



การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

**Illness Perceptions, Receiving Information, and Cardiac Rehabilitation Behaviors in
Patients with Acute Coronary Syndrome after Discharge**

กุลวรรณ ทองมาก

Kunlawan Thongmak

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fullfillment of Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Adult Nursing)
Prience of Songkla University**

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย
ผู้เขียน	นางสาวกุลวรรณ ทองมาก
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่งวัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(รองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว)

.....กรรมการ
(ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัตนานนท์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ช่อลดา พันธุเสนา)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร. อมรรัตน์ พงศ์คารา)

คณะบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย
ผู้เขียน	นางสาวกุลวรรณ ทองมาก
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2554

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลนครศรีธรรมราชจำนวน 88 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามการได้รับข้อมูล และแบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยได้รับการตรวจความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย หาความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามการได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หาค่าความเที่ยงโดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92 และ 0.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) ผลการศึกษามีดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วยพิจารณาตามองค์ประกอบรายด้านพบว่า

1.1 อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากที่สุด (ร้อยละ 83.0) รองลงมา คือ อาการหายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจติดขัด/หายใจไม่อิ่ม (ร้อยละ 79.5) และอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง (ร้อยละ 71.6)

1.2 สาเหตุของโรคพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าความเครียดเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากที่สุด ($\bar{x} = 3.78$, $SD = 1.11$) รองลงมา คือ เรื่องอาหาร ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 1.00$) และภาวะจิตใจ ($\bar{x} = 3.58$, $SD = 1.23$)

1.3 ช่วงเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ว่า ช่วงเวลาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นช่วงเวลานาน ($\bar{x} = 3.23$, $SD = 0.71$)

1.4 ผลกระทบจากการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ว่าผลกระทบจากการเจ็บป่วยมีผลกระทบรุนแรง ($\bar{x} = 3.46$, $SD = 0.57$)

1.5 การรักษา/การควบคุม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถรักษา/ควบคุมได้ ($\bar{x} = 3.27$, $SD = 0.43$)

2. การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.62$, $SD = 1.39$)

3. พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.67$, $SD = 1.17$)

4. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย ($r = .99$, $p < .01$) ส่วนการได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$, $p < .01$)

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวลของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

Thesis Title	Illness Perceptions, Receiving Information, and Cardiac Rehabilitation Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Discharge
Author	Miss Kunlawan Thongmak
Major Program	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2011

ABSTRACT

The purposes of this research were to describe the illness perception, receiving information and cardiac rehabilitation behaviors and to examine the relationship between the illness perception, receiving information and cardiac rehabilitation behaviors in patients with acute coronary syndrome after discharge. The sample comprised 88 patients with acute coronary syndrome who were followed up at the out-patient department of Hadyai and Nakornsrihammarat hospitals. The instruments were questionnaires regarding the illness perception, receiving information and cardiac rehabilitation behaviors in patients with acute coronary syndrome after discharge. Content validity was validated by 3 experts and the questionnaires were tested for internal consistency, yielding Cronbrach's alpha coefficients of 0.92 and 0.70 for receiving information and cardiac rehabilitation behaviors respectively. Test-retest reliability of the illness perception questionnaire was 0.72. The data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation statistic.

The findings were as follows:

1. Illness perception was classified into 5 components

- 1.1 Patients perceived that the symptoms most associated with acute coronary syndrome disease were pain/chest pain (83.0%), dyspnea (79.0%), and weakness/fatigue (71.6%).

- 1.2 Patients perceived that the causes of acute coronary syndrome disease were stress ($\bar{X} = 3.78$, $SD = 1.11$), diet ($\bar{X} = 3.64$, $SD = 1.00$) and emotional state ($\bar{X} = 3.58$, $SD = 1.23$).

- 1.3 Patients perceived that the time line of acute coronary syndrome disease would be a long duration ($\bar{X} = 3.23$, $SD = 0.71$).

1.4 Patients perceived that the consequence of acute coronary syndrome disease was a serious condition ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 0.57$).

1.5 Patients perceived that acute coronary syndrome disease was curable or controllable ($\bar{X} = 3.27$, $SD = 0.43$).

2. The mean total score of receiving information of acute coronary syndrome disease patients was at a medium level ($\bar{X} = 1.62$, $SD = 1.39$).

3. The mean total score of cardiac rehabilitation behaviors of acute coronary syndrome disease patients was at a medium level ($\bar{X} = 1.67$, $SD = 1.17$).

4. Illness perception had a significant positive relationship with cardiac rehabilitation behaviors ($r = .99$, $p < .01$), and receiving information had a significant positive relationship with cardiac rehabilitation behaviors ($r = .37$, $p < .01$).

The findings of this study can be used to guide health care professionals for discharge planning to promote health and prevent complication in patients with acute coronary syndrome.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความเพียรพยายาม และอุทิศสละของผู้วิจัย รวมทั้งได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร. จารุวรรณ กฤตย์ประชา และรองศาสตราจารย์ใหม่ไทย ศรีแก้ว ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ให้คำปรึกษา และให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัย ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาเสนอแนวคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้งานวิทยานิพนธ์มีความถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา คอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเสมอมา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลา หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย อายุรกรรมหญิง 1 กราบขอบคุณเพื่อนร่วมงาน โรงพยาบาลสงขลาทุกท่านที่เสียสละรับภาระงานแทนผู้วิจัย ขณะลาศึกษาต่อ รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุนในการทำวิจัย

สุดท้ายขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้ำๆ สามีและบุตร ที่คอยเป็นแรงกระตุ้น ให้กำลังใจ และสนับสนุนด้านการศึกษาตลอดมา ตลอดจนพี่ๆ น้องๆ เพื่อนๆ และทุกท่านที่มีได้กล่าวไว้ใน ณ ที่นี้ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ตลอดจนทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบคุณไว้ ณ ที่นี้

กุลวรรณ ทองมาก

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพ.....	(12)
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิด.....	5
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	10
หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	10
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีซ้ำ.....	10
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	12
การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	13
แนวทางการดูแลที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีใน ระยะฟื้นฟู.....	15

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	16
ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	16
ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	18
องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	20
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ.....	23
พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี.....	25
แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย.....	28
ความหมายการรับรู้การเจ็บป่วย.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย.....	29
การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารี.....	30
การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี.....	32
ความสัมพันธ์การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	34
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	38
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	41
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	45
ผลการวิจัย.....	45
การอภิปรายผล.....	54
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	62
ผลการวิจัย.....	62
ข้อเสนอแนะ.....	63
บรรณานุกรม.....	66
ภาคผนวก.....	75
ก คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย.....	76
ข คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย).....	77
ค ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	78
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	81
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	91
ประวัติผู้เขียน.....	92

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	46
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่รับรู้ว่าการดังกล่าวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	48
3	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้สาเหตุของโรค.....	50
4	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้ช่วงเวลาของการเป็นโรค	50
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้ผลกระทบจากโรค.....	51
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจำแนกตามการรับรู้การรักษา/การควบคุมโรค.....	52
7	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	52
8	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.....	53
9	ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย.....	54

รายการภาพ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรม การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังการจำหน่าย	7
2	กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self Regulatory Model: SRM) ของ ลิเวนท์ทาลและคณะ.....	34

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2005) ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนาและกลุ่มประชากรด้อยโอกาส (ดวงตา, 2552) ส่วนในประเทศไทย จากรายงานพบว่าแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตและอัตราการตายจากโรคหัวใจต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 17,775 คน อัตราตาย 28.4 และเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2550 จำนวน 18,452 คน และอัตราการตาย 29.3 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552) และยังพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะมีอายุน้อยลง (ปิ่นวิทย์, 2551) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดโรคและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากขึ้น จากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ ภาวะเครียด และความอ้วน เป็นต้น (สรณ, 2551; รวีภา, 2551)

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวหรือตีบ มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ หากภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปทำให้บริเวณส่วนนั้นได้รับความเสียหาย จากการขาดออกซิเจนขึ้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้ และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และเสียชีวิตจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (กอบกุล, 2546) ตลอดจนมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ โดยผลกระทบในด้านร่างกาย ได้แก่ อาการทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก อาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ใจสั่น ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง (เจนเนตร, 2546; ศิริอรและศิริลักษณ์, 2544) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า (วรรณิ, 2550) และด้านสังคมจากสภาพของโรคทำให้ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคม

ถูกจำกัด ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ ทำให้เกิดความท้อแท้และแยกตัวจากสังคม (Dunderdale, Thompson, Mile, Beer, & Furze, 2005)

ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะเฉียบพลัน โดยการใช้ยาเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจ เป็นผลให้ลดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานน้อยลง ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ (สรณ, 2541) และมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ เช่น การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน การใส่โครงสร้างตาข่าย การตัดคราบไขมัน เป็นต้น เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตสิ่งที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติโดยเร็วที่สุด คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งหากมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ถูกต้อง สม่ำเสมอและต่อเนื่อง (วาสิณี, 2543) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และสามารถปรับตัวเข้ากับโรคที่เป็นอยู่ ตลอดจนคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (อุไร, 2543) โดยเริ่มตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

การดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีควรเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงการจำหน่ายกลับบ้าน โดยทั่วไปหลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมรรถภาพของหัวใจและร่างกาย ร่วมกับการให้ความรู้เพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรค ตลอดจนการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีกลับมา มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2550) มีชีวิตความเป็นอยู่ตามปกติเหมือนก่อนการเจ็บป่วยทั้งสภาพทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติในที่สุด (ประวิษฐ์, 2546) อันจะนำไปสู่เป้าหมายของการฟื้นฟูและป้องกันการดำเนินของโรคไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้น ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ (Wenger, 1996) ลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเกิดโรค ลดอัตราการตายและอัตราความพิการลง (Jolliffe et al., 2000) ตลอดจนสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้

แม้ว่าประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจนั้นมีอยู่มาก แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังผ่านพ้นระยะวิกฤต ยังปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเหมือนเช่นเดิมก่อนเกิดการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของปิยนุช (2549) ศึกษาการออกกำลังกายและโรคหัวใจ พบว่าหลังจากหนึ่งปีไปแล้วมีผู้ป่วยโรคหัวใจประมาณร้อยละ 50 เท่านั้นที่ยังมีการปฏิบัติตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของสโคลท์ทอปไรย์เมอร์และคณะ (Scholteop Reimer et al., 2002) เกี่ยวกับการรับรู้ถึงปัจจัยที่มีผลต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 375 ราย หลังออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าได้รับการ

แนะนำอะไรบ้างเกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังคงกลับไปดำเนินชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นเดิมส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ส่วนการศึกษาของ นฤมล และคณะ (2542) ศึกษาถึงผลของขบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อบทบาทการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่าอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย คือ ปัญหาสุขภาพ เช่น ไม่มีแรง มีโรคประจำตัว เป็นต้น ไม่มีความรู้ ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย หรือขั้นตอนการออกกำลังกายด้วยตนเอง และไม่มีเวลา และการศึกษาของเจนเนตร (2546) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยด้านบุคลิกภาพทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลจากบุคลิกภาพลักษณะสั้นๆ เนื้อหาไม่ครบ ทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม นอกจากนี้จากการศึกษาของเฟรน คอปเปอร์และเวแมน (French, Cooper & Weinman, 2006) เป็นการสังเคราะห์งานวิจัย (Meta-analysis) โดยการนำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 188 ฉบับ มาผ่านขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย และพบว่างานวิจัยจำนวน 8 ฉบับนั้น ทดสอบในเรื่องของการรับรู้การเจ็บป่วยสามารถทำนายการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจได้ โดยพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 4 ด้าน คือ อาการที่เกี่ยวข้อง การรักษา/การควบคุมโรค ผลที่ตามมาและระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีผลต่อการดำรงไว้ และการเข้าร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีแนวโน้มให้ผู้ป่วยมีการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การรับรู้การเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ถึงสาเหตุ อาการ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผลจากการเจ็บป่วย และการรักษาของโรค ก็จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการจัดการกับตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งลีเวนทาล นารเรนและสตีล (Leventhal, Narenz, & Steele, 1984) ได้เสนอกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Regulatory Model) โดยมุมมองของกรอบแนวคิดนี้มุ่งไปยังการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงวิธีการต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยนั้นๆ (coping response) ในแนวคิดนี้การรับรู้การเจ็บป่วยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค (identify) สาเหตุของโรค (causes) ช่วงเวลาของการเป็นโรค (time-line) ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรค (consequences) และการรักษา/การควบคุมโรค (cure/controllability)

นอกจากนี้การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายที่ถูกต้อง มีผลต่อพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หากทีมสุขภาพมีการทำงานร่วมกันตลอดจนให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ สามารถมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีใกล้เคียงกับสภาพปกติมากที่สุด โดยพยาบาลเป็นบุคคลหนึ่งในทีมที่มีความใกล้ชิด

กับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสมเพื่อสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องมีทั้งการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจควบคู่กัน ไป เพื่อให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ เป็น (2550) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอาการเฉียบพลันในระยะ 24 ชั่วโมงแรก แต่ยังไม่มีการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะหลังจำหน่าย ตลอดจนการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีภายหลังจำหน่าย เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล แนวทางการให้ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
2. เพื่อศึกษาระดับการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

คำถามการวิจัย

1. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับใด
2. การได้รับข้อมูลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับใด
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับใด

4. การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่ายมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และอยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด

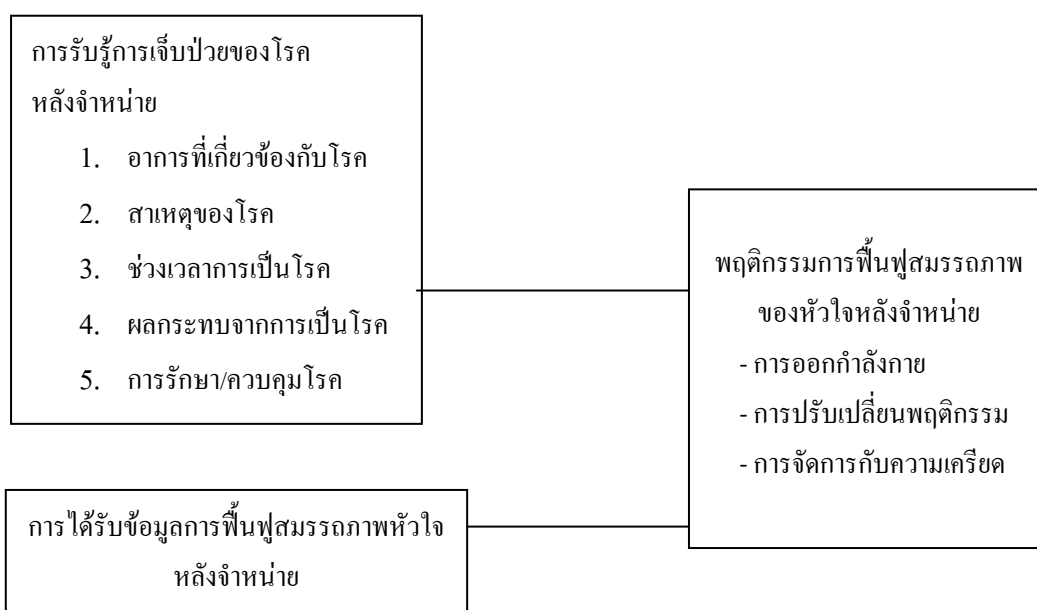
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Regulatory Model) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) มาใช้ในกรอบการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งแนวคิดนี้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็จะมีการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากประสบการณ์ที่ผ่านมาก่อนการเจ็บป่วยของตัวเอง คนรอบข้าง การได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์ จากสื่อต่างๆ หรือจากสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรวบรวมข้อมูลที่ได้มาให้ความหมายและการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษา/การควบคุม และต่อมาบุคคลจะมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ตามการรับรู้ของตนเอง โดยในการศึกษาพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สำคัญ คือ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ และการจัดการความเครียด

การศึกษาพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครั้งนี้ ใช้แนวคิดของราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2550) ซึ่งให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นกระบวนการทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่บ้านได้ในระดับที่เหมาะสม ร่วมกับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ และสามารถกลับไปประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ที่สำคัญสามส่วน คือ 1) การออกกำลังกาย เป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งการออกกำลังกายจะส่งผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบการแข็งตัวของเลือด การทำงานของเซลล์ผนังหลอดเลือดไปในทางที่ดีขึ้น (Walther, Gielen & Hambrecht, 2004) 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ กลไกการเกิดโรค เน้นการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านต่างๆ และเพื่อปรับวิถีในการดำเนินเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น และ 3) การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการให้คำปรึกษาเฉพาะรายบุคคล ลดอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยได้รับข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจะครอบคลุมเกี่ยวกับโรค อาการ สาเหตุ การรักษา และการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ภายหลังจากจำหน่าย โดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูล

ดังนั้นกรอบแนวคิดในการศึกษาจึงประกอบไปด้วยกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง โดยองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย คือ อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากการเป็นโรค และการรักษา/ควบคุมโรค โดยผู้ป่วยจะมีการประมวลข้อมูลจากตนเอง คนรอบข้าง ตลอดจนการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ แล้วให้ความหมายถึงการรับรู้การเจ็บป่วย และระดับของการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายหลังจากจำหน่าย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจภายหลังจากจำหน่าย โดยมีพฤติกรรมที่สำคัญ การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการกับความเครียด โดยผู้วิจัยได้เสนอกรอบแนวคิด ดังภาพ 1



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

สมมุติฐานการวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

นิยามศัพท์

การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง การให้ความหมายหรือการรับรู้ข้อมูลผ่านกระบวนการคิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งวัดโดยใช้เครื่องมือวัดการรับรู้การเจ็บป่วย (The Illness Perception Questionnaire; IPQ) ของแวนแมน เพทรี มอส-มอริส และฮอร์น (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Regulatory Model) ของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) และมีการแปลเป็นภาษาไทยโดย เป็น (2550) ซึ่งมี 5 องค์ประกอบด้วยกัน ดังนี้

