

## ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

เอมอร แสงศิริ, PhD, APN \*

ดวงกมล วัฒราคุลย์, DNS, APN \*\*

สุธานี กาญจนกุล, BNS \*\*\*

ศิริรัตน์ ณีฐารังกุล, BNS \*\*\*

สถิตพร นพพลับ, MNS, APN \*\*\*

สอาด วงศ์อนันต์นนท์, MNS \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 99 คน ที่มาใช้บริการ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงบรรยาย และ Multiple Regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.4 มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (Mean=76.07, SD=9.84) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.83, Mean=23.05, SD=4.89) คะแนนคุณภาพชีวิต รายด้านที่มีคะแนนในระดับดี คือ ด้านครอบครัว และพบว่าระดับการศึกษา การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และ คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .309 และอำนาจในการทำนายร้อยละ 56

ผลการศึกษานี้ช่วยให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพเข้าใจและเห็นความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำไปสู่การจัดการระบบการดูแล และพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

**คำสำคัญ :** ความสามารถในการดูแลตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

---

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย สภากาชาดไทย

\*\*\*\* ผู้ตรวจการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

## The factors influencing the self-care agency and quality of life of patients with coronary artery disease

*Aem-orn Saengsiri, PhD, APN \**

*Dungkamol Wattradul, DNS, APN \*\**

*Sutthanithi Kangchanakul, BNS \*\*\**

*Srirat Natthumrongkul, BNS \*\*\**

*Sathiporn Nopplub, MNS, APN \*\*\**

*Sa-ard Wonganunnont, MNS \*\*\*\**

### Abstract

The purpose of this study was to explore the selected factors influencing the self-care agency and quality of life of patients with coronary artery disease (CAD). Ninety-nine patients with CAD receiving care in the out-patient department at a university hospital were selected using the purposive sampling method. Data were collected using the questionnaires, which consisted of three parts: 1) personal data, 2) self-care questionnaire for CAD, and 3) quality of life questionnaire. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regressions.

The results showed that the self-care agency of patients with CAD was at a moderate to low level at 70.43% (Mean = 76.07, S.D. = 9.84). The quality of life of patients with CAD was at a moderate level at 76.83% (Mean = 23.05, S.D. = 4.89). In addition, education level, exercise, and self-care agency were the predictors of quality of life among patients with CAD at a statistically significant level ( $p < .05$ ). The multiple regression coefficient was .309, and the percentage accounting for the prediction was 56.

Recommendations: The evidence from this study support health care providers in terms of their ability to focus on improving the self-care capacity of patients with coronary artery disease, including developing health promotion programs for the better quality of life of patients with coronary artery disease.

**Keywords** : self-care agency, quality of life, patient with coronary artery disease

---

\* APN, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society

\*\* Assistant Professor, Adult and Geriatric Nursing Department, the Thai Red Cross College of Nursing

\*\*\* RN, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society

\*\*\*\* Supervisor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, the Thai Red Cross Society

## ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหัวใจที่พบมากที่สุดโรคหนึ่งคือโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease, CAD) หรือ โรคหลอดเลือดหัวใจแข็ง (atherosclerotic cardiovascular disease) หรือ ที่เรียกว่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease, IHD) ซึ่งนอกจากจะเป็นโรคที่มีอัตราการความชุกสูง ยังเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก<sup>1</sup> และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สี่ในประเทศไทย รองจากกลุ่มโรคมะเร็ง อุบัติเหตุและการเป็นพิษ และกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดในสมอง<sup>2</sup> ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และเปลี่ยนแปลงได้ ปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ และโรคอ้วนลงพุง<sup>3</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำประกอบไปด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา<sup>4</sup>

จากการศึกษาเหล่านี้ทำให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยมีความชัดเจน และช่วยกำหนดทิศทางการรณรงค์เพื่อป้องกันและดูแลรักษาโรคได้อย่างครอบคลุม ความก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต และมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ทั้งนี้การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการอันทันสมัย เช่น การถ่างขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน หรือใส่ขดลวด การขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูน การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ การทำผ่าตัดต่างๆ เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เป็นต้น พบว่ามีคะแนนคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวดีขึ้น<sup>5</sup> จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการ

ดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสัมพันธ์เป็นทางบวก<sup>6</sup> ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นจากเทคโนโลยีอันทันสมัย พยาบาลยังคงมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมกับสภาวะความเจ็บป่วย ดังนั้นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญและท้าทายสำหรับพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่มีความสลับซับซ้อน ผู้ป่วยต้องมีกระบวนการสร้างความเข้าใจในการปรับตัวและปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะ สุขภาพ และความผาสุกในชีวิต<sup>6-7</sup>

การดูแลตนเองเป็นการทำหน้าที่ของบุคคลที่มีความแตกต่างจากการทำหน้าที่ของระบบอื่นที่เป็นไปเพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเองต้องมีการเรียนรู้ และเป็นการกระทำอย่างจงใจที่มีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับเวลาและสถานการณ์ที่เป็นไปเพื่อรักษาการหน้าที่ของบุคคลตามระยะของการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ความต้องการที่เฉพาะเจาะจงตามภาวะสุขภาพหรือพัฒนาการ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และระบบการใช้พลังงาน<sup>7</sup> ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย มีการเรียนรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะ และทราบผลลัพธ์ของการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เช่น ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ต้องดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดเป็นซ้ำ เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ และการรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ อายุซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง<sup>9</sup> ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยสูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย และอาจมีความยุ่งยากในการดูแลตนเองมากกว่าวัยผู้ใหญ่<sup>10</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่มีภาวะซึมเศร้าจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมักจะไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บางรายมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสมเนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้ความจำ และความคิดรู้ในการตัดสินใจบกพร่องไป<sup>11</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองในด้านจิตใจ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ขาดแรงจูงใจ ไม่สามารถพิจารณาและขาดทักษะในการตัดสินใจในการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย อาจส่งผลให้ขาดความสามารถในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยา การสนใจสังเกตอาการที่ผิดปกติ การมาตรวจตามนัด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะคุกคามจากโรคหัวใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมได้<sup>12</sup>

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย<sup>13-16</sup> ดังนั้นหากมีการสร้างเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การรับประทานยาที่ได้สัดส่วนที่เน้นการบริโภคผักและผลไม้ การรับประทานไขมันต่ำ การออกกำลังกายให้พอดี และการผ่อนคลายความเครียด โดยการจัดกลุ่มให้ความช่วยเหลือ (group support) ให้คำปรึกษา (counseling) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ด้วยกลวิธีต่างๆ จะช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้<sup>17</sup> และผลการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล สวัสดิการค่ารักษา รายได้ ระดับการศึกษา และเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต<sup>18</sup>

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในบริบทของสถานบริการสุขภาพระดับมหาวิทยาลัยค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อันส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปสู่การประเมินผลลัพธ์การดูแล ความเข้าใจในวิถีการดำเนินชีวิต และการวางแผนการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อพัฒนาระบบการบริการทางการพยาบาลต่อไป

### กรอบทฤษฎีการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม<sup>7-8</sup> เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหมายถึงการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมให้เกิดสภาวะที่ดีที่สุด ปฏิบัติตนเพื่อให้ตนเองได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ได้รับข้อมูลที่เพียงพอในการคิดพิจารณาที่จะยอมรับการรักษาและดูแลตนเองอย่างมีเหตุผล และสามารถประเมินประสิทธิผลของการดูแลตนเองตามที่ตนเองได้เลือก ซึ่งผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ต้องใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน เช่น อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา ความสามารถในการเรียนรู้ รายได้ 2) พลังความสามารถ 10 ประการ เช่น แรงจูงใจในการดูแลตนเอง การแสวงหาความรู้ในการ

ดูแลตนเอง 3) ความสามารถปฏิบัติการเพื่อตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติในการดูแลตนเอง<sup>7-8</sup>

เนื่องจากคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับสุขภาพความสำเร็จในการใช้ความพยายามของบุคคลและการมีแหล่งประโยชน์เพียงพอ และบุคคลที่มีความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของร่างกายสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้โดยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองให้ได้สูงสุด ดังนั้นการศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การออกกำลังกาย จำนวนปัจจัยเสี่ยงและความสามารถในการดูแลตนเอง ที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงเป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่ครอบคลุมถึงภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งศักยภาพของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลรักษาและการพยาบาล เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ คลินิกผู้ป่วยนอก
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษา ณ คลินิกผู้ป่วยนอก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยต่างๆและความสามารถในการดูแลตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation studies) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ระดับการ

