

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

THE RELATIONSHIP BETWEEN BASIC CONDITIONING FACTORS,
SELF-CARE BEHAVIORS, AND QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS AFTER
CORONARY STENT IMPLANTATION

คันธรัตน์ จันทศิริ* ดร.พรรณวดี พุฒินันะ** ดร.กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 74 ราย เป็นผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดคุณภาพชีวิต แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี รายได้ ระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.240, .358, .286$ ตามลำดับ $p<.05$) แต่พบว่า อายุ และจำนวนโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

ABSTRACT

The objectives of this descriptive research were to study self-care behaviors and quality of life among patients after coronary stent implantation, and to study the relationship between

*นักศึกษาปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

basic conditioning factors, self-care behaviors, and quality of life among such patients. This study was based on Orem's theory of self-care. The sample was selected based on a purposive sampling method. They consisted of 74 patients after coronary stent implantation attending the cardiology outpatient department at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. The research instruments consisted of three questionnaires, including general information, quality of life, and self-care behaviors of patients after coronary stent implantation. Data were analysed by using descriptive statistics, Pearson's correlation, and Spearman rank correlation.

The results showed that, overall, the sample had good quality of life and self-care behaviors. Income, duration of having a coronary stent, and self-care behaviors had a significantly positive correlation to quality of life ($r = .240, .358, .286$, respectively, $p < .05$). Age and number of co-morbidities did not have a significant correlation with quality of life. The findings can be used as a basic reference to develop self-care among patients after coronary stent implantation.

KEY WORD: quality of life/ self-care behaviors/ coronary stent.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease, CHD) เป็นปัญหาสำคัญของภาวะสุขภาพทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ปี พ.ศ.2553 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจ จำนวน 7.2 ล้านคน และสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (เกรียงไกร เสงี่ยม, 2556) ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 18,111 คน หรือ ชั่วโมงละ 2 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ในปี พ.ศ.2558 จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต 620 คน มีอัตราการตาย 23.71 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน (กรมควบคุมโรค, 2556; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease, IHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary artery disease, CAD) หมายถึงโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมีการตีบหรือตัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2553) การขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีที่นิยมกันอย่างแพร่หลายมากในปัจจุบัน (สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร, 2556) เพราะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้จำนวนมาก ในประเทศไทย พบว่า อัตราการตีบซ้ำและอัตราการเสียชีวิตเกิดขึ้นมากที่สุดภายในปีแรกหลังได้รับการขยายหลอดเลือด (พัชนีภรณ์ อึ้งรัตนชัย, 2550) และภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด ผู้ป่วยจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในระยะยาว โดยเฉพาะยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet) ที่ผู้ป่วยต้องได้รับประทานทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม (Antman & Sabatine, 2013) ได้แก่ Aspirin (ASA), Clopidogrel เป็นต้น (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน และคณะ, 2554) นอกจากการรับประทานยา ผู้ป่วยจะต้องมีการปฏิบัติตัวด้านอื่นๆ โดยควบคุมและปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2551; ภัทรสิริ พงมานพงศ์, 2556) เพื่อยับยั้งความก้าวหน้าและความรุนแรงของโรค (Ferrans, 1992) เมื่อผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตจากระยะเฉียบพลัน เป้าหมายที่คาดหวังคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