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค เป็นอาการที่รับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและรับรู้ ว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
2. สาเหตุของโรค เป็นการรับรู้สาเหตุของโรคว่ามาจากสาเหตุใดเช่น กรรมพันธุ์ เชื่อโรค เป็นต้น
3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ว่าช่วงเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานเพียงใด
4. ผลกระทบจากการเป็นโรค เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือผลลัพธ์ที่เกิดจากการโรค
5. การรักษาหรือการควบคุมโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นว่าสามารถรักษาหรือควบคุมได้มากน้อยเพียงใด

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง ระดับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับเกี่ยวกับโรค อากาโร สาเหตุ การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จากทีมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย หมายถึง ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัวหรือการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจากจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2550) ซึ่งประกอบไปด้วย การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการความเครียด

ความสำคัญของการวิจัย

เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาลของทีมสุขภาพ ตลอดจนแนวทางในการให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีก่อนและหลังจำหน่าย หรือการดูแลต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะยาว

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย ครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนเอกสารและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.1 หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีซ้ำ
 - 1.3 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.4 การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 1.5 แนวทางการดูแลที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟู
2. หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 2.1 ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.2 ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.3 องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
 - 2.5 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 2.5.1 ด้านการออกกำลังกาย
 - 2.5.2 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 2.5.3 ด้านการจัดการความเครียด
3. แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย
 - 3.1 ความหมายการรับรู้การเจ็บป่วย
 - 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย
 - 3.3 การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
4. การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

หลักการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease, CAD หรือ coronary heart disease, CHD หรือ atherosclerotic heart disease, ASHD) หมายถึง ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี มีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็ง/ตีบ มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถ้าภาวะนี้ยังดำเนินต่อไปจนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นได้รับความเสียหายจากการขาดออกซิเจน ถึงขั้นที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะเดิมได้ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือจบลงด้วยการเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน (กอบกุล, 2546)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีซ้ำ

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่สามารถควบคุมได้เป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีไว้ดังต่อไปนี้ (จริยา, 2542; วิศาล, 2543)

1. ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่มีการพบบ่อยที่สุด ค่าความดันโลหิตที่สูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือผู้ที่มีเฉพาะความดันไดแอสโตลิกที่สูงเกินกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท (อุไร, 2543) พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้สูงถึง 2 เท่า ดังนั้นผู้ที่มีระดับความดันโลหิตสูงควรได้รับการดูแลรักษาด้วยยา ร่วมกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกาย การลดความเครียด การควบคุมอาหาร

2. โรคเบาหวาน ภาวะที่มีหลอดเลือดแดงเสื่อมแข็ง (atherosclerotic) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเบาหวาน มีรายงานการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่สูงขึ้นจะมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มระดับไขมันในเลือดทุกชนิด เบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ มีการกำหนดว่าผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานนานกว่า 8 ปี ให้นับเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเป็น 2 ชนิด คือ เป็นทั้งโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมาเป็นเวลานานแล้วเกิดโรคหัวใจขาดเลือดมักมีเส้นเลือดตีบตันหลายเส้นและกายวิภาคของเส้นเลือดที่ตีบตันมักไม่เหมาะสมกับการทำหัตถการด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ

และมีอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำใหม่เกิดขึ้นได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน (จรียา, 2542) รวมทั้งโรคเบาหวานยังเป็นดัชนีที่แสดงถึงการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เพราะเมื่อเกิดโรคหัวใจขาดเลือดก็มักจะมี ความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. ระดับไขมันในเลือดที่สูงผิดปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลชนิดไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (high-density lipoprotein or HDL) และไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein or LDL) โดยไขมันที่มีความหนาแน่นสูงเป็นตัวนำโคเลสเตอรอลไปยังตับเพื่อขับออกจากร่างกาย จึงสามารถป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ ส่วนไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำเป็นตัวนำพาโคเลสเตอรอลไปยังเซลล์ จึงมีผลทำให้เกิดโรคขึ้นมา จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ที่เกินกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดได้ ทั้งนี้ระดับไขมันในเลือดชนิดต่างๆ จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ต่างกัน

4. การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ที่สูบบุหรี่มากมีโอกาสเป็นโรคมก พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 1-4 มวน มีโอกาสเกิดโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2.5 เท่า ในประเทศไทยพบว่าบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยพบว่าร้อยละ 62.2 (จรียา, 2547) สำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่ต้องสูดดมควันบุหรี่อย่างต่อเนื่องก็มีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่สูบบุหรี่เช่นกัน อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุหรี่และเวลาที่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีอัตราการตายสูงถึง 3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สูบบุหรี่แล้วเป็นมะเร็งปอดตาย

5. ความอ้วน ดัชนีที่บ่งชี้ว่าอยู่ในภาวะอ้วนสามารถคำนวณได้จากสูตรน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงที่เป็นเมตรซึ่งจะเป็นค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ค่าที่เหมาะสมควรน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25-30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักเกิน และถ้าค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าเป็นโรคอ้วน(อภิชาติ, 2543) มีรายงานการศึกษาพบว่าความอ้วนมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มความถี่ของอาการเจ็บแน่นหน้าอกและเพิ่มอัตราการตายอย่างกะทันหัน

6. การออกกำลังกาย มีรายงานการศึกษามากมายที่สนับสนุนการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ คือในหนึ่งสัปดาห์หากมีการออกกำลังกายอย่างน้อย 5 ครั้งๆละ 30 นาที พบว่าสามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ และพบว่าการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในทุกวัย รวมทั้งผู้สูงอายุจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทนต่อการออกแรงของหัวใจ และลดอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ เพราะการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอจะสามารถเพิ่มระดับ

ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) และช่วยลดระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) ลดความดันโลหิต เพิ่มมัยโอโกลบิน (myoglobin) ลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดการเกาะกันของเกร็ดเลือด และช่วยให้ผ่อนคลาย

7. ความเครียดหรือบุคลิกภาพแบบเอ (personality type A) เป็นบุคลิกภาพที่มีลักษณะเป็นคนเอาจริงเอาจังกับงาน เคร่งครัด มุ่งมั่น ตรงต่อเวลา ทะเยอทะยาน เนื่องจากบุคลิกภาพแบบเอจัดเป็นภาวะความเครียดชนิดเรื้อรังที่มีผลทำให้เพิ่มการหลั่งสารแคทีโคลามีน (catecholamine) กระตุ้นประสาทซิมพาเทติก (sympathetic activity) เร่งและเพิ่มการเกาะกันของเกร็ดเลือดและขบวนการเกิดเลือดแข็งตัว เพิ่มการสะสมของไขมัน เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและเพิ่มความดันโลหิตซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่เร่งการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

8. การใช้ฮอร์โมนทดแทนในหญิงในวัยที่หมดประจำเดือนและการใช้ยาคุมกำเนิด ในสตรีที่หมดประจำเดือนหรือได้รับการผ่าตัดรังไข่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (อภิชาติ, 2543) และในสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ยาคุมกำเนิดจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็ง มีรายงานพบว่าผู้หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้สูงถึง 4-20 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่รับประทานยาคุม และพบว่าผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 40 ปีที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดมักมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานร่วมกับการสูบบุหรี่

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สามารถทำให้เกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตและต้องมีความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรคคุกคามและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

สมาคมโรคหัวใจนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) ได้จำแนกความรุนแรงของโรคหัวใจ โดยพิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและจากลักษณะอาการที่ปรากฏ โดยสรุปได้ดังนี้ (วิศาล, 2543)

Class I ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมของร่างกายในแต่ละวันได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการแสดงใดๆ ปรากฏ

Class II ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าผู้ป่วยออกแรงมากจะมีอาการเหนื่อยง่ายปรากฏ แต่เมื่อได้พักอาการต่างๆ จะหายไป

Class III ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการเหนื่อยเมื่อได้พักอาการก็จะหาย

Class IV ผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรค แม้ในขณะพัก

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี สามารถใช้การรักษาโดยการใส่ยา และการรักษาทางศัลยกรรม ดังนี้

1. การรักษาโดยการใส่ยา

1.1 กลุ่มยาที่ใช้เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้ไปยังกล้ามเนื้อหัวใจที่กำลังจะตายมีด้วยกัน 3 กลุ่ม (ศรีณย์, 2546; สุวัจชัยและประคิษฐ์, 2547)

1.1.1 ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agent) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นพลาสมิโนเจน (plasminogen) ให้เปลี่ยนเป็นพลาสมิน (plasmin) ซึ่งสามารถละลายลิ่มเลือดได้ แพทย์ต้องพิจารณาข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ประโยชน์ และปัจจัยเสี่ยงก่อนที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยยึดหลักว่าผู้ป่วยแต่ละคนได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้ป่วยที่ได้รับประโยชน์มากที่สุดจากยาละลายลิ่มเลือด คือ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างต่อเนื่องนานมากกว่า 30 นาที และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบมี ST ยกสูงขึ้น (ST elevation) การเปิดหลอดเลือดโดยวิธีนี้ส่งผลให้อัตราตายลดลง สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกจุดหนึ่ง คือ ระยะเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยมีหลักว่าจะต้องให้เร็วที่สุดเท่าที่จะสามารถให้ได้ โดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรก จะได้ผลดีที่สุด ยิ่งระยะเวลาเริ่มให้การรักษาช้าเพียงใด โอกาสที่จะสามารถเปิดหลอดเลือดที่อุดตันเป็นผลสำเร็จก็จะลดลงตามมา ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (door to needle time) ควรน้อยกว่า 30 นาที พบว่าหากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 6 ชั่วโมงแรกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจะสามารถรักษาชีวิตได้ 35 รายต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ขณะที่หากได้รับใน 7-12 ชั่วโมง จะรักษาชีวิตไว้ได้ 16 รายต่อผู้ป่วย 1,000 ราย ยาละลายลิ่มเลือดจะไม่มีประโยชน์เลยถ้าหากผู้ป่วยมีอาการนานกว่า 12 ชั่วโมง ยกเว้นในรายที่ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

1.1.2 ยาต้านเกร็ดเลือด (antiplatelet agent) ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยป้องกันการสร้าง thromboxane A₂ ซึ่งเป็นสารสำคัญที่ทำให้เกิดเกร็ดเลือดเกาะติดกับผนังหลอดเลือด (platelet adhesion) และจับตัวเป็นก้อน

1.1.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation) ยาในกลุ่มนี้นำมาใช้เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดแข็งตัวเป็นลิ่มเลือดมีผลต่อการแข็งตัวของโปรตีน (coagulation protein) ในเลือด โดยเฉพาะทรอมบินที่กันไม่ให้ไฟบริโนเจนเปลี่ยนเป็นไฟบริน

1.2 กลุ่มยาที่ใช้เพื่อปรับระดับการทำงานของหัวใจและการหมุนเวียนของโลหิต การให้ยากกลุ่มนี้เพื่อลดการทำงานของหัวใจให้น้อยที่สุด โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนน้ำคั่งในปอด หรือมีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ต่ำลงเพื่อที่จะทำให้การตายของกล้ามเนื้อเกิดน้อยหรือน้อยที่สุด และรอเวลาให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ ซึ่งเกิดจากการใช้ยาหรือที่จะเกิดขึ้นเอง

1.3 กลุ่มยาที่ควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (antiarrhythmic drug) ใช้เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลัน ยากกลุ่มนี้สามารถลดอาการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการตายได้

2. การรักษาอาการทางศัลยกรรม

2.1 การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ตีบด้วยบอลูน (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) เป็นการทำให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ โดยใช้บอลูนสอดผ่านสายสวนหลอดเลือดหัวใจขยายบอลูนเพื่อกดเบียดคราบไขมันที่แตกและลิ่มเลือดที่อุดหลอดเลือดโคโรนารีสลายไป ทำให้ได้โพรงหลอดเลือดโคโรนารี (coronary lumen) กลับคืนมาและเกิดการไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีใหม่ (อุไร, 2543; คำรัส, 2543)

2.2 การผ่าตัดหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery bypass graft: CABG) เป็นการผ่าตัดโดยการนำเอาหลอดเลือดบริเวณหน้าอกมาต่อคร่อมบริเวณที่อุดตัน ทำให้เลือดไหลผ่านไปสู่มกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น การผ่าตัดจะกระทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่า ร้อยละ 50 หรือผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรง โดยเฉพาะการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง (จรรยา, 2547)

2.3 การตัดเอาคราบไขมันออก (atherectomy) เป็นการขจัดคราบไขมันที่อุดตันในหลอดเลือด เป็นทางเลือกแทนการทำบอลูนซึ่งมีโอกาสอุดตันซ้ำได้บ่อย ผลที่ได้ผนังหลอดเลือดจะเรียบขึ้น และการไหลเวียนเลือดจะสะดวกขึ้น (อุไร, 2543)

2.4 การใส่โครงลวดตาข่าย (stent) ตัวตาข่ายทำด้วยโลหะสแตนเลส มีขนาดเท่าหลอดเลือดหัวใจ หรือใหญ่กว่าเล็กน้อย สอดเข้าหลอดเลือดเพื่อถ่างขยายหลอดเลือดที่ตีบแคบให้กว้างออกไป การใส่โครงลวดตาข่ายจะช่วยลดการตีบแคบของหลอดเลือดโคโรนารีได้ (อุไร, 2543)

แนวทางการดูแลที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟู

แนวทางการดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่ต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูนั้น การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จัดเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งสภาวะของร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปสู่การทำงานและสังคมเดิมที่เป็นอยู่ ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยเร็วที่สุด โดยยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูมีดังต่อไปนี้ (สมจิต, 2541; อุไร, 2543; ผ่องพรรณ, 2548; ฐาปนีย์, 2549)

1. การดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดเลือด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เช่น การได้อมยาไนเตรทเพื่อบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกและควรแนะนำวิธีการใช้ยาแก่ผู้ป่วย เช่น ควรอมยาเมื่อมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ขณะอมควรนอนศีรษะสูงเล็กน้อย ไม่ควรนั่งหรือยืน เพราะจะทำให้หน้ามืดและเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ ตลอดจนแนะนำการสังเกตอาการที่ผิดปกติที่จำเป็นหรือควรมาโรงพยาบาลทันทีที่มีอาการเจ็บหน้าอกถี่ขึ้น และอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้นด้วยการอมยาได้ลิ้น 3 เม็ด หรือมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากกว่าเดิม

2. การรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก หนังกุ้ง ไข่นกกระทา หลีกเลี่ยงการประกอบอาหาร โดยการทอดหรือผัด ควรใช้การต้มหรือนึ่งแทน ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์น้อย เช่น เนื้อปลา ผักและผลไม้ อาหารย่อยง่าย จำกัดอาหารที่มีรสเค็มจะมีปริมาณ โซเดียมสูงทำให้ดื่มน้ำเข้าสู่หลอดเลือดมากขึ้น ทำให้ปริมาตรของเหลวในร่างกายมีปริมาณมากขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ควรลดอาหารที่มีรสเค็มจากการถนอมอาหาร เช่น ผลไม้ดอง ไข่เค็ม ควรรับประทานแต่พอดีเพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป

3. การดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ควรมีการสังเกตอาการร่วมด้วย เช่น บวม น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ปัสสาวะออกน้อย ตื่นขึ้นมาหอบเหนื่อยตอนกลางดึก ต้องนอนหนุนหมอนสองใบ แสดงว่าอาจมีภาวะน้ำเกินควรรีบปรึกษาแพทย์

4. การมีเพศสัมพันธ์ เริ่มมีได้ภายหลังสามารถก้าวขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว 2 ชั้น ควรเลือกมีเพศสัมพันธ์กับสามี หรือภรรยาของตนเองในสถานที่คุ้นเคย บรรยากาศสบาย เงียบสงบ และควรใช้ท่วงท่าที่คุ้นเคยในการมีเพศสัมพันธ์ เป็นท่าที่สบายๆ และผ่อนคลาย ไม่ควรใช้ท่าที่ทำให้การหายใจติดขัด ลำบาก และต้องสังเกตอาการผิดปกติขณะมีเพศสัมพันธ์ หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก หรืออ่อนเพลียมาก ควรหยุดกิจกรรม รับประทานยาได้ลิ้นและพักผ่อนทันที

5. การพักผ่อน ผู้ป่วยควรมีการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อที่จะช่วยในการส่งเสริมขบวนการเจริญเติบโตและการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เพราะเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจก็เช่นเดียวกับเซลล์ร่างกายอื่นๆ เมื่อได้รับบาดเจ็บต้องใช้เวลาในการซ่อมแซมเช่นกัน โดยการนอนหลับพักผ่อนอย่างสนิทอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงในเวลากลางคืน และนอนพักในเวลากลางวัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง ภายหลังจากรับประทานอาหาร เพื่อลดการทำงานของหัวใจในการบีบตัวเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหารได้อย่างเพียงพอ

6. การป้องกันอาการท้องผูก ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หากมีอาการท้องผูกเกิดขึ้นทำให้ต้องใช้แรงเบ่งมาก ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันอาการท้องผูกผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมากดื่มน้ำให้เพียงพอ ผู้ป่วยบางรายแพทย์แนะนำให้รับประทานยาระบาย แต่ตัวผู้ป่วยเองก็ต้องมีการสังเกตอาการถ้าตนเองมีอาการถ่ายมากกว่าปกติ (มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน) หรือพบว่าถ่ายแล้วมีอาการเหนื่อย เพลียมากและมีอาการท้องผูกรุนแรงควรรีบไปพบแพทย์

7. การออกกำลังกาย ซึ่งก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง ต้องมีการวอร์มอัพหรืออุ่นเครื่องก่อน 5-10 นาที ประกอบด้วยการยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆ ที่ต้องใช้ในการออกกำลังกาย และเริ่มออกกำลังกายประเภทนั้นๆ ด้วยความแรงน้อยๆ เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายทุกครั้ง ต้องมีการ cool - down คือ ค่อยๆผ่อนแรง การออกกำลังกายที่ทำอยู่แล้วตามด้วยการยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ อีกครั้งใช้เวลา 5-10 นาที และหากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้รีบพักและสังเกตอาการต่อไป

8. การมาพบแพทย์ตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนการนัดหมาย การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อเป็นการตรวจอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย และเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการติดตามประเมินผลการรักษา

หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA, 1999) การฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจเป็นกระบวนการของกิจกรรมทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูที่จัดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกประเภท ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับเข้าสู่สภาวะที่ดี เท่าเดิมก่อนเกิดอาการหรือใกล้เคียงกับภาวะปกติมากที่สุด โดยต้องมีการกำหนดแผนการร่วมกันระหว่างทีมผู้ปฏิบัติ เช่น แพทย์ พยาบาล นัก

กายภาพ นักจิตวิทยา นักโภชนากร และเภสัชกร เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาขีดความสามารถทั้งทางด้านร่างกาย และสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้กับผู้ป่วยในแต่ละราย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การออกกำลังกาย 2) การปรับลดหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารีซ้ำ 3) การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม โดยกิจกรรมต่างๆเริ่มให้ผู้ป่วยกระทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของตนเอง และเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานและดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจและหลอดเลือดและระบบทางเดินหายใจของสหรัฐอเมริกา (American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation, 1995) ได้ให้ความหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจไว้ว่าเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่จัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถดำรงตนและฟื้นฟูสมรรถภาพได้สูงสุดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนสามารถประกอบอาชีพได้

สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA, 2005) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจว่า เป็นกระบวนการที่ประสานงานกันหลายด้าน โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถดำเนินชีวิตปกติได้มากที่สุดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนมีผลต่อการคืนกลับของกระบวนการแข็งตัวของหลอดเลือด

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2550) ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจว่า เป็นกระบวนการรักษาที่ต่อเนื่องและมีความครอบคลุมและมีองค์ประกอบ คือ การประเมินทางการแพทย์ การให้คำแนะนำการออกกำลังกาย การให้ความรู้ปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพที่ดีที่สุดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ซึ่งรวมถึงการป้องกันแบบปฐมภูมิ

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง กระบวนการจัดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การออกกำลังกาย และการฟื้นฟูสภาพด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนมีการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป โดยมีเป้าหมายหลัก คือ ช่วยเพิ่มความทนในการออกกำลังกาย ปรับวิถีชีวิตในการปรับลดหรือเลิกปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ลดความเครียด เพิ่มระดับการประกอบกิจกรรม ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลับคืนเข้าสู่สังคม และสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะช่วยยับยั้งผลกระทบทางลบ

ของโรคหัวใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยควบคุมความรุนแรงของโรคทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดและเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ลดอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ และลดโอกาสการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ทั้งยังช่วยส่งเสริมให้สภาพจิตใจ อารมณ์ และสังคมมีความสมบูรณ์มากขึ้น มีความพร้อมในการกลับมาทำงานได้ดังเดิม และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม (อัจฉรา, 2543)

ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การศึกษาครั้งนี้แบ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย, 2550)

ระยะที่ 1 หรือระยะผู้ป่วยใน (Phase I: inpatient) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่หนึ่ง จะเริ่มต้นที่เมื่ออาการผู้ป่วยคงที่หรือแพทย์เห็นสมควรหรืออาจอยู่ในรูปแผนการรักษาที่กำหนดเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทุกคน หลังภาวะถูกเฉือนทางหัวใจหรือหลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง ข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่เมื่อผู้ป่วยไม่มีการเจ็บหน้าอกใน 8 ชั่วโมง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของระดับครีเอตินิน ไคเนส (creatinine kinase) และโทรโปนิน (troponin) ไม่เพิ่มขึ้นไม่มีการแสดงของภาวะหัวใจวาย ไม่มีความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 8 ชั่วโมง (AACPR, 2004 อ้างตามปิยนุช, 2551) การออกกำลังภายในระยะนี้ เป็นการออกกำลังในระดับต่ำๆ ทีละน้อย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย สะดวก และมีประโยชน์ การออกกำลังภายในระยะนี้ไม่ทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะของระบบหัวใจและหลอดเลือดและสภาพร่างกายโดยชัดเจน แต่สามารถลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อตายของกล้ามเนื้อและข้อรวมทั้งลดการเกิดภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าได้ดี (ปิยนุช, 2551) ส่วนด้านการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียด เป็นองค์ประกอบสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพราะสภาพทางจิตสังคมของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อ การเรียนรู้ ความร่วมมือ และการยอมตามในการรักษา ทำสนคิดต่อการรักษา และการปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต และด้านการให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นเป้าหมายหลักของการฟื้นฟูสภาพหัวใจระยะที่ 1 ซึ่งอาจทำเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลก็ได้ แต่จะมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับรู้ และให้การสนับสนุนด้วยจึงจะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจประสบความสำเร็จ เนื้อหาการสอนจะต้องครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้ เกี่ยวกับหัวใจ

และความจำเป็นของการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ปัจจัยและการเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพหัวใจระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ระยะผู้ป่วยนอกระยะแรก (Phase II: immediate outpatient) เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จนถึงประมาณ 4-12 สัปดาห์ ระยะนี้ประกอบไปด้วยการฝึกการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆของโรคหัวใจ ระยะนี้ต้องอยู่ในความดูแลใกล้ชิดของบุคลากรในการฟื้นฟูสภาพหัวใจ โดยมีการประเมิน เฝ้าระวังและติดตามดูแล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ส่วนความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่สองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบแผนชีวิตจึงเป็นจุดเน้นที่มีความสำคัญยิ่ง การส่งต่อที่ล่าช้าจะมีผลต่อการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากอาการของผู้ป่วยดีขึ้นก็จะไม่มีความต้องการที่จะปรับเปลี่ยนแบบแผนชีวิต (อภิชาติ, 2543) จึงควรส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องได้รับการแก้ไข ปรับปรุงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (จิตติมา, 2547; รุ่งทิวา, 2542; วิไลพร, 2542; สุทธิชา, 2548) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สมาคมฟื้นฟูโรคหลอดเลือดหัวใจของอเมริกา ได้นำนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้าน (Leon et al., 2005) ซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายชนิดการเดินเร็วเป็นรูปแบบที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองที่บ้านได้ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านมีประสิทธิภาพปลอดภัย และสามารถเพิ่มสมรรถภาพด้านร่างกายได้ไม่แตกต่างกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาล (Jolly, Taylor, Lip & Stevens, 2006) โปรแกรมการฟื้นฟูหัวใจที่บ้าน โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ติดตามเยี่ยมบ้าน และใช้โทรศัพท์สอบถามอาการ รวมทั้งการใช้คู่มือจะช่วยสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และสามารถลดปัจจัยเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการกลับเป็นซ้ำ (Dalal & Evans, 2003; Karim & Gormley, 2007)

ระยะที่ 3 ระยะผู้ป่วยนอกระยะต่อมา (Phase III: intermediate outpatient) เริ่มต่อจากระยะที่ 2 นานประมาณ 4-6 เดือนในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ สภาพร่างกายสมบูรณ์ขึ้น ไม่จำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิดเหมือนระยะที่ 2 จุดเน้นของระยะนี้คือการฝึกเพื่อให้ร่างกายมีความทนต่อการออกกำลังกายมากขึ้น และดำรงแบบแผนการดำเนินชีวิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นอย่างต่อเนื่องต่อไป

ระยะที่ 4 ระยะดำรงสภาพ สภาพ (Phase VI: maintenance outpatient) เป็นระยะที่ต่อจากระยะที่ 3 ตลอดชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการสรุประดับสมรรถนะร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อคงไว้ ซึ่งภาวะการมีสุขภาพที่ดี และได้รับแนวทางในการดำเนินชีวิต โดยอาศัย คำชี้แจงเพียงเล็กน้อยจากบุคลากรในการฟื้นฟูสภาพหัวใจ

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจมีอยู่ 3 ประเภทของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2550) ดังนี้

1. การส่งเสริมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งการออกกำลังกายจะส่งผลดีทั้งต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด การออกกำลังกายมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบการแข็งตัวของเลือด ไปในทางที่ดีขึ้น (Walther, Gielen & Hambrecht, 2004) กลุ่มที่ออกกำลังกายแบบหนัก 4 สัปดาห์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของผนังหลอดเลือดหัวใจ (Ades, 2001) การเพิ่มความเครียดต่อเส้นผนังหลอดเลือดในขณะที่ออกกำลังกาย สามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของผนังภายในเส้นเลือดได้ โดยเกิดจากการเพิ่มแรงที่กระทำ ต่อหลอดเลือดจากการเพิ่มการไหลเวียนขณะออกกำลังกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มการสังเคราะห์และช่วงเวลาการทำงานของไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ซึ่งมีบทบาทในการขยายตัวของหลอดเลือดแดงและขัดขวางกระบวนการแข็งตัวของเลือด (วิศาล, 2551) ในระยะหลัง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจำนวนของผู้ป่วยรวมทั้งมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบอื่นๆ การใช้โปรแกรมแบบเบา หรือปานกลางจึงเหมาะสมกับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในประเทศไทย (วิศาล, 2551) โดยมีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระหว่างการออกกำลังกายแบบหนัก กับแบบเบาถึงปานกลาง พบว่าไม่มีความแตกต่างของการเพิ่มประสิทธิภาพทางกาย (อ้างตาม วิศาล, 2551)

การออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจควรมีการพิจารณาถึงลักษณะการออกกำลังกาย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ข้อห้ามในการออกกำลังกาย ตลอดจนข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย ดังนี้

1. ประเภทของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (อรินทยา, 2546) ดังนี้

1.1 การออกกำลังกายโดยเพิ่มความทนทาน (Endurance exercise) โดยให้มีการออกกำลังกายแบบไอโซโทนิค (Isotonic exercise) เป็นการออกกำลังกายโดยการใช้อุปกรณ์น้ำหนักใหญ่แบบใช้ออกซิเจน หรืออาจเรียกว่าเป็นการออกกำลังกายแบบไดนามิก (Dynamic exercise) เช่น ยกแขน-ขา การเดิน การวิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เป็นต้น เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่โยกกล้ามเนื้อจะมีการเปลี่ยนแปลงความยาว มีเลือดไหลเวียนมายังกล้ามเนื้อที่ใช้งานมากขึ้น กล้ามเนื้อจึงสามารถทำงานได้มากขึ้น โดยช่วย

ให้มีการเผาผลาญสร้างพลังงานแบบใช้ออกซิเจน และมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเพิ่มขึ้น

1.2 การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (Resistance exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบไอโซเมตริก (Isometric exercise) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความแข็งแรง และพลังกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายที่มีการหดตัวของใยกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นการกระทำที่อยู่กับที่และมีการเคลื่อนไหวช้าๆ ของกล้ามเนื้อโดยมีแรงต้าน จึงอาจเรียกว่า การออกกำลังกายแบบสถิต (Static exercise) เช่น การยกน้ำหนัก การดันของหนัก ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อบ้างเล็กน้อย การออกกำลังกายในลักษณะนี้ไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีระยะแรก เนื่องจากขณะที่มีการออกกำลังกายอยู่กับที่ จะเกิดปฏิกิริยาขยับยั้งการทำงานของระบบประสาททวารกัส จึงทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น เพิ่มแรงต้านในหลอดเลือด ส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง การมีแรงต้านในหลอดเลือดจะทำให้เพิ่มแรงต้านต่อกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ความต้องการออกซิเจนในการสร้างพลังงานเพิ่มขึ้นด้วย

1.3 การออกกำลังกายเพื่อยืดกล้ามเนื้อ (Flexible exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวของข้อดีขึ้นและกล้ามเนื้อมีการยืดหยุ่น เหมาะสำหรับการออกกำลังกายในระยะการอบอุ่นร่างกายและการคลายอุ่น

2. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time or duration of exercise) เป็นช่วงเวลายาวนานในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้งโดยทำติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

2.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (Warm-up period) เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกายจริง เพื่อให้การหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อมีการประสานงานกัน การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ มีความคล่องตัว ลดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อ อุณหภูมิ ปริมาณการหายใจ และการไหลเวียนโลหิตของร่างกายเพิ่มขึ้น โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอ ไหล่ ลำตัว หลัง ต้นขา ในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

2.2 ระยะเวลาออกกำลังกาย (Exercise period) เป็นการออกกำลังกายจริง โดยในระยะแรกๆ ควรออกกำลังกายด้วยความหนักเบาในระดับต่ำและระยะเวลาสั้นๆ จากนั้นค่อยๆเพิ่มความหนักเบาและระยะเวลาขึ้น

2.3 ระยะเวลาผ่อนคลาย (Cool-down period) เป็นช่วงหลังของการออกกำลังกาย โดยค่อยๆลดระดับความหนักเบาของการออกกำลังกายลงทีละน้อย เพื่อให้ร่างกายปรับอุณหภูมิ

การหายใจ และความเครียดที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกายเข้าสู่ภาวะปกติ โดยอาจใช้วิธีเดียวกันกับ
ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

แนวทางในการปฏิบัติและข้อควรระวังทั่วไปในการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อ
หัวใจตาย มีดังนี้ (American Heart Association: AHA, 1999 อ้างในธีรนนท์, 2543)

1. ในกรณีของผู้ป่วยที่ต้องทำงานเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย คือ ตอน
เช้าก่อนไปทำงานหรือหลังเลิกงาน ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนเข้านอน หรือการเดินทางไปทำงานก็
จัดเป็นการออกกำลังกายประจำวันด้วย
2. ควรออกกำลังกายอย่างช้าๆไม่รีบเร่ง โดยเริ่มออกกำลังกายในท่านอน นิ่ง และ
ยืนตามลำดับควรเริ่มออกกำลังกายแขน ขา และลำตัวตามลำดับ ออกกำลังกายในระดับต่ำก่อน
จนถึงระดับสูง และไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ไม่เคยเล่นมาก่อน เพราะอาจเกิดอันตรายได้
3. ควรวิธีหรือระยะทางมาตรฐานสำหรับทดสอบในแต่ละสัปดาห์ เพื่อทราบถึง
สภาพร่างกายว่าดีขึ้นหรือเลวลงอย่างไร
4. ถ้าจะออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลัก ควรห่างจากอาหารมือนั้นอย่างน้อย 2
ชั่วโมง แม้แต่การเดินทางก็ไม่ควรทำภายในหนึ่งชั่วโมงหลังอาหาร
5. การออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องกันไปโดยตลอด แม้แต่ใน
เวลาวันหยุดพักผ่อนหรือในวันหยุดสุดสัปดาห์ก็ไม่ควรหยุด หรือออกกำลังกายเพิ่มมากกว่าปกติ
6. ระหว่างการออกกำลังกายควรผ่อนคลาย ไม่คิดเรื่องงานหรือเรื่องที่ทำให้รู้สึก
เครียดและไม่ควรหักโหมขณะออกกำลังกาย
7. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในระหว่างเจ็บป่วย ภาวะติดเชื้อ ภาวะโปตัสเซียม
ต่ำ หรือภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือขณะที่รู้สึกไม่สบาย
8. หลีกเลี่ยงการอาบน้ำเย็นทันทีก่อน-หลังการออกกำลังกาย เพราะจะทำให้
หลอดเลือดหัวใจหดเกร็ง เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ หรืออาจมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ควร
นั่งพัก 20-30 นาทีก่อนอาบน้ำ
9. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนักๆ หรือออกกำลังกายชนิดที่อยู่กับที่ เช่น การ
เงินรถยนต์ การยกก้อนหิน การปิด-เปิดหน้าต่างที่แน่นฝืด
10. ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก จุกแน่นหน้าอก หรือใจสั่น ควรหยุดการ
ออกกำลังกายและควรมียาใน โทรกลีเซอรินเตรียมไว้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บหน้าอก
มาก่อน

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตน

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องนั้น โดยมีจุดมุ่งหมายในการลดปัจจัยเสี่ยง และการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งส่งผลต่อความก้าวหน้าของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis) โดยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งการให้ความรู้เป็นเป้าหมายสำคัญอันหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพราะถ้าผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุ กลไกการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การปฏิบัติถูกต้อง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงได้ (King & Teo, 1999) องค์ประกอบการให้ความรู้ได้แก่การให้ความรู้เรื่องโรคประกอบด้วย กายวิภาค ลักษณะอาการและอาการแสดง การรักษา และการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การควบคุมน้ำหนักตัว และการจัดการความเครียด (AACVPR, 1995; Timmins & Kaliezer, 2003) การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาต่างๆแก่ผู้ป่วย ในส่วนของเนื้อหาความรู้ที่นี้อาจจะมากหรือน้อยแตกต่างกันออกไปแล้วแต่สภาพผู้ป่วยและความเหมาะสมในแต่ละบุคคล

3. การสนับสนุนด้านจิตใจ

การสนับสนุนด้านจิตใจนั้น เป็นการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม การจัดการความเครียด และการมีกิจกรรมทางเพศ สมาคมฟื้นฟูสภาพหัวใจและหลอดเลือดของสหรัฐอเมริกา ได้ให้ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคมไว้ว่าเป็นการให้ข้อเสนอแนะ ให้ความรู้ และการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จัดการและร่วมมือกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายรวมถึงการให้คำปรึกษาในเรื่องการงดสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสภาพจิตใจ และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงความมั่นคงทางจิตใจของผู้ป่วย (AACVPR, 1995)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านการรับรู้การเจ็บป่วย ปัจจัยการสนับสนุนของครอบครัว และปัจจัยด้านการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งจากหลายๆ การศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเพศหญิงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะเพศหญิงมีภาระการทำงานบ้านมากทำให้มี

เวลาในการออกกำลังกายน้อย ส่วนใหญ่ข้บรด้ด้วยตนเองได้น้อยจึงทำให้อยู่แต่บ้าน และยังมีปัญหา ด้านสุขภาพ เช่น มีภาวะน้ำหนักเกิน ข้อเข่าอักเสบ จึงไม่สามารถออกกำลังกายได้ (Blanchard et al., 2002)

2. อายุ โดยพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า จากการศึกษาของคอปเปอร์และคณะ (Cooper et al., 2002) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่มีอายุมาก จะเข้าร่วมการออกกำลังกายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวและมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูง ข้อเข่าอักเสบ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายได้หากมีการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. อาชีพ โดยพบว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ทำงานต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานประจำ และต้องมีการแบ่งเวลาเพื่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ เช่น การศึกษาของกอลแลนเนอร์, แม็คคินลิน, และดาร์คัพ (Gallagher, Mckinley & Dracup, 2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความตั้งใจเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ของหัวใจในเพศหญิง พบว่าผู้หญิงที่ตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจเป็นผู้ที่ไม่ได้ทำงาน

4. ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับ สุขภาพและการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีระดับการศึกษาสูงจะมี การเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย และจำนวน ปีที่ได้รับการศึกษายังสามารถทำนายการเข้าร่วมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ (Cooper et al., 2002)

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม สุขภาพ (ธิดาทิพย์, 2541) กล่าวคือผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มี ระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรคนานทำให้เกิดการ เรียนรู้เกี่ยวกับความสำคัญ ประสิทธิภาพของการรักษาอย่างต่อเนื่อง และจากประสบการณ์ที่เกิด จากภาวะแทรกซ้อนของโรค ทำให้ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานกว่าและมีการปรับตัวได้ ดีกว่า

6. ปัจจัยด้านการได้รับข้อมูล กล่าวคือผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย นั่นคือการสนับสนุนจากบุคลากร ทางสังคมด้านข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความสามารถเข้าถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพจึงปฏิบัติกิจกรรม

สุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ เช่น การศึกษาของเจนเนตร (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการให้ข้อมูลของบุคลากรทางสุขภาพสั้นๆ เนื้อหาไม่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมหลายด้าน

7. การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยสามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งจากการศึกษาพบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถทำนายการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยพบว่าการรับรู้ทั้งเรื่องลักษณะของโรค การรักษา/การควบคุมโรค ผลที่ตามมาและความต่อเนื่องที่ดีมีแนวโน้มให้ผู้ป่วยมีการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (French, Cooper & Weinman, 2006) ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข สามารถลดอัตราการตาย ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคได้

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบอัตราการตายสูงสุดทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังไม่พัฒนา (Patricia et al., 2003) แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการรักษาที่ทันสมัยแต่ก็ยังไม่สามารถลดอัตราการตายที่เกิดขึ้นจากโรคได้ การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตที่โน้มเอียงไปทางประเทศตะวันตก เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากและมีกากอาหารน้อยลง การออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายน้อยลงและความเครียดจากงานที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งชีวิตที่รีบเร่ง ทำให้มีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากขึ้น (วิศาล, 2543) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยควบคุมหรือลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิรงรอง (2543) พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการของโรคกลับเป็นซ้ำหากหากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสม จากการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตามกรอบแนวคิดของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟู (2550) ครอบคลุมในเรื่องของการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดการความเครียด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ด้านการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การเดิน การวิ่ง การปั่นจักรยาน ซึ่งการออกกำลังกายจะมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีในร่างกาย โดยมีการปรับตัวทำให้ออกซิเจนถูกสกัดจากเลือดเป็นจำนวน 3 เท่าของขณะพักก่อน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบไหลเวียน โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจ เนื่องจากทำให้แรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายทั่วร่างกายลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ทำให้ระยะโคแอสโตลิทยาวขึ้น เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมากขึ้น การบีบตัวที่มีประสิทธิภาพ และจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีเพิ่มขึ้น การไหลเวียนนำออกซิเจนไปใช้ในส่วนต่างๆของร่างกายมากขึ้น จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจโดยการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอสามารถที่จะกลับไปใช้ชีวิตและมีกิจกรรมได้อย่างปกติ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีบทบาทส่งเสริมการออกกำลังกาย คือ การให้ความรู้ ทักษะคิด ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และค่านิยมด้านสุขภาพและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย คือ ปัญหาสุขภาพ เช่น ไม่มีแรง มีโรคประจำตัว ไม่มีความรู้ ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือขั้นตอนในการออกกำลังกายด้วยตนเอง ไม่มีเวลา การศึกษานี้ชี้ให้เห็นจุดสำคัญที่จะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมและทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ ให้มีการยอมรับสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (นฤมล และคณะ, 2542) และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเหมาะกับการออกกำลังกายโดยการเดิน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายประเภทหนึ่งของแอโรบิค มีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง หรือร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด นานอย่างน้อย 30-40 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้กำหนดว่าประเภทการออกกำลังกายเป็นการเดิน ซึ่งถือว่าการออกกำลังกายที่ดี ปลอดภัยและมีอันตรายน้อย ตลอดจนเหมาะกับผู้สูงอายุ (Ebersole, Hess, Touhy & Jett, 2005)

ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งหากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทุกด้าน จะทำให้สามารถลดภาวะคุกคามจากโรค ตลอดจนลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ใกล้ตัว และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหาร

เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไขมันสูง และมีโคเรสเตอรอลสูง เป็นต้น ย่อมทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีโอกาสเป็นโรคได้ ตลอดจนมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำได้สูง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ รายได้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคคลากรทางสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรค ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรค การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนจากบุคคลากรของครอบครัว โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (อภัยรสา, 2550)

การจัดการกับความเครียด

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในระยะฟื้นฟูสภาพเป็นระยะที่เกิดความเครียดได้สูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความยากลำบากในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งแสดงออกด้วยการร้องไห้ ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และมีความคับข้องใจในการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ดังนั้น การให้คำปรึกษาการให้ความรู้และข้อมูลต่างๆ แก่ผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จึงมีส่วนสำคัญในการลดปัญหาทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทอมสันและคณะ(Thomson et al., 1995) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและกลุ่มสมรสต้องการข้อมูลและคำแนะนำภายหลังการบริการในเรื่องนี้เพียงพอ เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการให้บริการและปัญหาจากการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ส่วนสอดคล้องกับการศึกษาของ อูมา (2544) ที่พบว่าความกระทบกระเทือนด้านจิตใจในสภาพที่รู้ตัวว่าชีวิตถูกคุกคามอย่างร้ายแรงเพราะความเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับหัวใจ ซึ่งคนทั่วไปถือว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผู้ป่วยเกิดความท้อใจ กังวลใจ กลัวตาย บางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเมื่อคิดว่าอาจทำให้ชีวิตอยู่ไม่นาน สอดคล้องกับการศึกษาของ เป็น (2550) และ ชวนพิศ (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอย่างรุนแรง รักษาไม่หายต้องรักษาตลอดชีวิต ไม่กล้าทำอะไรเพราะกลัวจะเสียชีวิต

แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วย

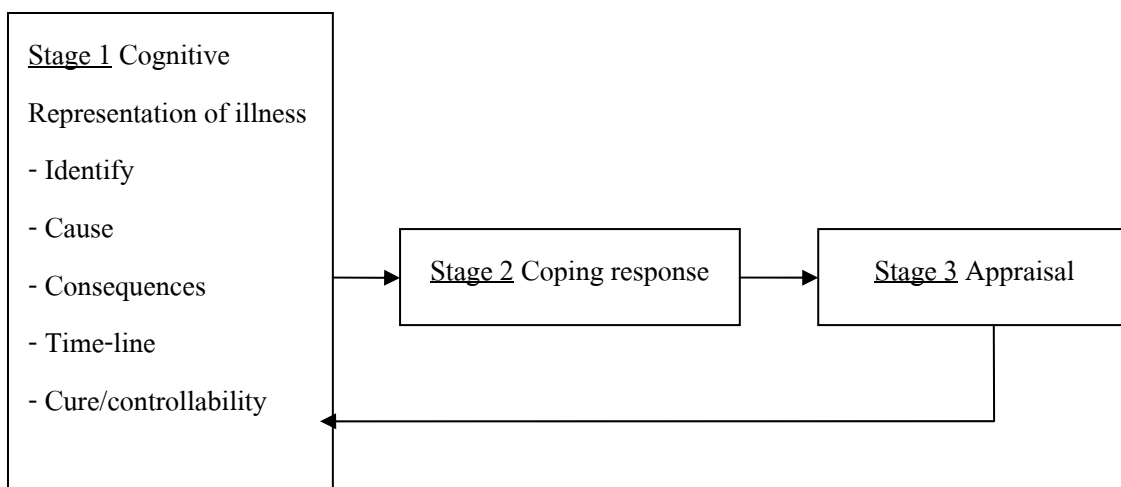
แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-regulatory model) โดยลีเวนทาลและคณะ ใช้ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993) ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้นักคนไข้เข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลมีโครงสร้างที่เป็นรูปแบบและโครงสร้างดังกล่าวมีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ก่อนมีการเจ็บป่วยและข้อมูลที่ได้มาจากสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง มีด้วยกัน 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือการแปลผลสิ่งที่เกิดขึ้น ระยะที่ 2 ระยะของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยหรือการวางแผนทำกิจกรรมต่างๆ และระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคลในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะของการให้ความหมายหรือการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น อาศัย 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย คือ

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรค เป็นอาการที่รับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและรู้ว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดโคโรนารี
2. สาเหตุของโรค เป็นการรับรู้สาเหตุของโรคว่ามาจากสาเหตุใดเช่น กรรมพันธุ์ เชื้อโรค เป็นต้น
3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ว่าช่วงเวลาไหนของการเจ็บป่วยด้วยโรคจะมีระยะเวลายาวนานเพียงใด
4. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยหรือผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย
5. การรักษาหรือการควบคุม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นว่าสามารถรักษาหรือควบคุมได้มากน้อยเพียงใด

ระยะที่ 2 การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย (Coping response) เป็นการกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคลเพื่อตอบสนองการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้คือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหรือจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993)

ระยะที่ 3 การประเมินความสำเร็จของบุคคล (Appraisal) หรือประเมินผลลัพธ์ในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ว่าสำเร็จหรือล้มเหลว หากสำเร็จก็จะมีปฏิบัติตามแผนต่อไป แต่หากไม่สำเร็จบุคคลก็จะกลับไปสู่ระยะที่ 1 เพื่อทบทวนถึงการเกิดปัญหาใหม่



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการจัดการจัดการด้วยตนเอง (Self-Regulatory Model: SRM) ของลิเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการรับรู้การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีการนึกคิด และให้ความหมายในการเจ็บป่วยของตนเอง และผู้ป่วยยังมีการรวบรวมข้อมูลผ่านการรับรู้ โดยได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพ หรือจากบุคคลรอบข้าง ส่วนในระยะที่ 2 เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยมีการตอบสนองหลังจากเกิดการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่รู้ว่าโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาหรือควบคุมได้ ก็จะมีความตั้งใจมาฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Whitmarsh et al., 2003) และการศึกษาสังเคราะห์งานวิจัย (Meta-analysis) พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยสามารถทำนายการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจได้โดยพบว่าการรับรู้ทั้งเรื่องลักษณะของโรค การรักษา/การควบคุมโรค ผลที่ตามมาและความต่อเนื่องที่ดีมีแนวโน้มให้ผู้ป่วยมีการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (French, Cooper & Weinman, 2006) ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคได้

เครื่องมือที่ใช้ในศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในวัดการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) (Weinman et al., 1996) ที่สร้างมาจากแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง

ของลีเวนทาล (Leventhal et al., 1984) ซึ่งครอบคลุมใน 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ประกอบด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค 12 อาการ ในส่วนนี้นักวิจัยสามารถเพิ่มอาการให้มีความเฉพาะเจาะจงกับโรคที่ศึกษาได้ (Weinman et al., 1996) การวัดโดยการสอบถามผู้ป่วยว่าในการเจ็บป่วยครั้งนี้ท่านมีประสบการณ์อาการเหล่านี้หรือไม่ และท่านคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือไม่ โดยมีคะแนน 0 กับ 1 คะแนน คะแนนรวมกันอยู่ระหว่าง 0 ถึง 14 คะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกัน หากระดับคะแนนสูง หมายถึงอาการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับโรคที่ศึกษา ในส่วนของ 4 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วยมีการคละรวมกันและมีระดับการให้คะแนน 5 ระดับด้วยกัน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (คะแนน 1-5) และมีการคิดคะแนนย้อนกลับในบางข้อของช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรคและการรักษา/ควบคุม หลังจากนั้นนำคะแนนที่ได้มารวมกันทุกข้อ เนื่องจากในบางข้อแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ที่เฉพาะ ซึ่งนักวิจัยนำไปวิเคราะห์เป็นรายข้อ หรือปัจจัยภายในและภายนอก และการหาความเที่ยงและความตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยไปหาความเที่ยงใช้การทดสอบก่อนและหลัง และหาความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbrach's alha coefficient)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่เน้นการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Illness perception) โดยแบบสอบถามฉบับของเวแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) ออกแบบมาสำหรับวัดเฉพาะการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามฉบับนี้มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีความจำเพาะกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา สามารถใช้ง่ายและมีความยืดหยุ่นสูง

การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

จากอุบัติการณ์พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นสาเหตุการตายของประชากรทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังไม่พัฒนา ตลอดจนผู้ป่วยมีโอกาสดังกลับเป็นซ้ำได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการอุดตันของหลอดเลือดกล้ามเนื้อหัวใจ อภิชาติ (2543) การรักษาในภาวะฉุกเฉินนั้น คือการให้ยาละลายลิ่มเลือด เมื่อผ่านพ้นระยะนั้นไปแล้วก็เข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในระยะนี้จะมีส่วนช่วยในการลดภาวะคุกคามของโรค และโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ สิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดี คือ การรับรู้การเจ็บป่วย หากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วย ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นการรับรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและรับรู้ว่าการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งอาจรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองหรือการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น (Leventhal et al., 1984) เช่นการศึกษาของจิลและแคทลีน (Jill & Kathleen, 2005) พบว่าผู้ป่วยรับรู้อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก สอดคล้องกับการศึกษาของโฟเกิลและคณะ (Fogle et al., 2004) พบว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บแน่นหน้าอก ปวดบริเวณแขนและไหล่ หายใจลำบากเป็นอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

2. สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นการรับรู้ถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด (Leventhal et al., 1984) ซึ่งเป็นกระบวนการค้นหาที่บุคคลส่วนใหญ่ปฏิบัติ โดยค้นหาว่าอะไรคือสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมาจากหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น การศึกษาของฮาร์ท (Hart, 2005) พบว่าสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีสาเหตุการเกิดจาก อายุ การสูบบุหรี่ ภาวะความดันโลหิตสูง ลักษณะการดำเนินชีวิต ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โรคเบาหวาน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และประวัติครอบครัว การศึกษาของเฟรน มาตุ ซีเนียร์และเวนแมน (French, Marteau, Senior, & Weinman) พบว่าสาเหตุของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ ความเครียด ความดันโลหิตสูง และกรรมพันธุ์ การศึกษาของคาเมรอน เพทรี เอลลิส บูลอิกและเวนแมน (Cameron, Petrie, Ellis, Bluck, & Weinman, 2005) ศึกษาประสบการณ์อาการและสาเหตุในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายได้แก่ ความเครียด ไขมันในเส้นเลือด กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และความดันโลหิตสูง

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ถึงช่วงเวลาของการเป็นโรคว่าเป็นไม่นานหรือช่วงเวลานาน (Leventhal et al., 1984) ซึ่งการรับรู้ช่วงเวลาจะมีอิทธิพลต่อการรักษาที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าหากผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเกิดขึ้น และสามารถหายได้เองในระยะเวลาไม่นาน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ และไม่ต้องพึ่งพามุคคลอื่น

4. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นการรับรู้ถึงความรุนแรงจากการเจ็บป่วย (Leventhal et al., 1984) โดยพบว่าผลกระทบที่เกิดตามมาจากโรค ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความรุนแรง ทำให้มีผลกระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่ของตนเองลดลง (Cherrington et al., 2004) การศึกษาของแอสตินและโจนส์ (Astin & Jones, 2006) ที่พบว่าถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงผลกระทบจากโรครุนแรงทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง และคิดว่าตนเองไร้ความสามารถ และสอดคล้องกับการศึกษาของ

ปฏิพร (2543) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้

5. การรักษา/ควบคุม เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการรักษาว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือสามารถควบคุมได้ (Leventhal et al., 1984) ซึ่งในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ เช่นการศึกษาของแฮกเกอร์และออบเบล (Hagger & Orbell, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพกายและหน้าที่ทางสังคมที่ดี และการศึกษาของวิทมาเชร์เคาเทนจิและไซด์ล (Whitmaesh, Koutantji, & Sidell, 2003) และการศึกษาของแฮกเกอร์และออบเบล (Hagger & Orbell, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบเฉียบพลันจะรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมและรักษาได้ โดยจะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของเพทาย, วายเมน, ซาปรี, บัคลี (Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley; 1996) พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยในด้านองค์ประกอบของการรักษา/ควบคุมโรคสามารถเป็นตัวทำนายการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจได้

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นการได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพในเรื่องของการได้รับคำแนะนำ รายละเอียดหรือข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค ตลอดจนถึงเรื่องของสาเหตุของการเกิดโรคและการหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามต่างๆที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ถูกต้อง (อภัยรา, 2550; ผ่องพรรณ, 2548) ผู้ป่วยจึงต้องได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนี้

1. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การควบคุมปัจจัยเสี่ยงมีความสำคัญมาก ซึ่งผู้ป่วยต้องมีการร่วมมืออย่างยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมาในส่วนของปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคซ้ำ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา และกาแฟ การควบคุมระดับไขมันในเลือด การควบคุมระดับความดันโลหิต การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมน้ำหนักตัว และการควบคุมอารมณ์ความเครียด เป็นต้น

2. การรับประทานยา การรับประทานยาจะทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น เพราะยาจะทำให้หัวใจได้รับเลือดและออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยผู้ป่วยควรต้องมีการรับประทานยาอย่างถูกต้องต่อเนื่องสม่ำเสมอ และทราบถึงชื่อยา ขนาดยา คุณสมบัติ อาการข้างเคียง การปฏิบัติตัวในการใช้ยา

และวิธีการใช้ยา และไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง และความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาที่ต้องรีบไปพบแพทย์

3. การรับประทานอาหารผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง อาหารที่มีรสเค็ม จำกัดอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารที่มีกากใยเพื่อป้องกันอาการท้องผูกและควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว และต้องมีการสังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะน้ำเกินอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น

4. การพักผ่อน ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งการนอนหลับสนิทอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงในเวลากลางคืน และการนอนพักในเวลากลางวัน 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงภายหลังการรับประทานยา เพื่อลดการทำงานของหัวใจในการบีบตัวเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกระเพาะอาหารได้เพียงพอ

5. การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด การมาตรวจตามนัดเป็นการตรวจอาการ อาการแสดงของผู้ป่วย ภายหลังกลับไปอยู่บ้าน และหากมีอาการผิดปกติ เช่น บวม หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ตอนกลางคืน อ่อนเพลีย มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ภายหลังอมยาขยายหลอดเลือดหัวใจไปแล้วก็ยังไม่รู้สึกดีขึ้น

6. การสงวนพลังงาน เป็นการจัดการใช้พลังงานของร่างกายในแต่ละวัน เพื่อช่วยให้คงไว้ซึ่งความสามารถของร่างกาย และช่วยลดความเหนื่อยล้าในการทำกิจกรรมต่างๆ การสงวนพลังงานประกอบด้วย การใช้ร่างกายให้เหมาะสม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างง่าย มีการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ

7. การมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังการเกิดโรคผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย กล่าวคือผู้ป่วยจะประสบกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สมรรถภาพทางกายลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่หลังเกิดโรคมักหยุดการมีเพศสัมพันธ์ไปเลย หรือมีลดลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวตามมา ดังนั้นผู้ป่วยและคู่สมรสควรมีความเข้าใจในตัวโรค ว่าผู้ป่วยสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ภายหลังจากการเป็นโรคนี้นี้ 6-8 สัปดาห์ หรือสามารถขึ้นบันได 20 ชั้น ใน 10 นาที ควรหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมทางเพศที่หักโหม ตื่นเต้น หรือมีความเครียด ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ไม่อยู่ในที่มีอากาศร้อนหรือหนาวจนเกินไป หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์หลังการรับประทานยาทันที เพราะพลังงานส่วนใหญ่จะใช้ในการย่อยอาหาร หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังการทำงานหนักหรือภายหลังการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการรักษาควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการได้รับข้อมูลก็เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการเกิดโรคและมีความจำเป็น ตลอดจนทราบถึงสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของ

โรค จึงทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะต่างๆ ที่อาจคุกคามผู้ป่วยได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสก็อตและทอมสัน (Scott & Thompson, 2003) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีระดับความต้องการข้อมูลในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมิทและไลน์ (Smith & Liles, 2006) ซึ่งศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลและแหล่งสนับสนุนก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อที่จะสามารถปรึกษา ตลอดจนมีการเสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการตระหนักถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจควรเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพ และควรมีช่วงเวลาที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาคอบ (Jacobs, 2000) พบว่าแม้ว่าประโยชน์ของการสอนหรือให้ข้อมูลก่อนการจำหน่าย โดยผู้ป่วยอาจจะมียุทธศาสตร์ในการนอนโรงพยาบาลสั้น แต่ทีมสุขภาพควรที่จะมีช่วงเวลาที่เหมาะสมในการส่งต่อข้อมูลแก่ผู้ป่วย

ความสัมพันธ์ของการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีภายหลังจำหน่าย

แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self-regulatory model) โดยลีเวนทาลและคณะ ใช้ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย (Cameron, Leventhal, & Leventhal, 1993) ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยทำให้บุคคลเข้าใจถึงภาวะที่คุกคามสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นโรคที่รุนแรงและมีอัตราการตายสูง มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ภายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว หากผู้ป่วยไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยก็มีโอกาสที่จะกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีซ้ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเชื่อเรื่องการรักษา/การควบคุมโรคและตัวแปรด้านการรับรู้การเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายทำนายการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การนำผลการศึกษาไปใช้อย่างหนึ่ง ใช้ในการค้นหาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่เข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและพยายามชี้ให้เห็นถึงผลดีของการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ นอกจากนี้ยังมีความเป็นเหตุเป็นผลที่จะสรุปว่า ความเชื่อเหล่านี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ในเวลาที่ผู้ป่วยพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลหรือในช่วงสัปดาห์ก่อนจะเริ่มโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มการเข้าร่วมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากขึ้นในกลุ่มประชากรที่ใหญ่ขึ้น (French & Cooper & Weinman, 2006) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการได้รับ

ข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนี้พบว่า การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสม โดยเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพที่ต้องมีการทำงานร่วมมือกันให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและมีทัศนคติที่ดีตลอดจนมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสม (Wieslander & Fridlund, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย หากมีการรับรู้การเจ็บป่วย มีการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ถูกต้องเหมาะสม ก็สามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ ตลอดจนมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะคุกคามและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีส่วนใหญ่เกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือด เป็นสาเหตุให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดความสมดุล ระหว่างเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจกับความต้องการของกล้ามเนื้อหัวใจเอง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับลักษณะของการขาดเลือด การรักษาในปัจจุบันแม้จะมีความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์ แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็เป็นสิ่งที่จะต้องปฏิบัติควบคู่ไปกับการรักษาที่ทันสมัย ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้ตั้งแต่ขณะอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยของโรคที่ถูกต้อง ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ คือ อาการที่สัมพันธ์กับโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเป็นโรค ผลกระทบจากโรคและการรักษา/การควบคุม ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) และการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากทีมสุขภาพ ตลอดจนมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสม โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่างๆ แต่จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจยังไม่ถูกต้อง เช่น การกั๊กการออกกำลังกาย ไม่กล้าปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ไขมันสูง ความวิตกกังวลภายหลังการเจ็บป่วย และผลกระทบที่ตามมาจากการเจ็บป่วย ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องตลอดจนการให้ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ถูกต้อง ก็เป็นส่วนหนึ่งใน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสม และก่อให้เกิดการตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยมีวิธีการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

การศึกษานี้มีประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูตามอาการหลังจำหน่ายในแผนกผู้ป่วยนอก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ทั้ง 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลหาดใหญ่ และเลือกกลุ่มตัวแทน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากคัดเลือกโรงพยาบาลตัวแทนจำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลหาดใหญ่ และสุ่มตัวอย่างเพื่อเลือกเป็นตัวแทนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือภาวะฉุกเฉิน
2. มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถพูดคุย สื่อความหมายเข้าใจ
4. ยินยอมในการให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบสหสัมพันธ์ ของโพลิตและฮังเกอร์ (Polit & Hunger, 1999) โดยกำหนดความเชื่อมั่นเท่ากับ

95 เปอร์เซ็นต์ ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test: $1 - \beta$) เท่ากับ 0.80 เลือกลักษณะของอิทธิพล (effect size) ที่ 0.3 เมื่อเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การทำหัตถการเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีในครอบครัว ประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยนำแบบสอบถามของเวินแมนและคณะ (Weinman et al., 1996) ดัดแปลงและพัฒนาแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของลีเวนทาลและคณะ (Leventhal et al., 1984) มีการแปลเครื่องมือชุดนี้เป็นภาษาไทยโดย เป็น (2550) และมีการดัดแปลงเพื่อนำมาเป็นเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ในแบบสอบถามต้นฉบับมี 12 อาการ ที่เป็นอาการทั่วไปของการเจ็บป่วย เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่เป็นอาการเด่นชัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และได้ใส่อาการที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการศึกษาในบริบทของคนไทย ข้อคำถามด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จึงมีทั้งหมด 14 อาการ ให้ผู้ป่วยเลือกตอบว่าอาการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรือไม่ โดยผู้ป่วยสามารถตอบได้มากกว่า 1 อาการ หากผู้ป่วยตอบว่าเกี่ยวข้อง จะได้ 1 คะแนน คะแนนรวมได้จากผลรวมคะแนนแต่ละข้อ คะแนนรวมที่ได้อยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน สำหรับคำถามอีก 4 ด้าน เกี่ยวกับสาเหตุของโรค ช่วงเวลาการเป็นโรค ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษา/การควบคุม ทั้งหมด 26 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นลิเกิตเกล และมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อทั้งในด้านบวกและด้านลบ ดังนี้

คำถามด้านบวก ได้แก่

- คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย
- คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนคำถามในด้านลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกับคำถามด้านบวก ได้แก่

- คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- คะแนน 2 หมายถึง เห็นด้วย
- คะแนน 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- คะแนน 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- คะแนน 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. ด้านสาเหตุของโรค มี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 4, 9, 10, 16, 17, 19, 20 และ 26 คำตอบแบบลิเกิต (likert) สเกล โดยผู้วิจัยได้นำค่าคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เป็นรายข้อ เพื่อให้เข้าใจถึงการรับรู้ด้านสาเหตุของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ควรวิเคราะห์เป็นรายข้อ ไม่เหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม (Weinman et al, 1996)

3. ด้านช่วงเวลาเป็นโรค มี 3 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีคำถามทางบวก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 11, 21 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 2 นำข้อที่มีความหมายทางลบมากกลับค่าคะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด แล้วนำคะแนนเฉลี่ยได้มาแบ่งเป็น 2 ระดับ ซึ่งได้มาจากการใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546)

คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด

จำนวนช่วง

คะแนน	1.00 – 3.00	หมายถึง	การรับรู้เป็นช่วงเวลาไม่นาน
คะแนน	3.01 – 5.00	หมายถึง	การรับรู้เป็นช่วงเวลานาน

4. ด้านผลกระทบการเจ็บป่วยมี 7 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5, 6, 12, 22, 23, 25 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 13 นำข้อที่มีความหมายทางลบมากกลับค่าคะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วย

จำนวนข้อทั้งหมด แล้วนำคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาแบ่งเป็น 2 ระดับ ซึ่งได้มาจากการใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546)

คะแนน	1.00 – 3.00	หมายถึง	ผลกระทบไม่รุนแรง
คะแนน	3.01 – 5.00	หมายถึง	ผลกระทบรุนแรง

5. ด้านรักษา/การควบคุมมี 6 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 7, 8, 15, 24 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 14, 18 นำข้อที่มีความหมายทางลบมากกลับค่าคะแนน นำคะแนนที่ได้มารวมกันและหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมด แล้วนำคะแนนเฉลี่ยที่ได้มาแบ่งเป็น 2 ระดับ ซึ่งได้มาจากการใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น (ชูศรี, 2546)

คะแนน	1.00 – 3.00	หมายถึง	ด้านรักษา/การควบคุมได้น้อย
คะแนน	3.01 – 5.00	หมายถึง	ด้านรักษา/การควบคุมได้มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

คะแนน	0	หมายถึง	ท่านไม่ได้รับข้อมูลเลย
คะแนน	1	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลในระดับน้อย
คะแนน	2	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง
คะแนน	3	หมายถึง	ท่านได้รับข้อมูลในระดับมาก

การแปลผลค่าคะแนน นำคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ระดับ ซึ่งได้มาจากการใช้สถิติคำนวณหาอันตรภาคชั้น ความหมายของแต่ละระดับมีดังนี้

คะแนน	0.00 – 1.00	หมายถึง	ได้รับข้อมูลในระดับน้อย
คะแนน	1.01 – 2.00	หมายถึง	ได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง
คะแนน	2.01 – 3.00	หมายถึง	ได้รับข้อมูลในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่าย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดประเด็นหลักของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2550) มีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย การออกกำลังกาย 10 ข้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 10 ข้อ และจัดการกับความเครียด 10 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ความหมายของแต่ละระดับมีดังนี้

คะแนน 0	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
คะแนน 1	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง
คะแนน 2	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง
คะแนน 3	หมายถึง	ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ

การแปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีโดยรวมและรายด้าน พิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามทั้งรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรายกชั้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วหารด้วยจำนวนระดับชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2546) และกำหนดช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนน 0.00 – 1.00	หมายถึง	พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน 1.01 – 2.00	หมายถึง	พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 2.01 – 3.00	หมายถึง	พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยใช้วิธีการดังนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยนำแบบสอบถามหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) โดยขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความรู้ ความชำนาญด้านโรคหัวใจ 1 ท่าน ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำนวน 20 ราย โดยแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย หาความเที่ยงใช้การทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เท่ากับ 0.72 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.92 และ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่ายผู้วิจัยได้มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุมัติหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัยไปยังผู้อำนวยการ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอเข้าพบหัวหน้าพยาบาลเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 1 ท่าน โดยฝึกให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ภายใต้การแนะนำและการดูแลจากผู้วิจัย พร้อมกับมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างควบคู่กันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย จนมีความแน่ใจว่าผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจแบบสอบถามตรงกับผู้วิจัยและสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ส่วนที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลเอง

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำการ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ติดต่อกับผู้ป่วยและแนะนำผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย

2.2 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการวิจัยโดยมีการอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ความสำคัญ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์

2.3 เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามและขออนุญาตในการจดบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยสอบถามผู้ร่วมวิจัยโดยรวมเวลาทั้งหมดที่ใช้ประมาณ 30-40 นาที

2.4 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลที่บันทึกในแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโดยดูจากแฟ้มประวัติ

2.5 ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยและครบถ้วนของข้อมูล หากข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยก็สามารถเก็บจากแฟ้มประวัติหรือสอบถามผู้ป่วยอีกครั้ง เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อผู้วิจัยพบกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หากขณะสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือมีอาการใดๆ ผู้วิจัยจะหยุดสอบถามและให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล และนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือแสดงความยินยอมด้วยวาจา จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย มาดำเนินการตรวจความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์ในข้อมูลดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. วิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยด้านอาการใช้การแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนด้านสาเหตุ ด้านช่วงเวลา ด้านผลกระทบและด้านการรักษา/ควบคุม ใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์การได้รับข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยใช้ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ ความสัมพันธ์ของตัวแปร 2 ตัวแปร มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น และมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี หลังจำหน่าย จำนวน 88 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 2 แห่ง ระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึง เดือนมีนาคม 2553 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยได้เสนอด้วยตาราง ประกอบคำบรรยาย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้การเจ็บป่วย
 - 2.1 อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 2.2 สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 2.3 ช่วงเวลาของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 2.4 ผลกระทบจากโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
 - 2.5 การรักษา/ควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
3. การได้รับข้อมูล
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย
 - 4.1 ด้านการออกกำลังกาย
 - 4.2 ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 4.3 ด้านการจัดการความเครียด
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 51.1 มีอายุเฉลี่ย 59.10 ปี (ระหว่าง 28 – 87 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 76.1 ประกอบอาชีพเป็นพ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 25 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.6 มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58 และระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 10 ปีแรก ร้อยละ 73.9 และไม่เคยรับการบำบัดการเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 78.4 ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ร้อยละ 73.9 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 88)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	51.1
หญิง	43	48.9
อายุ (ปี) (\bar{x} = 59.1, SD = 13.4, Min = 28, Max = 87)		
ต่ำกว่า 30	3	3.4
31 – 40	6	6.8
41 – 50	15	17.0
51 – 60	17	19.3
61 – 70	30	34.1
71 – 80	13	14.8
81 - 90	4	4.5
สถานภาพ		
โสด	9	10.2
คู่	54	61.4
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	25	28.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	67	76.1
คริสต์	2	2.3
อิสลาม	19	21.6
อาชีพ		
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	14	15.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	13.6
รับจ้างทั่วไป	16	18.2
เกษตรกร/ประมง	21	23.9
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	23	25.0
อื่นๆ	3	3.4
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท) ($\bar{x} = 1.9$, $SD = 1.1$)		
ต่ำกว่า 5,000	41	46.6
5,001 – 10,000	29	33.0
10,001 – 20,000	8	9.1
20,001 – 30,000	5	5.7
มากกว่า 30,000	5	5.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	6.8
ประถมศึกษา	51	58.0
มัธยมศึกษา	16	18.2
อนุปริญญาตรี/เทียบเท่า	5	5.7
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	8	9.1
สูงกว่าปริญญาตรี	2	2.3
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) ($\bar{x} = 8.06$, $SD = 6.95$, $Min = 1$, $Max = 27$)		
0 – 10	65	73.9
11 – 20	15	17.0
21 – 30	8	9.1

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการทำหัตถการหลอดเลือดหัวใจ		
ไม่เคย	69	78.4
เคย	19	21.6
โรคประจำตัว		
ไม่มี	55	62.5
มี	33	37.5
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว		
ไม่มี	65	73.9
มี	23	26.1

ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารีมากที่สุด (ร้อยละ 83) รองลงมาคือ อาการหายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจติดขัด/หายใจไม่อิ่ม (ร้อยละ 79.5) และอาการอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง (ร้อยละ 71.6) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีที่รับรู้ว่าการดังกล่าวเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (N = 88)

อาการ	อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก	73	83
2. หายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจติดขัด/ หายใจไม่อิ่ม	70	79.5
3. อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง	63	71.6

ตาราง 2 (ต่อ)

อาการ	อาการที่เกี่ยวข้องกับ โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	
	จำนวน	ร้อยละ
4. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ/ใจสั่น	60	68.2
5. ปวดแน่นท้องบริเวณยอดอกหรือลิ้นปี่	53	60.2
6. เหงื่อออกตัวเย็น	49	55.7
7. วิงเวียนศีรษะ/มึนงง/หน้ามืด/เป็นลม	41	46.6
8. กังวลใจ/หงุดหงิด	38	43.2
9. กลัว/ตกใจกลัว	34	38.6
10. รู้สึกล้า	34	38.6
11. เจ็บร้าวไปที่แขน คอ กรามหรือไหล่	31	35.2
12. เป็นลมหมดสติ	30	34.1
13. อาเจียน	19	21.6
14. คลื่นไส้	19	21.6

* ตอบได้มากกว่า 1 อาการ

2. สาเหตุของโรค นำสาเหตุมาวิเคราะห์แบบรายข้อ เนื่องจากต้นฉบับของเครื่องมือนี้จะไม่นำส่วนของด้านสาเหตุของโรคมารวมกับการรับรู้การเจ็บป่วย ซึ่งระดับค่าคะแนน 1- 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งของสาเหตุ จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งของสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยรับรู้สาเหตุโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน โดยรับรู้ว่าความเครียดเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากที่สุด ($\bar{x} = 3.78$, $SD = 1.11$) รองลงมาคือ อาหาร ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 1.00$) และภาวะจิตใจ ($\bar{x} = 3.58$, $SD = 1.23$) ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้สาเหตุของโรค ($N = 88$)

