นๆ					.026		.96
ไม่มี	12	24.00	19	38.00			
มีอย่างน้อย 1 โรค	38	76.00	31	62.00			

2. ก่อนเริ่มโปรแกรม LATH พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ และพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจมีคะแนนต่ำที่สุด ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม (ตารางที่ 2)

3. ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม LATH พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับดี ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นแต่ในภาพรวมคุณภาพชีวิตยังคงอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	p-value
	Mean ± SD	ระดับ	Mean ± SD	ระดับ		
ภาพรวม						
ก่อนทดลอง	14.30±3.99	ต่ำ	14.28±3.65	ต่ำ	.39	.69
หลังทดลอง	21.58±1.66	ดี	14.57±3.19	ต่ำ	18.54	<.001
ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย						
ก่อนทดลอง	14.10±2.12	ต่ำ	14.02±2.23	ต่ำ	.47	.64
หลังทดลอง	21.62±2.62	ดี	14.39±3.19	ต่ำ	15.29	<.001
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ						
ก่อนทดลอง	13.81±3.35	ต่ำ	13.66±3.65	ต่ำ	.38	.70
หลังทดลอง	21.02±1.26	ดี	13.89±3.01	ต่ำ	17.46	<.001
ด้านจิตวิญญาณ						
ก่อนทดลอง	14.26±4.25	ต่ำ	14.29±2.02	ต่ำ	.52	.61
หลังทดลอง	21.91±1.12	ดี	14.85±3.07	ต่ำ	18.54	<.001
ด้านครอบครัว						
ก่อนทดลอง	15.62±1.89	ปานกลาง	15.63±2.65	ปานกลาง	.43	.67
หลังทดลอง	21.91±0.75	ดี	15.80±1.19	ปานกลาง	20.82	<.001

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงแต่เมื่อพิจารณาจากจำนวนของแต่ละเพศของทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความใกล้เคียงกัน ซึ่งในความเป็นจริงโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง และเป็นสาเหตุให้ทั้งเพศหญิงและเพศชายเสียชีวิตพอๆ กัน²⁴ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายซึ่งเป็นวัยที่สังคมประสพการณ์ชีวิตมามาก อาจทำให้การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยต้องใช้เวลาพอสมควร อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระบบน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จึงอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสืบหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตทั้งในภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรสแล้ว การมีคู่สมรสอาจทำให้ผู้ป่วยมีเพื่อนคู่คิดได้รับความเอาใจใส่ กำลังใจจากคู่สมรส^{8,12} ซึ่งอาจเป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

2. ก่อนการใช้โปรแกรม LATH คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{8-15,19} ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เคยปฏิบัติมานานหลายสิบปีโดยที่บางรายอาจปฏิบัติด้วยความคับข้องใจเนื่องจากปราศจากความรู้ความเข้าใจ^{8-9,12-16} การเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้ย่อมกระทบความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองของผู้ป่วย⁹ เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เกิดความวิตกกังวล ความเครียด^{10,25} จนบางรายมีภาวะซึมเศร้า^{3,19} และทั้งหมดนี้จึงนำไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำทั้งโดยภาพรวมและรายด้าน

3. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม LATH พบว่า

คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นและอยู่ในระดับดี อาจอธิบายตามกรอบแนวคิดที่ศึกษา²⁰ ได้ว่าโปรแกรม LATH เป็นโปรแกรมที่เริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ในด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายที่แตกต่างจากปกติเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาการและอาการแสดงเตือนต่างๆ ที่บ่งบอกถึงอันตรายที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์ ซึ่งเมื่อมีความรู้ความเข้าใจจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น เข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์และเกิดความพึงพอใจในการรักษาตามมา ซึ่งในกิจกรรมต่อมาเป็นการสร้างความตระหนักทำให้ผู้ป่วยทราบแหล่งของการสืบค้นข้อมูล เกิดการเรียนรู้ เห็นความสำคัญของตนเองและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การปรับตัว ปรับกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง ให้ความรู้และคำแนะนำที่ถูกต้อง รวมถึงสังคมและเศรษฐกิจได้รับการดูแล โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถสืบค้นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองอีกด้วย ประกอบกับเมื่อมีการติดตามทั้งการเยี่ยมบ้านและการใช้โทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความในใจ¹⁹ การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทั้งทางสังคม จิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกว่าสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่ต้องดูแล ไม่ต้องคอยรอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้เกิดความผาสุกและพึงพอใจ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงขึ้นทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ใช้โปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลตนเอง^{14,19} วุฒิภาวะทางอารมณ์และการทำหน้าที่ทางสังคม¹⁰ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรม LATH มีประสิทธิภาพทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มสูงขึ้น จึงขอเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานทางสุขภาพสามารถนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้โดยตรงในการเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2. หน่วยงานทางด้านการศึกษา สามารถนำผลวิจัยนี้ไปขยายผลการวิจัยเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในพื้นที่อื่นต่อไป