ศึกษา การออกกำลังกาย จำนวนปัจจัยเสี่ยง ความสามารถในการดูแลตนเอง ในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษา และมาตรวจตามนัด ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกศึกษา (inclusion criteria) คือเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการรักษาด้วยการรับประทานยา การทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) หรือการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีการคงที่นานกว่า 6 สัปดาห์ ในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยการทำหัตถการ ต้องได้รับการรักษานั้นมานานกว่า 6 เดือน โดยผู้ป่วยสามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบแบบสอบถามได้

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power version 3.1<sup>19,20</sup> กำหนดค่า power analysis = 0.80 estimate effect size = 0.15 (modest effect) และระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 93 ราย จากการคำนวณ ในการศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งสิ้น 108 ราย ตรวจสอบแล้ว ข้อมูลที่ได้รับสมบูรณ์ จำนวน 100 ราย จึงนำข้อมูลทั้งหมด 100 ราย มาวิเคราะห์ในการศึกษานี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และประวัติปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยกำหนดค่ามาตรฐานปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามเกณฑ์ของ EUROASPIRE III<sup>21</sup> ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ และภาวะเครียด ซึ่ง

เป็นการสอบถาม ถึงการมีพฤติกรรม หรือไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม<sup>7</sup> โดยพิจารณาจากความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 27 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร 4 ข้อ การพักผ่อน 3 ข้อ การออกกำลังกาย 1 ข้อ การดื่มแอลกอฮอล์ 1 ข้อ การสูบบุหรี่ 2 ข้อ ความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ 2 ข้อ การใช้ชีวิตคู่ 1 ข้อ การดำเนินชีวิตในสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว 2 ข้อ การมาตรวจตามนัด 1 ข้อ การประเมินอาการ/ สังเกตอาการ 6 ข้อ การจัดการกับความเครียด 2 ข้อ การรับประทานยา 1 ข้อ การขับถ่าย 1 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ = 3 คะแนน ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย = 2 คะแนน ปฏิบัติบ้างนานๆครั้ง = 1 คะแนน ไม่มีเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นกับท่าน = 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 27-108 การคิดคะแนน คำนวณคะแนนกลับเป็นเปอร์เซ็นต์ เทียบระดับชั้นของเปอร์เซ็นต์ ดังนี้

91-100 เปอร์เซนต์ หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองระดับดีมาก

81-90 เปอร์เซนต์ หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองระดับดี

71-80 เปอร์เซนต์ หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองระดับปานกลาง

61-70 เปอร์เซนต์ หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองระดับต่ำ

≤ 60 เปอร์เซนต์ หมายถึง ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม และความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน และ

อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.84 นำไปทดลองเก็บในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefcient) .74 ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง 99 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78

3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Quality of Life Index, Cardiac version IV: QLI) ของ Ferrans และ Powers<sup>22-23</sup> พัฒนาด้วยการแปลกลับเป็นภาษาไทย (back translation) โดย เอมอร์ แสงศิริ<sup>22</sup> ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด พบว่า แบ่งได้ 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (health and functioning) ด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ (psychological/spiritual) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social and economic) และ ด้านครอบครัว (family) จำนวนข้อคำถาม 70 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต 35 ข้อ และความสำคัญในชีวิต 35 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 6 ระดับ คำนวณคะแนนตามสูตร และหรือโปรแกรมการคิดคะแนนที่สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของ University of Illinois at Chicago, UIC<sup>24</sup> ในการศึกษานี้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefcient) เท่ากับ .99 การประเมินระดับคะแนนคุณภาพชีวิต โดยคำนวณคะแนนกลับเป็นเปอร์เซ็นต์ เทียบระดับชั้นของเปอร์เซ็นต์ ดังนี้

