คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ

ของ

ขวัญใจ แจ่มสร้อย

15 ก.ย. 2548

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2548

ขวัญใจ แจ่มสร้อย. (2548). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล.* ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-ศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 252 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น *สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล* ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที ค่าเอฟ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียรสัน

ผลการศึกษา พบว่า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มี เพศ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. แรงสนับสนุนทางสังคม ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER DILATATION OF CORONARY ARTERY AT BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE AND VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

KHWANJAI JAMSOI

Presented in partial fulfillment of the requirements

for the Master of Science degree in Health Education

at Srinakharinwirot University

May 2005

Khwanjai jamsoi. (2005). *Quality of Life of the Patients with Coronary Heart Disease after Dilatation of Coronary Artery at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital.* Master thesis, M.Sc (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot Univertity. Advisor Committee : Assoc. Prof. Chutamat Tapchairsri, Asst. Prof. Lt.JG. Dr. Paiboon Onumng.

The objectives of this work were to study the quality of life of the patients with coronary heart disease after dilatation of coronary artery. The Studied variables were sex, age, marital status, level of education, income, duration after dilatation of coronary artery, number of dilatation of coronary artery, knowledge of coronary artery dilation, life and health value and social support. The samples were 252 patients with coronary heart disease after dilatation of coronary artery at Department of Medicine, Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. The samples were selected by accidental sampling. Questionnaires constructed by the researcher were used to collected all data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, one way analysis or F-test and Pearson product moment correlation coefficient were used to analyze the data by a computer program.

The results were as follows:

1. The patients with coronary heart disease after dilation of coronary artery had high level of knowledge of coronary artery dilatation, life and health value, social support and quality of life.

2. The patients with coronary heart disease after dilation of coronary artery had moderate level of quality of life.

3. The patients with different age, income, marital status and duration after dilatation of coronary artery had no significant differences in quality of life.

4. The patients with different sex, level of education and number of dilation of coronary artery had significant differences in quality of life at .05 level.

5. Social support and value of life and health correlated positively with quality of life at .05 level.

6. Knowledge of coronary artery dilatation had no significant correlation with quality of life.

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์

ของ

ขวัญใจ แจ่มสร้อย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

พฤษภาคม 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วย
การขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

ของ
นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

.....กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัธยมางกูร)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ดร. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์ สพ.ญ. นภาพร มัธยมางกูร กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์ ดร.ทรงพล ต่อนี อาจารย์นายแพทย์ ไพบูลย์ โชดินพรัตน์ภัทร อาจารย์ พิศมัย พิทักษาวรากร อาจารย์ ระวีวรรณ พิไลเกียรติ ที่ให้ความกรุณาให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีและขอขอบคุณอาจารย์นายแพทย์ ปิยะ เกษมสุวรรณ ที่ช่วยกรุณาเป็นที่ปรึกษาควบคุมวิจัยในคน

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่กรุณาให้ควาอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ได้อำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอบคุณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีจนบรรลุวัตถุประสงค์

ขอกราบขอบพระคุณมารดาและครูบาอาจารย์ทุกท่านที่อบรมสั่งสอน และถ่ายทอดวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา ยอดกลกิจ เป็นที่ปรึกษาในการศึกษาและขอขอบคุณทั้งพี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ ผู้ร่วมงานทุกท่าน เพื่อนนิสิตปริญญาโท และเพื่อนกลุ่มทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจเป็นอย่างดี

คุณค่าของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณแก่ทุกท่านที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขวัญใจ แจ่มสร้อย

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	3
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	3
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
	ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	4
	ตัวแปรที่ศึกษา	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ	5
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	9
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	10
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	11
	โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	11
	คุณภาพชีวิต	30
	การประเมินคุณภาพชีวิต	34
	แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	38
	ปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต	40
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	45
	งานวิจัยในต่างประเทศ	45
	งานวิจัยในประเทศ	46
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	51
	การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	51
	การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	52
	ลักษณะของเครื่องมือ	52
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

		หน้า
3 (ต่อ)	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	53
	การหาคุณภาพเครื่องมือ	56
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	57
	การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	57
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	58
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	63
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	63
	การวิเคราะห์ข้อมูล	63
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
5	สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	81
	สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า	81
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	81
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า	81
	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	82
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	84
	อภิปรายผล	85
	ข้อเสนอแนะ	94
บรรณานุกรม		96
ภาคผนวก		103
ประวัติย่อผู้วิจัย		132

บัญชีตาราง

ตาราง หน้า

2 จำนวน ค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 64

3 ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับ ของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม..... 68

4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม..... 69

5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม..... 70

6 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส..... 71

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง หน้า

7 จำนวนคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคม..... 72

8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 75

9 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และระดับการศึกษา..... 77

10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือด ค่านิยมด้านชีวิตสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 79

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ **หน้า**

1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า..... 9
2. ภาพแสดงเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจ..... 12
3. การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน..... 19
4. แสดงการใส่โครงตาข่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ..... 27

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การใช้เทคโนโลยี การคลอด การติดต่อสื่อสารและคมนาคม ซึ่งมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนไทยและสิ่งแวดล้อม ทำให้มีผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาสาธารสุขที่เกิดจากการบริโภคอาหาร ปัญหาสังคม ปัญหาโรคไม่ติดต่อมากขึ้น (กองสุขศึกษา. 2541ก : 7) การเกิดโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปมีจำนวนมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2538 : 13) จากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) จนถึงแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ที่ได้กำหนดไว้ในนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากร ก็มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรโดยใช้ยุทธศาสตร์ การพัฒนาประชากร มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพของประชากรทั้งผู้ด้อยโอกาสให้ได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพและจิตใจที่ดี มีสติปัญญา กระบวนการเรียนรู้ทักษะที่สามารถรับผิดชอบตนเอง และเข้าร่วมพัฒนาประเทศได้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 142) แม้ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือการเจ็บป่วย ก็สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษาหรืออาจต้องรักษาตลอดชีวิตก็ได้ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดและหัวใจ (พรรณี เสถียรโชค. 2536 : 429)

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โรคหลอดเลือดหัวใจเป็น 1ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข. 2538 : 142) จากรายงานสถิติสาธารณสุขปี 2541-2543 พบว่าโรคระบบไหลเวียนโลหิตมีจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 พบว่า ปี 2541 มีจำนวน 52,376 คน อัตราตาย 85.6 ปี 2542 มีจำนวน 42,288 คน อัตราตาย 68.7 และ ปี 2543 มีจำนวน 32,330 คน อัตราตาย 52.3 ตามลำดับ ถึงแม้อัตราตายจะลดลงแต่ก็ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมาก (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2543 : 79)

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary artery disease : Coronary heart disease of Artherosclerosis heart disease) สาเหตุเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี หรือผนังหลอดเลือดแข็งตัว หลอดเลือดมีรูแคบ (Coronary artherosclerosis) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ เกิดโรคหัวใจขาดเลือด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการตายอย่างกะทันหันได้ (เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร. 2540 : 1) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เป็นโรคไร้เชื้อที่เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับแรกในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยด้วย (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. 2538 : 259) สถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและการไหลเวียนเลือด ในปี 2540 มีจำนวน 35,884 ราย ปี 2541 มีจำนวน 37,233 ราย ปี 2542 มีจำนวน 43,009 ราย ปี 2543 มีจำนวน 50,371 รายปี 2544 มีจำนวน 16,124 ราย ปี 2545 มีจำนวน 15,992 รายและปี 2546 มีจำนวน 16, 398 ราย (หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ประจำปี 2546 : 1 - 21) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มมากถึงแม้จะมีจำนวนลดลงบ้างในปี 2544 แต่แนวโน้มก็เพิ่มขึ้น และความรุนแรงทำให้ถึงชีวิตได้อย่างเฉียบพลัน จึงได้มีวิวัฒนาการในการรักษาเพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยและช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้โดยใช้หลักการให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอการรักษาที่ได้ผล คือ การใส่โครงตาข่ายขยายหลอดเลือด (Colonary stent) และการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneus Transluminal Coronary Angioplasty : PTCA) (พรรณี เสถียรโชค. 2536 : 432)

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในปี พ.ศ. 2542 มีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (PTCA) มีจำนวน 292 คน ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่โครงตาข่าย (Stent) จำนวน 280 คน ปี 2543 มีการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยบอลลูน จำนวน 376 คน ขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยการใส่โครงตาข่าย 284 คน (หน่วยเวชระเบียนและเวชสถิติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ปี 2543 - 2544 : 4-9, 4-10) จากสถิติการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และผลการรักษาเป็นการบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกและสามารถดำเนินชีวิต การทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ แต่ต้องการดูแลใส่ใจตนเองมากขึ้น ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การออกกำลังกาย การทำงาน การทำกิจกรรมในสังคม การสังสรรค์รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์

และกิจกรรมต่างๆ ต้องมีขอบเขตที่จำกัดเพิ่มขึ้น และข้อห้ามต่างๆ ทำให้การดำเนินชีวิตต้องอยู่กับความวิตกกังวล กลัวการเสียชีวิต การสูญเสียรายได้ และงบประมาณในการรักษา บางรายอาจซึมเศร้าได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าว โดยการศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของซาน (Zhan. 1992 : 795) ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตจากองค์ประกอบด้านจิตพิสัยไว้ 4 ด้านได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อนำผลการศึกษาใช้ในวางแผนให้สุขศึกษา และการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ให้มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ กับ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สามารถใช้เป็นแนวทางส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ขึ้น

2. เป็นแนวทางในการจัดบริการทางด้านส่งเสริมสุขภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในปัจจุบัน

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 680 คน (ปี พ.ศ. 2546)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลเป็นผู้สมัครใจตอบแบบสอบถามซึ่งได้รับการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จำนวน 252 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็น ดังนี้

1.1 เพศ

1.2 อายุ

1.3 สถานภาพสมรส

1.4 ระดับการศึกษา

1.5 รายได้

1.6 ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.7 จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.8 ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

1.9 ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

1.10 แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิต

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. คุณภาพชีวิต

หมายถึง ระดับความรู้สึกของความพึงพอใจเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีต่อความเป็นอยู่ หรือการดำเนินชีวิตของตนเองโดยผ่านกระบวนการรับรู้ สามารถประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน

1.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)

หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้เกี่ยวกับ ความพึงพอใจในสถานะความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และความสำเร็จในชีวิต

1.2 ด้านอัตมโนทัศน์ (Self concept)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองเรื่องสภาพร่างกาย บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง

1.3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and functioning)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ การออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์

1.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Social economic)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่รับรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน การศึกษา กิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพ และรายได้

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary heart disease)

หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีการตีบตันของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตั้งแต่ 1 เส้นขึ้นไปและต้องได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง เป็นการรักษาโดยอาศัยหลักของการถ่างขยายหลอดเลือด เพื่อให้การไหลเวียนเลือดสะดวกขึ้นวิธีที่นิยมมี 2 วิธี คือ

3.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน (Percutaneus Transluminal Coronary Angioplasty : PTCA)

หมายถึง การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบวิธีหนึ่ง โดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ แล้วใช้ความดันในลูกโป่งเบียดกระแทกไขมันแตกออก และดันให้ผนังหลอดเลือดขยายออก

3.2. การใส่โครงตาข่ายในการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Coronary stents)

หมายถึง ผู้ป่วยขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยโครงตาข่ายสปริงวงกลมนำมาใส่ในหลอดเลือดเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบแคบขณะใส่ต้องใช้ความดันขนาดสูง เพื่ออัดโครงตาข่ายสปริงวงกลมให้ยึดขยายออก

4. เพศ

หมายถึง เพศของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

4.1 เพศหญิง

4.2 เพศชาย

5. อายุ

หมายถึง จำนวนอายุเต็มบริบูรณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตั้งแต่เกิดถึงวันตอบแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

5.1 อายุน้อยกว่า 40 ปี

5.2 อายุ 40 - 60 ปี

5.3 อายุมากกว่า 60 ปี

6. สถานภาพสมรส

หมายถึง ฐานะหรือตำแหน่งทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันของสามี / ภรรยาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประกอบด้วย

6.1 โสด

6.2 คู่

6.3 ม่าย/หย่า/แยก

7. ระดับการศึกษา

หมายถึง การเรียนขั้นสูงสุดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งเป็น 5 ระดับ

7.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

7.2 ประถมศึกษา

7.3 มัธยมศึกษา

7.4 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

7.5 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

8. รายได้

หมายถึง จำนวนเงินเฉลี่ยต่อเดือนที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือรายได้อื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แบ่งเป็น

8.1 ต่ำกว่า 5,001 บาทต่อเดือน

8.2 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน

8.3 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน

8.4 15,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป

9. ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ระยะเวลานับเป็นจำนวนเต็มเป็นเดือนโดยนับตั้งแต่หลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งสุดท้าย จนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

9.1 น้อยกว่า 1 ปี

9.2 1-2 ปี

9.3 3 ปี

9.4 มากว่า 3 ปี

10. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ นับตั้งแต่ทราบว่าตนเองเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

10.1 1ครั้ง

10.2 2ครั้ง

10.3 3ครั้ง

10.4 มากกว่า 3ครั้ง

11. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

หมายถึง ความสามารถในการคิดรับรู้และจดจำเกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจในเรื่อง วิธีการ การปฏิบัติตนหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

12. ค่านิยมด้านชีวิต และสุขภาพ

หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่เห็นความสำคัญ และคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ และการมีสุขภาพที่ดีปราศจากภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความหมายของค่านิยมในงานวิจัยนี้ เน้นในด้านการให้ความสำคัญแก่ชีวิตและการให้ความสำคัญแก่สุขภาพ แบบวัดค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แบบวัดที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการศึกษาแบบวัดค่านิยมต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าและความสำคัญของการมีชีวิตและมีสุขภาพที่ดี (มาตรา 5 ระดับ)

13. แรงสนับสนุนทางสังคม

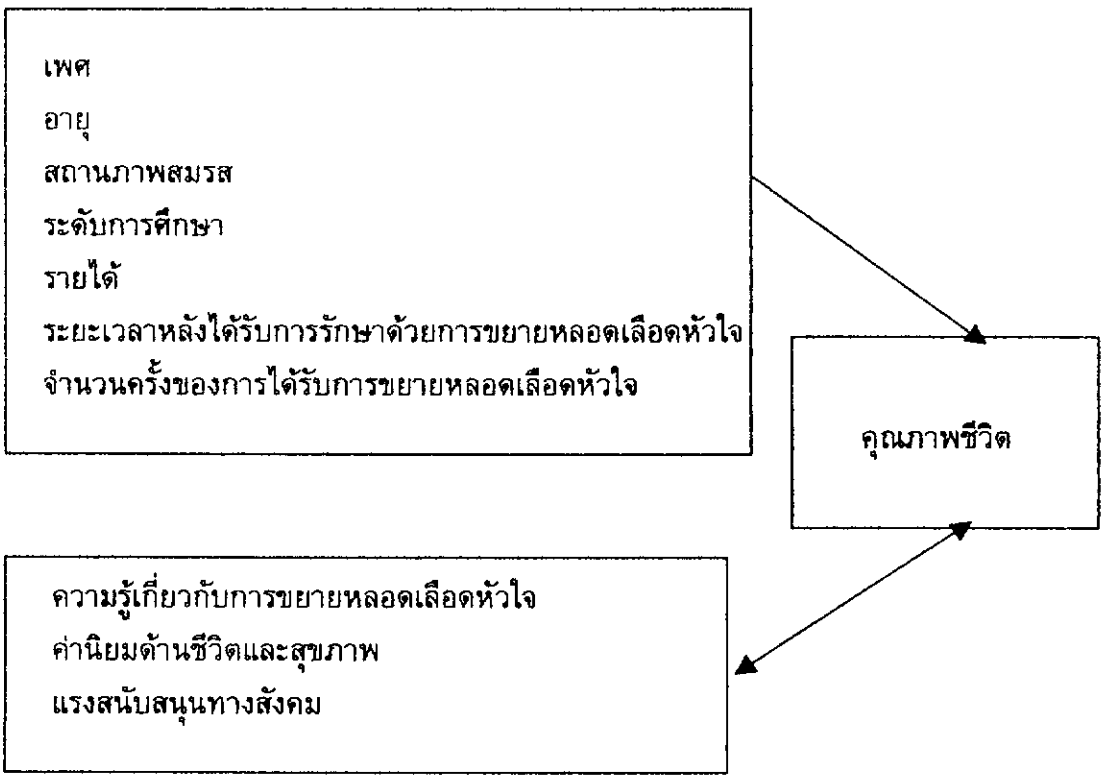
หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรในทีมสุขภาพ สมาชิกในบ้านบิดา มารดา บุตร หลาน ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านหรือบุคคลในทีมสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การบริการ การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร

14. แผนกอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

หมายถึง แผนกการรักษาพยาบาล เฉพาะโรคทางอายุกรรมประกอบด้วย แผนกผู้ป่วยนอกคือ ศูนย์โรคหัวใจ และแผนกผู้ป่วยในคือ อายุรกรรมชาย 1 , 2 อายุกรรมหญิง 1, 2 และอายุรกรรมพิเศษ 1-4 ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

จากกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ สามารถตั้งสมมติฐานได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่าง มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

8. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

9. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

10. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้ คือ

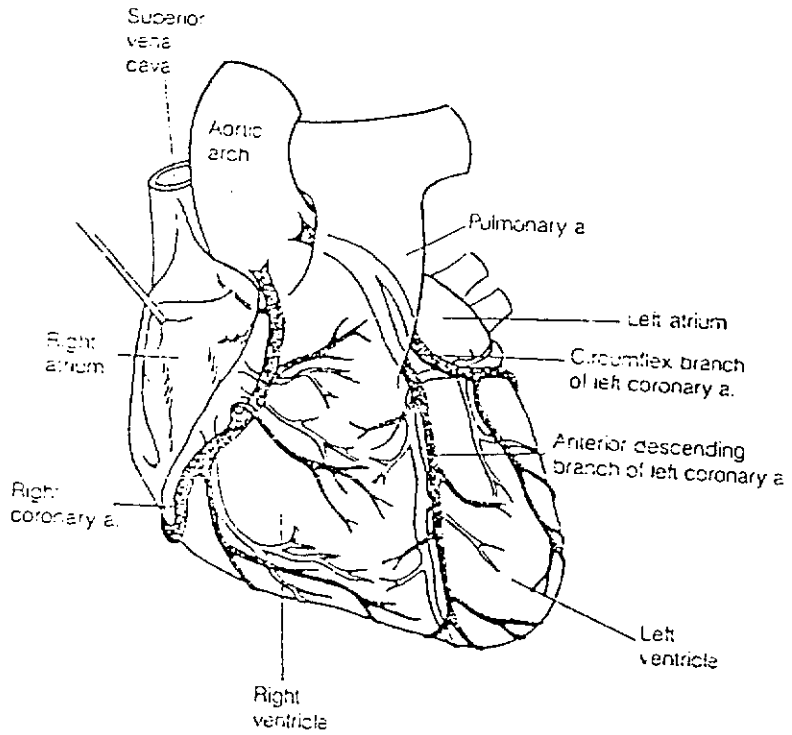
1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
   - 1.1 โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
   - 1.2 คุณภาพชีวิต
   - 1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
   - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
   - 1.5 แนวคิดของซานกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
   - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
   - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease)

ระบบไหลเวียนของหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย เส้นเลือดแดงที่แยกออกจาก Ascending aorta สองเส้นคือ เส้นเลือดหัวใจด้านขวา (Right coronary artery) ส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง ของหัวใจห้องล่างซ้าย และไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา และเส้นเลือดหัวใจด้านซ้าย (Left circumflex artery) ซึ่งมีแขนงแยกออกเป็น 2 เส้น คือ Left anterior descending ซึ่งส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายบริเวณ anterior wall,

anteroseptal และpical septum และเส้นเลือด left circumflex artery ส่งเลือดไปเลี้ยงบริเวณผนังด้านข้างและด้านหลังของหัวใจห้องล่างซ้าย (Later wall of left ventricle) ดังภาพประกอบ 2 (เพ็ญโฉม พึ่งวิชา. 2539 : 9)



ภาพประกอบ 2 แสดงเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือโรคหัวใจขาดเลือด เป็นภาวะที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการเลือดไปเลี้ยงของหัวใจเองโดยเลือดที่ไปเลี้ยงจะน้อยกว่าความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจขณะนั้นทำให้เกิดการขาดเลือดหรือขาดออกซิเจน พยาธิสภาพส่วนใหญ่เกิดจากครบไขมัน (Atherosclerotic plaque) ที่เกิดขึ้นภายในผนังบุด้านใน

ของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (พรรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ชัย ชัยเสรี. 2536 : 429) การเกิดคราบไขมันมีผลทำให้ผนังหลอดเลือดหนาและแข็ง รูของหลอดเลือดตีบแคบลง ในระยะแรกจะยังไม่ปรากฏอาการเพราะเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจยังเพียงพอกับความต้องการ แต่เมื่อมีการสะสมเป็นเวลานานประกอบกับมีหินปูนมาเกาะ จะทำให้คราบไขมันมีขนาดใหญ่ขึ้นจนทำให้เกิดการตีบแคบลงของหลอดเลือดเกินร้อยละ 70 ของหลอดเลือดเดิม มีผลทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกได้ จากภาวะที่เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการ (ชมภูนุช อ่องจริต. 2538 : 709) นอกจากนั้นอาจเกิดการอุดตันอย่างเฉียบพลันจากการปริแตกหรือแยกออกเป็นร่องของคราบไขมัน และมีลิ่มเลือดเกิดขึ้น ซึ่งในการเกิดลิ่มเลือดนี้เกร็ดเลือดจะมีบทบาทสำคัญในการมารวมตัวทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือด และครบไขมันที่แตกหรือแยกออกมีสารพวกทรอมโบพลาสตินปล่อยออกมาด้วย รวมทั้งการที่ทรอมบินมีปฏิกิริยากับไฟบริโนเจนที่ไหลเวียนอยู่ในเลือดและถูกทำให้เป็นไฟบริน ซึ่งเป็นสารที่ไม่ละลายในเลือด และเป็นตัวสำคัญตัวหนึ่งในการเกิดลิ่มเลือด มีผลทำให้มีการอุดตันของหลอดเลือดอย่างเฉียบพลันได้ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับระดับการอุดตันคือ การอุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเพียงบางส่วนอาจไม่รุนแรงเท่ากับเกิดการอุดตันทั้งหมด

สาเหตุการเกิดโรค

สาเหตุการเกิดคราบไขมันในหลอดเลือดโคโรนารีนั้นยังไม่มีผู้ใดทราบแน่ชัดแต่จากหลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมหรือมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือการเกิดคราบไขมันสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียด และบุคลิกภาพแบบเอ ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น เพศ อายุ กรรมพันธุ์

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูง (Hypercholesterolaemia) โดยปกติไขมันในเลือดไม่ควรสูงเกิน 250 มิลลิกรัมต่อเลือด 100 มิลลิลิตร ผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล (Total cholesterol) และไขมันที่มีความหน่าแน่นต่ำ เป็นสาเหตุทำให้เส้นเลือดแดงตีบตัน (พรรณี เสถียรโชค. 2536 : 431) ผลมาจากการรับประทานอาหารไม่ถูกส่วน รับประทานอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวมากเกินไป เช่น ไขมันจากสัตว์ และมะพร้าว ไขมันที่สูงในเลือดจะตกตะกอนจับผนังของ

หลอดเลือด ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบลง ประสิทธิภาพในการขยายต่อของหลอดเลือดน้อยลง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกมากผิดปกติ เช่น ในครอบครัวที่มีประวัติไขมันในกระแสโลหิตสูง (Familial hypercholesterolaemia)

2. ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากในภาวะของความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดจะบีบแรงเพราะแรงดันการไหลของหลอดเลือดแดงเพิ่ม จนเลือดไหลยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ ได้ไม่สะดวก แรงกระแทกนี้เป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือด เกิดขบวนการทางชีวเคมี จะทำให้สารพวกที่เป็นไขมันไปเกาะติดได้ง่าย และมีความดันโลหิตสูง (ซีสโตลิค มากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท หรือ ไดแอสโตลิคมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท) ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือดของสมองของหัวใจและของไตได้ (Newton, KM. & Froelicher, ES. 1995 : 205)

3. โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน จะมีอุบัติการณ์ของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานมาเป็นเวลานาน จะพบเป็น 2 เท่าของคนปกติ ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูง มีควบคู่กับความดันโลหิตสูง และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในไตได้ ในผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มักพบว่าเป็นรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นเบาหวาน (Newton, KM. & Froelicher, ES. 1995 : 205)

4. การสูบบุหรี่ (Smoking) เป็นปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคนี้ โดยเฉพาะในคนที่สูบบุหรี่จัด สารคาร์บอนมอนนอกไซด์ (Carbon Monoxide) ในบุหรี่สามารถทำลายผนังส่วนในของหลอดลเลือดได้ และสารนิโคติน (Nicotin) ที่ทำให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งของสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งปล่อยออกมาทำให้เกิดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัว รูของหลอดเลือดแคบลงทำให้ชีพจร และความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น (พรรณี เสถียรโชค. 2536 : 431)

5. โรคอ้วน (Obesity) คนที่อ้วนมักจะพบว่ามีโรคหลอดเลือดแข็งได้บ่อยแต่อาจจะเป็นเพราะอ้วนมักจะมีโรคอื่น ๆ แทรกด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โดยเฉพาะไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low density lipoprotein) และพบว่าไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High density lipoprotein) มีระดับต่ำ

6. ขาดการออกกำลังกาย ในผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะพบว่าอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดน้อยลง อาจเป็นเพราะออกกำลังกายทำให้ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง เพิ่มขึ้น ทำให้ไม่มีความอ้วน การเกาะตัวของเกล็ดเลือดลดลง ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่กับที่ เช่น ทำงานนั่งโต๊ะ พบว่ามีโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีโอกาสออกกำลังกาย

7. ภาวะเครียด ความเครียดทำให้โคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น ภาวะเครียดทำให้เกิดหัวใจวายได้ง่าย และบุคลิกภาพแบบเอ (Persanality type A or Coronary prone behavior) มักมีลักษณะก้าวร้าวทะเยอทะยานมีความใฝ่ฝันสูง ขยันขันแข็งเข้มงวด เคร่งเครียด เอาจริงเอาจังอยู่ตลอดเวลา รีบร้อน หรือโมโหง่าย (Newton, KM. & Froelicher, ES. 1995 : 207) พบได้บ่อยทั้งชายและหญิง ผู้ป่วยประเภทนี้พบว่ามีสารเคมีแคทีโคลามีน (Catecholamine) ในเลือดสูงซึ่งทำให้เกิดมีความดันโลหิตสูง พบการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้

1. เพศ และอายุ เพศชายอายุเกิน 40 ปีขึ้นไปแล้วพบหลอดเลือดแข็งตัวน้อยกว่าเพศหญิง ในทวีปยุโรป และอเมริกา พบว่า พยาธิสภาพหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว Atherosclerosis เริ่มต้นเมื่ออายุน้อยกว่า 40 ปี ผู้ป่วยคนไทยหรือชาวเอเชีย พอจะมีอยู่บ้างแต่ไม่มาก และในหญิงที่หมดประจำเดือนแล้วพบได้บ่อยใกล้เคียงกับเพศชาย

2. กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Family history) ผู้ที่มีประวัติว่าบิดาหรือภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ บุตรมีอัตราเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวสูงกว่าคนปกติ 7 เท่า โดยมีความเชื่อว่าภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ และโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดคราบไขมันหรือภาวะหลอดเลือดแดงแข็งมากกว่า ประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในครอบครัว ความอ้วน ขาดการออกกำลังกาย อายุ เพศ การดื่มสุรา และปัจจัยด้านบุคลิกภาพและผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายชนิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียว (วิชัย ตันไพจิตร. 2537 : 100)

การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายอีกครั้ง

1. งดการสูบบุหรี่ ดื่มน้ำชา กาแฟ สารนิโคตินจากบุหรี่ และสารจากใบชา กาแฟ จะทำให้หลอดเลือดตีบลง และกระตุ้นหัวใจให้ทำงานมากขึ้น การงดสูบบุรี่ลดอัตราหลอดเลือดหัวใจตีบได้

ร้อยละ 50 ในปีแรก และลดลงเกือบเท่าคนไม่สูบบุหรี่ในระยะ 10 ใน 1 เดือน และยังลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดด้วย (เดือนฉาย ชยานนท์. 2538 : 8)

2. รักษาและควบคุมความดันโลหิตและเบาหวาน สามารถจะลดอัตราการตายจากโรคได้

3. งดอาหารจำพวกไขมัน โดยเฉพาะโคเลสเตอรอลสูง อันได้แก่ เครื่องในสัตว์ สมองสัตว์ น้ำมันจากสัตว์ สัตว์ปีก หนังไก่ หนังเป็ด เนื้อติดมัน

4. หลีกเลี่ยงการมีอารมณ์เครียดหรืออารมณ์รุนแรง ถ้าไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง แพทย์อาจต้องใช้ยาช่วย

5. ควบคุมน้ำหนักตัว

6. มีการรักษาที่ต่อเนื่อง การรับประทานยาสม่ำเสมอ

7. มีการออกกำลังกายที่ถูกต้อง (เดือนฉาย ชยานนท์. 2538 : 10)

ระดับความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับจำนวนหลอดเลือดที่เป็นตำแหน่งและเปอร์เซนต์ของการตีบแคบในหลอดเลือด New York Heart Association Criteria Committee ได้จำแนกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจตามความสามารถในการทำกิจกรรม และอาการของโรคหัวใจ ได้ดังนี้

Class 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมทั่วไปได้โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติ ในขณะพัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก เมื่อทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป

Class 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีขีดจำกัด ในการทำกิจกรรม อาจรู้สึกสบายในขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรม ๆ จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก

Class 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกในขณะพัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยจะแสดงอาการทางคลินิกที่พบบ่อย คือ

1. อาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina pectoris) เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของออกซิเจนที่ได้รับและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนใหญ่เกิดจาก Atherosclerotic Coronary Arteries อาการเจ็บแน่นหน้าอกแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1 อาการเจ็บแน่นหน้าอกสม่ำเสมอ (Stable angina pectoris) เป็นการเจ็บแน่นหน้าอกที่ค่อนข้างจะเรื้อรัง เป็นในลักษณะเดียวกัน บริเวณที่เจ็บ ระยะเวลาที่เจ็บ มีตัวกระตุ้นคล้าย ๆ กัน โดยเฉพาะเป็นมาแล้วมากกว่า 2 เดือนขึ้นไป ความรู้สึกแน่นอึดอัดบริเวณหน้าอก มีอาการเจ็บหนัก ๆ เจ็บแปลบ ๆ บริเวณที่เจ็บอยู่บริเวณตรงกลางหน้าอกด้านซ้ายหรือด้านขวา บริเวณสะบักหลังหรือหัวไหล่ซ้าย อาจร้าวไปยังกราม ไหล่ซ้าย แขนซ้าย ระยะเวลาการเจ็บแต่ละครั้งประมาณ 2 - 5 นาที น้อยรายจะเป็นนานถึง 30 นาที สิ่งกระตุ้น เช่น การออกกำลังกาย เดินขึ้นบันได ขับรถ เดินหลังอาหารมื้อเย็น กระทบอากาศเย็นเกินไป อยู่ในระหว่างอารมณ์เครียด โกรธ ตกใจ ขณะที่กำลังสูบบุหรี่ เป็นต้น อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พักผ่อนหรืออมยาไนโตรกลีเซอร์รีน

1.2 อาการเจ็บหน้าอกไม่สม่ำเสมอ (Unstable angina pectoris) มักพบว่า พึ่งมีอาการภายใน 1 - 2 เดือน มีประวัติการเจ็บหน้าอกเพิ่มมากขึ้นกว่า 10 นาที การเจ็บจะถี่และบ่อยขึ้น หรืออาจเจ็บมากกว่าครึ่งชั่วโมง มีเหงื่อออก หน้ามืด เป็นลมหรือมีเจ็บหน้าอกขณะที่พักผ่อนหรือเกิดขึ้นขณะหลับ

1.3 Prinzmetal 's angina (Variant angina pectoris) เป็นการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉพาะเวลาที่พักผ่อนอยู่ โดยไม่มีการออกกำลังกาย หรือมีอารมณ์เข้ามาเกี่ยวข้องตรวจร่างกายและตรวจหัวใจจะพบว่าปกติ

2. กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardia infarction) หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจ ที่ขาดเลือดไปเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ และไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้

3. ตายโดยปัจจุบันทันด่วน (Sudden death) หมายถึงการตายที่เกิดขึ้นในระยะเวลาอันสั้น และโดยมิได้คาดไว้ล่วงหน้ามาก่อน อาจเกิดทันทีทันใด หรือจากระยะเวลาที่มีอาการจนกระทั่งถึง 24 ชั่วโมง

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

การรักษาด้วยยา (Medical treatment)

คือ การรักษาด้วยการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant) (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 99) เพื่อแก้ไขความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการใช้ออกซิเจนกับปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยการลดความต้องการใช้ออกซิเจนและการเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลเวียน ยาที่นำมาใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่สำคัญแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ Antianginal drug, Antithrombolytic agent, Thromboltytic agent, Angiotensin Converted Enzyme Inhibitor (ACE-1) และ Hypolypemic agents (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 76)

การรักษาด้วยการตัดเอาคราบไขมันออก (Coronary atherectomy)

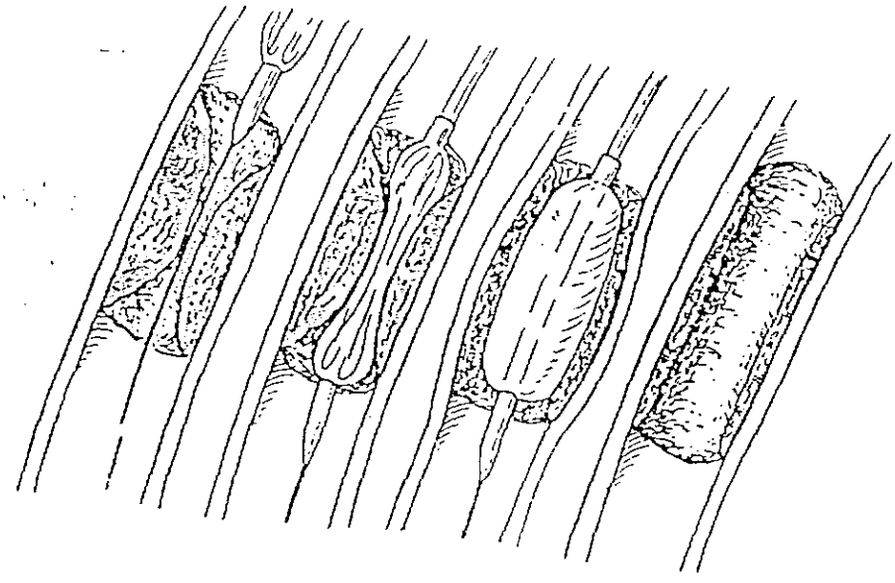
คือ การขยายหลอดเลือดโดยใช้หลักการคล้ายหัวกรอฟันส่วนปลายเป็นหัวกรอ ปั่นหรือหนุนด้วยความเร็วสูงมาก ขจัดสิ่งอุดตันให้เป็นอณูเล็กๆที่หลุดไปตามกระแสเลือด (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 107) วิธีนี้การทำมีทั้ง Direction coronary atherectomy, Rotationl atherectomy และ Transluminal extraction atherectomy จากการศึกษาพบว่า วิธีนี้มีอัตราการตีบตันของหลอดเลือดร้อยละ 30 และเกิดการหนาตัวของผนังชั้นในของหลอดเลือด (Intimal hyperplasia)