3. หน่วยงานทางด้านการศึกษา สามารถอ้างอิงผลการวิจัยครั้งนี้ในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

References

1. Jones DS. Broken hearts: The tangled history of cardiac care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2013.
2. Martin CR. Scientific basis of healthcare: angina. Boca Raton, FL: CRC Press; 2011.
3. Cole JA, Smith SM, Hart N, Cupples ME. Systematic review of effect of diet and exercise lifestyle interventions in the secondary prevention of coronary heart disease. *Cardiol Res Pract.* 2011; 3: 1–25.
4. World Health Organization. The top 10 global causes of deaths 2016 [internet]. [Cited 2019, April 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary. Annual report of illness statistics in year 2016. Bangkok: Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
6. Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. Summaries of disease surveillance report 2015 [internet]. [Cited 2019, April 27]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th>
7. Kiatchoosakun S, Sutra S, Thepsuthammarat K. Coronary artery disease in the Thai population: data from health situation analysis 2010. *J Med Assoc Thai.* 2012; 95 (Suppl 7): S149–55.
8. Saengsirir A, Wattradul D, Kangchanakul S, Natthumrongkul S, Nopplub S, Wonganunnont S. The factors influencing the self-care agency and quality of life of patients with coronary artery disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing.* 2015; 26(1): 104–18. (in Thai).
9. Le J, Dorstyn DS, Mpoufou E, Prior E, Tully PJ. Health-related quality of life in coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis mapped against the international classification of functioning, disability and health. *Qual Life Res.* 2018; 27(10): 2491–2503. doi: 10.1007/s11136-018-1885-5.
10. Valiee S, azavi NS, Aghajani M, Bashiri Z. Effectiveness of a psychoeducation program on the quality of life in patients with coronary heart disease: a clinical trial. *Appl Nurs Res.* 2016; 33: 36–41.
11. Wichitthongchai C. The factors associated with food consumption behaviors of cardiac and arterial diseases patients, Queen Sirikit

- Heart Center of the Northeastern Region, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*. 2012; 27(4): 340-46. (in Thai).
12. Sukhee Ahn, Rhayun Song, Si Wan Choi. Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: a structural equation modeling approach. *Asian Nurs Res*. 2016;10: 158-63.
 13. Saengsiri A. The effects of a self-care promotion program on quality of life and reduction of risk factors of coronary heart disease patients. [Master Thesis of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2003. (in Thai).
 14. Ahn S, Song R, Choi SW. Effects of self-care health behaviors on quality of life mediated by cardiovascular risk factors among individuals with coronary artery disease: A structural equation modeling approach. *Asian Nurs Res*. 2016; 10(2):158-63. doi: 10.1016/j.anr.2016.03.004. Epub 2016 Apr29.
 15. Ritpetch N, Jitpanya C, Chimluang J. Relationships among symptom clusters, self-management, health value, sense of coherence, and health - related quality of life in patients with percutaneous coronary intervention. *Princess of Narathiwat* 2013; 5(1): 16-34. (in Thai).
 16. Wenru Wang, Ying Lau, Aloysius Chow, Thompson DR, Hong-Gu He. Health-related quality of life and social support among Chinese patients with coronary heart disease in mainland China. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014; 13(1): 48-54.
 17. Laura Bacelar de Araujo Lourenç, Roberta Cunha Matheus Rodrigues, Thaís Moreira São-João, Maria Cecilia Gallani, Marília Estevam Cornélio, Quality of life of coronary artery disease patients after the implementation of planning strategies for medication adherence. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(1):11-9
 18. Salavati M, Falahinia G, Vardanjani AE, Rafiei H, Moosavi S, Torkaman M. Comparison between effects of home based cardiac rehabilitation programs versus usual care on the patients' health related quality of life after coronary artery bypass graft. *Glob J Health Sci*. 2016; 8(4): 196-202.
 19. Farazmand J, Nasiripour A, Raeissi P. The effect of telephone follow-up programs after hospital discharge on hope and the quality of life in patients admitted to the coronary care unit (CCU). *J Babol Univ Med Sci*. 2017; 19(2); 41-6.
 20. Rerkluenrit J, Wannapong S. Development of a self-care programme for heart failure patients in Nakhonnayok province: a participatory action research project. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29(4): 64-78. (in Thai).
 21. Ferrans CE, Powers MJ. Psychometric assessment of the quality of life index. *Res Nurs Health*. 1992; 15: 29-38.
 22. Pilot DF, Beck TB. *Nursing research: principle and methods*. 7th ed. Philadelphia. Lippincott