การรับรู้สาเหตุของโรค	\bar{X}	S.D
1. ความเครียด	3.78	1.11
2. อาหาร	3.64	1.00
3. ภาวะจิตใจ	3.58	1.23
4. มลภาวะสิ่งแวดล้อม	3.26	1.21
5. การกระทำของผู้ป่วย	3.23	1.29
6. การไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต	2.94	1.24
7. เป็นความบังเอิญ	2.67	1.28
8. กรรมพันธุ์	2.60	1.18
9. เชื้อโรค	2.47	1.24
10. คนอื่นเป็นสาเหตุ	2.27	1.09

3. ช่วงเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ช่วงเวลาการเป็นโรคโดยรวมว่าเป็นช่วงเวลานาน ($\bar{x} = 3.23$, $SD = 0.71$) ส่วนรายชื่อผู้ป่วยรับรู้ช่วงเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นเวลานาน ($\bar{x} = 3.52$, $SD = 1.10$) ถาวรมากกว่าชั่วคราว ($\bar{x} = 3.22$, $SD = 1.24$) และเป็นช่วงเวลาสั้น ($\bar{x} = 2.95$, $SD = 1.24$) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้ช่วงเวลาของโรค ($N = 88$)

ช่วงเวลา	\bar{X}	S.D	การแปลผล
1. เป็นอยู่นาน	3.52	1.10	ช่วงเวลาเป็นโรคนาน
2. เป็นถาวรมากกว่าชั่วคราว	3.22	1.24	ช่วงเวลาเป็นโรคนาน
3. เป็นช่วงเวลาสั้น	2.95	1.24	ช่วงเวลาเป็นโรคไม่นาน
โดยรวม	3.23	0.71	ช่วงเวลาเป็นโรคนาน

4. ผลกระทบจากการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีผลกระทบจากการเป็นโรคโดยรวมมีผลกระทบรุนแรง ($\bar{x} = 3.46$, $SD = 0.57$) ส่วนรายข้อพบว่ามีผลกระทบต่อชีวิตมาก ($\bar{x} = 4.06$, $SD = 1.09$) และเป็นเรื่องร้ายแรง ($\bar{x} = 3.84$, $SD = 1.21$) อยู่ในระดับรุนแรง ส่วนข้อมีผลอย่างมากต่อภาวะการเงินอยู่ในระดับไม่รุนแรง ($\bar{x} = 2.27$, $SD = 1.31$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้ด้านผลกระทบ ($N = 88$)

ผลกระทบ	\bar{x}	S.D	การแปลผล
1. มีผลกระทบต่อชีวิตมาก	4.06	1.09	ผลกระทบของโรครุนแรง
2. เป็นเรื่องร้ายแรง	3.84	1.21	ผลกระทบของโรครุนแรง
3. อยู่กับความเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ง่าย	3.51	0.99	ผลกระทบของโรครุนแรง
4. มีผลทำให้คนอื่นมองตนเองเปลี่ยนไป	3.49	1.08	ผลกระทบของโรครุนแรง
5. มีผลทำให้มองตนเองเปลี่ยนไป	3.47	1.16	ผลกระทบของโรครุนแรง
6. ไม่ได้มีผลกับชีวิตมาก	3.14	1.35	ผลกระทบของโรครุนแรง
7. มีผลอย่างมากต่อภาวะการเงิน	2.27	1.31	ผลกระทบของโรคไม่รุนแรง
โดยรวม	3.46	0.57	ผลกระทบของโรครุนแรง

5. การรักษา/ควบคุมโรค พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถรักษา/ควบคุมโดยรวมได้มาก ($\bar{x} = 3.27$, $SD = 0.43$) ส่วนรายข้อพบว่าการรักษา/ควบคุมจะดีขึ้นถ้าต้องใช้เวลาดำเนินการ ($\bar{x} = 4.05$, $SD = 0.87$) มีหลายสิ่งที่สามารถทำได้เพื่อควบคุมอาการ ($\bar{x} = 3.66$, $SD = 1.16$) และสิ่งที่ปฏิบัติมีผลทำให้ความเจ็บป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง ($\bar{x} = 3.48$, $SD = 0.98$) อยู่ในระดับมาก ส่วนการรักษาที่ได้รับสามารถทำให้หายขาดจากโรค ($\bar{x} = 2.80$, $SD = 1.20$) และมีบางอย่างเท่านั้นที่ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคครั้งนี้ดีขึ้น ($\bar{x} = 2.55$, $SD = 1.10$) อยู่ในระดับน้อย ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามการรับรู้ด้านการรักษา/ควบคุม ($N = 88$)

ผลกระทบ	\bar{x}	S.D	การแปลผล
1. ดีขึ้นถ้าใช้เวลา	4.05	0.87	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้มาก
2. มีหลายสิ่งหลายที่สามารถทำได้เพื่อควบคุมอาการ	3.66	1.16	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้มาก
3. สิ่งที่ปฏิบัติมีผลทำให้ความเจ็บป่วยดีขึ้นหรือแย่ลง	3.48	0.98	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้มาก
4. การหายจากโรคขึ้นอยู่กับโชคชะตา	3.14	1.38	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้มาก
5. การรักษาที่ได้รับสามารถรักษาโรคให้หายขาด	2.80	1.20	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้น้อย
6. มีเพียงบางอย่างเท่านั้นที่ทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้ดีขึ้น	2.55	1.10	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้น้อย
โดยรวม	3.27	0.43	สามารถรักษา/ควบคุมโรคได้มาก

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเรื่องการรับประทานอาหารอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 2.11$, $SD = 0.78$) ส่วนเรื่องอื่นๆอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประกอบไปด้วยเรื่องการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 1.92$, $SD = 0.93$) การใช้ในการรักษา ($\bar{x} = 1.82$, $SD = 0.91$) การจัดการความเครียด ($\bar{x} = 1.82$, $SD = 0.87$) ส่วนเรื่องเพศสัมพันธ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้รับในระดับน้อย ($\bar{x} = 1.00$, $SD = 1.10$) ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (N = 88)

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (min = 0, max=3)	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การรับประทานอาหาร	2.11	0.78	มาก
2. การออกกำลังกาย	1.92	0.93	ปานกลาง
3. การใส่ใจในการรักษา	1.82	0.91	ปานกลาง
4. การจัดการความเครียด	1.82	0.87	ปานกลาง
5. ลักษณะของงานที่ทำ	1.77	0.86	ปานกลาง
6. การจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก	1.68	1.03	ปานกลาง
7. การควบคุมน้ำหนักตัว	1.59	1.16	ปานกลาง
8. แนวทางในการดูแลรักษา	1.59	0.96	ปานกลาง
9. ภาวะแทรกซ้อนของโรค	1.37	1.04	ปานกลาง
10. ความหมายของโรค	1.33	1.06	ปานกลาง
11. อาการของโรค	1.32	1.15	ปานกลาง
12. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการ ติบซ้ำของหลอดเลือด	1.31	1.09	ปานกลาง
13. สาเหตุการเกิดโรค	1.13	1.23	ปานกลาง
14. เพศสัมพันธ์	1.00	1.10	น้อย
โดยรวม	1.62	1.09	ปานกลาง

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ผลการศึกษาพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
จำนวน 88 ราย พบว่ามีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อ
พิจารณารายด้านทั้ง 3 ด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (\bar{x} = 1.78, S.D. = 1.23)
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (\bar{x} = 1.78, S.D. = 1.17) และด้านการออกกำลังกาย (\bar{x} = 1.64,
S.D. = 1.32) ดังแสดงในตารางที่ 6 เมื่อพิจารณารายชื่อของพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
หัวใจโคโรนารีด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ได้แก่ การหยุดพักเมื่อมีอาการหน้ามืด ใจสั่น

(\bar{x} =2.36, S.D. = 1.12) ส่วนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ (\bar{x} = 2.55, S.D. = 0.78) และด้านการจัดการความเครียด ได้แก่ ท่านให้กำลังใจตนเองเสมอเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค (\bar{x} = 2.16, S.D. = 0.89) ส่วนชื่อของพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในระดับต่ำ ด้านการออกกำลังกาย คือ การบริหารร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย (\bar{x} = 0.91, S.D. = 1.21) และการจัดการความเครียด คือ การฝึกจิตโดยการนั่งสมาธิกำหนดลมหายใจ (\bar{x} = 0.76, S.D. = 0.99) ดังแสดงตารางที่ 8

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ($N = 88$)

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	\bar{x}	SD	ระดับ
1. ด้านการจัดการความเครียด	1.78	1.23	ปานกลาง
2. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.78	1.17	ปานกลาง
3. ด้านการออกกำลังกาย	1.64	1.32	ปานกลาง
โดยรวม	1.67	1.17	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .99, p < .01$) และการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .01$) ดังตาราง 9

ตาราง 9

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

ตัวแปร	พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (r)
1. การรับรู้การเจ็บป่วย	.99*
2. การได้รับข้อมูล	.37*

*p < .01

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาในประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้การเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
3. การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
4. พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.1) อายุของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 59.1 (ช่วงอายุ 28-87 ปี) ในเพศชายจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งได้แก่ การสูบบุหรี่ และความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ (2548) และจรรวมด (2548) พบว่าเพศชายได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากกว่าเพศหญิง อาชีพส่วนใหญ่ของผู้ป่วยคือ พ่อบ้าน/แม่บ้าน มีโอกาสเกิดความเครียดในบทบาทหัวหน้าครอบครัว และผู้หารายได้มาใช้จ่ายภายในครอบครัว มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.4) สอดคล้องกับการศึกษาของอรมณี (2545);

จิราวรรณ (2548) ;เป็น (2550) และจรรวมล (2548) ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58) เนื่องจากเป็นการศึกษาภาคบังคับ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของบุคคลในครอบครัว พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ (ร้อยละ 73.9) เนื่องมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น บิดามารดา มีอายุมาก และมีแนวการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าในด้านต่างๆ ในสังคมไทย ได้แก่พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การทำงานที่ต้องเร่งรีบแข่งกับเวลา และภาวะความเครียดความกดดันต่างๆ จากสภาพเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ (2548) และเป็น (2550) พบว่าประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ ร้อยละ 87.2 และร้อยละ 82.2 แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์

การรับรู้การเจ็บป่วย

จากอุบัติการณ์พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลก ตลอดจนในประเทศไทยก็มีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยสาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เกิดจากภาวะแข็งหรือตีบของหลอดเลือด มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ (กอบกุล, 2546) ดังนั้นการดูแลรักษาต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อให้ระบบการไหลเวียนเลือดกลับเข้าสู่ภาวะปกติ เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะวิกฤติแล้ว ผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยต้องมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี และถูกต้อง ก็ส่งผลดีต่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และมีพฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดีหลังจำหน่าย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วย มี 5 องค์ประกอบด้วยกัน จากผลการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นองค์ประกอบรายด้าน อภิปรายได้ดังนี้

1. อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากที่สุด (ร้อยละ 83) ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นความรู้สึก ไม่สุขสบายบริเวณส่วนหน้าของทรวงอก รู้สึกแน่น เป็นประสบการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากคิดว่าอาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการของหัวใจที่ถูกคุกคาม หรืออาการเตือนและเป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ (2548) พบว่า

อาการที่เด่นชัดของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี คือ อาการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก และการศึกษาของ เป็น (2550) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากที่สุด โดยการรับรู้ถึงอาการและอาการคุกคาม ว่าเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ซึ่งอาจรับรู้จากการเจ็บป่วยด้วยตนเองหรือการเจ็บป่วยของผู้อื่น (Leventhal et al., 1984)

2. สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีว่ามาจากความเครียด อาหาร และภาวะจิตใจ จากสาเหตุเหล่านี้ล้วนเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน มีผลทำให้สาเหตุการเกิดโรคเกิดจากเหตุปัจจัยใกล้ตัว การที่บุคคลส่วนใหญ่ค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีการเจ็บป่วย โดยพบจากประสบการณ์ตรง และในปัจจุบันแบบแผนการดำเนินชีวิตมีความรีบเร่ง เป็นสังคมที่มีการแข่งขันสูง โดยสอดคล้องกับการศึกษาของคิง (King, 2002) พบว่าสาเหตุของโรคหลอดเลือดโคโรนารีได้แก่ ความเครียด วิถีชีวิต การออกกำลังกาย และการกินอาหาร ซึ่งระดับความเครียดที่มีมากเกินไปก็จะทำลายสุขภาพ จึงต้องมีการจัดการให้ลดลง ตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย อาชีพการงาน สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (ผ่องพรรณ, 2548)

3. ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยรับรู้ช่วงเวลาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีว่าเป็นช่วงเวลานาน ($\bar{x} = 3.23$, $SD = 0.71$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน และต้องติดตามอาการเป็นระยะๆ ตลอดจนต้องรับประทานยาเป็นประจำ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้โรคน่าจะเป็นอยู่นาน และน่าจะเป็นถาวรมากกว่าชั่วคราว สอดคล้องกับระยะเวลาการเจ็บป่วยที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0-10 ปี (ร้อยละ 73.9) ซึ่งจะเห็นได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนานจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรถึงจะมีวิธีการดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของเบรินและคณะ (Byrne et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีน่าจะเป็นช่วงเวลานาน ต้องใช้เวลาที่ยาวในการรักษา และการศึกษาของสุวิมล (2543) พบว่าระยะเวลาในการรับรู้การเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่เจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีโอกาสในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคมายใช้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง

4. ผลกระทบจากการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมีผลกระทบรุนแรง ($\bar{x} = 3.46$, $SD = 0.57$) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นภาวะที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต ถ้ามีอาการรุนแรงต้องได้รับการรักษาทั้งต้องนอนพักที่โรงพยาบาล

และต้องพักผ่อนที่บ้าน ตลอดจนมีผลกระทบต่อการทำงาน ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติ อย่างเช่นก่อนการเกิดโรคได้ เหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อชีวิตมาก การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีผลต่อการพฤติกรรมในการป้องกันแตกต่างกัน (Becker, Drachman & Kirscht, 1974 อ้างตาม ดวงตา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิพร (2543) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 ประเมินว่าอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารีมีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำ กิจกรรมใดๆ กลัวว่าจะกระทบกระเทือนและเป็นอันตราย เช่นเดียวกับการศึกษาของเป็น (2550) และ ชวนพิศ (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจโคโรนารีแล้วรุนแรง รักษาไม่หายต้องรักษาตลอดชีวิต ไม่กล้าจะทำอะไรเพราะกลัวเสียชีวิต

5. การรักษา/การควบคุม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ว่าการเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถรักษาให้หายหรือควบคุมได้ ($\bar{x} = 3.27, SD = 0.43$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคที่ยาวนาน ตลอดจนในยุคปัจจุบันการรับรู้ ข้อมูลโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถทำได้หลากหลาย ตลอดจนทางเลือกในการรักษาที่มีความทันสมัย การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้มากขึ้น ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีจะดีขึ้น ถ้าใช้เวลา ($\bar{x} = 4.05, SD = 0.87$) และมีหลายสิ่งหลายอย่างที่สามารถทำได้เพื่อควบคุมอาการ ($\bar{x} = 3.66, SD = 1.16$) และสิ่งที่ปฏิบัติมีผลทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้ดีขึ้นหรือแย่ลง ($\bar{x} = 3.48, SD = 0.98$) ดังนั้นการรักษาหรือการควบคุมสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนการรักษา ด้วยยาที่ต่อเนื่องและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดี ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยสามารถรักษาหรือ ควบคุมได้มีผลดีกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ต่อเนื่องและมีความตั้งใจที่จะทำการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของของเฟรน คอปเปอร์และเวแมน (French, Cooper & Weinman, 2006); วิทมาร์ชและคณะ (Whitmarsh et al., 2003); แฮกเกอร์และออบเบล (Hagger & Orbell, 2003) และเบรินและคณะ (Byrne et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วย โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีสามารถรักษาหรือควบคุมได้ ทำให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยที่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยสามารถควบคุมได้ จะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หัวใจ และทำให้มีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพ ภายดีและหน้าที่สังคมดีขึ้น

การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผลการศึกษาการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีอยู่ในช่วง 0-10 ปี ทำให้ข้อมูลที่

ได้รับในบางครั้งไม่ได้มีการอธิบายซ้ำและเพิ่มเติมในเนื้อหาของการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยตอบว่าไม่เคยได้รับข้อมูลถึงร้อยละ 25 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การได้รับข้อมูลเรื่องการรับประทานอาหารในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามความเคยชินกับรสชาติอาหารดั้งเดิม และมีการรับประทานอาหารที่ชอบมากกว่าการคำนึงถึงคุณค่าทางอาหาร (วลัย, 2547) จึงทำให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญในการให้ข้อมูลด้านการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นเรื่อง que ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับเปลี่ยนรูปแบบการรับประทานอาหาร และสร้างนิสัยในการบริโภคที่ดี เพื่อป้องกันโอกาสการกลับเป็นซ้ำและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ส่วนการออกกำลังกาย และการใช้ยาในการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยสามารถที่ทำได้ที่บ้าน และที่ทำงาน ส่วนการได้รับข้อมูลเรื่องเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยมักอายและไม่กล้าซักถาม และจากการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยสูงอายุจึงทำให้มีความต้องการทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาสก๊อตและทอมสัน (Scott & Thompson, 2003) พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีระดับความต้องการข้อมูลในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมิตและไลล์ (Smith & Liles, 2006) ซึ่งศึกษาเรื่องความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนการจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลและแหล่งสนับสนุนก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อที่จะสามารถปรึกษา ตลอดจนมีการเสนอแนะให้พยาบาลมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการตระหนักถึงประโยชน์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจควรเป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพ และควรมีช่วงเวลาที่เหมาะสมในการได้รับข้อมูล

พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 1.67, SD = 1.17) เนื่องจากการระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 0 – 10 ปี ผู้ป่วยจึงมีพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาสอดคล้องกับการศึกษาของธิดาทิพย์ (2541) ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนานจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล (2543) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมี

โอกาสศึกษาหาความรู้ในการดูแลตนเอง และส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ($\bar{x} = 1.78$, $SD = 1.23$) อยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยมีการให้กำลังใจตนเอง และให้รางวัลตนเองอยู่ในระดับดี ซึ่งถือเป็นการจัดการความคิดเพื่อลดภาวะกระตุ้นที่อาจส่งผลต่อการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนบทบาท และวิถีชีวิตในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชา (2548) พบว่าเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกภายในครอบครัว อย่างถูกต้องเหมาะสมร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเปลี่ยนผ่าน บทบาทนั้นๆ ไปได้ ส่วนการนั่งสมาธิหรือกำหนดลมหายใจอยู่ในระดับต่ำ พบว่าในการศึกษาคั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ย่อมต้องมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ครอบครัวมาก ทำให้เกิดเหนื่อยล้าจากงาน