การรักษาด้วยการยิงแสงเลเซอร์ (Coronary laser angioplasty) คือ การใช้แสงเลเซอร์ยิงสลายไขมันบริเวณที่เกิดการอุดตัน ชนิดของแสงเลเซอร์ที่นิยมใช้คือ อาร์กอน คาร์บอนไดออกไซด์ และ Nd : YAG (Neodynin-yatrium garnet)(Lincoff & topol. 1997 : 1383)

การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft : C.A.B.G.) คือ การทำผ่าตัดหลอดเลือดดำ (Veins) ซึ่งเอามาจากส่วนหนึ่งของร่างกาย ส่วนมากใช้บริเวณขา เพื่อมาใช้ต่อหลอดเลือดแดงของหัวใจ (Coronary arteries) บริเวณที่อุดตัน ทำให้เลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ทำให้ลดอาการเจ็บหน้าอก และการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 108) จะทำในกรณีที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น และมีความผิดปกติอย่างรุนแรงของลิ้นหัวใจไมตรัสหรือเอออร์ติกร่วมด้วย

การรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน (Percutaneous Tansluminal Coronary Agioplathy : PTCA)

คือ เป็นการขยายหลอดเลือดหัวใจทางผิวหนังโดยอาศัยหลักการของการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) มีสายสวนไปที่เส้นเลือดแล้วเป่าบอลลูนโดยความดันทำให้มีการขยายตามขนาดของหลอดเลือดที่อุดตันให้กว้างขึ้น (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 104) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาในการขยายหลอดเลือดใช้หลักของความดันในลูกโป่งเบียดกระแทกให้คราบไขมันแตกออกและดันให้ผนังหลอดเลือดชั้น Media และ Adventitia ขยายออก มีผลให้เลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น (Landua, et. al. 1994 : 981) กลไกที่เกิดขึ้นอาจเป็นการบดขยี้ให้ก้อนเลือดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ง่ายต่อการสลายลิ่มเลือดหรือการเปลี่ยนโครงสร้างของคราบไขมัน ดังภาพประกอบ 3 (พรรณี เสถียรโชค และประดิษฐ์ เสรีชัย. 2537 : 76)



ภาพประกอบ 3 แสดงการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน

ข้อบ่งชี้ในการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน แบ่งออกเป็น 2 ข้อใหญ่ คือ

ข้อบ่งชี้ทางคลินิก (Clinical indication)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infraction) การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนจะทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อห้ามในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด หรือรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล หรือได้ผลไม่ดีที่ควร แบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ

1.1 การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน เป็นวิธีการแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Primary or Direct P.T.C.A) การรักษาด้วยวิธีการนี้ประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 83 - 98 การรักษาจะได้ผลดีควรทำภายใน 6 ชั่วโมงแรกหลังจากมีอาการแต่ระยะเวลาที่ดีที่สุด คือ ภายใน ชั่วโมงหลังจากมีอาการซึ่งจะให้ผลสูงถึงร้อยละ 92 - 98 การรักษาด้วยวิธีนี้เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจะพบว่า การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนจะสามารถเปิดหลอดเลือดได้ดีกว่าบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้รวดเร็ว ลดอัตราการอุดตันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และลดอัตราการตายในโรงพยาบาลได้ดีกว่า

1.2 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนภายใน 1 - 2 ชั่วโมง หลังจากที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Immediate P.T.C.A.) การรักษาด้วยวิธีการนี้วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดการอุดตันซ้ำของหลอดเลือด หรือเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ทั้งนี้เพราะในผู้ป่วยบางรายหลังการใช้ยาละลายลิ่มเลือดจะพบอัตราการอุดตันซ้ำสูง (Grines & Topol. 1994) ทำให้การทำงานของหัวใจห้องซ้ายดีขึ้นแล้วยังพบว่า เพิ่มอัตราการเกิดภาวะอัตราการตายหรือการเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก และอัตราการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีนี้จึงไม่ควรทำ ยกเว้นในกรณีที่เกิดการอุดตันซ้ำ หรือยังมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง

1.3 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหลังจากการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดแล้วไม่ได้ผล (Rescue P.T.C.A.) การรักษาด้วยวิธีการนี้จะช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เร็วขึ้น อัตราประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 71 - 92 สามารถลดอัตราการตาย และการเกิดหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างรุนแรงหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Mehra & Faxon. 1994 : 267).

1.4 การขยายหลอดเลือดโคโรนารี หลังรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดแล้ว 2 - 7 วัน (Dlayed P.T.C.A) วัตถุประสงค์เพื่อลดหรือป้องกันการอุดตันซ้ำ และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย แต่จากการศึกษาพบว่า ผลการรักษาไม่แตกต่างไปจากการรักษาแบบทั่วไป (Conservative treatment) ดังนั้น การรักษาด้วยวิธีการนี้จึงไม่ได้รับความนิยม นอกจากมีอาการเจ็บหน้าอกหรือมีการอุดตันซ้ำ การเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (Unstable angina) จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ขณะพัก หรือ variant angina ที่หลอดเลือดหัวใจตีบมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนจะทำให้อาการเจ็บหน้าอกหายไปทันที และการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อัตราประสบความสำเร็จค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 83 - 93 แต่ถ้าทำทันทีหลังเกิดอาการจะพบว่า เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง และอัตราประสบความสำเร็จต่ำ ซึ่งถ้ารอให้อาการของผู้ป่วยคงที่ (ประมาณ 48 ชั่วโมง - 2 สัปดาห์) จะพบว่าอัตราประสบความสำเร็จสูงและเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ำ และเมื่อศึกษาติดตามต่อไปอีก 5 ปี พบว่าร้อยละ 6 - 14 ของผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 75 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และอัตราการรอดชีวิตมีมากกว่าร้อยละ 90 (Gersh, et. al. 1997 : 139)

2. การเจ็บหน้าอกชนิดคงที่ (Stable angina) ทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรง ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา เช่น แอสไพริน ยากั้นเบต้า ยาต้านแคลเซี่ยม และยาขยายหลอดเลือด หรือในกรณีที่อาการของโรคก่อให้เกิดปัญหาอย่างมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราประสบความสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 (Kutcher, 1994 : 151) พบอัตราตายเพียงร้อยละ 0.4 - 2.8 โอกาสเกิดการตีบตันซ้ำภายใน 6 เดือนร้อยละ 30 และผ่าตัดฉุกเฉินเพียงร้อยละ 1 - 2.8 เมื่อศึกษาติดตามต่อไปอีก 5 ปี จะพบอัตราการรอดชีวิตถึงร้อยละ 90 (Wong, et.al. 1990 : 852)

ข้อบ่งชี้ทางกายวิภาค (Anatomical Indication) การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนจะได้ผลดีสูงถึงร้อยละ 90 ในกรณีที่กล้ามเนื้อหัวใจทำงานได้ตามปกติ และหลอดเลือดหัวใจตีบมีลักษณะดังนี้ (องค์การ เรืองรัตนอัมพร, 2539 : 34)

1. มีการอุดตันเพียงตำแหน่งเดียว และอยู่บริเวณส่วนต้น

2. การตีบโดยรอบภายในหลอดเลือดเท่ากัน (Concentric) เรียบ ไม่มีหินปูนเกาะ

3. ความยาวของรอยตีบค่อนข้างสั้น (Short < 0.5 cm.)

4. มีการอุดตันเพียงบางส่วน

5. ลักษณะของรอยตีบตรง ไม่มีแขนง (Straight portion, Noside branch)

6. มีเส้นเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้น (Protected collatteral)

หลังปี ค.ศ. 1986 มีข้อบ่งชี้เพิ่มขึ้น ได้แก่ (องค์การ เรืองรัตนอำพร, 2539 : 35)

1. มีการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีด้านหน้าซ้าย (Left anterior descending artery : LAD.) หรือหลอดเลือดหัวใจเส้นขวาที่เด่น ไม่ว่าจะมีอาการเจ็บหน้าอกหรือไม่ก็ตาม

2. มีการตีบตันหลายตำแหน่ง (Multiple discrete lesion) ในหลอดเลือดเส้นเดียวกัน และอาจเป็นการอุดตันส่วนต้น ค่อนข้างยาว มีหินปูนเกาะบางส่วน การตีบตันที่เกิดขึ้นข้างใดข้างหนึ่งของหลอดเลือดและเป็นการอุดตันทั้งหมด

3. การอุดตันของเส้นเลือดที่นำมาต่อเป็นทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Bypass graft) ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง

4. การอุดตันหลังการขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน

5. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจกำลังจะตายเฉียบพลัน

6. หลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยที่ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ

7. ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการผ่าตัดหรือมีคุณลักษณะที่ไม่เหมาะสมในการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ แต่จะได้ประโยชน์จากการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน

นอกจากนั้นสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งอเมริกา (America Collage of Cardiology / America Heart Association : ACC / AHA) ได้เสนอแนวทางในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบด้วยการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น (Single - vessel coronary artery) ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเจ็บหน้าอกเพียงเล็กน้อย และรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยา ที่มีการตีบแคบมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของเส้นเลือดที่มีขนาดใหญ่ ที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณขนาดปานกลาง และควรมีลักษณะ คือ ผู้ป่วยที่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจของเลือดระหว่างการทดสอบ (Low - level exercise test) ผู้ป่วยที่ฟื้นคืนชีพจากหัวใจหยุดทำงานหรือการ

เต้นผิดจังหวะของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือเคยทำผ่าตัดเส้นเลือด เช่น การผ่าตัดเส้นเลือดดำโป่งพอง

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอัตราการประสบความสำเร็จในการรักษาสูง เกิดหลอดเลือดปิดอย่างฉับพลัน และมีอัตราการตายต่ำ คือ น้อยกว่าร้อยละ 5 และ 0.5 ตามลำดับ และในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ไม่ควรทำ คือ กล้ามเนื้อหัวใจที่เสี่ยงต่อการตายมีขนาดเล็ก ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะทดสอบหลอดเลือดหัวใจตีบแคบร้อยละ 50 - 60 แต่ไม่ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและผู้ที่มีอัตราเสี่ยงสูง

1. ผู้ป่วยที่หลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น มีอาการเจ็บหน้าอกระดับ 2, 3 หรือ 4 (สมาคมโรคหัวใจแห่งแคนาดา) และได้รับการรักษาด้วยยา ที่มีการตีบของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณขนาดปานกลาง และมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยา หรือเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษาด้วยยา

ผู้ป่วยที่ไม่ควรรักษาด้วยวิธีนี้คือ ผู้ที่กล้ามเนื้อหัวใจเสี่ยงต่อการตายมีบริเวณขนาดเล็กและไม่มีอาการ อาการทางคลินิกที่ไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีแนวโน้มประสบความสำเร็จต่ำ หรือไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระหว่างการทดสอบ (High - stress testing มากกว่า 12 METS)

2. ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบหลายเส้นที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเจ็บหน้าอก ระดับปานกลาง แลรักษาหรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยา มีการตีบแคบของหลอดเลือดขนาดใหญ่ และมีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการเปิดหลอดเลือดสูง และมีลักษณะ คือ กล้ามเนื้อหัวใจเสี่ยงต่อการตายมีบริเวณขนาดใหญ่ มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรง ขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาขณะทดสอบ หรือผู้ป่วยที่ฟื้นคืนชีพจากหัวใจหยุดทำงาน หัวใจล่างซ้ายเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง และไม่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ควรรักษาด้วยวิธีนี้คือ ผู้ที่มีกล้ามเนื้อหัวใจเสี่ยงต่อการตายมีบริเวณขนาดเล็ก มีการอุดตันอย่างเรื้อรัง ของหลอดเลือดที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณขนาดปานกลาง หรือขนาดใหญ่ และมีอัตราเสี่ยงสูง

3. ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบหลายเส้น มีอาการเจ็บหน้าอก ความสามารถในการทำงานระดับ 2 - 4 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งอเมริกา) และได้รับการรักษาด้วยยา มีการตีบของหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญในตำแหน่งเส้นเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณขนาดปานกลาง

จำนวน 2 เส้นหรือมากกว่า และมีอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยา รักษาด้วยยาไม่ได้ผล เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการรักษาด้วยยา ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ควรทำคือ กล้ามเนื้อหัวใจเสี่ยงต่อการตายมีขนาดเล็ก ตำแหน่งและลักษณะของการอุดตันที่มีผลต่อความสำเร็จต่ำ อัตราเสี่ยงสูง และกล้ามเนื้อหัวใจที่มีบริเวณที่มีขนาดปานกลาง หรือขนาดใหญ่

4. ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนทำได้ 2 วิธี คือ

4.1 ทำภายหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายทันที คือ ภายหลังเกิดอาการ 0 - 6 ชั่วโมง หรือภายใน 6 - 12 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ แต่ยังคงมีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือมีภาวะช็อคจากหัวใจ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ควรรักษาด้วยวิธีการนี้ คือ ผู้ที่เกิดอาการมาแล้วเป็นเวลานานมากกว่า 12 ชั่วโมง และไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือผู้ที่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดภายใน 24 ชั่วโมง และไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

4.2 ทำภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในกรณีที่พบว่ามีการอุดตันของหลอดเลือด 1 เส้น หรือมากกว่า และคาดว่าจะประสบความสำเร็จสูง (มากกว่าร้อยละ 90) มีอัตราเสี่ยงต่ำ รวมทั้งผู้ที่มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Postinfarct angina) โดยเฉพาะถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าของหัวใจร่วมด้วย หรือมีอาการเจ็บอกระหว่างการทดสอบก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือในกรณีที่หัวใจห้องล่างซ้ายกลับเต้นผิดจังหวะซ้ำหรือเกิดเหตุการณ์ทั้ง 2 อย่างขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยา

ข้อห้ามในการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูนในปัจจุบันที่มีการพัฒนาทั้งความสามารถ เทคนิค และอุปกรณ์ต่าง ๆ จึงพบว่าไม่มีข้อห้ามโดยเด็ดขาด แต่ควรให้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ (Relative contraindication) ในกรณีเหล่านี้ คือ

1. เกิดการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีใหญ่ซ้าย (Left main coronary artery) เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาสูง

2. เกิดการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายที่มีชีวิตเหลือทั้งหมดและให้แขนงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตาย (Left main equivalent) เนื่องจากผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

3. ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น ที่มีอาการเจ็บหน้าอกและได้ประโยชน์เป็นเวลานาน จากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

4. ผู้ที่มีอาการจากโรคลิ้นหัวใจไม่ใช่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

5. ภาวะการอุดตันของหลอดเลือดทั้งหมดที่เป็นมานาน เนื่องจากมีโอกาสประสบผลสำเร็จน้อยและมีการอุดตันซ้ำค่อนข้างสูง

6. ตำแหน่งการอุดตันอยู่บริเวณรูเปิดของหลอดเลือดโคโรนารี (Ostial lesion)

การรักษาวิธีนี้เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกันการรักษาด้วยการละลายลิ่มเลือดจะพบว่า การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน สามารถเปิดเส้นเลือดได้ดีกว่า บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้เร็วลดอัตราการอุดตันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ข้อดีของการรักษา คือ

1) มีข้อห้ามในการรักษาน้อยกว่า

2) สามารถวินิจฉัยโรคได้แน่นอน บอกถึงความรุนแรงได้ และผลการรักษาได้ชัดเจนกว่า

3) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีกว่า

4) การเกิดการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดน้อยกว่า

5) สามารถให้การรักษาในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Bundle Branch Block(BBB) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะช็อคจากหัวใจ

ภาวะแทรกซ้อนของการขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ การอุดตันจากลิ่มเลือด (Emboli) พิษจากสารทึบรังสีที่ใช้ และอันตรายที่จะเกิดหลอดเลือดบริเวณที่แทงเข็ม การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนมีแรงกดเบียดจากบอลลูน จะทำให้คราบไขมันแตกออกและรูของหลอดเลือดขยายกว้างขึ้น แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาคือ

1. การปริแยก (Dissection) ของผนังหลอดเลือดหัวใจบริเวณที่ขยายซึ่งจะพบได้บ่อยจากภาพรังสี ผู้ป่วยอาจมีอาการแน่นหน้าอกเล็กน้อย ส่วนใหญ่ภาวะแทรกซ้อนนี้มักไม่รุนแรงหายภายใน 6 สัปดาห์

2. หลอดเลือดปิดกลับทันทีทันใด (Abrupt reclosure0 พบได้ร้อยละ 4.2 - 8.3 (Lincoff & Topol. 1997 : 1368) ของผู้ป่วยที่เกิดการปริแยกของหลอดเลือดพบบ่อยในการขยายหลอดเลือดที่รอยตีบยาวมากกว่า 2 ซม. ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่เกิดภาวะนี้จะมีอาการดีขึ้น เมื่อขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ร้อยละ 50 ต้องได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจฉุกเฉิน ถ้ามีกล้ามเนื้อหัวใจตาย

3. การอุดตันซ้ำ (Retenosis) หลังการขยายหลอดเลือดมักมีอาการเจ็บหน้าอกลดการทดสอบการออกกำลังกายด้วยสายพาน ให้ผลปกติ แต่ประมาณร้อยละ 40 - 60 ผู้ป่วยเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภายใน 6 เดือน หลังทำ จากการตรวจสวนหัวใจพบว่ามีการตีบตันซ้ำตำแหน่งเดิม (Topol, et. al. 1997 : 1380) การขยายหลอดเลือดซ้ำเป็นการรักษาที่ดีแต่อาจเกิดการอุดตันซ้ำได้อีก ประมาณ 30 ในปัจจุบันสามารถใส่โครงตาข่ายหลอดเลือดหัวใจขณะที่ขยายหลอดเลือด ทำให้ลดอุบัติการณ์ของการตีบตันซ้ำลดลง

