

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย
(ระยะที่ 1)

Risk reduction and quality of life improvement for people
with congestive heart failure (Phase 1)

คณะผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์	ดีนาน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย	รัตนกรिताกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สงวน	ธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วชิราภรณ์	สุนนวงศ์
นายแพทย์ชัชวาล	วัตนะกุล

เริ่มบริการ

A00110425
0175860
- 1 ก.ย. 2558

- 1 ก.พ. 2559

357147

โครงการนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนการวิจัย
จากงบประมาณรายได้ (เงินอุดหนุนจากรัฐบาล) มหาวิทยาลัยบูรพา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบวัดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า

1.กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 มีอายุเฉลี่ย 57.31 ปี (SD. = 15.60) สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 90.0 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 83.0 และมีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 74.02

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .487, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = .462, p < .001$) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ ($r = .365, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .320, p < .001$) การจัดการภาวะเครียด ($r = .218, p = .001$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะซึมเศร้า ($r = -.291, p < .001$; $r = -.126, p = .039$) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม (Beta = .260, $p = .002$) การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Beta = .250, $p = .002$) และภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ (Beta = .150, $p = .031$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.5

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .290, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .471, p < .001$) การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = .324, p < .001$) ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ ($r = .559, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .178, p = .006$) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะซึมเศร้า ($r = -.200, p = .003$; $r = -.317, p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ (Beta = .433, $p < .001$) และความสามารถในการทำกิจกรรม (Beta = .267, $p = .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36.8

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและป้องกันการกลับไปนอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย มีความสามารถในการทำกิจกรรม การปรับภาวะด้านอารมณ์และจิตใจ และเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย

คำสำคัญ(Keywords): ปัจจัยเสี่ยง/ คุณภาพชีวิต/ โปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิต/ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

Abstract

Congestive heart failure patients trend to be functional decline and rehospitalization because of progression and complication of illness. The objectives of this predictive study were to examine correlated and predicting factors of health perception among congestive heart failure patients. A sample was 200 heart failure patients who follow up at outpatient department of Queen Savangwattna Memorial Hospital, Chonburi. Instrument was a package of interviewing questionnaire including demographics, health perception, depression, and well-being. Data were analyzed using descriptive, Pearson's correlation, and Stepwise Multiple Regression.

The result found that the majority of sample was male (56.0%), age average 57.31 (SD. = 15.60), married status (90.0%), employee (53.5 %), income > 10,000 Baht (75.5%), living with congestive heart failure < 5 years (83.0%), and experienced admission at list once (74.02%).

Significant factors related to health perception include daily activity ($r = .487$, $p < .001$), adaptation ($r = .462$, $p < .001$), psychological and emotional ($r = .365$, $p < .001$), physical activity and exercise ($r = .320$, $p < .001$), stress management ($r = .218$, $p = .001$), specific eating behavior and depression ($r = -.291$, $p < .001$; $r = -.126$, $p = .039$). Stepwise Multiple Regression revealed that determinants of health perception included daily activity (Beta = .260, $p = .002$), adaptation (Beta = .250, $p = .002$), and psychological and emotional (Beta = .150, $p = .031$). The total variance explained 29.5%.

Significant factors related to patients quality of life included health perception ($r = .290$, $p < .001$), daily activity ($r = .471$, $p < .001$), adaptation ($r = .324$, $p < .001$), psychological and emotional ($r = .559$, $p < .001$), physical activity and exercise ($r = .178$, $p = .006$), specific eating behavior and depression ($r = -.200$, $p = .003$; $r = -.317$, $p < .001$). Stepwise Multiple Regression revealed that determinants of quality of life included psychological and emotional (Beta = .433, $p < .001$) and daily activity (Beta = .267, $p = .001$). The total variance explained 36.8 %.

The research results suggested that health care providers and health care services should develop improvement program to promote functional performance and prevent re-hospitalization. Therefore, daily activity, psychological and emotional, and physical activity and exercise should be promoted.