91-100 เปอร์เซนต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดีมาก

81-90 เปอร์เซนต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ดี

71-80 เปอร์เซนต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ปานกลาง

61-70 เปอร์เซนต์ หมายถึง ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในเกณฑ์ต่ำ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัด ณ แผนกผู้ป่วยนอก หรือนัดทำหัตถการฉีดสตีเวนหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยปฏิบัติตามเกณฑ์การวิจัยในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม แล้วให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองด้วยตนเอง หรือผู้วิจัยสัมภาษณ์ในรายที่มีข้อจำกัดในการอ่าน โดยเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และ 3) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 30-45 นาที ขณะที่ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ถ้าผู้ป่วยไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบาย และตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยจนเข้าใจ
4. เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้ายังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะสอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์
5. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยและผู้

ช่วยวิจัย สำรวจจากบันทึกเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัยแสดงข้อมูลเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) โดยนำเสนอในรูปของตาราง และวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยทำนายด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลพื้นฐาน

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 99 ราย มีอายุระหว่าง 38 - 95 ปี มีอายุเฉลี่ย 65.13 ปี (SD=11.79) ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 70 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 76 หย่า/แยกกันอยู่ร้อยละ 16 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 91 ได้รับการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 25 ประถมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25 และประถมศึกษาตอนต้นร้อยละ 22 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 28 รายได้ของกลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ไม่มีรายได้ถึงมีรายได้สูงสุด 250,000.00 บาท รายได้เฉลี่ย 21,911.00 บาท ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 75 มีผู้ดูแลที่บ้านและพามารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 44 มีการออกกำลังกายโดยใช้เวลาในการออกกำลังกายน้อยกว่าวันละ 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53 ไม่เคยสูบบุหรี่ เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 44 และยังคงสูบบุหรี่ร้อยละ 3 ทั้งนี้เป็นผู้ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ร้อยละ 55 เคยดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 39 และยังคงดื่มอยู่ร้อยละ 5 มีประวัติไขมันในเลือดสูงร้อยละ 57 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 50 โรคเบาหวานร้อยละ 35 ภาวะอ้วนร้อยละ 26 มีภาวะความเครียดร้อยละ 43 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงจำนวน ร้อยละ ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 99)

ปัจจัยเสี่ยง		จำนวน	ร้อยละ
ออกกำลังกาย	ไม่ออกกำลังกาย	37	37.0
	ออกกำลังกาย	45	45.0
บุหรี	ไม่ตอบ	18	18.0
	ไม่สูบบุหรี	53	53.0
	เคยสูบบุหรี	44	44.0
	ยังสูบบุหรีอยู่	3	3.0
แอลกอฮอล์	ไม่ดื่ม	55	55.56
	เคยดื่ม	39	39.39
	ยังดื่มอยู่	5	5.05
ไขมันในเลือดสูง	ไม่มี	24	24.24
	มี	57	57.58
	ไม่ตอบ	18	18.18
ความดันโลหิตสูง	ไม่มี	31	31.31
	มี	50	50.51
	ไม่ตอบ	18	18.18
โรคเบาหวาน	ไม่มี	46	46.46
	มี	35	35.35
	ไม่ตอบ	18	18.18
โรคอ้วน	ไม่มี	55	55.56
	มี	26	26.26
	ไม่ตอบ	18	18.18
ภาวะเครียด	ไม่มี	38	38.38
	มี	43	43.43
	ไม่ตอบ	18	18.18

**ความสามารถในการดูแลตนเอง**  
 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม ในระดับต่ำ (70.43%) ความสามารถในการดูแลตนเองรายด้านที่อยู่ในเกณฑ์ดีมาก คือ การมาตรวจตามนัด (96%) และอยู่ในเกณฑ์ดี คือ การพักผ่อน (81.83%) ความสามารถในการดูแล

ตนเอง ในระดับต่ำ คือ การจัดการความเครียด (63.75%) และการขยับถ่าย (69.25%) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง การใช้ชีวิตคู่ (54.50%) และ การประเมินอาการ/สังเกตอาการ (56.58%) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 99)