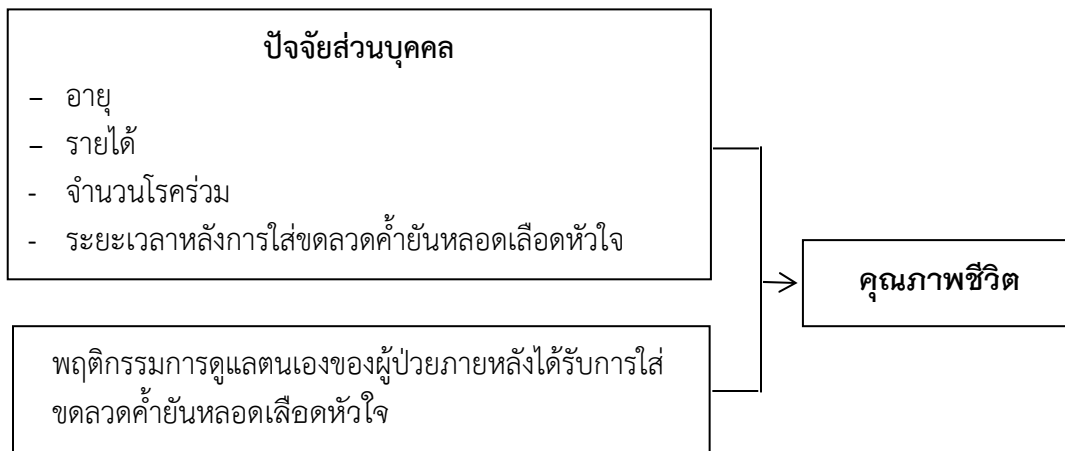
การรักษาและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอาจส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เป็นกิจกรรมที่ต้องกระทำเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ (Orem, 1991) การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้ดีเพียงใด ขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น อายุ เพศ ประสบการณ์ชีวิต สังคม วัฒนธรรม และภาวะสุขภาพ (Orem, 1985) ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม อาจเกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพ และส่งผลต่อความผาสุกหรือคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยตามมา (Orem, 1985) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 1991) อายุ บอกถึงระดับวุฒิภาวะ มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ เข้าใจ ตัดสินใจ และปรับตัวกับสิ่งต่างๆ (ทิธยา แต่ไพบุลย์, 2546) รายได้ของผู้ป่วยถือว่าเป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคล ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำอาจจะมีวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา เกิดความทุกข์ ไม่พึงพอใจในชีวิต (สายฝน จับใจ, 2540) จำนวนโรคร่วม พบว่าผู้ที่มโรคประจำตัวเรื้อรังหลายๆโรคพร้อมกันจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่ายอาจส่งผลกระทบทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง และระยะเวลาหลังการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตได้ เนื่องจากในช่วงแรกหลังรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีภาวะสับสน วิตกกังวล กลัวทำให้ควบคุมโรคยังไม่ดีพอ เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวได้การควบคุมโรคก็อาจจะดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้น้อยมาก พบแต่การศึกษาของเอมอร แสงศิริ (Saengsiri, 2012) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 5 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร 3 แห่งและภูมิภาคอีก 2 แห่ง อย่างไรก็ตามที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค, 2556; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ประกอบกับวิถีชีวิตในเมืองใหญ่และเมืองใหญ่ส่วนภูมิภาค อาจมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่างกัน ดังนั้นการให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจที่เฉพาะจงงกับวิถีชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) โดยเน้นที่ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) โอเร็มกล่าวถึงการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อดำรงชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action) เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ถ้ากระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด (Orem, 1991) การที่บุคคลจะดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานบางประการ เช่น เพศ อายุ ประสบการณ์ชีวิต สังคม วัฒนธรรม และภาวะสุขภาพ (Orem, 1985; Orem, 1991; สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล เป็นการกระทำที่สะท้อนออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม เพื่อตอบสนอง

ความต้องการตามกระบวนการของชีวิต ดำรงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี นำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 1985) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ รายได้ จำนวนโรคร่วม และระยะเวลาหลังการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ) และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจครั้งแรก 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีให้ความร่วมมือในครั้งนี้โดยการลงนาม 5) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง และ 6) ไม่มีปัญหาในเรื่องการได้ยินที่ผิดปกติ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9 จากค่า $r = .35$ (สายฝน จีบใจ, 2540) $\alpha = 0.05$, $1-\beta = 0.8$ ได้ขนาดตัวอย่าง 61 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 74 คน โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 16 เมษายน 2558 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วยและการรักษา ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ ประวัติการสูบบุหรี่ ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระยะเวลาหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ชนิดของขดลวดค้ำยัน ลักษณะความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ จำนวนโรคร่วม จำนวนยาและชื่อยาที่รับประทาน การได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัว

2. แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (Quality of life index-Cardiac version IV THAI 2003) แปลโดย เอมอร แสงสิริ ฉบับอัปเดต (2554) ที่พัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพชีวิตโรคหัวใจของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1998) ประกอบด้วยข้อคำถามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวนทั้งหมด 35 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็น 2 มิติ ได้แก่ มิติความพึงพอใจกับมิติการให้ความสำคัญ ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 15 ถึง 30 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96

3. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังใส่ขดลวดค้ำยัน (Self-care behavior) ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับ รศ.ดร.พรรณวดี พุฒินะ และคันสนีย์ ดำรงค์ศิลป์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดแข็งระดับทุติยภูมิ ของสมาคมโรคหัวใจประเทศสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ร่วมกับมูลนิธิวิทยาลัยแพทย์โรคหัวใจ (American college of cardiology Foundation: ACCF) ประกอบด้วยเนื้อหา 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การขับถ่าย การบรรเทาความเครียด การแสวงหาความช่วยเหลือ และการรับประทานยา รวมข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบลิเคิร์ต มี 4 ระดับ ระดับคะแนนอยู่ในช่วง 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.74

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่เอกสาร ๒๕๕๗/๖๗๓) และโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา (เลขที่เอกสาร 089/2014) ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะรับหรือปฏิเสธในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ต้องการ การเก็บข้อมูลเริ่มหลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม สามารถตอบได้ตรงตามความเป็นจริงโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับของผู้ป่วยและญาติ โดยข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมและเก็บไว้เป็นความลับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงการวิจัยและขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลมหาราช นครราชสีมา ผู้วิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำลังนั่งรอก่อนถึงเวลาแพทย์ตรวจ และขณะนั่งรอรับยากลับบ้าน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงสถิติบรรยาย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล อายุ รายได้ จำนวนโรครวม และระยะเวลาภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ
2. แจกแจงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และนำไปเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) เรื่องการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ถ้าไม่ผ่าน assumption การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนแทน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.16) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เฉลี่ย 64.27 ปี (SD=11.43) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.14) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 48.66) มีรายได้เฉลี่ย 11,495.27 บาทต่อเดือน มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.57) ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 79.73) มีประวัติเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว (ร้อยละ 52.70) และมีจำนวนโรครวมนอกเหนือจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-3 โรค (ร้อยละ 79.73) เฉลี่ย 1.78โรค (SD=1.18) กลุ่มตัวอย่าง ใส่ขดลวดชนิดเคลือบยา(DES) ร้อยละ 78.38 มีจำนวนความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ 1 เส้น (ร้อยละ 52.70) มีระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่น้อยกว่า 12 เดือน (ร้อยละ 62.16) เฉลี่ย 18 เดือน ค่ามัธยฐาน 6.5 เดือน (SD=22.36)

คุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 23.08 คะแนน (SD=3.75) มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านครอบครัวสูงสุด รองลงมา คือด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ ตามลำดับ และมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี

พฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4 คะแนน (SD=0.30) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทันยาสูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการขับถ่าย ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบรรเทาความเครียด ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ และด้านการรับประทันอาหาร ตามลำดับ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทันยา ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการขับถ่าย อยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย ด้านการบรรเทาความเครียด ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ และด้านการรับประทันอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัย

ส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ($r = .240$) กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r=.358$) กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ($r=.286$) กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบว่า อายุ และจำนวนโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

การอภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวม พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.14 คะแนน ($SD = 0.30$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ นาสูงชน(2551) ปิยะมาศ ชามพร (2554) สุดใจ บุรณพุกษา(2549) ภัทรสิริ พงมานพงศ์(2556) ปรีศนา วรรณันท์ (2541) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และต่างกับการศึกษาของจงกณ พงศ์พัฒน์จิต และนวรรตน์ สุทธิพงศ์(2554) และสมถวิล จินดา(2551) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองนี้ถูกประเมินด้วยแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นร่วมกับ รศ.ดร. พรธณวดี พุทธิวัฒนะ และ คุณศันสนีย์ ดำรงค์ศิลป์ ที่วัดพฤติกรรมทั้ง 7 ด้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ตระหนักถึงความสำคัญมากที่สุดคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา เนื่องจากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงที่สุดอยู่ในระดับดี เนื่องจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร่วมมาก่อน จึงทำให้มีประสบการณ์ในเรื่องการรับประทานยา และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คู่ชีวิตหรือบุตรหลาน ที่ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาในแต่ละวัน สอดคล้องกับการที่ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยแต่ละรายประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาด้วยแบบวัดการประมาณค่าด้วยสายตา พบว่าโดยรวมผู้ป่วยคิดว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ดีถึงร้อยละ 83.9 ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้มีส่วนสำคัญมากในการลดการเกิดซ้ำของโรค ส่วนพฤติกรรมที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการส่งเสริมมากที่สุด คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารเนื่องจากมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมต่ำที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้ทราบว่าผู้ป่วยยังขาดการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองด้านนี้ หรือไม่ทราบแนวทางในการปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องอาหารที่ชัดเจน

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ย 23.08 คะแนน ($SD=3.75$) สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน จับใจ (2540) กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจดีอยู่ในระดับดี ต่างกับการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) มณีรัตน์ พรหมณี (2554) และสมถวิล จินดา (2551) กล่าวไว้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้วัดคุณภาพชีวิตด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตโรคหัวใจของเฟอร์แรนส์และพาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1998) ซึ่งแบบวัดฉบับนี้เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านครอบครัว ในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งเป็น 2 มิติ คือมิติความพึงพอใจและมิติให้มีความสำคัญ ซึ่งในผู้ป่วยแต่ละรายให้ความสำคัญในแต่ละข้อคำถามในแต่ละด้านย่อมแตกต่างกันจึงทำให้ผลลัพธ์ที่ได้น่าเชื่อถือมากขึ้น

จึงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับดี และพบว่ามีความเครียดด้านครอบครัวสูงที่สุด คะแนนเฉลี่ย 24.49 คะแนน (SD=2.18) เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85.14 ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวซึ่งคู่สมรสเป็นบุคคลสำคัญใกล้ชิด ที่ผู้ป่วยไวใจมากที่สุด มีส่วนช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะเจ็บป่วย จึงช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงหลังการได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจได้อย่างเหมาะสมและมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 22.05 คะแนน (SD=1.94) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ ยึดหลักคำสอนของศาสนา เช่นการสวดมนต์ทุกวัน ช่วยให้สภาพจิตใจสงบและดีขึ้น และยอมรับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ และผู้ป่วยสูงอายุที่พบมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นเพียงพอแล้ว ไม่ต้องการอะไรไปมากกว่านี้ และการรักษาด้วยการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจจากการหายทุกข์ทรมานจากการเจ็บหน้าอก ทำให้พึงพอใจ และยอมรับความเสื่อมถอยตามธรรมชาติของวัยสูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี

ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ จำนวนโรคร่วม ระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต หมายความว่า อายุไม่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม ที่กล่าวว่า อายุและระยะพัฒนาการของผู้ป่วยกระทบต่อสุขภาพ วัยสูงอายุเริ่มมีความเสื่อมถอยตามวัย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากกว่าวัยเด็ก จึงกระทบต่อการรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและความผาสุกของผู้ป่วยได้ (Orem, 1985; Orem, 1991) และแตกต่างจากงานวิจัยของสายฝน จัปใจ (2540) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการศึกษาครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุส่วนใหญ่ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุตอนต้นยังสามารถดูแลตนเองได้ และผู้ป่วยไม่ว่าจะมีอายุเท่าใดเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้ว ผู้ป่วยอาจจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน ถ้าเป็นมากๆ ในบางรายอาจหายใจไม่สะดวกช็อก หรือหมดสติได้ และเมื่อได้รับการช่วยเหลือโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผ่านช่วงเหตุการณ์ที่ทรมานของชีวิตไปแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น และกลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในความดูแลของลูกหลานทุกคน จึงมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น สามารถยอมรับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบันได้