Keywords: risk factor/ quality of life/ risk reduction and quality of life improvement program/ congestive heart failure

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ข
สารบัญ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	2
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	2
กรอบแนวความคิดและทฤษฎี.....	2
2 การทบทวนวรรณกรรม.....	4
แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย.....	4
การฟื้นฟูสุขภาพโรคหัวใจวาย.....	7
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย.....	13
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	16
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	16
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	16
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	17
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	18
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	18
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	19
4 ผลการวิจัย.....	20
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	20
ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า.....	21
ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย.....	23
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย.....	24
5 สรุปผลวิจัยและอภิปรายผล.....	27

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปผลวิจัย.....	27
อภิปรายผล.....	28
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	29
บรรณานุกรม.....	30
ประวัติคณะผู้วิจัย.....	33

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

1	แสดงจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	20
2	แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง.....	22
3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า.....	22
4	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง.....	23
5	แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง.....	24
6	แสดงค่า R , R^2 และ Change Statistics ของโมเดลทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของ กลุ่มตัวอย่าง.....	24
7	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง..	25
8	แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง.....	25
9	แสดงค่า R , R^2 และ Change Statistics ของโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	26

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

โรคหัวใจวายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ถึงแม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสถิติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจวายในกลุ่มคนไทยยังมีน้อย แตกต่างจากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจวายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 550,000 คน (American Heart Association: AHA, 2004) อุบัติการณ์ส่วนใหญ่จะเกิดในคนช่วงอายุ 50 - 59 ปี และเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 80 - 89 ปี จะพบได้ 66 คน ต่อประชากร 1,000 คน (Redfield, 2003) นอกจากนี้ยังพบว่ามียอัตราการตายสูงภายใน 5 ปี (Perrin, 2002; Taccetta - Chapnick, 2002; Tarolli, 2003) นอกจากนี้ยังพบอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน ประมาณร้อยละ 47 (Tully, 2002; Taccetta - Chapnick, 2002; Brozena & Jessup, 2003) การพยากรณ์ของโรคขึ้นอยู่กับความรุนแรง ในรายที่มีอาการเล็กน้อยมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 5-10 ในรายที่มีอาการรุนแรงมากมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 30-50 (Francis, Gassler, & Sonnecklick, 2001)

โรคหัวใจวายเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้าและมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อยหอบในตอนกลางคืน อ่อนเพลีย บวมตามร่างกาย (Francis et al., 2001) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะน้ำท่วมปอด โดยจะมีอาการไอ มีเสมหะเป็นฟองและมีเลือดปน อาจทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน (Perrin, 2002) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายจะมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วย (Falk, Swedberg, Gaston-Johansson, & Ekman, 2006) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้าและเหนื่อยหอบมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีความทนในการทำกิจกรรมลดลงภาวะหัวใจวายส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยภาวะหัวใจวายมักจะมีคามวิตกกังวล เพราะรับรู้หัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญเมื่อภาวะหัวใจวายมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น อาการเลวลง ผู้ป่วยจะกลัวการสูญเสียหน้าที่ของหัวใจอย่างถาวรและกลัวเสียชีวิต (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552) ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงจากอาการเหนื่อยหอบ ไอ บวมที่ข้อเท้า หลังเท้า ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีเส้นเลือดฝอยหรือสวมนิ้วแล้วคับ ความทนในการทำกิจกรรมลดลง (Riegel, Cason, & Glaser, 2000; British Columbia Ministry of Health Services, 2003) เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยต้องใช้กลัมนเนื้อเกี่ยวกับการหายใจมากขึ้น หายใจขัดถี่ และลำบากขึ้น ต้องออกแรงมากขึ้นเมื่อหายใจ (Francis et al., 2001) อาการเหนื่อยหอบจะพบได้บ่อยในตอนกลางคืนหลังจากนอนหลับแล้วประมาณ 3 - 4 ชั่วโมง ถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ (Paroxysmal nocturnal dyspnea) แต่เมื่อผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งอาการเหนื่อยหอบจะลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถควบคุมได้ ถ้าผู้ป่วยเฝ้าต่อการรับรู้ความรุนแรง เช่น อาการหอบเหนื่อยในระยะเริ่มต้น อาการบวม (วันทนามณีศิลป์, 2543) การรับประทานยา ร่วมกับมีการปรับตัวด้านจิตสังคมที่ดี (Byrne, Waish, &

Murphy, 2005) ซึ่งสอดคล้องกับหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การจัดการความเครียดและการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น

ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดยการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย เพื่อช่วยผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์โครงการวิจัย

ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กรอบแนวความคิดและทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) การส่งเสริมพฤติกรรมของเพนเดอร์ (Pender, Murdough, & Parson, 2006) และการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice)