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($\bar{x} = 1.78$, $SD = 1.17$) อยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงการไปในที่เสี่ยงดังและอาหารเสกิมอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้ป่วยรู้ว่าหากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยย่อมมีโอกาสในการกลับเป็นซ้ำของโรค และจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ทำให้มีผู้คอยดูแลกระตุ้นเตือนไม่ให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ โฮล์มส์และคณะ (Holmes et al, 2005) กล่าวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับ ผลลัพธ์ที่ตามมา

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ($\bar{x} = 1.64$, $SD = 1.32$) อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ระหว่าง 61-70 ปี เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้น ย่อมมีความ เสื่อมถอยของร่างกายและอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคและมีภาวะแทรกซ้อนต่อการทำงานใน ระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้ความทนของกิจกรรมลดลง ส่วนการจับชีพจรก่อนการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้ทำเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูล ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สุทธิชา (2548) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูล และพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่าย

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.99, p<.01$) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยในทางบวก จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในทางบวกเช่นกัน อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคก็ต้องมีการศึกษาถึงสาเหตุ อาการ และผลกระทบต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ตลอดจนการแสวงหาแนวทางในการดูแลรักษาตนเองเพื่อให้ปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขและลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ในองค์ประกอบของการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้าน ดังนั้นหากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยทุกด้านชัดเจน ก็ย่อมจะผลต่อพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จากผลการศึกษาสอดคล้องกับ/การศึกษายของวิทมาเชร์ เคาทันจิและสิเดล (Whitmaesh, Koutantji, & Sidell, 2003) และการศึกษาของแฮกเกอร์และออบเบล (Hagger & Orbell, 2003) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีแบบเฉียบพลัน จะรับรู้ว่าจะสามารถควบคุมและรักษาได้ โดยจะมีความตั้งใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

ผลการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.37, p < .01$) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในทางบวก จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในทางบวกเช่นกัน อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองครอบคลุมถึงโรค อาการ สาเหตุ การรักษาและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความมั่นใจและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสุนทรา (2541) พบว่าทีมสุขภาพควรส่งเสริมและสนับสนุนโดยมีการสอนหรือแนะนำบุคคลใกล้ชิดในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา และการรับประทานอาหาร เป็นต้น หากทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญกับการแนะนำ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นสาเหตุ หรือปัจจัยที่อาจเกิดขึ้นของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และการปรับตัวอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้อย่างเหมาะสม ก็ส่งจะผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น (สุทธิษา, 2548)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจำหน่าย โดยศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ โดยการจับฉลากคัดเลือกโรงพยาบาลตัวแทนจำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลหาดใหญ่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 88 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึง เดือนมีนาคม 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วนด้วยกัน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 3) แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย แล้วนำค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามส่วนที่ 2 หาค่าความเที่ยงโดยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าความสอดคล้องของคะแนนในการวัดซ้ำเท่ากับ 0.72 ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4 คำนวณหาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงอยู่ที่ 0.92 และ 0.70 ตามลำดับ แล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย หลังจากนั้นประมวลข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ซึ่งสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาตามองค์ประกอบ พบว่า

การรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอกเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจหลอดเลือดโคโรนารีมากที่สุด (ร้อยละ 83) หายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจติดขัด/หายใจไม่อิ่ม (ร้อยละ 79.5) อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง (ร้อยละ 71.6)

การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค พบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเครียดเป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีมากที่สุด ($\bar{x} = 3.78$, $SD = 1.11$) รองลงมาคือ อาหาร ($\bar{x} = 3.64$, $SD = 1.00$) และภาวะจิตใจ ($\bar{x} = 3.58$, $SD = 1.23$)

การรับรู้เกี่ยวกับช่วงเวลาของการเป็นโรค พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ช่วงเวลาของโรคเป็นช่วงเวลานาน ($\bar{x} = 3.23$, $SD = 0.71$)

การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วย มีผลกระทบรุนแรง ($\bar{x} = 3.46$, $SD = 0.57$)

การรับรู้เกี่ยวกับการรักษา/การควบคุม พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีรับรู้ความสามารถรักษา/ควบคุมได้ ($\bar{x} = 3.27$, $SD = 0.43$)

2. การได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.62$, $SD = 1.09$)

3. พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.67$, $SD = 1.17$)

4. การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .99$, $p < .01$) และการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังการจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37$, $p < .01$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยครั้งนี้ไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโคโรนารีหลังจำหน่าย จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใคร่เสนอแนะและนำผลการวิจัยมาใช้ ดังนี้

1. เป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพ รับทราบถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยแต่ละราย และการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย
 2. เป็นแนวทางให้ทีมสุขภาพจัดทำคู่มือความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะต่างๆ ตามการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น การให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในระยะฟื้นฟู และการประเมินตนเองก่อน-หลังการออกกำลังกาย
 3. ควรติดตามประเมินความรู้ความเข้าใจผ่านทาง การพูดคุยทางสังคมออนไลน์หรือการติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมั่นใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ตนเองปฏิบัติอยู่
 4. ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนและส่งเสริม การศึกษาและการวิจัยต่างๆ ที่จะก่อประโยชน์และผลดี ต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ เช่น การจัดทำค่ายโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี การเปิดสายปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การทำกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี
- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้อย่างต่อเนื่องในเรื่องฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในพื้นที่ขณะอยู่โรงพยาบาลและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
 2. ควรมีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของ โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสมในด้านการปรับตัวของผู้ป่วยในวิถีการดำเนินชีวิต
 3. ควรนำทฤษฎีอื่นๆ มาปรับประยุกต์ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เช่น ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของเบนคูรา เป็นต้น
 4. ควรมีการศึกษาในลักษณะของการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทราบถึง ปัญหาและอุปสรรคตลอดจนความไม่สม่ำเสมอในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะต่างๆ
 5. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยที่เป็นองค์ประกอบย่อย 5 ด้าน กับพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในแต่ละด้าน

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรภายนอก ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อ การรับรู้การเจ็บป่วย และไม่สามารถควบคุมได้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พยาธิสภาพของโรค ความเป็นอยู่ ระดับการศึกษาและบุคลิกภายในของบุคคล

2. การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จึงไม่อาจอ้างอิงได้ถึงประชากรโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีได้ทั้งหมด
3. การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ระบุช่วงเวลาของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ข้อมูลที่ได้รับหรือพฤติกรรมกาฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีความแตกต่างกันในช่วงเวลาที่ต่างกัน

บรรณานุกรม

- กอบกุล บุญปราศภัย. (2546). *พยาธิสรีรวิทยาของโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีและการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร. บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิราวรรณ เศษอดิษฐ์. (2548). *กลุ่มอาการและการจัดการของผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จรรวมล แพ่งโยธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพมีอาหาร กลวิธีการจัดการอาการเจ็บแน่นหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- เจนเนตร พลเพชร. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการจำหน่าย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในภาคใต้*. *วารสารการพยาบาล*, 52(2), 122-134.
- จรียา ตันติธรรม. (2542). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. ในคณะกรรมการพัฒนาพยาบาลหน่วยบำบัดวิกฤต (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ.
- จรียา ตันติธรรม. (2547). *กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 266-340). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2546). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ชวนพิศ ทำนอง. (2541). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
ดุขฎิบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- ฐาปณีย์ น้ำเพชร. (2549). การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ. ในเพ็ญศรี ระเบียบ,
จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, ประคอง อินทรสมบัติ, และประภาพร จินันทุยา (บรรณาธิการ).
*บทความวิชาการการศึกษาต่อเนื่อง สาขาพยาบาลศาสตร์ เล่มที่ 3 การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้
สูงอายุ*. (หน้า 242-249). กรุงเทพมหานคร. ศิริยอดการพิมพ์.
- ดวงตา สุวรรณรัตน์. (2552). *ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับกลุ่ม
ปรับประคองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คำรัส ตรีสู่โกศล. (2543). Role of invasive strategies in acute coronary syndrome. ใน สุณิรัตน์
คงเสรีพงศ์ และสุชัย เจริญรัตนกุล (บรรณาธิการ), *เวชบำบัดวิกฤต 2000* (พิมพ์ครั้งที่ 2,
เล่มที่ 1, หน้า 79-91). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นฤมล นุ่มพิจิตร, ณิชญา จิตประไพ, วิศาล คัธธรัตน์กุล, เพิ่มสุข เอื้ออารี และกนกกาญจน์
กอบกิจสุมงคล. (2542). ผลของกระบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 2
และปัจจัยที่มีความสำคัญต่อบทบาทการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจในโรงพยาบาล
รามารชดีสาร. *รามารชดีสาร*, 6(2) 142-153.
- ปฎิพร บุญยพัฒน์กุล. (2543). *การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ ผลของอาการและวิธี
จัดการกับอาการของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
กรุงเทพมหานคร.
- ประวิชัย ตันประเสริฐ. (2546). ความเป็นมาและความหมายของเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจในวิศาล
คัธธรัตน์กุลและรพีพล กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ*.
(หน้า 1-6). กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด).
- ปิยะนุช รักษ์พานิชย์. (2549). Exercise and Heart Disease: II. *จุลสารเพอร์เฟกซาร์ท 2* (3), 33-43.
- ปิยะนุช รักษ์พานิชย์. (2551). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบ Comprehensive/ Multidisciplinary
Cardiac Rehabilitation. *จุลสารเพอร์เฟกซาร์ท 2* (3), 39-42.

- เป็น รักเกิด. (2550). การรับรู้การเจ็บป่วยกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปิ่นวิทย์ วงศ์วิวัฒนานนท์. (2551). มาออกกำลังกายด้วยการฝึกกลมปราณกันเถอะ. ค้นเมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2553, จาก <http://imrta.thaikm4u.com/blog/qikong/7?class=yuimenuitemlable>
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด. ศิริยอการพิมพ์. ขอนแก่น. ศิริยอการพิมพ์.
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ธีรนนท์ พุ่มหมอก. (2543). การรับรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของบุคคลากรที่สุขภาพโรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. (2550). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ค้นเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2553, จาก http://www.rehab.med.or.th/royal/rc_thai.
- รวิภา บุญชูช่วย. (2551). การสร้างภูมิคุ้มกันโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบองค์รวม. ค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2553, จาก <http://www.medicalrtaf.com/index.php>
- รุ่งทิวา ไชยวงศ์. (2542). วิธีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วาสิณี เมธาประภาพร. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. ใน จงจิตต์ ทรายกุลและคณะ (บรรณาธิการ). ภาวะวิกฤตในหออภิบาล การบำบัดรักษาพยาบาลเล่ม 2. (หน้า 84-96). กรุงเทพมหานคร: ศิริยอการพิมพ์.
- วรรณิ จิวสืบพงศ์. (2550). ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการกระทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคหัวใจกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในจังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

- วิรังรอง นาทองคำ. (2543). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วลัย อินทร์พรรษ์. (2547). *อาหารสำหรับบุคคลในภาวะเปลี่ยนแปลง*. เอกสารประกอบการสอน
 ชุติวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 8-15 (หน้า 688-702). กรุงเทพมหานคร.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2543). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Cardiac Rehabilitation)*. ในวิศาล
 คันธารัตนกุลและภริส วงศ์แพทย์ (บรรณาธิการ). *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (หน้า 305-317)
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2551). *กรอบแนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ในรพีพล
 กุญชร ณ อยุธยา (บรรณาธิการ). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ เล่ม 2*. (หน้า 87-96).
 กรุงเทพมหานคร: บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทยจำกัด).
- วิไลพร หอมทอง. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีหลอดเลือดหัวใจกลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน
 โรงพยาบาลนครเวียงฟิงค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริอร ลินธุ และศิริลักษณ์ ศรีประสงค์. (2544). *ภาวะสุขภาพและระดับกิจกรรมของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ
 หัวใจตายระยะพักฟื้นภายหลังออกจากโรงพยาบาล*. วารสารสภาการพยาบาล, 16(2),
 52-68.
- ศรัณย์ ทวีระเสริฐ. (2546). *แนวทางในการรักษา Acute coronary syndromes*. ในอภิชาติ
 สุกนธสรพ์ (บรรณาธิการ), *Coronary artery disease* (หน้า 211-263). เชียงใหม่:
 ไอแอมออกเคโนเซอร์ แอนด์แอดเวอ์ไทซิง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพมหานคร :
 วิเจพรีนติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และสุนีย์ เหดระกุล. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. ในสมจิต
 หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 9, หน้า 64-87).
 กรุงเทพมหานคร : บริษัทเอเชียเพรส.
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2541). *คลื่นไฟฟ้าหัวใจในโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน*. *คลินิก*. 14, 833-840.
- สรณ บุญใบชัยพฤกษ์. (2551). *แพทย์เตือนระวังโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว มฤตยูร้ายตัวจริงของ
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก*. ค้นเมื่อวันที่ 1
 ตุลาคม 2553, จาก <http://www.thaipr.net/nc/printprnews.aspx?Newsid=7E6DF92076A3B829D235EFDB242284FF>.

- สุนทรา เลี้ยงเชวงวง. (2541). ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุทิชา สุวรรณศรี. (2548). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในระยะก่อนและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุวิมล แทนพระเดช. (2543). คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- สุวัจชัย พรรตน์รังสี และประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2547). Management of acute ST- elevation myocardial infarction. ในสุรพล อิศร ไกรศีล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค* (หน้า 495-528). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). สรุปสถิติสาธารณสุขที่สำคัญ พ.ศ. 2549-2550. ค้นเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2553, จาก <http://bps.ops.moph.go.th>
- อรมณี ช่างชายวงศ์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ขณะเกิดอาการ ประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ และระยะเวลาก่อนมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- อภิชาติ สุคนธ์สรรพ. (2543). โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี *Coronary artery disease*. กรุงเทพมหานคร: ไอเดนดีทีกรุ๊ป.
- อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2546). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ในอภิชาติ สุคนธ์สรรพ และสรันต์ วรรณประเสริฐ. (บรรณาธิการ) *Conary Artery Disease: New Guideline*. (หน้า 267-289). เชียงใหม่: ไอแอมออกเอนเซอร์.
- อุมา จันทวิเศษ. (2544). การให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อุไร ศรีแก้ว. (2543). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด: การดูแลอย่างต่อเนื่อง. สงขลา: บริษัทลิมบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด.

- อังฉรา สุคนธสรรพ์. (2543). *การฟื้นฟูสภาพหัวใจ*. ในอภิชาติ สุคนธสรรพ์ (บรรณาธิการ). *โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี Coronary artery disease*. (หน้า 637-696). กรุงเทพมหานคร: โอเดอนตีกรุป.
- อังฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- Ades, P. A. (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine*, 345, 892-902.
- American Association of Cardiovascular & Pulmonary Rehabilitation. (1995). Guideline for cardiac rehabilitation (2 nd ed). *Human Kinetics*.
- American Heart Association. (1999). Cardiac rehabilitation programs. [online]. Available: [www: http://www.americanheart.org/Scientific/Statement/1994/099402.html](http://www.americanheart.org/Scientific/Statement/1994/099402.html).
- American Heart Association. (2005). *Heart disease and stroke statistic-2005 update*. Texas: American Heart Association
- Astin, F., & Jones, K. (2006). Changes in patients illness representation before and after elective percutaneous tranluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung*, 35, 293-300.
- Barnes-Holmes, D., Staunton, C., Whelan, R., Barnes-Holmes, Y., Commins, S., Walsh, D., Stewart, I., Smeets, P., & Dymond, S. (2005). Derived stimulus relations, semantic priming, and event-related potentials: testing a behavioral theory of semantic networks. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 84(3), 417-430.
- Blanchard, C. M., Rodgers, W. M., Courneya, K. s., Daub, B., & Black, B. (2002). Self-efficacy and mood in cardiac rehabilitation: should gender be considered? *Journal of behavioral Medicine*, 27, 149-160.
- Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 404-415.
- Cameron, L., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (1993). Symptom representations and affect as determinants of care seeking in a community-dwelling, adult sample population. *Health Psychology*, 12(3), 171-179.

- Cameron, L.D., Petrie, K. J., Ellis, C., Buick, D., & Wienman, J. A. (2005). Symptom experience, symptoms attributions, and causal attributions in patients falling first-time myocardial infarction. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(1), 30-38.
- Cherrington, C C., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Kennedy, C. W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: Impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care, 13*, 136-145.
- Dalal, H. M., Evans, P.H., (2003). Achieving nation service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *British Medicine Journal, 326*, 481-484.
- Dunderdale, K., Thompson, D. R., Miles, J. N. V., Beer, S. F., & Furze, G. (2005). Quality of life measurement in chronic heart failure: do you take account of the patient perspective. *European Journal of Heart Failure, 7*, 572-582.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jell, K. (2005). Gerontology nursing: Healthy aging. St. Louis: Elsevier Mosby.
- French, D., Coper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(6), 757-767.
- French, D. P., Marteau, T. M., Senior, V., & Weinman, J. (2002). The Structure of beliefs about the cause of heart attack: A network analysis. *British Journal of Health Psychology, 7*, 463-479.
- Fogle, C. C., Oser, C. S., Blades, L. L., Harwell, T. S., Helgerson, S. D., Gohdes, D., et al. (2004). Increasing employee awareness of the sign and symptoms of heart attack and the need to use 911 in a stage health department. *Prevention Chronic Disease, 1*(3).
- Gallagher, R., McKinley, S., & Dracup, K., (2003). Predictors of Women's Attendance at Cardiac Rehabilitation Programs. *Progress in Cardiovascular Nursing, 18*(3). 121-126.
- Hagger, M.S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health, 18*, 141-184.
- Hart, P. L. (2005). Women's perception of coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20*(3), 170-176.
- Jacobs, V. (2000). Information needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research, 13*, 12-18.