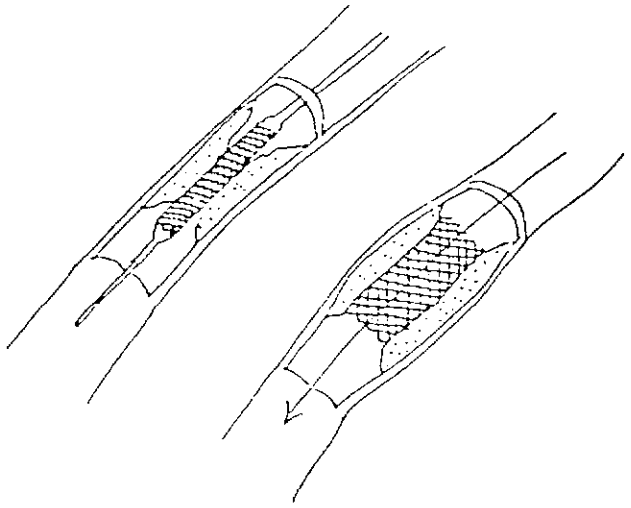
การดูแลหลังการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน

สังเกตอาการขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ คือ อาการเจ็บหน้าอก การแพ้สารทึบแสง เช่น ผื่น คลื่นไส้ กล่องเสียงหดเกร็ง สังเกตบริเวณที่ทำ นอนพักบนเตียง 8 ชั่วโมง ขาเหยียดตรง ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ วัดสัญญาณชีพ บันทึกความสมดุลน้ำเข้าออกในร่างกาย ก่อนกลับบ้านต้องตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจอีกครั้ง และทดสอบทุก 1, 3, 6, 12 เดือน และต้องรับประทานยาเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน

การรักษาด้วยการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ (Coronary stents)

คือ การรักษาวิธีหนึ่งที่กำลังเป็นที่นิยมในประเทศแถบทางตะวันตก และประเทศไทย ในปัจจุบัน และมีการศึกษาที่สนับสนุนถึงประสิทธิภาพของการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การใช้โครงตาข่ายใส่ในหลอดเลือดโคโรนารี เริ่มครั้งแรกในปี 1969 โดย ดอทเทอร์ ได้เริ่มพัฒนาโครงตาข่ายสปริงวงกลมนำมาใช้ใส่ในหลอดเลือดของสุนัข เพื่อขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบ แต่ในระยะแรกยังมีปัญหาเรื่องรูปแบบและการยึดขยายโครงตาข่าย มีลิ่มเลือดอุดตันเกิดขึ้นทันที และมีการอุดตันซ้ำเกิดขึ้นในอัตราสูง จึงยังไม่มีผู้ใดสนใจจนกระทั่งปี 1980 นักวิจัยได้คิดและพัฒนาสร้างรูปแบบของโครงตาข่ายใหม่ แต่ยังคงใช้ในสัตว์ทดลอง และในปี 1987 ซิกวอร์ท และคณะได้เริ่มฝังโครงตาข่ายในหลอดเลือดแดงโคโรนารีในมนุษย์เป็นครั้งแรกโดยใช้ Wall stent และต่อมามีการใส่ Wall stent กันอย่างแพร่หลายในแถบยุโรป สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา Palmaz และ Schatz ได้เริ่มใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดโคโรนารีของมนุษย์ในปี 1986 ซึ่งประสบความสำเร็จสูงถึงร้อยละ 87 (จริยา ตันติธรรม. 2539 : 86.)

โครงตาข่ายที่ใส่ในหลอดเลือดหัวใจมีหลายชนิด และที่มีอยู่ใช้ในปัจจุบัน มีทั้งชนิดที่ใช้บอลลูนช่วยขยายโครงตาข่าย (Balloon Expanding) ได้แก่ Palmaz - Schatz, Gianturbo - Roubin, Wiktor, Cordis, Strecker และชนิดที่ขยายโครงตาข่ายด้วยตนเอง (Self expanding) ได้แก่ Wall Stent ซึ่งมีรูปร่างและลักษณะและทำจากวัสดุที่แตกต่างกัน วิธีการใส่ก็แตกต่างกัน (Hass, 1996 : 233) ปัจจุบันโครงตาข่ายที่นิยมใช้ในประเทศไทย เป็นชนิดที่ใช้บอลลูนช่วยขยายโครงตาข่าย คือ Palmaz schatz stent ซึ่งทำมาจากขดลวดสแตนเลสขนาดเล็ก เรียงตัวกันเป็นแถวยาวติดกันหลายแถว เมื่อถูกขยายออกแล้วขดลวดจะยืดขยายออกเป็นรูปสี่เหลี่ยมขนมเปียกปูนเรียงติดต่อกันเป็นท่อกลมยาว มีความหนาของขดลวดเท่ากับ 0.063 มิลลิเมตร ความยาวของโครงตาข่ายขณะยังไม่ยืดออกมีความยาว 15 มิลลิเมตร ตัวโครงตาข่ายที่สามารถครอบบนบอลลูนเป็นชุดเรียกว่า ชุดส่งโครงตาข่าย (Stent delivery system) ซึ่งประกอบด้วยสายของบอลลูนมีความยาว 127 เซนติเมตร รัดมีภายในสายมีขนาดเท่ากับขนาดของโครงตาข่ายซึ่งเป็นท่อกลวงตลอด สามารถสอดลวดนำทาง (Guide wire) ผ่านได้ และขณะใส่จะต้องใช้ความดันขนาดสูงในการอัดบอลลูนให้ยืดขยายออก เพื่อให้ตัวโครงตาข่ายขยายตาม ซึ่งทั้งบอลลูนและโครงตาข่ายนี้สามารถมองเห็นได้จากภาพถ่ายรังสีในห้องสวนหัวใจ ดังภาพประกอบ 4 (พรรณี เสถียรโชติ.2536 : 432)



ภาพประกอบ 4 แสดงการใส่โครงตาข่ายขยายหลอดหัวใจ

ข้อบ่งชี้ในการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้ คือ

1. หลังการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนแล้วได้ผลไม่ดี (suboptimal angiographic results) เช่น มีการหดกลับของหลอดเลือด มีรอยตีบของหลอดเลือดเหลืออยู่มาก มีการปริแยกของผนังหลอดเลือด และมีการสร้างเนื้อเยื่อปิดรูหลอดเลือด ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจจะช่วยลดอัตราการสร้างเนื้อเยื่อปิดรูหลอดเลือดได้ดีกว่าการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน

2. มีการปิดของหลอดเลือดเฉียบพลันในระหว่างการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน (Abrupt or Threatened vessel closure during angioplasty)

3. มีการตีบซ้ำเกิดขึ้นหลังการขยายด้วยบอลลูน (Restenosis after angioplasty)

4. หลอดเลือดที่ตีบตัน และยังไม่เคยขยายด้วยบอลลูนมาก่อน มีการตีบตันของหลอดเลือดมากกว่าร้อยละ 70 เช่น หลอดเลือดบริเวณทางแยกของเส้นเลือดแดงใหญ่ (Aorto - osteal lesions) บริเวณที่เป็นทางแยกของหลอดเลือด (Bifurcation lesions) หลอดเลือดที่มีการตีบตันทั้งหมด (Total coronary occlusion) หลอดเลือดที่มีการตีบแพร่ไปทั่วหรือตีบเป็นทางยาว (Diffuse or long lesions) และบริเวณส่วนต้นของหลอดเลือดหัวใจด้านหน้าซ้าย (Proximal left anterior desending lesions)

5. หลอดเลือดที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงและมีการตีบตันของหลอดเลือดอีก(Spheneous vein graft)

6. มีการอุดตันเรื้อรังของหลอดเลือด (Chronic total occlusion)

7. หลอดเลือดโคโรนารีเส้นซ้าย (Left main coronary artery lesion) ที่ไม่สามารถทำผ่าตัดได้เนื่องจากมีข้อห้าม

ข้อห้ามในการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้ คือ

1. มีการอุดตันของหลอดเลือดน้อยกว่าร้อยละ 70

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

3. ผู้ป่วยมีเลือดออกผิดปกติมีข้อจำกัดในการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือยาต้านการเกาะกันของเกร็ดเลือด ภายหลังการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ

ประโยชน์ของการใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ คือ

1. ช่วยขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบจากมีก้อนไขมันยื่นมาอุดทางเดินหลอดเลือช่วยให้หลอดเลือดไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้มากขึ้น และช่วยแก้ปัญหากล้ามเนื้อใจขาดเลือดไปเลี้ยงทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น ช่วยลดและบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Miller, et. al 1996 : 77)

2. ช่วยป้องกันหรือแก้ไขภาวะการปิดกระทันหันของหลอดเลือดภายหลังการขยายด้วยบอลลูน หรือแก้ไขภาวะปริแยกของผนังหลอดเลือดหรือมีเลือดเซาะเข้าไปอยู่ในผนังหลอดเลือด (Dissection) ซึ่งจะทำให้มีโอกาสอุดตันซ้ำได้เร็วขึ้น (Gardner, et. al. 1996 : 65) ช่วยลดอุบัติการของหลอดเลือดแดงตีบตันซ้ำ (Prevention of restenosis) ในระยะยาวได้

3. ช่วยป้องกันภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดเกร็ง (Coronary spasm)

การรักษาวิธีนี้เมื่อศึกษาเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยการละลายลิ่มเลือด จะพบว่า การขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน สามารถเปิดเส้นเลือดได้ดีกว่า บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกได้เร็ว ลดอัตราการอุดตันการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ข้อดีของการรักษา คือ

1. มีข้อห้ามในการรักษาน้อยกว่า
2. สามารถวินิจฉัยโรคได้แน่นอน บอกถึงความรุนแรงได้ และผลการรักษาได้ชัดเจนกว่า
3. ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีกว่า
4. การเกิดการอุดตันซ้ำของหลอดเลือดน้อยกว่า
5. สามารถให้การรักษาในผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Bundle Branch Block (BBB) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะช็อคจากหัวใจ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่ทุกคนปรารถนา เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน ต่างมีความมุ่งหวังที่จะใช้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุดในแนวทางที่ตนปรารถนา

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้าง เป็นนามธรรมที่มีความซับซ้อนหลายมิติ การให้ความหมายแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละบุคคล และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ศาสตร์สาขา ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2535 "คุณภาพชีวิต" ประกอบด้วย คำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ประกอบกับคุณภาพชีวิตมีความหมายแตกต่างกันไปตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม การรับรู้ และประสบการณ์ของบุคคลในแต่ละสถานที่เวลา จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา อาจแบ่งออกได้ คือ คุณภาพชีวิตโดยความหมายทั่วไป หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกเป็นสุข ความผาสุกของบุคคล (Lukkarinen & Hentinen. 1997 : 74) โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก เช่น สถานการณ์ สังคม วัฒนธรรม ครอบครัว แหล่งประโยชน์ ทรัพยากรตลอดจนสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ เป็นต้น และปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ความรู้สึกนึกคิด ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับชีวิต และสถานการณ์ เป็นต้น

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 13) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ความหมายใกล้เคียงกับความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) และความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ศิริ ฮามสุโพธิ์ (2536 : 33) คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคล ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระ และไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับสังคม เป็นชีวิตที่ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจสามารถดำรงชีวิตที่ชอบธรรม สอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคม และสามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนแสวงหาสิ่งที่คนปรารถนา ให้ได้มาอย่างถูกต้อง ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่

อัจฉรา นวจินดาและขจีรัส ภิรมย์ธรรมศิริ (2535 : 428) ได้นิยาม คุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล คือ ความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้ตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการด้านร่างกายและจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจ และสังคมอย่างเพียงพอ ให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจที่ดี

พาดิลลา และคณะ (Padilla. et al. 1983 : 177) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจากความสามารถในการทำงานหน้าที่ของร่างกาย ทัศนคติของคนต่อสุขภาพความพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าคนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

องค์การยูเนสโก (UNESCO. 1978 : 312) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของการอยู่อย่างพอใจต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดของบุคคล

แคบเบล (Cambell. 1976) สรุปแนวคิดไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือคาดหวังผลที่ได้ของแต่ละบุคคล

โอเรม (Orem. 1985 : 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับผาสุก (well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ซาน (Zhan. 1992 : 799) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน หรืออาจให้ความหมายของคุณภาพชีวิตตามมิติหรือองค์ประกอบที่สนใจศึกษา เช่น คุณภาพชีวิต 4 มิติ ที่สัมพันธ์คือ ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ (Zhan. 1992 : 975 - 980) คือ คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ จิตใจ/จิตวิญญาณ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ซึ่งการรักษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิดนี้จะมีประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าและการนำไปใช้มากกว่าการให้ความหมายทั่วไป

คุณภาพชีวิตต้องประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Copacity) การรับรู้ (perception) และอาการ (symtoms) (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 149)

1. การทำหน้าที่ ได้แก่ การแสดงบทบาท ทั้งด้านสังคม สติปัญญา และอารมณ์ในแต่ละวัน

2. การรับรู้ได้แก่ ความนึกคิดของบุคคล การตัดสินใจ ตามค่านิยม (value judgements) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของการทำหน้าที่

3. อาการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้อาการของโรคที่เป็นอยู่

คุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ สุขภาพจิตอารมณ์ (Mental and emotion health) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (General health percectoins) ความสามารถในการทำงานและกิจวัตรประจำวัน (Work / Daily role well being) และสมรรถภาพทางเพศและอาการทางกาย (Sexual functioning and physical symtoms) (อุไร ศรีแก้ว. 2543 : 151)

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่ได้กล่าวไว้ว่า สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุข และความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตนเอง โดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตัวบุคคลนั้นเอง

การเจ็บทางหลอดเลือดหัวใจ มีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต และสุขภาพต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อคุณภาพชีวิต และกระทบที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นผลต่อการชี้วัดคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างดังรายละเอียดดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO. 1978) ได้เสนอว่ามีองค์ประกอบหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตซึ่งองค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ อาหาร ภาวะสุขภาพอนามัย และโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรที่อยู่อาศัย และตั้งถิ่นฐาน การมีงานทำ และค่านิยม ศาสนาจริยธรรม กฎหมายและองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

ฟลานาแกน (Flanagan. 1978 : 138 - 139) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. มีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียน เข้าใจตนเอง รู้ข้อบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในการสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี เล่นกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมกับสังคม

พาติลลา และแกรันท์ (Padilla & Grant. 1985 : 45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่าควรประกอบด้วยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ ความปกติสุขด้านร่างกาย และจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัว

เด็นแฮม (Denham. 1991 : 48) กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 5 ด้านได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม สุขภาพกาย สุขภาพจิต บุคลิกภาพ และประวัติในอดีต

ชาน (Zhan. 1992 : 796) กล่าวถึง องค์ประกอบคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ด้านความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่ว ๆ ไป ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง ด้านภาพลักษณ์ ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพ และหน้าที่ของร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสังคม และเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับการศึกษาอาชีพ และรายได้

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง ปัจจุบันการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต มีดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO. 1980 : 312) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัยวัดได้โดยอาศัยข้อมูลทางรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตการรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่นต่างๆ ที่เกี่ยวกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความปกติสุข ความสุข คุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต บทบาทหน้าที่

สปิทเซอร์ และคณะ (Spitzerl, et.al. 1981 : 34) ได้กล่าวสรุปว่าเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. สามารถใช้ได้ในหลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุด เกี่ยวกับปัจจัยทางด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
5. ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
6. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
7. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
8. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
9. มีเหตุผลดี

สตรอมเบอร์ก (Stromberg. 1984 : 88 - 91) ได้ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลข

2. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้จะเป็นตัวเลขเช่นกัน

3. ด้านจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลที่ได้เป็นการบรรยายบอกถึงลักษณะสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

มีเบอร์ก (Meeberg. 1993 : 32 - 38) ได้ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของซาน

ซาน (Zhan. 1992 : 797) กล่าวถึงการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลทั่วไป มุ่งเน้นด้านความต้องการพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตได้รับการตอบสนองหรือไม่ แต่ในบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ การประเมินคุณภาพชีวิตคำนึงถึงผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังนอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกาย การทำงานและยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจด้วย จากแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตควรประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อได้ความถูกต้องมากยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมต่อองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของซานสอดคล้องกับแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยทั่วไป ถือความ

พึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญ ความรู้สึกต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต (Orem. 1985 :193) จึงมีการใช้ความพึงพอใจในชีวิต เป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างแพร่หลาย ความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับการสนับสนุนแนวความคิดของแคมป์เบลล์ (Campbell. 1976 : citing Zhan. 1992 : 796) ที่กล่าวว่า ความสุข เป็นความรู้สึก เป็นการสะท้อนถึงการตอบสนองของบุคคล ซึ่งเป็นสภาวะของความรู้สึกที่ไม่ถาวร แต่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มากกว่านั้น กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการการรับรู้ ต่อความจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่เขาอยากจะเป็น หรือคาดหวัง นอกจากนี้ ความพึงพอใจในชีวิต อาจเปลี่ยนแปลงได้ จากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะเฉพาะ สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพ ดังนั้น การเข้าถึงปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพล เป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล (Zhan. 1992 : 797) สะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ความหวัง เป้าหมาย และความสำเร็จของบุคคลนั้น สำหรับ มาสโลว์ (Maslow. 1970 : 24 - 25) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ และความพึงพอใจของมนุษย์ จากธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อความต้องการอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้ามาแทนที่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่ปรากฏขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำ สู่ระดับสูงขึ้นไป หากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมาก ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีหากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อย หรือไม่พึงพอใจ อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นั่นเอง โพเวล (Powell. 1983 : 17 - 18) ได้กล่าวถึงความหมายในการดำเนินชีวิตเพิ่มเติมว่า ความพึงพอใจ จะยังคงหมายถึงความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี และมีความสมดุลระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนอง ถ้าเมื่อใดที่บุคคลปรับตัวต่อภาวะต่าง ๆ ได้ เช่น ความทุกข์ ความไม่สบายใจ ก็จะรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วย

การขยายหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ และต้องคำนึงถึง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวในการดำเนินชีวิตส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. อัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่บอกถึงความเป็นปกติสุขทางด้านจิตใจ โดยที่อัตมโนทัศน์หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกที่มีต่อตนเองและบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้ปฏิกิริยา และพฤติกรรมของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองซึ่งอัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาพลักษณ์ของตน (Zhan. 1992 : 798) อัตมโนทัศน์ด้านบวก เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญต่อปัญหาและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด ต้องประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ทั้งรูปร่างคุณลักษณะ ความสามารถต่าง ๆ อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา เช่น มารดา บิดา ผู้เลี้ยงดู (กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล. 2531 : 243) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางด้านร่างกาย และความสามารถอันเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ จนทำให้รู้สึกสับสน เกิดความวิตกกังวล สูญเสียความมั่นใจ ขาดความมั่นใจ สมรรถภาพทางเพศลดลง ส่งผลให้เกิดรู้สึกเสียภาพลักษณ์ ความเป็นเอกลักษณ์ รู้สึกคุณค่าตนเองลดลงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นั่นคือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง

3. สุขภาพ และการทำงานของร่างกาย เป็นความรู้สึกเป็นปกติสุขด้านร่างกาย การที่บุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขนี้ จะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดี มีร่างกายแข็งแรง สามารถกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถนำไปสู่ซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต นั่นคือ สุขภาพดี คือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง (ประภาพร จินันทุยา. 2536 : 16) การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิต (Zhan. 1992 :798) ซานกล่าวไว้ว่า สุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล สัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิต

วิสัย ในการประเมินสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย ไม่เพียงแต่เป็นการประเมินอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น แต่ต้องประเมินการรับรู้สุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับครอบครัว และสังคม และภาวะทางด้านร่างกาย ซึ่งสามารถวัดได้จากความสามารถในการประกอบกิจวัตรต่าง ๆ สามารถเป็นข้อชี้เชิงวัตถุวิสัย ในการประเมินคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อย ใจสั่น ความดันโลหิตต่ำ อาจเป็นเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการเหล่านั้น ส่งผลให้ขาดความคล่องแคล่ว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ลดลง เช่น การเดินขึ้นลงบันได การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวต่าง ๆ การเดินทางระยะไกล ๆ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไปยังผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้

4. สังคมและเศรษฐกิจ ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ ได้กล่าวว่า สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมินคุณภาพชีวิต (Miller 1970 ; citing Zhan. 1992 : 799) จากแนวคิดทางจิตสังคม สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ อาจมีความเกี่ยวข้องกับความปกติสุขทางด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตามด้านสังคมและเศรษฐกิจ สามารถนำมาวัดคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัยได้ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อาจมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อย ทำให้มีผลต่อกิจวัตรประจำวันส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหงุดหงิด ส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ และต่อครอบครัวอาจเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อคนรอบข้าง เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร หลาน รวมทั้งการทำหน้าที่การงานหรือบทบาทในครอบครัวอาจมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ และไม่พึงพอใจในฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้ของครอบครัว หรือบางรายได้ต้องเป็นภาวะต่อครอบครัวบุตรหลานที่ต้องการความช่วยเหลือพึ่งพาจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งยังผลต่อคุณภาพชีวิตได้ทั้งสิ้น

แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยและเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตน

เองได้จำกัด แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียด สามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมบุคคลอาจได้รับจากบุคคลใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้ เพราะในการดำเนินชีวิตต้องอาศัยการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เพื่อบรรลุความต้องการของตนในด้านร่างกายและเกิดความมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของสังคม อันทำให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายขึ้น จากแนวความคิดดังกล่าวมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่า ได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ และได้รับการยกย่อง เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการสื่อสารและความผูกพันซึ่งกันและกัน

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนเป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับความยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้รับจากกลุ่มบุคคลในระบบของสังคม เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 96) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึงการที่บุคคลหนึ่งมีบุคคลหนึ่ง (หลายคน) ซึ่งเป็นที่ไว้วางใจ เป็นที่พึ่งได้ เชื่อถือได้ ให้การดูแลและทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่า ยังมีผู้ให้การดูแล และทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

เฮาส์ (House. 19885 : 201) ได้ให้ความหมายว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความรัก ความผูกพันต่อกัน ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House. 1981 : 6) ได้แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน

2. แรงสนับสนุนโดยการให้ประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) เช่นการให้ข้อมูลข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงซึ่งอาจจะเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การหาข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ

- แหล่งของแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน
- แหล่งของแรงสนับสนุนจากแหล่งทุติยภูมิ ซึ่งถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ และบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการดำเนินชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการแม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยบางประการ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

เพศ

เพศ เพศเป็นตัวทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคล แล้วยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกในครอบครัว ชุมชน สังคมด้วย เพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องมากกว่า นอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องของ การดูแลตนเองระหว่างเพศชายและหญิงแล้วยังมีผลต่อคุณภาพชีวิตของเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกัน เพราะเพศชายมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมีความรู้สึกด้านร่างกายต่ำกว่า การปรับตัวได้ยากกว่า ต้องพึ่งพาผู้อื่นมีข้อจำกัดในกิจวัตรประจำวันมากกว่าสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งสิ้นจากการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือด (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำพู. 2532 : ข)

กนกพร วิสิทธิกุล (2539 : ก-ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

อายุ

อายุเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม คนอายุน้อย หมายถึงวัยกลางคนที่มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวและสังคม เป็นกำลังของชาติ โดยธรรมชาติจะมีการเจ็บป่วยและการตายเกิดได้น้อย ดังนั้น เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต การศึกษาของสายฝน จับใจ (2540 : ก-ข) ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ย่อมต้องการดูแลจากคนใกล้ชิดมากขึ้น การศึกษาของลาร์สัน (Larson. 1978 : 113 - 144) ศึกษาอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุขของผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลงด้วย การศึกษา วิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 93) ได้ศึกษาพบว่า อายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตคน โดยเฉพาะด้านความรู้สึกความคิด บ่งบอกถึงแหล่งประโยชน์จากคู่สมรส ครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อมีการเจ็บป่วยก็จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากอีกฝ่ายหนึ่ง ทำให้สามารถปรับตัวแก้ปัญหาได้ดี ความเครียดลดลง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (มนสิน แย้มสกุล. 2542 : 37)โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วย

เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (สายฝน จับใจ. 2540 : ก-ข) แต่การศึกษาของมนสิน แย้มสกุล (2542 : 37) พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีเจตคติต่อการดูแลตนเอง และการศึกษายังช่วยเสริมให้ สามารถค้นหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพการดูแลตนเองพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาจากการเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตการได้รับการสั่งสอน ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem. 1985 : 108 - 109) การศึกษาและวิธีการแก้ไขปฏิบัติตนได้ดีกว่ามีการศึกษาน้อย (สายฝน จับใจ. 2540 : 41)

การศึกษาจึงเป็นส่วนที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536 : 81) พบว่าผู้ที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการรักษา

รายได้

รายได้ เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม รายได้ มีอิทธิพลต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล ทำให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Orem. 1985 : 175) เพนเดอร์ (Pender. 1982 : 161 - 162) ว่าเศรษฐกิจทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคมสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลเองได้รับอาหารเพียงพอ เข้าถึงแหล่งบริการได้เหมาะสม ย่อมทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นด้วย จากการศึกษา คาส์ล และคอมบ์ (Kas and Cobb. 1966 : 250 -251) ศึกษาผู้ที่มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมการรับการรักษาสุขภาพได้แข็งแรงมากกว่าผู้ที่ได้รับรายได้ต่ำ

ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยนานจะทำให้การควบคุมตนเองและคุณภาพชีวิตลดต่ำลงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจ การเจ็บป่วยนาน ๆ อาจทำให้ระดับสมรรถภาพหัวใจและร่างกายทรุดโทรมลง ส่งผลต่อความปกติสุขของผู้ป่วยได้ จากการศึกษาของคอทท์เคท (Kotket. 1982 : 60 - 62) กล่าวว่าระยะเวลาที่นานจะช่วยปรับตัวได้ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยระยะเวลาทำให้เกิดการเรียนรู้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ ได้ และการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 92- 94) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื่องเกี่ยวกับโรค ค่าใช้จ่าย การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ผลต่อการดูแลตนเองและการกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วย จากการศึกษาของสายฝน จับใจ (2540 : ก - ข) และ Wilklund. 1989 : 464 - 472 พบว่า จำนวนครั้งของการรับการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของประภา รัตน-เมธานนท์ (2532 : ก - ข) พบว่าจำนวนครั้งของการรับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต จำนวนครั้งของการขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำขึ้นอยู่กับความรุนแรงของจากสถิติการขยายหลอดเลือดหัวใจซ้ำที่ศูนย์โรคหัวใจ ประมาณ 150 -250 คนต่อปี (สถิติศูนย์โรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี 2541 - 2543)

ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนได้จำ อาจนึกได้โดยการมองเห็น ได้ยิน ก็จำได้ ความรู้ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎโครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทั้ง 3 อย่าง มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ (สุธินี ศรีรัตน์. 2544 : 40) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี เพราะมีโอกาสได้รับความรู้หลายทาง จากผลการศึกษาพบว่ามีความรู้ดี มีการปฏิบัติได้ถูกต้องทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นไปด้วย

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ หมายถึง ความชอบ ความต้องการของบุคคล ในการเลือกพิจารณาให้ค่าให้ความสำคัญต่อสุขภาพว่าเป็นที่ต้องการสำหรับยึดเป็นหลักปฏิบัติเพื่อตนเองมากน้อยเพียงใด

ค่านิยม หมายถึง สิ่งที่บุคคลหรือสมาชิกในสังคมเป็นความเชื่อที่มีความหมาย มีความสำคัญสำหรับตนเอง และบุคคลอื่นในสังคม โดยยอมรับตรงเป้าหมาย มาตรฐาน อุดมคติในชีวิตเป็นอิทธิพลต่อการกำหนดและมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลสมัย (อุบล เลี้ยววาริน. 2534 : 60)

เฟเธอร์ (Feath. 1975 : 4 - 5) กล่าวว่า ค่านิยมเป็นความเชื่อที่มีลักษณะยืนยง เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติหรือเป้าหมายในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ตนเองหรือสังคมเห็นดีเห็นชอบ และสมควรจะยึดถือปฏิบัติ

ค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 337 - 340) กล่าวว่า ค่านิยมจะเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ บทบาทที่สำคัญของค่านิยม 2 อย่าง คือ เป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ และหน้าที่อีกประการหนึ่งคือ ทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพย่อมมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อันนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายจิตใจและสังคมด้วย แอนเดอร์สัน (Anderson. 1980 : 4907-A) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมสถานภาพแห่งค่านิยมทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสถานภาพสุขภาพในผู้สูงอายุ จากการศึกษาทางสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพไม่สามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพได้

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวช่วยลดความตึงเครียด บุคคลที่มีความเครียดสูง และมีการสนับสนุนทางสังคม จะมีสุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Cobb. 1976 : 306 - 313) จากการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : ก - ข) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและพบว่าทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต้องมีการรับประทานยาและต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิดอาจจะต้องรับการดูแลไปตลอดชีวิต ทำให้ชีวิตต้องมีการเปลี่ยนแปลง ต้องอยู่ในข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้สอดคล้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

งานวิจัยในต่างประเทศ

เวสตินและคณะ (Westin, et.al. 1997 : 239 - 247) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลัง จำนวน 413 คน แบ่งผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน 296 คน ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเบี่ยงเส้นเลือด (CABG) 99 คน และได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PTCA) 18 คน ที่ได้รับการติดตามเป็นระยะเวลา 1 ปี กับกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นคนปกติ จำนวน 88 คน โดยประเมินคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต ความมั่นใจในตนเอง ความสามารถในระยะเวลา 1 เดือน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอกมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ ในด้านร่างกาย และจิตใจ และกลุ่มที่รักษาด้วย CABG และ PTCA ที่มีอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจเหนื่อยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาการดังกล่าว และในการติดตามระยะ 1 ปี คุณภาพชีวิตในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างกับกลุ่มคนปกติ

วิคลูนด์ และคณะ (wilklund, et.al. 1989 : 462 - 472) ศึกษา คุณภาพชีวิตในระยะเวลา 5 ปี หลังป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 539 คน ในช่วงอายุ 40 - 74 ปี เปรียบเทียบกับคนปกติ โดยใช้ NPH เป็นเครื่องมือในการประเมิน และในเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความถี่ของการเจ็บหน้าอก การหายใจเหนื่อย การใช้ยา การสูบบุหรี่ และสถานภาพการทำงาน พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนปกติ ในด้านกำลังหรือพลัง การพักผ่อน การเคลื่อนไหว ชีวิตทางเพศ งานอดิเรก และผู้ป่วยที่มีการหายใจลำบาก เหนื่อย การเจ็บหน้าอก การสูบบุหรี่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่คุณภาพชีวิตไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยา

ลูคคาริเนีย และมายจา (Lukkarinea and Maija. 1997 : 173 - 184) การศึกษาการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งใช้ NPH เป็นดัชนีชี้วัด จำนวน 280 คน และมีคนปกติทั่วไปเป็นกลุ่มควบคุม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มรักษาด้วยยา PTCA และ CABG จำนวน 80,100,100 คน ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพักผ่อนนอนหลับ อ่อนเพลีย ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่ำกว่าคนปกติ และในช่วงอายุ 35 - 45 ปี จะได้รับผลกระทบค่อนข้างมากในเรื่อง ของกำลัง ความสามารถ และการแยกตัวออกจากสังคม และใน

ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส หม้าย หย่า การปรับตัวมีความสัมพันธ์กับปฏิกิริยาด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ เกิดภาวะซึมเศร้า เครียด จะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

ลูคคาริเนีย และเฮนติเนน (Lukkarinea H. and Hentinen H. 1997 : 295 - 304) การศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า

1. การประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพ การตัดสินใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ แรงจูงใจ และปัจจัยทางกายภาพ

2. สิ่งที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ ความพึงพอใจและแรงจูงใจในตนเอง

3. ทัศนคติต่อโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ทัศนคติต่อโรค การรับรู้ การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

งานวิจัยในประเทศ

กนกพร วิสุทธิกุล (2539 : ก - ข) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีปัญหามากที่สุด คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไขมันและแคลอรี่สูง การดื่มเครื่องดื่ม คาเฟอีน ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับน้อย

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับน้อยที่สุดพฤติกรรมด้านการดื่มคาเฟอีน การรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรี่สูง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงด้านขาดการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก

3. กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. เพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง

5. การศึกษา รายได้ ระยะที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปริศนาร วรนันท์ (2541 : ง) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี คือ เสี่ยงน้อยต่อการเกิดหลอดเลือดตีบซ้ำ ส่วนพฤติกรรมในด้านที่พบมีระดับดีปานกลาง หรือเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์กับ
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ นั้นคือ การอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พบพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ภาวะโดยรอบ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สายฝน จับใจ (2540 : ก) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบรวม ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี ส่วนความรู้สึกพอใจในรายข้ออยู่ในระดับน้อย คือ เรื่องการออกกำลังกาย การทำงาน กิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับคุณภาพชีวิต พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อายุ และสถานภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคม และเศรษฐกิจกับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้าน

ร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01

5. ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย รายได้ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งสามารถอธิบายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 55.35

สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ (2541 : ง) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน ผลการศึกษาหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนในสัปดาห์ที่ 2, 6 และเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวม และรายด้านดีกว่าในระยะก่อนทำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในสัปดาห์ที่ 6 และเดือนที่ 3 พบว่า ไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังพบว่าหลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างมีอาการ ความรุนแรงและความถี่ของการเจ็บหน้าอก ตลอดจนปริมาณการใช้ยาอมใต้ลิ้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้น ส่วนการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า หลังขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งสามารถปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพแบบเอ ไม่ใช่เอ และมีการออกกำลังกายมากขึ้น

มนสิน แย้มสกุล (2542 : ง) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จากการสูบบุหรี่ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ทั้งโดยรวมและรายได้ ต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิง อย่างมีนัยสำคัญ ระดับ .01 จากการประเมินด้วยเครื่องมือ WHOQOL-BREF แบบ Multiple regression โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ อาการแสดงความรุนแรงของโรครายได้ ครอบครัว อายุ และอาชีพ และจากการวัดด้วยวิธี Time Trade Off พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ รายได้ตนเอง มีโรคเบาหวานร่วม อาการเหนื่อย โดยมีการสูญเสียจำนวนปีของการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพสูงในกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย (< 40 ปี) และต่ำที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า

วีรนุช ไตรรัตโนภาส (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้อายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี โดยใช้การเปรียบเทียบ พบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และดัชนี

มวลกายต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สมปอง ใจกล้า (2545 : บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า อายะ อาชีพ รายได้ต่อเดือน แตกต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วน เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสารถของตน และการรบรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72-74) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราชผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศ ระดับการศึกษา อายชีพ และรายได้ของครอบครัวต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อายชีพ และรายได้ของครอบครัวทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ได้ร้อยละ 21.50

กุลธิดา พานิชกุล (2542 : 99-100) ได้ศึกษาการความสัมพันธ์ระว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกตรวจโรคผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมุงกุฎเกล้า โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลทรวงอกและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า