กรอบแนวคิด สามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common sense model) ของ ลีเวนทัล (Leventhal, Meyer, & Nerenz 1980) เป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ภายใต้การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย อาจมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรคที่มาจาก การบอกเล่าของคนอื่น ที่เกี่ยวกับ สาเหตุ ผลกระทบ การควบคุมโรค ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของโรคของตนเองแล้ว การนำประมวลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไข แล้วจะทำการตัดสินใจและจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด หากผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีการทบทวนเพื่อหาแนวทางที่จะทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งนี้บุคคลกรทางด้านสุขภาพมีส่วนช่วยให้ข้อมูล แนวทางแก้ไข รวมทั้งการช่วยเพิ่มศักยภาพในการวิเคราะห์ของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model; Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงมาสู่ภาวะพฤติกรรมสุขภาพ กรอบแนวคิดประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) อาทิ เช่น เพศ อายุ

การศึกษา ดัชนีมวลกายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและความชอบ (Behavior-specific cognitions and affect) เช่น ความเชื่อ การสนับสนุนจากสังคม สถานการณ์สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral outcome) ทั้งที่สามารถสังเกตเห็นและไม่สามารถสังเกตเห็นได้

การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ปัจจุบันการเจ็บป่วยของคนไทยเป็นการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน การให้บริการแบบดั้งเดิมไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและให้ผลลัพธ์ที่เป็นไปตามความคาดหวัง ไม่สามารถตอบสนองต้องการของผู้ป่วยและญาติ การสร้าง “นวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ” มาใช้ในการให้บริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นมาภายใต้การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นการนำองค์ความรู้ที่ผ่านการสกัดวิเคราะห์และสังเคราะห์จากงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นที่ถูกนำไปทดสอบและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น

ซึ่งการผสมผสานแนวคิดดังกล่าว จะทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้ดี มีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาและสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้พยาบาล บุคลากรทางด้านสุขภาพและหน่วยงานสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายเพื่อ พัฒนาและทดสอบโปรแกรมลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในด้านภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้ป่วยโรคหัวใจ

แนวคิดเกี่ยวกับโรคหัวใจวาย

โรคหัวใจวายเป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อน เนื่องจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไป ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวเอาเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Yancy et al., 2013; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

สาเหตุของการเกิดโรคหัวใจวาย สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สาเหตุพื้นฐาน และสาเหตุที่ชักนำของหัวใจวาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ดังนี้

1. สาเหตุพื้นฐาน (Underlying cause) เกิดจากโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ ที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักและมีความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนี้

1.1 ปริมาตรเลือดที่มีมากเกินไป (Volume overload) หรือหัวใจต้องออกแรงบีบตัวมากเกินไปทำให้ปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไป จนเลือดที่ออกจากหัวใจหรือ Stroke volume ลดลง

1.2 ความผิดปกติในการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy) เป็นภาวะที่มีการขัดขวางของการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจจากพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจโดยตรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) โรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อต่าง ๆ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery)

2. สาเหตุชักนำ (Precipitating cause) เป็นสาเหตุที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจ สามารถแยกได้ดังนี้

2.1 การอุดตันของหลอดเลือดภายในปอด (Pulmonary embolism) อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อยเกินไป ทำให้มีการคั่งของการไหลเวียนของเลือด การนอนนาน ๆ ทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขาในอุ้งเชิงกรานลิ่มเลือดที่อุดตัน จะมีการไหลเวียนไปตามกระแสเลือด และมาอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ทำให้เพิ่มความดันภายในปอดอย่างเฉียบพลัน เกิดการคั่งของเลือดหัวใจห้องล่างขวาและปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงจึงไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ

2.2 การติดเชื้อภายในร่างกาย เป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เนื่องจากภาวะติดเชื้อทำให้มีไข้ หัวใจเต้นเร็วขึ้น มีการใช้พลังงานภายในร่างกายมากขึ้น ออกซิเจนในเลือดต่ำลง ทำให้หัวใจต้องบีบตัวและทำงานหนักมากขึ้นโดยเฉพาะการติดเชื้อที่บริเวณปอด

2.3 การเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ สาเหตุที่พบได้บ่อยได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะจากการเต้นที่เร็วมากหรือเต้นช้าเกินไป ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่มีความสัมพันธ์กันมีผลทำให้หัวใจทำงาน

หนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาที และภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษทำให้เมตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วและทำงานหนักเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