กิจกรรมดูแลตนเอง	ค่าคะแนนเฉลี่ย	SD	เปอร์เซ็นต์	ระดับ
1. การรับประทานอาหาร	11.63	2.23	72.69	ปานกลาง
2. การพักผ่อน	9.82	1.70	81.83	ดี
3. การออกกำลังกาย	2.83	1.05	70.75	ต่ำ
4. การขับถ่าย	2.77	1.04	69.25	ต่ำ
5. การดื่มแอลกอฮอล์	2.85	0.39	71.25	ปานกลาง
6. การสูบบุหรี่	6.11	1.18	76.38	ปานกลาง
7. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง	6.37	1.47	79.63	ปานกลาง
8. การใช้ชีวิตคู่	2.14	1.11	54.50	ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง
9. การดำเนินชีวิตในสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคม/ครอบครัว	6.32	1.40	79.00	ปานกลาง
10. การจัดการกับความเครียด	5.10	1.64	63.75	ต่ำ
11. การประเมินอาการ / สังเกตอาการ	13.58	4.61	56.58	ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง
12. การรับประทานยา	2.94	1.07	73.50	ปานกลาง
13. การมาตรวจตามนัด	3.84	0.51	96.00	ดีมาก
<b>คะแนนรวม</b>	<b>76.07</b>	<b>9.84</b>	<b>70.44</b>	<b>ต่ำ</b>

### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง 76.83% (Mean=23.05, SD=4.89) คะแนนคุณภาพชีวิต รายด้านที่อยู่ในระดับดี คือ ด้านครอบครัว 86.93% (Mean=26.08,

SD=9.27) และระดับปานกลาง คือ ด้านจิตใจ/จิตวิญญาณ 78.40% (Mean=23.52, SD=4.77) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย 74.57% (Mean=22.37, SD=5.14) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ 73.50% (Mean=22.05, SD=4.95) ดังแสดงในตารางที่ 3



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 99)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	b	T
อายุ	.002	.034	.365
การศึกษา	-.064	-.287	-3.034**
การออกกำลังกาย	-.030	-.258	-2.613*
จำนวนปัจจัยเสี่ยง	-.035	-.125	-1.315
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.140	.317	3.224**

R = .556 ; R<sup>2</sup> = .309 ; F = 7.329\*\*\*

\* p < .05      \*\* p < .01      \*\*\* p < .001

### การอภิปรายผลการวิจัย

#### ความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในการศึกษานี้อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chriss และคณะ<sup>9</sup> พบว่า อายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญและมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละด้านอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ ยกเว้นความสามารถในการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน และมาตรวจตามนัดที่อยู่ในเกณฑ์ดี และดีมาก ตามลำดับ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลที่บ้านให้การดูแลด้านการพักผ่อนและการพามาตรวจตามนัด ทั้งนี้ความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์<sup>25</sup> ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างต่ำในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และมีผู้ป่วยบางรายยังคงสูบบุหรี่ รวมทั้งยังขาดความสามารถในการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการให้คำแนะนำและฝึกทักษะในการดูแลตนเองด้านการสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากแพทย์และพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างบางรายยังคงมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่เหมาะสม ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ยังคงมีการจัดการกับความเครียดไม่เหมาะสม และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุว่าทราบว่าจะต้องดูแลตนเองแต่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต้องมีการให้ความรู้และการฝึกทักษะซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ (cognition) มีความเปลี่ยนแปลงด้านสรีระและมีความเสื่อมทางด้าน การมองเห็น การได้ยิน การมีสมาธิสั้นในการเรียนรู้ ส่งผลให้ขาดความสนใจ และขาดเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะด้านการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง การรับประทานยาซึ่งมีจำนวนค่อนข้างมากในแต่ละวันให้สม่ำเสมอ<sup>26,27</sup> ดังนั้นพยาบาลต้องมีการฝึกทักษะและประเมินผลลัพธ์ในการดูแลตนเองกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ รวมทั้งพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อป้องกันและฟื้นฟูหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการ

ศึกษาถึงวิธีการต่างๆที่พยาบาลจะนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสร้างความเข้าใจ หาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น มีครอบครัวช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

คะแนนคุณภาพชีวิตในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ และคณะ<sup>28</sup> ที่พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง-ดี และด้านครอบครัวเป็นระดับที่ดี ซึ่งเป็นภาพสะท้อนของสังคมไทยที่อยู่กันแบบครอบครัวช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยมีด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำ สืบเนื่องจากผู้ป่วยถึงร้อยละ 28 ในการศึกษาที่ไม่มีรายได้ และมีอายุเฉลี่ยเป็นผู้สูงอายุ อันอาจมีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ถึงแม้ว่าจะมีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลแล้วก็ตาม รวมถึงมีคะแนนการดูแลตนเองในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำร่วมด้วย ส่งผลให้คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปานกลางค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้นในทุกๆ ด้าน ควรมีการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ ให้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านการดูแลตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยให้ได้ใช้ชีวิตร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีความสุข

3. ปัจจัยด้านการศึกษา การออกกำลังกายและความสามารถในการดูแลตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตญา ฤทธิ์เพชร และชนกพร จิตปัญญา<sup>18</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทาง

บวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิต<sup>18</sup> แต่ในการศึกษานี้พบว่าการศึกษาที่มีอิทธิพลทางลบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีผู้สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 75 มีผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีเพียงร้อยละ 25 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอาจมีความบกพร่องทางด้านการคิดจำ และมีความสนใจในการเรียนรู้และความเข้าใจในการดูแลตนเองในระยะสั้น<sup>26,27</sup> อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Piper และคณะที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2<sup>29</sup>

การออกกำลังกายมีอิทธิพลทางลบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>6</sup> ทั้งนี้กิจกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำใกล้เคียงกับการศึกษาของ ภัทรสิริ พจนารพงศ์ และคณะ<sup>4</sup> และการศึกษาของ ยูวเรศ ไสสีสูบล<sup>30</sup> ซึ่งระดับการออกกำลังกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำเนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและอาจขาดการชี้แนะหรือเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ขาดการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายยังมีความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ถ้าผู้ป่วยมีการออกกำลังกายและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างสม่ำเสมอเหมาะสมกับอายุจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต มีระดับไขมันเอชดีแอลเพิ่มขึ้น มีระดับไขมันโคเลสเตอรอลและแอลดีแอลลดลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น<sup>31</sup> เนื่องจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ทำให้เกิดสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นได้เนื่องจากการมีการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดและความสามารถสูงสุดของร่างกายในการนำออกซิเจนไปใช้ ซึ่งเรียกว่า maximum oxygen uptake

หรือ maximum ventilator oxygen consumption หรือ  $VO_2$  ( $VO_2$  max) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะช่วยให้  $VO_2$ max เพิ่มขึ้น รวมทั้งมีการเพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจอย่างสูงสุด และ เพิ่ม maximum (arterial-venous)  $O_2$  difference อย่างละประมาณร้อยละ 50<sup>32</sup> โดยมีการศึกษาว่าการออกกำลังกายต่อเนื่อง 3 - 6 เดือน จะสามารถเพิ่ม  $VO_2$ max ประมาณร้อยละ 20<sup>32,33</sup>

ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>6,18,34</sup> ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม ที่กล่าวถึงบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองจะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิต<sup>7-8</sup> เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการกระทำที่มีความตั้งใจ และมีเป้าหมาย โดยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองให้ได้สูงสุด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (secondary prevention) ดังนั้นควรมีการจัดบริการสุขภาพที่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในด้านโภชนาการ การขยับเขยื้อน การจัดการความเครียด และการประเมินอาการ/สังเกตอาการ รวมทั้งมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยกึ่งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการพัฒนาวิธีการให้ความรู้ เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. ควรมีการศึกษาวิจัย กระบวนการหรือกลยุทธ์ต่างๆ ที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่เฉพาะในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัญหาการใช้ชีวิตคู่

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. 2014. [homepage on the internet]. [Cited 2015 June 2]. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004; 364: 934-52.
4. กัทรสิริ พจมานพงศ์, จารุวรรณ กฤตย์ประชา, ทิพมาส ชินวงศ์. พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ. เอกสารประกอบการประชุมหาดีใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4; 2556.
5. กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
6. ธิวสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย, ชอลดา พันธุเสนา. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ. *สงขลานครินทร์เวช*