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีขนาดความสัมพันธ์ $r = .240$ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี สนับสนุนทฤษฎีโอเร็ม ซึ่งกล่าวไว้ว่า ถ้ามีแหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แม้กระทั่งที่อยู่อาศัยที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Orem, 1985) งานวิจัยของ สายฝน จัปใจ (2540) กล่าวว่า รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ มณีรัตน์ พรหมณี (2554) กล่าวว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะสองสัปดาห์หลังคลอด อธิบายได้ว่า ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักจะต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ปัจจุบันค่ายาและค่ารักษาในการขยายหลอดเลือดหัวใจค่อนข้างสูง และเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลารักษายาวนานเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของโรค จึงต้องมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับสิทธิการรักษาทั้งแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิเบิกการรักษาก็ตาม แต่ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำอาจมี

ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันในช่วงที่เจ็บป่วยทำให้ขาดรายได้เข้าสู่ครอบครัว บางรายอาจเป็นภาระให้คู่ชีวิต เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีได้

จำนวนโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรนี้ยังไม่พบรายงานในการศึกษาไม่สอดคล้องกับทฤษฎีโอเร็ม ที่ว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากผลของโรคที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานโดยเฉพาะโรคเรื้อรังหลายๆโรคพร้อมกัน ทำให้ควบคุมโรคลำบาก ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย และอาจกระทบต่อความผาสุกของผู้ป่วยตามมา (Orem, 1985; Orem, 1991) แต่การศึกษาของ ปาณภูมิ โกสุม (2554) พบว่าจำนวนโรคร่วมอื่นที่ไม่ใช่โรคหัวใจหลอดเลือดมีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายความว่า ถ้าจำนวนโรคร่วมมากจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ในการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีจำนวนโรคร่วม 1 ถึง 3 โรค และพบผู้ป่วยจำนวนมากที่สุด ที่มีจำนวนโรคร่วมหนึ่งโรค และจำนวนโรคร่วมที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เมื่อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนโรคร่วมน้อยจึงอาจไม่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ และยังพบว่าเป็นโรคร่วมที่มีอยู่ก่อนการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จะมีประสบการณ์ของโรคเรื้อรังมาแล้วจึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตไม่มาก นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรก ความก้าวหน้าของโรคหัวใจและโรคร่วมยังไม่รุนแรงจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขนาดความสัมพันธ์ $r = .358$ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจยิ่งนานผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งกล่าวไว้ว่า การเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการปรับเปลี่ยน เนื่องจากสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปในชีวิต ถ้าเผชิญกับโรคได้ดีส่งผลทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดี และเกิดความผาสุก แต่พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน จัปใจ (2540) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและการศึกษาของ ขวัญใจ แจ่มสร้อย (2548) พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาลงได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และการศึกษาที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจะลดลงภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เดือนที่ 3 (Wong & Chair, 2007 อ้างใน นิตยา ฤทธิ์เพชร, 2556) จากการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าหนึ่งปี พบมากที่สุดคือหนึ่งเดือนหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยเพิ่งผ่านการเจ็บป่วยมาช่วงระยะเวลาสั้นๆอาจยังปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้ได้น้อยจึงทำให้คุณภาพชีวิตในช่วงนี้ได้รับผลกระทบมากที่สุดส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่ดี แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปรับตัวกับโรคและแนวทางการรักษาได้มากขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีขนาดความสัมพันธ์ $r = .285$ หมายความว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมอร์ แสงศิริ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ สมรรถนะโรคหัวใจของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อคุณภาพ