- Jill, Q., & Kathleen, K. (2005). Expectation that only women experience atypical symptoms can leads to confusion for both men and women , resulting in delay.CBS News:Heart attack sign.
- Jolliffe, J. A., Rees, K., Taylor, R. S., Thompson, D., Oldridge, N., & Ebrahim, S. (2000). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* (4), CD001800.
- Jolly, K., Taylor, SR., Lip, YH., Stevens A.(2006). Home-based cardiac rehabilitation compared with centre-based rehabilitation and usual care: A systematic review and meta-analysis *International Journal of Cardiology* 111(3): 343-351.
- Karim, K., Gormley, J., (2007). Quality of life post myocardial infarction-Is the heart manual effective. *J.ejcnorse*, 01,077.
- King, K. M., Teo, K. K., (1999). Cardiac rehabilitation: The forgotten intervention. *Canadian Journal Cardiology*, 15, 979-985.
- King, R. (2002). Illness attributions and myocardial infarction: the influence of gender and socio-economic circumstanes on illness beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 431-438.
- Leon, A. S., Franklin, B. A., Costa, F., BA lady, G, J., Berra, K. J., et al. (2005). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity), in collaboration with the American association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 111, 369-376.
- Leventhal, H., Nazenz, D.R., & Steel, D. J. (1984). Illness Representations and coping with health threats. In A. Baum & J.Singer (Eds), *A Handbook of Psychology and Health*, 4, 219-252.
- Patricia, M. Davidson et al., (2003). Perceptions and experiences of heart disease: a literature review and identification of a research in older women. *European Journal of Cardiovascular Nursing*.

- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ*, *321*, 1191-1194.
- Polit, D. F., & Hungle, B. P. (1999). *Nursing Research Principle and Method*. (6th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Scott, J & Thompson, D (2003). Assessing the information need of post-myocardial infarction patient: a systematic review. *Patient Education and Counseling* *50*, 167-177.
- Smith J., & Liles, C. (2006). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patient: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*.
- Timmins, F., Kaliszer, M. (2003). Information need of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *2*, 57-65.
- Thomson, D.R. (1995). Cardiac rehabilitation: How can it be improved?. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*(5), 519-523.
- Walther, C., Gielen, S., Hambrecht, R., (2004). The effect exercise training on endothelial function in cardiovascular disease humans. *Exercise Sport Science Review*, *32*,129-134.
- Weinman, J., Petrie, K. J., moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, *11*, 431-445.
- Whitmarsh, A., Koutantji, M., & Sidell, K. (2003). Illness perception, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, *8*, 209-221.
- Wieslander, I., & Fridlund, B. (2001). Cardiac rehabilitation efforts for patients with ischemic heart disease-a 5-year comparative review in five counties in western Sweden. *Coronary Health care* *2001*; *5*:16-24.
- World Health Organization. (2005). Major cardiovascular study shows substantial regional differences. Retrieved January 6, 2008, from <http://www.who.int/pr-1999/en/pr99-27.html>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉัน นางสาวกุลวรรณ ทองมาก เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย ซึ่งมีความสำคัญแก่ผู้ป่วยมากเนื่องจากหากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยถูกต้อง ก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่ถูกต้องเช่นกัน ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาการดูแลและการส่งเสริมการให้ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ดิฉันจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งดิฉันจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อท่าน ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อตัวท่านละครอบครัวของท่านทั้งปัจจุบันและอนาคต ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัยโดยตรง หรืออาจแสดงเป็นลายลักษณ์อักษร โดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง หากมีข้อสงสัยท่านสอบถามดิฉันได้โดยตรงที่เบอร์โทรศัพท์ 086-6857725 ดิฉันขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....

ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

กุลวรรณ ทองมาก.....ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย (ผู้ช่วยวิจัย)

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันนางสาว/นาง.....เป็นผู้ช่วยวิจัย กำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งมีความสำคัญแก่ผู้ป่วยมาก เนื่องจากหากผู้ป่วยมีการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้องก็จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจที่ถูกต้องเช่นกัน ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปพัฒนาการดูแลและการส่งเสริมการให้ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ดิฉันจึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ซึ่งดิฉันจะอธิบายรายละเอียดให้ทราบก่อน ท่านสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อท่าน โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามข้อมูล และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษาหรือการให้การรักษาต่อท่าน ท่านสามารถออกจากกรวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อตัวท่าน ครอบครัวของท่านทั้งปัจจุบันและอนาคต ในการตกลงเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถตอบรับด้วยวาจาโดยการบอกกับผู้วิจัยโดยตรง หรืออาจแสดงเป็นลายลักษณ์อักษรโดยท่านสามารถลงนามในข้อความด้านล่าง ขอขอบคุณที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

.....

(.....)

ผู้ร่วมวิจัย

.....

(.....)

ผู้ช่วยวิจัย

ภาคผนวก ค

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง ค 1

ความถี่และร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี จำแนกตามชนิดของโรคประจำตัว

(n = 88)

ชนิดของโรคประจำตัว	ความถี่	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	55	62.5
โรคเบาหวาน	11	12.5
โรคความดันโลหิตสูง	11	12.5
โรคไขมันในเลือดสูง	6	6.8
อื่นๆ	5	5.6

ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตาราง ก 2

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ($N = 88$)

พฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านการออกกำลังกาย			
1. หยุดพักเมื่อมีอาการหน้ามืด ใจสั่น	2.36	1.12	ดี
2. ทำงานบ้าน ทำสวน	2.28	1.12	ดี
3. ไม่คิดเรื่องเครียดขณะออกกำลังกาย	1.77	1.26	ปานกลาง
4. ออกกำลังกายโดยการวิ่งหรือเดินอย่างน้อย30 นาที/วัน	1.68	1.20	ปานกลาง
5. หลีกเลียงยกของหนัก	1.57	1.22	ปานกลาง
6. หลีกเลียงการอาบน้ำเย็นก่อนและหลังการออกกำลังกาย	1.53	1.38	ปานกลาง
7. ฝึกการหายใจก่อนและหลังการออกกำลังกาย	1.47	1.21	ปานกลาง
8. ออกกำลังกายในท่านอน นิ่ง และยืน ตามลำดับ	1.18	1.29	ปานกลาง
9. บริหารร่างกายก่อนและหลังการออกกำลังกาย	0.91	1.21	ต่ำ
10. จับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย	0.83	1.14	ต่ำ
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			
1. รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์	2.55	0.78	ดี
2. พักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	2.32	0.76	ดี
3. หลีกเลียงการไปในที่แออัด เสียงดัง	2.06	1.05	ดี
4. หลีกเลียงการรับประทานอาหารรสเค็ม	2.02	1.06	ดี
5. รับประทานอาหารประเภทกากาย หลีกเลียงเนื้อสัตว์	1.74	1.03	ปานกลาง
6. หลีกเลียงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์	1.47	1.01	ปานกลาง
7. หลีกเลียงการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.47	1.28	ปานกลาง
8. มีเพศสัมพันธ์ในท่าสบายออกแรงน้อย	1.18	1.17	ปานกลาง
9. ประเมินตนเองก่อนการมีเพศสัมพันธ์	1.13	1.03	ปานกลาง
10. หลีกเลียงการสูบบุหรี่หรือใบจาก	0.93	1.28	ปานกลาง

ตาราง ค 2 (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ($N = 88$)

พฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	\bar{x}	S.D.	ระดับ
ด้านการจัดการความเครียด			
1. ให้กำลังใจตนเองเสมอเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค	2.16	0.89	ดี
2. ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ	2.11	0.95	ดี
3. ไม่คิดถึงกรเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าเป็นภาระในการดูแล	2.00	1.07	ปานกลาง
4. หลีกเลี้ยงกรอยู่ในสถานการณที่มีคามเครียด	1.98	1.94	ปานกลาง
5. วิธีผ่อนคลายโดยกรอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์	1.91	1.11	ปานกลาง
6. ไม่คิดเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่าย	1.84	1.08	ปานกลาง
7. ปรึกษาเรื่องไม่สบายใจกับบุคคลที่ท่านไว้วางใจ	1.65	1.04	ปานกลาง
8. ใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้	1.55	1.15	ปานกลาง
9. พักผ่อนในสถานที่ต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ	1.10	1.17	ปานกลาง
10. ฝีกจิตโดยกรนั่งสมาธิ กำหนดลมหายใจ	0.76	0.99	ต่ำ

ตาราง ค 3

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้กรเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้กรเจ็บป่วย	1		
2. การได้รับข้อมูล	.35*	1	
3. พฤติกรรมกรฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	.99*	.37*	1

* $p < .01$

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

สถานที่.....

วันที่.....

เรื่อง การรับรู้การเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหลังจำหน่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย ()

หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ () ชาย
 () หญิง
2. อายุ.....ปี (จำนวนเป็นปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส
 () โสด
 () สมรส
 () หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่
4. ศาสนา
 () พุทธ
 () คริสต์
 () อิสลาม
 () อื่นๆระบุ.....
5. อาชีพ
 () รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ
 () ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว
 () รับจ้างทั่วไป
 () เกษตรกรรม/ประมง
 () แม่บ้าน/พ่อบ้าน
 () อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
 () น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
 () 5,001 - 10,000 บาท/เดือน
 () 10,001 - 20,000 บาท/เดือน
 () 20,001 - 30,000 บาท/เดือน
 () มากกว่า 30,000 บาท/เดือน

7. ระดับการศึกษา

- ไม่ได้เรียนหนังสือ
- ประถมศึกษา
- มัธยมศึกษา
- อนุปริญญา/เทียบเท่า
- ปริญญาตรี/เทียบเท่า
- สูงกว่าปริญญาตรี
- อื่นๆ (ระบุ).....

8. ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือโรคหัวใจขาดเลือด.....ปี.....เดือน

9. ท่านเคยได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน/ใส่ขดลวดหรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

- ไม่เคย
- เคย (ระบุชนิดและปีที่ทำ).....

10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นๆอีกหรือไม่

- ไม่มี
- มี ระบุ.....

11. ในครอบครัวของท่านมีใครเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือโรคหัวใจขาดเลือดหรือไม่

- ไม่มี
- มี

12. ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

- ไม่เคย
- เคย (ระบุจำนวนครั้ง).....

13. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

- ไม่เคย
- เคย (ระบุเรื่อง).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

ตอนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

คำชี้แจง ท่านคิดว่าอาการดังต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีหรือไม่ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ	อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี	
	เกี่ยวข้อง	ไม่เกี่ยวข้อง
1. เจ็บ/ปวด/แน่นหน้าอก		
2. เจ็บร้าวไปที่แขน คอ กรามหรือไหล่		
3. ปวดแน่นท้องบริเวณยอดอกหรือลิ้นปี่		
4. หายใจหอบเหนื่อย/หายใจลำบาก/หายใจขัด/หายใจไม่อึด		
5. อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า/ไม่มีแรง		
6. คลื่นไส้		
7. อาเจียน		
8. เหงื่อออกตัวเย็น		
9. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ/ใจสั่น		
10. วิงเวียนศีรษะ/มึนงง/หน้ามืด/เป็นลม		
11. กังวลใจ/หงุดหงิด		
12. กลัว/ตกใจกลัว		
13. ฐึ่สึกษา		
14. เป็นลมหมดสติ		
15. อื่นๆระบุ.....		

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านสาเหตุ ด้านช่วงเวลา ด้านผลกระทบ และด้านการรักษา/ควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในข้อที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดที่เป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบถือเกณฑ์ ดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจ
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วย
- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
1. การเจ็บป่วยของฉันเกิดจากเชื้อโรค					
2. การเจ็บป่วยของฉันเป็นเพียงช่วงเวลาสั้นๆ					
3. อาหารเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฉันเจ็บป่วย					
4. มลภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุทำให้ฉันเจ็บป่วย					
5. การเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเรื่องร้ายแรง					
6. การเจ็บป่วยของฉันมีผลกระทบต่อชีวิตฉันมาก					
7. การเจ็บป่วยครั้งนี้จะดีขึ้นถ้าใช้เวลา					
8. ฉันสามารถใช้หลายสิ่งหลายอย่างเพื่อควบคุมอาการของฉัน					
9. การเจ็บป่วยของฉันเกิดจากกรรมพันธุ์					
10. ที่ฉันเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นเรื่องของความบังเอิญ					
11. การเจ็บป่วยครั้งนี้จะทำให้ฉันป่วยถาวรมากกว่าชั่วคราว					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
12. ฉันอยู่กับการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ง่ายกว่าที่คิดไว้					
13. การเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่ได้มีผลต่อชีวิตฉันมาก					
14. ฉันคิดว่ามีบางอย่างที่สามารถทำให้การเจ็บป่วยครั้งนี้ดีขึ้น					
15. การรักษาที่ฉันได้รับสามารถรักษาการเจ็บป่วยของฉันให้หายขาดได้					
16. ความเครียดเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฉันเจ็บป่วย					
17. การเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากการกระทำของฉันเอง					
18. การหายจากการเจ็บป่วยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับโชคชะตา					
19. คนอื่นเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ฉันเจ็บป่วย					
20. การเจ็บป่วยของฉันเกิดจากการที่ฉันไม่ได้รับการรักษาที่ดีพอในอดีต					
21. การเจ็บป่วยครั้งนี้ น่าจะเป็นอยู่นาน					
22. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้คนอื่นมองฉันเปลี่ยนไป					
23. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลอย่างมากต่อภาวะการเงินของฉัน					
24. สิ่งที่ฉันปฏิบัติมีผลทำให้การเจ็บป่วยของฉันดีขึ้นหรือแย่ลง					

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่แน่ใจ (3)	เห็นด้วย (4)	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
25. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีผลทำให้ฉัน มองตัวเองเปลี่ยนไป					
26. ภาวะจิตใจของฉันเป็นสาเหตุ สำคัญทำให้ฉันเจ็บป่วยครั้งนี้					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โคโรนารี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในข้อที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบถือเกณฑ์
ดังนี้

- 0 หมายถึง ท่านไม่ได้รับข้อมูลเลย
- 1 หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลในระดับน้อย
- 2 หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง
- 3 หมายถึง ท่านได้รับข้อมูลในระดับมาก

ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	ระดับการได้รับข้อมูล			
	ไม่ได้รับ (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
1. ความหมายของโรค				
2. สาเหตุการเกิดโรค				
3. อาการของโรค				
4. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการตีบซ้ำ ของหลอดเลือดหัวใจ				
5. แนวทางในการดูแลรักษา				
6. ภาวะแทรกซ้อนของโรค				
7. การใช้ยาในการรักษา				
8. การจัดการกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก				

ข้อมูลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	ระดับการได้รับข้อมูล			
	ไม่ได้รับ (0)	น้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)
9. การออกกำลังกาย				
10. ลักษณะของงานที่ทำ				
11. การรับประทานอาหาร				
12. การควบคุมน้ำหนักตัว				
13. การมีเพศสัมพันธ์				
14. การจัดการความเครียด				
15. อื่นๆ				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

โคโรนารี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในข้อที่ตรงกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของท่านมากที่สุด โดยเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว การเลือกตอบถือเกณฑ์ ดังนี้

- 0 หมายถึง ท่านไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย
- 1 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)
- 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง (3-5 วัน/สัปดาห์)
- 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ (6-7 วัน/สัปดาห์)

พฤติกรรมกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ	ไม่ปฏิบัติ เลย (0)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (2)	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (3)
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>				
1. ท่านออกกำลังกายโดยการวิ่งเหยาะหรือเดินเร็วอย่างน้อย 30 นาที/วัน				
2. ท่านจับชีพจรก่อนและหลังการออกกำลังกาย				
3. ก่อนและหลังการออกกำลังกายท่านบริหารร่างกายเพื่อให้ร่างกายอบอุ่นก่อนทุกครั้ง				

พฤติกรรมกรรพึนฟูสมรรถภพของหวัใจ	ไม่ปฏิบัติ เลย (0)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (2)	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (3)
25. ท่านทำงานบ้าน เช่นกวาดบ้าน ถูบ้าน ทำสวน				
5. ท่านฝึกการหายใจก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง				
6. ท่านหลีกเลี่ยงการอาบน้ำเย็นก่อนและหลังการออกกำลังกายทันที				
7. ท่านออกกำลังกายในท่านอนนั่งและยืน				
8. ท่านหลีกเลี่ยงการออกแรงยกของ				
9. ท่านหลีกเลี่ยงไม่คิดเรื่องเครียดระหว่างการออกกำลังกาย				
10. ขณะออกกำลังกายถ้ามีอาการผิดปกติ เช่นหน้ามืด ใจสั่น ท่านจะหยุดพัก				
<u>ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</u>				
1. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
2. ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่หรือใบจาก				
3. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยทุกมื้อ และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารย่อยยาก เช่นเนื้อสัตว์				
4. ท่านพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง				
5. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด เสียงดัง				
6. ท่านรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ครบถ้วนทุกครั้ง				
7. ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสเค็ม เช่น บูดู แองไต้ปลา				
8. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เครื่องใน				

พฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ	ไม่ปฏิบัติ เลย (0)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (1)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (2)	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (3)
9. ท่านประเมินตนเองก่อนการมีเพศสัมพันธ์				
10. ท่านมีเพศสัมพันธ์ในท่าสบาย ออกแรงน้อย				
<u>ด้านการจัดการกับความเครียด</u>				
1. ท่านมีวิธีการผ่อนคลายโดยการอ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ ไปวัด				
2. ท่านปรึกษาเรื่องที่ไม่สบายใจกับบุคคลที่ท่านไว้ใจ				
3. ท่านฝึกจิตโดยการนั่งสมาธิ กำหนดลมหายใจ				
4. ท่านไปพักผ่อนในสถานที่ต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ ลานสุขภาพ				
5. ท่านใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้				
6. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเครียด เช่น การทะเลาะ การโต้แย้ง				
7. ท่านพยายามไม่คิดเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ				
8. ท่านพยายามไม่คิดถึงการเจ็บป่วยครั้งนี้ว่าจะเป็นภาระในดูแล				
9. ท่านให้กำลังใจตนเองเสมอเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค				
10. ท่านให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ				

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นายแพทย์ศรีบุญ สุวรรณอักษร
อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คุณจิรวรรณ เดชอดิษฐ์
พยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวกุลวรรณ ทองมาก

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5010420003

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2545

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลสงขลา อ. เมือง จ. สงขลา