- สาร. 2551; 26(2): 141-50.
7. สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัทวิศุทธิ์สิริ จำกัด; 2534.
  8. Orem DE. Nursing: concepts of practices. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
  9. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung*. 2004; 33(6): 345-53.
  10. Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail*. 2004; 10: 350-60.
  11. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28: 288-306.
  12. Moser DK, Dracup K. Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. *Heart Lung* 1995; 24(4): 273-80.
  13. Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, et al. Lifestyle changes reverse coronary heart disease? The lifestyle Heart Trial. *Lancet* 1990; 336: 129-33.
  14. Schuler G, Hambrecht R, Schlierf G, Niebauer J, Hauer K, Neumann J, et al. Regular physical exercise and low-fat diet: Effects of progression of coronary artery disease. *Circulation* 1992; 86(1): 1-11.
  15. Neibauer J, Hambrecht R, Velich T, Hauer K, Marburger C, Klberer B, et al. Attenuated progression of coronary artery disease after 6 years of multifactorial risk intervention: role of physical exercise. *Circulation*. 1997; 96(8): 2534-41.
  16. Haskell WL, Alderman EL, Fair JM, Maron DJ, Mackey SF, Superko HR, et al. Effects of intensive risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical events in men and women with coronary artery disease: the Stanford Coronary Risk Intervention Project (SCRIP). *Circulation* 1994; 89: 975-90.
  17. Srimahachota S, Wunsuwan R, Siritantikorn A, Boonla C, Chaiwongkarjohn S, Tosukhowong P. Effects of lifestyle modification on oxidized LDL, reactive oxygen species production and endothelial cell viability in patients with coronary artery disease. *Clin Biochem* 2010; 43: 858-62.
  18. นิตญา ฤทธิ์เพชร, ชนกวร จิตปัญญา. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2555; 23(2): 2-16.
  19. Faul F, Erdfelder E, Lang A.-G, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39:175-91.
  20. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A.-G. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009; 41, 1149-60.
  21. Hartigan I, O'Connor I, Keane T. The role of the cardiovascular public health nurse in Ireland. *BJCN* 2013; 8(4): 184-88.

22. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: development and Psycho-metric properties. *Adv Nurs Sci* 1995; 8(1): 15-24.
23. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index<sup>©</sup> Cardiac version-IV . 1998. [homepage on the internet]. [Cited 2003, April 20]. Available from: [http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/cardiac version IV/cardiac4english.pdf](http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/cardiac%20version%20IV/cardiac4english.pdf)
24. Saengsiri A. The effects of a self-care promotion program on quality of life and reduction of risk factors of coronary heart disease patients. [Thesis of Master of Nursing Science]. Bangkok: Mahidol University; 2003.
25. ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์. ความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2542; 7(3): 58-65.
26. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung J Acute Crit Care* 2001;30:18-25.
27. Rich MW. Heart failure in older adults. *Med Clin North Am* 2006;90:863-85.
28. สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, เอมอร แสงศิริ, สมนพร บุญยรัตน์เวช สองเมือง และปิยะรัตน์ โตสุโขวงศ์. รายงานวิจัย ผลของการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างเคร่งครัดต่อคุณภาพชีวิต และการเปลี่ยนแปลงของความเครียดจากออกซิเดชัน. *мпท*; 2553.
29. Piper CN, Chalakalal S, Sebastian N, Warren-Findlow J, Thompson ME. Race, socioeconomic status, health-related quality of life, and self-care of type 2 diabetes mellitus among adults in North Carolina. *South Med J* 2015 Apr;108(4):212-6.
30. ยูเรศ ใสสีสุบ. การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
31. ภาวนา วัฒนาสวัสดิ์, กนกพร นทีชนสมบัติ, ดวงกมล วัตราคุลย์. ประสิทธิภาพของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนการเรียนรู้ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการรักษาโดยวิธีขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก* 2557; 25:17-31.
32. Thompson, PD. Exercise Prescription and Proscription for Patients With Coronary Artery Disease *Circulation* 2005;112: 2354-63.
33. Thomson PD. The benefits and risks of exercise training in patient with chronic coronary artery disease. *JAMA* 1998;259:1537-40
34. Britz JA1, Dunn KS. Self-care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* 2010 Sep;22(9):480-7. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x.