1. เครือข่ายทางสังคมที่ให้การสนันสนุนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ ได้แก่ คู่สมรสและบุตรที่มีระยะเวลาในการติดต่อกันมากกว่า 20 ปีขึ้นไป มีความถี่ในการติดต่อมากกว่า 30 ครั้งขึ้นไปภายในเวลา 3 เดือน และวิธีที่ใช้ในการติดต่อมาที่สุดคือการพบประ

2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

3. การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนยสำคัญทางสถิตที่ระดับ 0.01

4. ระยะเวลาที่เป็นโรค และรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
   2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
   2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
   2.3 เกณฑ์ในการให้คะแนน และแปลความหมาย
   2.4 การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 680 คน (ปี 2546)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 252 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling)

โดยมีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 583) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อน .05

$$n = \frac{N}{1+Ne2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน

จากการคำนวณจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 252 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 252 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านประชากร แบ่งออกเป็น 3 ตอนได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับประชากร ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ และแบบสอบถามค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของซาน มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือ ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือ การวัดผล การศึกษาต่าง ๆ จากตำรา เอกสารและงานวิจัยต่างๆ

3. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบสอบถาม ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาเป็นทางเลือกและปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสมได้ข้อคำถาม 187 ข้อ เกี่ยวกับประชากร 7 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 40 ข้อ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ 40 ข้อ คุณภาพชีวิต 100 ข้อ

4. สร้างแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และภาษาที่ใช้ รวมทั้งข้อเสนอแนะต่าง ๆ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ข้อคำถาม 104 ข้อ เกี่ยวกับประชากร 7 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 20 ข้อ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ 18 ข้อ คุณภาพชีวิต 59 ข้อ

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้ข้อคำถาม 104 ข้อ เกี่ยวกับประชากร 7 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 20 ข้อ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ 18 ข้อ คุณภาพชีวิต 59 ข้อ

เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์การประเมินเครื่องมือแบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 20 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ตอบจะได้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า 12 (ต่ำกว่าร้อยละ 60) แสดงว่ามีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 12-16 (ร้อยละ 60-80) แสดงว่ามีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน มากกว่า 16 (มากกว่าร้อยละ 80) แสดงว่ามีความรู้ระดับสูง

2. แบบสอบถามค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพจำนวน18 ข้อมีมาตราวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนนข้อคำถามทางบวก	คะแนนข้อคำถามทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลผลคะแนนเฉลี่ย (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10) เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 แสดงว่ามีค่านิยมในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 แสดงว่ามีค่านิยมในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 แสดงว่ามีค่านิยมในระดับสูง

2. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อประเมินความคิดเห็นความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ คือ การได้รับการตอบสนองทางอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

การแปลความหมายของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม (วิเชียร เกตุสิงห์. 2535 : 10)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 แสดงว่าผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ลักษณะคำตอบของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) คือ

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุกประการ

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนใหญ่

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกัน

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็นส่วนน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเลยน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวกให้คะแนนดังนี้ ข้อความที่มีความหมายทางลบให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	มาก	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	น้อย	ให้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน โดยประเมินค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ที่คำนวณได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.00-1.49	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำ
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 1.50-2.49	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 2.50-3.49	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 3.50-4.49	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างสูง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง 4.50-5.00	หมายถึง	มีระดับคุณภาพชีวิตสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ จากนั้นนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม ถ้าค่าดัชนี (IC) ที่ได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 ข้อคำถามนั้นถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้

2. ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งมีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจสอบให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination)

หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถาม นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ (correlated item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) และข้อที่มีอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่า แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มี 20 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.18-0.82 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มี 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.17-0.84 ได้ข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีจำนวน 59 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.12-0.89 โดยข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกต่ำ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกไปหาความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha- coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 123) พบว่า

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 แบบสอบถามค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 คุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจพร้อมบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ตั้งแต่วันที่ 12 มกราคม 2548 ถึงวันที่ 11 มีนาคม 2548 รวมระยะเวลา 60 วัน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 252 คน

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้ววิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ตรวจสอบเรียบร้อยแล้วมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมประมวลผลข้อมูล

1. แจกแจงความถี่ และอัตราร้อยละของ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งที่การได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคม

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต หาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 คำนวณหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบวิเคราะห์ความแปรปรวนทิศทางเดียว (One way analysis of variance) หรือค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4-7 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

4. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson product moment correlation coefficient) ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยใช้การทดสอบค่า (t-test)

5. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางและความเรียงพร้อมเสนอแนะ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. **ค่าสถิติพื้นฐาน** ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประคอง กรรณสูตร. 2525 : 173)

$$P = \frac{fx100}{n}$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 253)

$$\overline{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ $\overline{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

ΣX^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\Sigma X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม

ΣR แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ของแบบสอบถาม โดยใช้การวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ และคะแนนรวมทั้งฉบับ โดยเลือกข้อที่มีความสัมพันธ์สูงก่อน (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116 - 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - (\sum x)\sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y

n แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม

ΣX แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (item) ของกลุ่มตัวอย่าง

ΣY แทน ผลรวมของคะแนนรวม (total) ของทั้งกลุ่มตัวอย่าง

ΣX^2 แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน X

ΣY^2 แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y

2.3 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coeffienct) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2543 : 125 - 126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1}\left[1\frac{\sum s_i^2}{S_t^2}\right]$$

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ

n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

s_i^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s_t^2 แทน ความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) หรือแบบการวิเคราะห์ความแปรปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One way analysis of variance) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 232 - 236)

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution

MS_B แทน ค่าความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_B แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 251 - 252)

$$q \quad \bullet \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic จากตาราง

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean square) ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดย $$n = \frac{k}{\frac{1}{n_1}+\frac{1}{n_2}+\ldots+\frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2 \ldots n_k$ แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง n_1 ถึงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541 : 173 - 174)

$$t = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1}\right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2}\right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที

X_1 แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1

X_2 แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

S_1 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1

S_2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1 แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 1

n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 322)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของชุด x กับชุด y

ΣXY แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน 2 ชุด

$\Sigma X_1 \Sigma Y$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละชุด

$\Sigma X^2 \Sigma Y^2$ แทน ผลรวมกำลังสองของคะแนนแต่ละชุด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 325)

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที (t-test)

r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้

N แทน จำนวนคน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\overline{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t – distribution)
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F – distribution)
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of Square)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ผสมกับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตารางและประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตเป็นรายด้านและโดยรวม โดยแจกแจงความถี่เป็นค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และระดับของตัวแปรดังกล่าว

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ทดสอบโดยใช้ค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,3

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้การทดสอบโดยค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 และข้อ 4-7 ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ ด้วยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 5 หาความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson product moment correlation coefficent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8-10

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการแจกแจงความถี่และคิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	200	79.37
หญิง	52	20.63
รวม	252	100.00
2. อายุ		
น้อยกว่า 40 ปี	5	1.98
40 – 60 ปี	121	48.02
มากกว่า 60 ปี	126	50.00
รวม	252	100.00

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	ร้อยละ
3. สถานภาพสมรส		
คู่	168	66.67
ม่าย / หย่า / แยก	84	33.33
รวม	252	100.00
4. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	2.78
ประถมศึกษา	48	19.44
มัธยมศึกษา	140	55.56
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	50	22.22
รวม	252	100.00
5. รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	4	1.59
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	25	9.92
10,000 – 15,000 บาท/เดือน	146	57.93
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	77	30.56
รวม	252	100.00
6. ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
น้อยกว่า 1 ปี	156	61.90
1 – 2 ปี	85	33.73
มากกว่า 2 ปี	11	4.37
รวม	252	100.00
7. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
1 ครั้ง	121	48.02
2 ครั้ง	111	44.05
3 ครั้ง	20	7.93
รวม	252	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่าจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปร ดังนี้

1. เพศ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นเพศชาย 200 คน คิดเป็นร้อยละ 79.37 เพศหญิง 52 คน คิดเป็นร้อยละ 20.63

2. อายุ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด คือ 126 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือ อายุ 40-60 ปี มีจำนวน 121คน คิดเป็นร้อยละ 48.05 และอายุต่ำกว่า 40 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.98

3. สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คือ 168 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ สถานภาพสมรส ม่าย หย่า แยก จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33

4. ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด คือ 140 คน คิดเป็นร้อยละ 55.56 รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 ระดับประถมศึกษาจำนวน 48 คนคิดเป็นร้อยละ 19.44 และน้อยที่สุดคือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษาจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.78

5. รายได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีรายได้ 10,000-15,000 บาท/เดือน มากที่สุด คือ 146 คน คิดเป็นร้อยละ 57.93 รองลงมา คือ มากว่า 15,000 บาท/เดือน จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56 รายได้ 5,000-10,000 บาท/เดือน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 9.92 และรายได้น้อยที่สุด คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 1.59

6. ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 1 ปีมากที่สุด คือ 156 คน คิดเป็นร้อยละ 61.90 ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1-2 ปี จำนวน85 คน คิดเป็นร้อยละ 33.73 และระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมากว่า 2 ปีน้อยที่สุด คือ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 4.37

7. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีจำนวนครั้งของการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้งมากที่สุด คือ 121 คน คิดเป็นร้อยละ 48.02 จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 ครั้ง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 44.05 และจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 ครั้งน้อยที่สุด คือ 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.93

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนด้านสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยแสดงร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าระดับตัวแปร ดังปรากฏตาราง 3,4 และ 5

ตาราง 3 ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ	$\overline{X}$	S
1. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ				
ระดับสูง	203	80.56	3.18	0.237
ระดับปานกลาง	46	18.25	3.15	0.130
ระดับต่ำ	3	1.19	3.09	0.039
รวม	252	100.00	3.11	0.160
2. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ				
ระดับสูง	212	84.13	3.11	0.181
ระดับปานกลาง	40	15.88	3.08	0.095
รวม	252	100.00	3.12	0.160
3. แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับมาก	250	99.21	3.12	0.184
ระดับปานกลาง	2	0.79	3.01	0.015
รวม	252	100.00	3.14	0.161

จากตาราง 3 พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจระดับสูงมากที่สุด คือ 203 คน คิดเป็นร้อยละ 80.56 ($\overline{X}$ =3.18, S=0.23) ระดับปานกลาง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 18.25 ($\overline{X}$ =3.15, S=0.130) ระดับต่ำน้อยที่สุด คือ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.19 ($\overline{X}$ =3.09, S=0.039) ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจทุกระดับมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพระดับสูงมากที่สุด คือ 212 คน คิดเป็นร้อยละ 84.18 ($\overline{X}$ =3.11, S=0.181) ระดับปานกลาง จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 0.79 ($\overline{X}$ =3.08, S=0.095) ซึ่งค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพระดับสูงและปานกลางมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมากที่สุด คือ 250 คน คิดเป็นร้อยละ 99.21 ($\overline{X}$ =3.12, S=0.184) ระดับปานกลาง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.79 ($\overline{X}$ =3.01, S=0.015) ซึ่งมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูงและระดับปานกลางมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนด้านสังคม

ตัวแปรที่ศึกษา	$\overline{X}$	S	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ	17.74	1.906	สูง
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ	4.23	0.328	สูง
แรงสนับสนุนทางสังคม	4.28	0.340	สูง

จากตาราง 4 พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ($\overline{X}$ = 17.73 , S = 1.906)

2. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.23 , S = 0.328)

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีค่าเฉลี่ยระดับสูง ($\overline{X}$ = 4.28 , S = 0.340)

ตาราง 5 ค่าแลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวม

ตัวแปรที่ศึกษา	$\overline{X}$	S	ระดับ
คุณภาพชีวิตรายด้าน			
ด้านความพึงพอในชีวิต	3.31	0.376	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์	3.21	0.252	ปานกลาง
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย	2.49	0.279	ค่อนข้างต่ำ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	3.32	0.260	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.07	0.162	ปานกลาง

จากตาราง 5 พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.07 , S = 0.162) ส่วนคุณภาพชีวิตรายด้านประกอบด้วย คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ จัดอยู่ในระดับปานกลาง ด้วย ($\overline{X}$ = 3.31 , S = 0.376 , $\overline{X}$ = 3.21 S = 0.252 , $\overline{X}$ = 3.32 S = 0.260 ตามลำดับ) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย จัดอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\overline{X}$ = 2.49 , S = 0.279)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐาน ข้อ 1 และ 3 แสดงดังปรากฏตาราง 6

ตาราง 6 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\bar{X}$	S	t	p
เพศ					
ชาย	200	3.41	0.194	3.543*	.000
หญิง	52	3.31	0.133		
สถานภาพสมรส					
คู่	168	3.12	0.166	2.331	0.427
ม่าย/หย่า/แยก	84	3.07	0.143	2.447	

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงว่า

1. เพศ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพศชาย และเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพศชายและเพศหญิง มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง

2. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสคู่ และม่าย/หย่า/แยก มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันไม่ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างโดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สถานภาพสมรสคู่ และม่าย/หย่า/แยกมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และจำนวนของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 และ 4-7 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ($\overline{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\overline{X}$	S
1. อายุ			
น้อยกว่า 40 ปี	5	2.41	0.075
40 – 60 ปี	121	3.12	0.168
มากกว่า 60 ปี	126	3.13	0.169
รวม	252	3.15	0.187
2. ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	2.92	0.083
ประถมศึกษา	49	3.09	0.094
มัธยมศึกษา	140	3.13	0.179
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	56	3.09	0.147
รวม	252	3.11	1.160

ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	n	$\overline{X}$	S
3. รายได้			
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	4	3. 07	0.063
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	25	3.10	0.142
10,000 – 15,000 บาท/เดือน	146	3.12	0.180
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	77	3.09	0.125
รวม	252	3.11	0.160
4. ระยะเวลาหลังการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ			
น้อยกว่า 1 ปี	156	3.11	0.163
1 – 2 ปี	85	3.12	0.162
มากกว่า 2 ปี	11	3.09	0.124
รวม	252	3.12	0.160
5. จำนวนครั้งที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ			
1 ครั้ง	121	3.08	0.135
2 ครั้ง	111	3.15	0.183
3 ครั้ง	20	3.03	0.094
รวม	252	3.11	0.160

จากตาราง 7 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

จากการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตามตัวแปรอายุ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกลุ่มอายุ มากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ 3.13 (S=0.169) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 40-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.12 (S=0.168) กลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 2.41 (S=0.075) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกกลุ่มอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับการศึกษา

จากการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดหัวใจตีบตามตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบระดับการศึกษามัธยม มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ 3.13 (S=0.179) รองลงมา คือ ระดับอนุปริญญาหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.09 (S=0.147) ระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.09 (S=0.094) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกระดับการศึกษามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

3. รายได้

จากการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดหัวใจตีบตามตัวแปรรายได้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบกลุ่มรายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ 3.12 (S=0.180) รองลงมา คือ กลุ่มรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.09 (S=0.147) กลุ่มรายได้ 5,000 – 10,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.10 (S=0.142) กลุ่มรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.07 (S=0.063) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกกลุ่มรายได้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

4. ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดหัวใจตีบตามตัวแปรระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ 3.11 (S=0.163) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีระยะเวลา 1-2 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.15 (S=0.183) กลุ่มที่มีระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.09 (S=0.142) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกกลุ่มระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

5. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จากการจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดลเลือดหัวใจตีบตามตัวแปรจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใ พบว่า กลุ่มที่มีจำนวนครั้ง 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ 3.08 (S=0.135) รองลงมา คือ กลุ่มที่มีจำนวนครั้ง 2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.12 (S=0.162) กลุ่มที่มีจำนวนครั้ง 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต คือ 3.03 (S=0.094) และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกกลุ่มจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
1. อายุ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.149	0.074	2.138	0.12
	ภายในกลุ่ม	249	8.671	0.350		
	รวม	251	8.820			
2. ระดับการศึกษา						
	ระหว่างกลุ่ม	3	0.489	0.122	3.625*	0.007
	ภายในกลุ่ม	248	8.331	0.340		
	รวม	251	8.820			
3. รายได้						
	ระหว่างกลุ่ม	4	0.131	0.033	0.930	0.448
	ภายในกลุ่ม	248	8..689	0.350		
	รวม	251	8.823			
4. ระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.078	0.039	1.116	0.329
	ภายในกลุ่ม	249	8.742	0.035		
	รวม	251	8.842			

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
5.จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ						
	ระหว่างกลุ่ม	2	0.572	0.286	8.639*	0.000
	ภายในกลุ่ม	249	8.742	0.033		
	รวม	251	8.842			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังนี้

1. อายุ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

2. ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4

3. รายได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

4. ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

5. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่มีระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ ของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หลังได้รับการบริการด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปรจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและระดับการศึกษา

1. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ	$\overline{X}$	1 ครั้ง	2 ครั้ง	3 ครั้ง
		3.08	3.15	3.03
1 ครั้ง	3.08	-	0.684*	0.052
2 ครั้ง	3.15	-	-	0.121*
3 ครั้ง	3.03	-	-	-

2. ระดับการศึกษา	$\overline{X}$	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญาหรือสูงกว่า
		2.915	3.087	3.128	3.092
ต่ำกว่าประถมศึกษา	2.915	-	0.172*	0.213*	0.177*
ประถมศึกษา	3.087		-	0.041	0.005
มัธยมศึกษา	3.128			-	0.036
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	3.092				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร แสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีจำนวนครั้งของการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิต และสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แสดงดังตาราง 10

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
1. ความเกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	252	-0.100	0.115
2. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	252	0.248*	0.000
3. แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย	252	0.133*	0.035

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.100 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่าความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.248 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่าค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.133 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ และจำนวนครั้งของการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจกับความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

4. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

5. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

6. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

7. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีจำนวนครั้งของการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

8. ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

9. ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

10. การสนันสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 680 คน (ปี พ.ศ. 2546)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ แผนกอายุรกรรม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เป็นผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้รับการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จำนวน 252 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ (Checklist) จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratig scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด จำนวน 18 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratig scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด มีจำนวน 4 ด้าน ด้านความพึงพอใจในชีวิต มี 15 ข้อ ด้านอัตมโนทัศน์ มี 18 ข้อ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายมี 14 ข้อ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ มี 15 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการทดสอบสมมุติฐานครั้งนี้ยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยรวมและรายด้าน หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร เพศ สถานภาพสมรส ทดสอบโดยใช้ค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 1 และข้อ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้การทดสอบโดยค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 และข้อ 4-7 ถ้าพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ย ด้วยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls method)

ตอนที่ 4 หาความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ค่านิยมด้านชีวิตและสุภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson product moment correlation coefficent) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 8-10

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลด้านประชากร

1.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นเพศชายร้อยละ 79.37 มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,000-15,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.93 มีระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.90 มีจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 48.02

1.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง

1.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนใหญ่แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

1.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนใหญ่ มีค่านิยมด้านชีวิตและสังคมในระดับสูง

1.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพในระดับปานกลาง

2. ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีเพศต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

2.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

2.6 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน

2.7 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.8 ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

2.9 ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.10 การสนันสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ อภิปรายผลดังนี้

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอายุมากกว่า 60 ปี จัดว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ความสามารถของร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างไม่ดีเท่าที่ควร จากสุขภาพร่างกายเสื่อมตามวัย การทำกิจกรรมบางอย่างต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการขยายหลอดเลือดหัวใจทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอกได้ในบางครั้งจึงทำให้ความสามารถทำกิจกรรมลดลงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านมีดังนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต ในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตประจำวัน ความสุขในชีวิตหลังการขยายหลอดเลือด รู้สึกปลอดภัยในชีวิตครอบครัว ไม่วิตกกังวลชีวิต ครอบครัวอบอุ่น พึงพอใจ ในความสามารถของตนเองและพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกรอบตัวอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านอัตมโนทัศน์ ในเรื่องกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับปานกลาง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จัดอาหารรับประทานด้วยตนเองได้ระดับปานกลาง และเป็นที่รักใคร่ของครอบครัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเองได้ระดับปานกลาง

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ในเรื่อง การทำงานอดิเรกการทำประโยชน์กับผู้อื่น ความสามารถในการทำธุระนอกบ้านได้ การตรวจตามนัด ระบบขับถ่าย การทำกิจกรรมค่อนข้างเหนื่อยง่าย ยังปรับเข้ากับการเจ็บป่วยได้ค่อนข้างน้อย

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ในเรื่อง ความรักใคร่ในครอบครัว ความรักความห่วงใยไว้ใจ ซึ่งกันและกัน ครอบครัวอบอุ่นอยู่กับครอบครัวแล้วมีความสุขพอใจในรายได้และทรัพย์สมบัติที่สะสมไว้ มีความสุขในการได้เข้าสังคม สามารถพบปะเพื่อนฝูงได้ในระดับปานกลาง

โดยสรุปแล้วคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดอาหารรับประทาน การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย สมารถปรับตัวในการเข้ากับการเจ็บป่วยพร้อมยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถสังเกตความผิดปกติ และตรวจตามนัดได้ สามารถพูดคุย พบปะกับเพื่อนบ้านและเข้าสังคมได้อย่างดีในระดับปานกลางซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสายฝน จับใจ (2540 : ก) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย อยู่ในระดับดี และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ (2541 : ง) ได้ทำการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน ผลการศึกษาพบว่าหลังการขยายด้วยบอลลูนในสัปดาห์ที่ 2, 6และเดือนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตทั้งโดยรวมและรายด้านดีกว่าในระยะก่อนทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

เพศ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีเพศต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้เพศเป็นปัจจัยทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกในครอบครัว ชุมชน สังคม เพศชายได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่อง ซึ่งนอกจากจะทำให้เกิดความแตกต่างกันในการดูแลตนเองแล้วยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันด้วยเพราะเพศชายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอาจมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีทำให้ตนเองมีสุขภาพสมบูรณ์ สามารถรับรู้เกี่ยวกับ

ภาพลักษณ์ของตนเองและตอบสนองต่อการวินิจฉัยและรักษาตนเอง มีเวลาในการแสวงหาแหล่งให้บริการความรู้และการปฏิบัติตนในการที่จะมีสุขภาพแข็งแรงตลอดเวลา ส่วนเพศหญิงอาจจะไม่มีเวลาใส่ใจในเรื่องภาวะสุขภาพเนื่องจากต้องทำงานประจำและทำงานบ้าน เพศชายจึงมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีเพศแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อายุ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยไม่ว่าจะมีอายุเท่าใดเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้วจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและถ้าเป็นมาก ๆ จะทำให้อึดอัดหายใจไม่ออก เมื่อได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายและมีความสุขมีความพึงพอใจที่จะมีชีวิตต่อไปซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 76) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตโพภาส (2545 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 75) ที่ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน

สถานภาพสมรส

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อผู้ป่วยได้รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องต้องเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีการปรับการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความช่วยเหลือในการดูแลตนเองด้วย จึงทำให้บุคคลที่มีสถานภาพสมรสหรือไม่ ก็มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 73) ได้ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิตาพร เขียนวงษ์ (2547 : 136) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเทศไทยที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มนสิน แย้มสกุล (2542 : 37) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายฝน จับใจ (2540 : ก-ข) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า แยก กันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับการศึกษา

ผลการศึกษาว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ ทำให้สามารถค้นหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถเข้าใจภาวะสุขภาพตนเอง เกิดการเรียนรู้ นำมาปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี การศึกษาเรียนรู้นี้สั่งสมเป็นประสบการณ์เพื่อดูแลตนเอง (Orem. 1985: 175) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของตรีนาท โกวิทเจริญตระกูล (2542 : 72) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในสำนักงานศูนย์หัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธิดา นิรพิฆน์ (2543 : 93) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราชที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะนุช ปัญญาธีระ (2542 :89) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควมคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน

รายได้

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีรายได้ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ปัจจัยหลักที่คนต้องการเหมือนกันคือปัจจัยสี่ ที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต คนที่มีรายได้มากก็ย่อมมีค่าใช้จ่ายมาก คนที่รายได้น้อยก็มีค่าใช้จ่ายน้อย คนที่มีรายได้มากก็ไม่มีอะไรวัดว่าจะมีความสุขมากกว่าคนมีรายได้น้อย รายได้สูงหรือต่ำไม่ได้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยคนจะมีการแสวงหาสิ่งที่ดีต่อสุขภาพตามสภาวะสังคมและสิ่งแวดล้อมหรือจากสื่อต่างๆ ปัจจุบันผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกันด้วยระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าของรัฐบาล จากผลการศึกษาซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมปอง ใจกล้า (2545 : บทคัดย่อ) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ณ คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ป่วยที่มีราได้ต่างกันมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และผลการศึกษาของจันทิมา โคษะนันท์ (2544 : 94) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีระยะเวลาหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรังในระยะแรกจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจ และมีพฤติกรรมตอบสนองได้แก่ ความวิตกกังกล กลัว ซึมเศร้า ไม่ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย เมื่อเวลาผ่านไประยะเวลาหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มยอมรับปรับตัวต่อรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรทีมสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจตามนัด ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดี เป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับ ให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง ปรับตัวอย่างเหมาะสมซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 3-6 เดือน (ประภา รัตนเมธานนท์. 2532 : 93) ดั้งนั้นไม่ว่าการเจ็บป่วยจะมีระยะเวลานานเท่าใด การดูแลตนเองย่อมต้องการให้หายจากโรคโดยเร็ว จึงทำให้การดูแลตนเองคล้ายคลึงกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุธาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์ (2544 : 101) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะนุช ปัญญาธีระ (2542 :89) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระยะการเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควมคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธิดา นิรพิฆน์ (2543 : 93) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ผู้ป่วยโรคความดัน-โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในโรงพยาบาลศิริราช ที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน

จำนวนครั้งของการรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่จำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่มีจำนวนครั้งของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่างกัน มีคุณภาพชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแตกต่างกัน ทั้งนี้จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 1 ครั้ง และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 3 ครั้ง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2 ครั้ง อธิบายได้ว่า จำนวนครั้งของของการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นการบ่งบอกถึงความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น ผู้ป่วยอาจเกิดความวิตกกังวลในเรื่องที่เกี่ยวกับโรค การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงสุขภาพขึ้นจึงมีการดูแลตนเองมากขึ้น รวมถึงผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย จึงส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายฝน จับใจ (2540 : ก-ข) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และวิคลุนด์ (Wilklund. 1989 : 464-472) ศึกษา คุณภาพชีวิตในระยะเวลา 5 ปีหลังป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ความถี่ของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : ก-ข) ที่ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า จำนวนครั้งของการรับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่สัมพันธ์กับทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการ

ขยายหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจอยู่ในระดับสูง แต่ความรู้ไม่ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจและผู้ป่วยจะได้รับก่อนการได้รับการรักษาทุกราย จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง และแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้ในระดับสูง แต่ก็ไม่ได้ใช้ความรู้นั้นมาปรับปรุงคุณภาพชีวิต จึงทำให้ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สรุพงษ์ พิมพ์เอี่ยมและคณะ (2542 : 90) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปิยะนุช ปัญญาธีระ (2542 :91) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควมคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและภาวะการควมคุมระดับน้ำตาลในเลือดด้านความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพของสมาชิกในสังคมเป็นความเชื่อที่มีความหมาย มีความสำคัญสำหรับตนเอง และบุคคลอื่นในสังคม โดยยอมรับตรงเป้าหมาย มาตรฐาน อุดมคติในชีวิตเป็นอิทธิพลต่อการกำหนดและมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลสมัย (อุบล เลี้ยววาริน.2534 :60) ค่านิยมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2531 : 337 - 340) กล่าวว่า ค่านิยมจะเป็นตัวการที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของมนุษย์ บทบาทที่สำคัญของค่านิยมมี 2 อย่าง คือ เป็นมาตรฐานที่จะนำทางหรือเป็นแนวทางให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ และอีกประการหนึ่งคือ ทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพย่อมมีผลมาจากค่านิยมที่บุคคลให้

ต่อสุขภาพ ถ้าบุคคลให้ค่านิยมต่อสุขภาพสูงก็ย่อมจะเป็นแนวทางให้คนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอันนำมาซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายจิตใจและสังคมด้วย แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson. 1980 : 4907-A) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมสถานภาพแห่งค่านิยมทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ และสถานภาพสุขภาพในผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ค่านิยมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ค่านิยมทางสุขภาพไม่สามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสุขภาพได้

การสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และทุกข์ทรมานจากโรค มีความต้องการคนคอยดูแลช่วยเหลือประคับประคองโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยต้องพึ่งพาทั้งด้านแรงงาน การเงิน ทำให้สามารถดูแลตนเองแก้ไขปัญหาเกิดกำลังใจในการต่อสู้อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวช่วยลดความตึงเครียดบุคคลที่มีความเครียดสูงและมีการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้สุขภาพดีกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนให้ความรักเอาใจใส่ ยกย่องหรือเป็นคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb. 1976 : 300) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการรับประทานยา และต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด อาจต้องการดูแลไปตลอดชีวิต ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลง ต้องอยู่ในข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิต ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อเป็นการให้สอดคล้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เลิศวาสนา (2546 : 97) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของผู้ป่วยวัณโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ เกตุดารา (2543 : 79) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลชัยนาท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่างกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพชีวิตรายด้านบางด้านอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรจัดทำโครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย โดยจัดกิจกรรมให้เหมาะสม ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยและการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะปัจจุบันและสิ่งแวดล้อม โดยจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบของแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะการศึกษากึ่งทดลองเพื่อนำประโยชน์ใช้ในการวางแผนให้สุขศึกษา

2. ควรศึกษาโปรแกรมสุขศึกษารูปแบบของการให้ความรู้กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะการศึกษากึ่งทดลองเพื่อนำประโยชน์ใช้ในการวางแผนให้สุขศึกษา

3. ควรศึกษาด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เช่น ความสม่ำเสมอการมาตรวจตามนัด

4. ควรศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กนกพร วิสิทธิกุล.(2536). *พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ของวัยรุ่นตอน ปลายในกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

กระทรวงสาธารณสุข. (2538). *สถิติสาธารณสุข* 2536. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

----------. (2540). สภาพและปัญหาสาธารณสุข *นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544).* กรุงเทพฯ : กองแผนกระทรวงสาธารณสุข.

----------. (2544). *รายงานงานของผู้ป่วยที่มารับบริการสาธารณสุข.* นนทบุรี : สำนักนโยบายและแผน.

กุลธิดา พานิชกุล. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532).*ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการแรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.*วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จีระภา รัตนกิจ. (2540). *คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในภาคใต้.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จันทิมา โดษะนันท์. (2544). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี.* ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

จริยา ดันดิธรรม. (2536). *รูปแบบการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายอย่างเฉียบพลันในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่).กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ชมพูนุช อ่องจิตร. (2538). โรคหัวใจขาดเลือด. *ตำราอายุรศาสตร์2.* กรุงเทพ ฯ : ยูนิตี้พับลิเคชั่น.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.* พิมพ์ครั้งที่ 7.กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์เทพ-นิมิต.

เดือนฉาย ชยานนท์. (2537). Update in Ischemic Heart Disease. *อายุรศาสตร์.* กรุงเทพฯ : ยูนิตี้พับลิเคชั่น.

----------. (2538). *การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน.* กรุงเทพฯ :

ตรีนาช โกวิทเจริญตระกูล. (2542). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการบริการในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจ สมเด็จพระบรมราชินีนาถ โรงพยาบาลศิริราช.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร

ฐิตาพร เขียนวงษ์. (2547). *แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในประเทศไทย.วิทยานิพนธ์ วท.ม.* (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย-ศรีนครินทรวิโรฒ.

ประคอง กรรณสูตร. (2525). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.* กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.

ประคอง อินทรสมบัติ. (2535). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.กรุงเทพ ฯ : วี. เจ.พริ้นติ้ง.

ประภา รัตนเมธานนท์. (2532). *การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2532). *ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.* พิมพ์ครั้งที่ 3. . กรุงเทพ ฯ : ไทยวัฒนาพานิช.

ประภาพร จินันทุยา. (2536). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมของผู้สูงอายุดินแดง.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ปริศนา วรนันท์. (2541). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ.*วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ปิยะนุช ปัญญาธีระ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพและสภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลราชบุรี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตสถาน. (2535). กรุงเทพ ฯ : อักษรเจริญทัศน์.

เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนากร. (2540). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่โครงตาข่ายในหลอดเลือดหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พรรณี เสถียรโชค. (2536). *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด.* กรุงเทพ ฯ : กรุงเทพเวชสาร.

พรรณี เสถียรโชคและประดิษฐ์ ชัยเสรี. (2536). "โรคหัวใจขาดเลือด." *ตำราโรคหลอดเลือดหัวใจ.* ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพ ฯ : กรุงเทพเวชสาร.

ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. (2538). *ระบาดวิทยา.* กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8 . กรุงเทพ ฯ : ปกเจริญผล.

มนสิน แย้มสกุล. (2547). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . (2542). *คู่มือการเขียนปริญญานิพนธ์*. กรุงเทพ ฯ : วิชัยพาณิชย์และการพิมพ์.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2538). โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ใน*เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7* หน้า 13. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก*. วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิชัย ตันไพจิตร. (2536). โรคหัวใจและภาวะโภชนา *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ ฯ : สภาการแพทย์แห่งประเทศไทย.

วิชุดา ใจคุ้มแก้ว. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. กรุงเทพ ฯ : ม.ป.พ.

วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). *หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องที่ใช้ในการวิจัย*.กรุงเทพ ฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์.

----------. (2538,กุมภาพันธ์-มีนาคม). *"ค่าเฉลี่ยกับการเปลี่ยนแปลงความหมายเรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้"*. *ข่าวสารกับการวิจัย* : 8-11.

วราภรณ์ นาครัตน์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วาสนา ปุรณมนีวิวัฒน์. (2532). *เปรียบเทียมแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยคนที่คววามดันโลหิตปกติ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วีรนุช ไตรรัตนโอภาส. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพ ฯ : วี เจ พริ้นติ้ง.

----------. (2539). *การดูแลตนเอง : การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพ ฯ : วี เจ พริ้นติ้ง.

———. (2540). การพยาบาลโรคหัวใจขาดเลือด. *การพยาบาลอายุรกรรม เล่ม 2*.กรุงเทพ ฯ : วี เจ พริ้นติ้ง.

สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ. (2541). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมปอง ใจกล้า. (2545). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สายฝน จับใจ. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สายฝน เลิศวาสนา. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร*. ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา). วท.ม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สุณี รักษเกียรติศักดิ์. (2539). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS*. กรุงเทพ ฯ : สำนักพิมพ์ดอมพิวเตอร์ มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

สุธิดา นิรพัฒน์. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลศิริราช*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

สุธินี ศรีรัตน์. (2544). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ณ คลินิกโรคไต โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ

สุชาทิพย์ รุ่งเรืองอนันต์. (2544). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในคลินิกความดันโลหิตสูง. โรงพยาบาลนครปฐม*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2539). โรคหลอดเลือดและหัวใจ *ในตำราอายุรกรรมศาสตร์ 2*. กรุงเทพ ฯ : ยูนิตี้พับลิเคชั่น.

หน่วยเวชระเบียนและสถิติ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ปี 2545-2546.