ชีวิต และการศึกษาของ มณีรัตน์ พรหมณี (2554) สมถวิล จินดา (2551) ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2547) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สนับสนุนกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็น และกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่มีประสิทธิภาพ จะคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของมนุษย์ เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี นำมาซึ่งความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem, 1985) และการศึกษาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีแล้วจะช่วยให้การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ตามปกติ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายด้านการบรรเทาความเครียด ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ และด้านการรับประทานอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ เหล่านี้ เช่น แผนกผู้ป่วยในโรคหัวใจจัดทำแผนจำหน่ายการให้ความรู้ก่อนกลับบ้าน จัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยภายหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจในแต่ละด้านทุกครั้งที่มาติดตามอาการ เพื่อกระตุ้นความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การศึกษาต่อไปผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับการใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจในช่วงเวลาต่างๆ และศึกษาผลของการที่ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนสำคัญกับคุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2556). *แนวทางปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกรียงไกร เสงี่ยม. (2556). *มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. นนทบุรี: สถาบันทรวงอก.
- ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2551). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- จงกน พงศ์พัฒนจิต และนวรรตน์ สุทธิพงศ์. (2554). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2), 58-70.

- ทิตตยา แต่ไพบูลย์. (2546). *การศึกษาความรู้และการดูแลตนเองเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- นิตญา ฤทธิ์เพชร. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มอาการ การจัดการตนเอง ค่านิยมด้านสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลก และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 5(1), 16-34.
- ปชาณัฐ์ ตันติโกสม. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปฐมภูมิ. *Pacific Rim*, 15(4), 278-287.
- ประดิษฐ์ ปัญจิวัฒน์ รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และเรวัตร พันธุ์กิ่งทองคำ. (2554). *Cardiacemergency ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กทม: ภาพพิมพ์.
- ปิยะมาศ ชามพร. (2555). *การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยใส่ขดลวดค้ำยัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- ผ่องพรรณ อรุณแสง ประสบสุข ศรีแสนปาง และบุษบา สมใจวงศ์. (2547). *พฤติกรรมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอสแอล อี*. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พชนิภรณ์ อึ้งรัตนชัย. (2550). *ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์. (2556). *พฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ*. ใน การสัมมนาทางวิชาการเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาสังคมไทย(หน้า 185-194). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มณีนรัตน์ พรหมณี. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตของมารดาในระยะ 2 สัปดาห์แรกหลังคลอด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน(Percutaneous Coronary Intervention, PCI)*. กทม.
- สายฝน จัปใจ. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล).
- สุรีย์ เลขาบรรณวิจิตร. (2556). *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุดใจ บุรณพุกษา. (2549). *พฤติกรรมป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ).
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.

- สมถวิล จินดา. (2551). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. การศึกษาค้นคว้าแบบอิสระ (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20 - I25) ต่อประชากรแสนคนจำแนกเป็นรายจังหวัด กทม. และภาพรวมของประเทศข้อมูล (ตุลาคม 2557 - กันยายน 2558) ปีงบประมาณ พ.ศ.2558. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2558 จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- American Heart Association. (2012). *Functional Capacity and obj. Assessment of Patients With Diseases of the Heart*. Retrieved on May 15, 2014, from http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByTopic/TopicsD-H/Functional-Capacity-and-Obj-Assessment-of-Patients-With-Diseases-of-the-Heart_UCM_424309_Article.jsp.
- Antman, Elliott. M., & Sabatine, Marc. S. (2013). *Cardiovascular Therapeutics A Companion to Braunwald's Heart Disease* (4th ed.). China: Elsevier.
- Ferrans, C. E. (1992). Conceptualization of life in cardiovascular research. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 7(2), 2-6.
- Ferrans, C. E. & Power, M. J. (1998). *Quality of life index Cardica Version-IV*. Retrieved on August 31, 2014, from <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/pdf/cardiacversionIV/cardiac4eng>
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: concepts of practice* (3rd ed.). New York: McGraw-hill.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby Year Book.
- Saengsiri, A. (2012). *Predicting factors of quality of life among coronary artery disease patients post percutaneous coronary intervention*. Faculty of Graduate Studies, Chulalongkorn University.
- Safian, R.D. (1997). *Coronary stents*, in Freed Mark Grines&Safian, Robert D(ED), *Manual of Interventional Cardiology*(page 459-518)(3rded). Birmingham: Physicians' Press.
- World Health Organization. (2014). *WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*. Retrieved on May 31, 2014, from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/