อมรรัตน์ เกตุดารา. (2543). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชันนาท.*วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

อศิรา สุขุมาลจันทร์. (2536). *ตำราโรคหลอดเลือดและหัวใจ*. กรุงเทพ ฯ : ไอเดนติตี้.

อุบล เลี่ยววาริน. (2534). *ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาศรีนครินทรวิโรฒ.

อุไร ศรีแก้ว. (2543). *การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ* : การดูแลอย่างต่อเนื่อง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ : ลิมมาเดอร์การพิมพ์.

Anderson NTC, Norris AC, (1972, July), Longterm Adjustment and Adaptation Medanism in Severely Burned Adult. *Journal of Advanced Nursing ; 154 : 352-362*

Bergener, M. (1987). Development. Testing and use of sickness Impact profile. In S.R. walter & R.M. Rosser. (Eds), *Quality of life : Assessment and Application*. 79 – 83. Lancaster : MTP Pressed Limited.

Campbell, A. (1976, January), "Subjective Measure of Well-being". *American Psychologist* ; 3 : 117-124.

Cobb S. (1976, September – October). Social support as a Moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine* : 14(38) 300 – 314.

Dear H. (1988). Multiple Instruments for measuring quality Life In M. Frank – Strasbourg (E.D), *Instruments for Clinical Nursing ROS research* : 97-106

Feath, Norman T. (1975). *Value in Education and Society*. Collier Macesimillan.

Hass, R. (1996,March). "Implantation and Imagine of Coronary Stent," Radiologic Teachology. 7(3) : 233-248.

House, Jame S. (1981). *Work stress and social support*. Philippines : Addison – Weekly.

Kasl, S.V. and Cobb S. (1974). *Health Behavior in the social Environment Chicago* : A line Publishing Company.

Kotket, F.J. (1978). Thirty year of research of the Subjective well being of older Americans J Gerontol : 109 - 125.

Landau, C, Lange, R.A., & Hillis, D. (1994). Percutaneous Tansluminal Coronary Angioplathy. *New England Journal of Medicine* 330 (14).

Larson, R. (1978, September). "Thirty Year of Research of the Subjective well being of older Smericansot" *Journal of Geronotology* : 113 – 144.

Lincoff, A.M. & Topol, E.J. (1997) "Interventional Catheterization Techniques". *In Heart Disease : A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Edited by Braunwald. E. 5th ed : 1366 – 1387. Philadelphia : W.S. Saunders.

Luckman, J and Sorensen, Karen C. (1989). Coronary Heart Disease : *Medical – Surgical Nursing. 3rd. ed.* Canada : W.B. Saunders and Company.

Lukkarinen H. and Hentinen H. (1997). Assessment of quality of Life with the Nottingham Health Profile among woman with coronary artery disease Heart & Lung : 27 (31) : 173 – 184.

Lukkarinen, H. et al. (1997). Self care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *International Journal of Nursing Studies.* 34 (4) : 295 – 304.

Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality.* 2nd ed. New York : Harper and Row.

Meeberg GA. (1993). Quality of life :a concept analysis. *Advanced Nursing* :32-38

Miller, S. S. Miller. J. A. & Miller, DE. (1986). Life span. Plus : *The Defintive Guid to Health and Well – being for the Rest of Your Life.* New York : Macmillan Publishing Company.

Newton, KM. & Froelicher, ES. (1995). "Coronary Heart Disease Risk Factor "*In Cardiac Nursing.* 205 – 207.3th col.

Orem, D.E. (1980). *Nursing Concepts of practice.* 2nd ed. New York : McGraw-Hill.

----------. (1985). *Nursing Concepts of practice.* 3rd ed. New York : McGraw-Hill.

----------. (1985). *Nursing Concepts of practice.* 4th ed. New York : McGraw-Hill.

Padilla, G.V. & Grant, M.M. (1983). "Quality of Life as A Cancer Nursing Outcomes Variable" *Advanced Nursing Science.* 8 (June 1983) : 117 – 126.

Peder, N.J. (1987). *Health promotion in Nursing practice.* East Norwalk : Appleton Century Crafts.

Peder, N.J. (1996). *Health promotion in Nursing.* 3rd ed. Stamford, Connecticut : Appleton & Lange.

Powell, D.H. (1983). *Understanding Human Adjustment* : Normal Adaptation through the Life Cycle. Boston : Litter Brown and Company.

Spezial G, Ruvolo G, Marino B. (1996). Quality of life following coronary bypass surgery. *J carovase sury :* 75-78.

Stromberg. ME. (1984, September – October). "*Selection and Instrument to measure quality of Life" Oncology Nursing Form* : 88 – 93.

UNESCO. (1980), September). "Evaluation the quality of life in Belgium". *Social Indicators Research.* 8 : 312.

Westin L, Carlsson R, Isrelsson B, Willenheimer R, Cline C, Mchell JF. (1997). *Quality of life in patient with Ischemic Heart Disease : a prospective controlled study. J Int Med: 239-247.*

WHO. (1983). Community Prevention and control of Cardiovascular disease : *Report of WHO Expert community.* Geneva.

Wilklund JH, Hjalmarson A. (1989). *Quality of life years other myocardial infraction for Heart* ; 10 : 464 – 472.

Yamane, Taro. (1996). *Statistics : An Introductory Analysis.* New York : Harper and Row.

Zhan, L. (1992, July). Quality of life : Concept and Measurement Issues. *Journal of Advanced Nursing.* 17 : 795 – 800.

ภาคผนวก

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/ [illegible] **วันที่** 29 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์วีนัส ปัทมสูตร และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/1643

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

29 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์ไพบูลย์ โชดินพรัตน์กิจ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 06-3414669

ที่ ศธ 0519.12/[illegible]

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๘ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 06-3414669

ที่ ศธ 0519.12/ /1856

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๓๐ พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกโรคหลอดเลือดและหัวใจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 06-3414669

ที่ ศธ 0519.12/1167

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย 1

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 06-3414669

ที่ ศธ 0519.12/ //608

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมชาย 2

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 05-3414669

ที่ ศธ 0519.12/1/8๐๗

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิง 1

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 06-3414669

ที่ ศธ 0519.12/ ๓๙๔๔

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤศจิกายน 2547

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในอายุรกรรมหญิง 2

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์อุษามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรือโท ไพบูลย์ อ่อนมั่ง เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 02-2443496 มือถือ 06-3414669

No. ๗.๑๑

Ethics Committee

For

Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

---

Title of Project	:	Quality of Life of The Patients with Coronary Heart Disease After Dilatation of Coronary Artery at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital
Registered Number	:	0044.48
Principal Investigator	:	Miss Khwanjai Jamsoi
Name of Institution	:	The Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

..... Chairman

(Mr. Pitinan Natrujirote)

Deputy Permanent Secretary for BMA

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม

1. รองศาสตราจารย์วีนัส ปัทมมาสพงษ์	อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. ดร.ทรงพล ต่อนี	อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. นายแพทย์ไพบูลย์ โชตินพรัตน์ภัทร	นายแพทย์ 7วช แพทยศาสตร์บัณฑิต อาจารย์แพทย์ อายุรศาสตร์ด้านโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
4. อาจารย์พิศมัย พิทักษาวรากร	อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
5. อาจารย์ระวีวรรณ พิไลเกียรติ	อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษา วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวมรวบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์-กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลและนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษาช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. รายละเอียดของแบบสอบถาม

แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ตอนที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมและค่านิยม

ตอนที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

3. การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความรู้ ความคิดเห็น และความเป็นจริงของท่านเองมากที่สุดเพียง 1 คำตอบเท่านั้น และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

4. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี่จะนำไปใช้เพื่อประกอบการวิจัยเท่านั้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ โดยไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอกราบขอบพระคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย
นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านประชากร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความคิดเห็นที่เป็นจริงของท่าน

1. เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

2. อายุ

( ) อายุน้อยกว่า 40 ปี

( ) อายุ 40-60 ปี

( ) อายุมากกว่า 60 ปี

3. สถานภาพสมรส

( ) โสด

( ) คู่

( ) ม่าย / หย่า / แยก

4.ระยะเวลาหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจครั้งล่าสุด

( ) น้อยกว่า 1 ปี

( ) 1-2 ปี

( ) มากกว่า 2 ปี

5.ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจจำนวนกี่ครั้ง

( ) 1 ครั้ง

( ) 2 ครั้ง

( ) 3 ครั้ง

( ) มากกว่า 3 ครั้ง

6.รายได้ของครอบครัว

( ) ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

( ) 5,000 - 10,000 บาทต่อเดือน

( ) 10,001 - 15,000 บาทต่อเดือน

( ) มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน

7. วุฒิการศึกษา

( ) ต่ำกว่าประถมศึกษา

( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา

( ) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

( ) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.	การขยายหลอดเลือดหัวใจมีจุดประสงค์เพื่อทำให้เลือดสามารถไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจได้สะดวกขึ้นโดยทำให้ไขมันแบนราบกับผนังหลอดเลือด		
2.	การขยายหลอดเลือดหัวใจจะทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ		
3.	เมื่อขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วจะไม่กลับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำอีกเลย		
4.	การขยายหลอดเล็อดหัวใจเป็นการรักษาที่ทันสมัยและได้ผลดีวิธีหนึ่ง		
5.	การขยายหลอดเลือดหัวใจมีผลข้างเคียงน้อยและพักรักษาในโรงพยาบาลไม่เกิน 1 สัปดาห์		
6.	การขยายหลอดเลือดหัวใจเป็นการทำเพื่อการวินิจฉัยและรักษาไปพร้อม ๆ กัน		
7.	การขยายหลอดเลือดหัวใจสามารถทำได้ทุกเพศทุกวัย		
8.	หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องรับประทานยาและควบคุมอาหารไขมันอย่างต่อเนื่อง		
9.	ในระยะเวลา 1 สัปดาห์ หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจท่านสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้		
10.	หลังขยายหลอดเลือดหัวใจควรตรวจระดับไขมันในเลือดตามคำแนะนำของแพทย์		

ลำดับ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
11.	หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจท่านสามารถดื่มสุราและสูบบุหรี่		
12.	หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้มาก ๆ เพื่อป้องกันท้องผูก		
13.	หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วต้องให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเดียว		
14.	ก่อนและหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ		
15.	หลังขยายหลอดเลือดหัวใจถ้าปฏิบัติตนไม่ถูกต้องสามารถกลับเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำได้อีก		
16.	หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจต้องมาตรวจตามนัด		
17.	ห้ามทำงานทุกชนิดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
18.	ห้ามออกกำลังกายทุกชนิดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
19.	ห้ามมีเพศสัมพันธ์หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ		
20.	หลังการขยายหลอดเลือดหัวใจไม่จำเป็นต้องรับประทานยาใด ๆ		

ตอนที่3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมและค่านิยม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนด ให้ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด
เป็นจริงมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมาก
เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความ ความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปาน
กลางเป็นจริงน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
เป็นจริงน้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
	การสนับสนุนทางสังคม					
1.	คนในครอบครัวท่านทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นมั่นใจ และปลอดภัย					
2.	คนในครอบครัวท่านสนับสนุนให้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับร่างกาย					
3.	คนในครอบครัวคอยเตือนเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง					
4.	คนในครอบครัวคอยช่วยเหลือกิจกรรมที่ท่านไม่สามารถทำได้					
5.	คนในครอบครัวท่านช่วยสังเกตอาการผิดปกติของท่าน					
6.	คนในครอบครัวท่านคอยเตือนให้ท่านไปตรวจตามนัด					

ลำดับ	ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	เป็นจริงน้อยที่สุด
7.	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านให้รับประทานยาตามแพทย์สั่ง					
8.	คนในครอบครัวให้ความเคารพนับถือท่านเสมอ					
9.	คนในครอบครัวพาท่านมาตรวจตามนัด					
10.	คนในครอบครัวท่านคอยช่วยเหลือด้านการเงินสม่ำเสมอ					
11.	ท่านร่วมกิจกรรมกับครอบครัวของท่าน					
	ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ					
12.	ท่านให้ความสำคัญแก่สุขภาพ					
13.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านยังมีอนาคต					
14.	ท่านมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต					
15.	ท่านให้ความสำคัญแก่ชีวิต					
16.	ท่านสร้างความแข็งแรงให้จิตใจของท่านเสมอ					
17.	ท่านให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ					
18.	ท่านฝึกสมาธิเพื่อให้มีความสงบของจิตใจเสมอ					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจประกอบด้วย 4 ด้าน

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองในแต่ละข้อความโดยมีเกณฑ์การ ตอบแบบสอบถามดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุดในระดับ	81-100 %
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากในระดับ	61-80 %
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลางในระดับ	41-60 %
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยในระดับ	21-40 %
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุดในระดับ	0-20 %

ด้านที่ 1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
2.	ท่านมีความสุขในชีวิตหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ					
3.	ท่านไม่มีความวิตกกังวลกับชีวิตในอนาคตของตนเอง					
4.	ท่านรู้สึกว่ามีความปลอดภัยในชีวิต					
5.	ท่านรู้สึกว่าครอบครัวของท่านมีความอบอุ่น					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายกับชีวิตปัจจุบัน					
7.	ท่านมีความพึงพอใจในความเจริญก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว					
8.	ท่านมีพอใจในความสามารถของตนเองหลังการรับการรักษา					
9.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านไม่มีความปลอดภัย					
10.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในสภาพที่อยู่อาศัยของท่าน					
11.	ท่านพึงพอใจกับเครื่องอำนวยความสะดวกสบายที่มีอยู่					
12.	ท่านพึงพอใจในสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัว					

ด้านที่ 2 ด้านอัตมโนทัศน์

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านรู้สึกไม่พอใจในความสามารถของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป					
2.	ท่านมีความสามารถดูแลตนเองได้					
3.	หลังเข้ารับการักษาท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้					
4.	ท่านสามารถควบคุมการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพได้					
5.	ท่านสามารถทำอาหารรับประทานและจัดอาหารรับประทานเองได้					
6.	ท่านรู้สึกว่าท่านประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน					
7.	ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง					
8.	ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถทำประโยชน์ได้					
9.	ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนเจ็บป่วยตลอดเวลา					
10.	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ					
11.	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองท่านเอง					
12.	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นที่รักของครอบครัว					
13.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในความเป็นตัวของตัวเอง					
14.	ท่านสามารถวิเคราะห์เหตุการณ์ต่าง ๆ ด้วยความเป็นกลาง					

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
15.	ท่านสามารถให้ทำปรึกษาปัญหาสุขภาพกับคนใกล้ชิดได้อย่างสบายใจ					
16.	ท่านสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง					
17.	ท่านรู้สึกสบายใจที่ได้เข้ารวมกิจกรรมทางศาสนา					
18.	ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างให้เคารพนับถือเหมือนเดิม					

ด้านที่ 3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ท่านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม					
2.	ท่านรู้สึกว่าท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
3.	ท่านรู้สึกว่าสุขภาพของท่านแข็งแรง					
4.	ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ					
5.	ท่านรู้สึกภาคภูมิใจในตัวท่านเอง					
6.	ท่านสามารถเดินออกกำลังกายได้					
7.	ท่านสามารถทำงานอดิเรกที่ท่านชอบได้					
8.	ท่านสามารถออกกำลังกายเบา ๆ ได้					
9.	ท่านทำประโยชน์กับผู้อื่นอย่างมีความสุขเสมอ					
10.	ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติ					
11.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในสุขภาพของท่านในปัจจุบัน					
12.	ท่านสามารถไปรับการตรวจรักษาด้วยตนเองได้					
13.	ท่านรู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยง่ายกว่าปกติ					
14	ท่านสามารถออกไปทำภาระกิจนอกบ้านได้ด้วยตนเอง					
15	ท่านสามารถปรับตัวกับอาการเจ็บป่วยได้					

ด้านที่ 4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ลำดับ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	บุคคลในครอบครัวของท่านมีความรักใคร่ผูกพันกันดี					
2.	บุคคลในครอบครัวของท่านมีความรักและความห่วงใยซึ่งกันและกัน					
3.	บุคคลในครอบครัวของท่านมีความไว้ใจซึ่งกันและกัน					
4.	ครอบครัวของท่านมีความอบอุ่น					
5.	ท่านรู้สึกว่ามีความสุขเมื่ออยู่กับครอบครัว					
6.	ท่านพึงพอใจกับรายได้ของครอบครัว					
7.	ท่านพึงพอใจกับจำนวนเงินและทรัพย์สินที่ท่านเก็บออมไว้					
8.	ท่านมีโอกาสได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้านเสมอ					
9.	ท่านรู้สึกว่าลูกหลานรักใคร่ให้ความเคารพท่าน					
10.	ท่านมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
11.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในการไปร่วมงานสังคม					
12.	ท่านรู้สึกมีความสุขใจเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
13.	ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมหรือชมรมต่าง ๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ					
14.	ท่านรู้สึกพึงพอใจในการไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง					

เฉลยแบบสอบถาม

1.ความรู้เกี่ยวกับการขยายหลอดเลือด

ด้านบวกข้อ 1,4,5,6,7,8,9,10,12,14,15,16,

ด้านลบข้อ 2,3,11,13,17,18,19,20

2.การสนับสนุนทางสังคมและค่านิยม

ด้านบวก ทุกข้อ

3. คุณภาพชีวิต

3.1 ความพึงพอใจในชีวิต

ด้านบวกข้อ 1,2,3,4,5,7,8,10,11,12

ด้านลบข้อ 6,9,13

3.2 อัตมโนทัศน์

ด้านบวกข้อ 2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,16,17,18

ด้านลบข้อ 1,9

3.3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ด้านบวกข้อ 1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12

ด้านลบข้อ 4,13

3.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ด้านบวก ทุกข้อ

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาวขวัญใจ แจ่มสร้อย
วันเดือนปีเกิด	10 กุมภาพันธ์ 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดระยอง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	681 ถนนสามเสน แขวงวชิระ เขตดุสิต กทม.
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2537	มัธยมดอนปลาย โรงเรียนระยองวิทยาคม
พ.ศ.2541	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ.2548	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