การแบ่งชนิดของอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจวาย โดยแบ่งตามอาการ อาการแสดงทางคลินิกตามพยาธิสรีรวิทยาสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท (ไพศาล สีสะชัยกุล, 2550; Smeltzer et al., 2010) ดังนี้

1.ภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย (Left side heart failure) สาเหตุเกิดจากพยาธิและการเสื่อมสมรรถภาพของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยหัวใจห้องล่างซ้ายจะต้องออกแรงต้านในการบีบเลือดออกจากหัวใจเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเลือดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และทำให้มีการคั่งของปริมาตรเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายมากขึ้น ทำให้ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายเพิ่มขึ้น และเกิดความดันย้อนกลับไปที่หลอดเลือดดำในปอด เกิดภาวะน้ำท่วมปอดขึ้นเมื่อมีปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จนทำให้เวนทริเคิลซ้ายไม่สามารถปรับชดเชยได้ต่อไป จะเกิดภาวะหัวใจซีกซ้ายวายในที่สุด จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการที่แสดงถึงภาวะน้ำท่วมปอด อาการจากปริมาตรเลือดออกจากหัวใจลดลง และอาการแสดงทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1.1 อาการหอบเหนื่อยหรืออาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่พบได้บ่อยในโรคหัวใจวาย ซึ่งเกิดจากความดันในหลอดเลือดดำของปอดที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงเพิ่มมากขึ้นในการหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการหอบเหนื่อยเมื่อออกแรง (Dyspnea on exertion) จะเกิดขึ้นเมื่อมีการออกแรงหายใจ แต่เมื่อพักอาการหอบเหนื่อยจะหายไป หรืออาจพบอาการหอบเหนื่อยในท่านอนราบ (Orthopnea) จะเกิดขึ้นเมื่อนอนราบจะมีอาการหายใจหอบจะทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่ดี จากการที่ปอดมีเลือดคั่ง และบวมน้ำทำให้กระบังลมยกสูงขึ้นไปเบียดปอดแต่ถ้านั่งอาการหอบเหนื่อยจะลดลง โดยมีอาการหอบเหนื่อยเป็นพัก ๆ ในตอนกลางคืน (Paroxysmal nocturnal dyspnea : PND)

1.2 อาการไอ โรคหัวใจวายระยะแรกจะมีอาการไอแห้ง ๆ ระคายคอและอาการไอแสดงถึงการมีเลือดอุดตันหลอดเลือดภายในปอด มักเกี่ยวข้องกับอาการหอบเหนื่อยและมักเกิดขึ้นในตอนกลางคืน

ถ้าพบอาการไอเป็นเลือดหรือเสมหะมีฟองเป็นสีชมพู พบได้บ่อยในภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (Acute pulmonary edema)

1.3 อาการอ่อนเพลีย จากการที่ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เพียงพอ เนื้อเยื่อของร่างกายมีการขาดออกซิเจนและการถ่ายของเสียจากการเผาผลาญออกจากร่างกายได้ช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอ่อนเพลียได้ง่าย

1.4 อาการทางระบบไต สาเหตุเกิดจากเมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงเลือดจึงไปเลี้ยงไตลดลง เกิดได้ทั้งในภาวะหัวใจซีกขวาและซ้ายวาย แต่มักจะปรากฏชัดเมื่อมีภาวะหัวใจซีกซ้ายวาย

1.5 อาการทางระบบประสาท เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง จะทำให้มีอาการเหนื่อยง่าย ความจำเสื่อม สับสน หงุดหงิด กระวนกระวายหรือวิตกกังวล เป็นลม หมดสติ นอนไม่หลับ ซึมลง จากอาการทางระบบประสาทหรืออาการทางสมอง ซึ่งอาการทางสมองและระบบ

ประสาทอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอหรือการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอต่อความต้องการ

2.ภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เกิดจากความดันในหัวใจข้างขวาจะสูงขึ้น เลือดดำจากร่างกายจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาไม่ได้ เกิดการไหลย้อนกลับของเลือดทั่วร่างกาย จึงเกิดการคั่งของเลือดตามหลอดเลือดดำและอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะที่ตับ และเกิดการรั่วซึมของน้ำเลือดออกมาในช่องว่างระหว่างเซลล์ (Interstitial fluid) นอกจากนั้นยังเกิดการคั่งของเลือดที่ขา ท้อง เป็นต้น บวมทั่วร่างกาย (Systemic edema) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการมีเลือดคั่งตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้

2.1 อาการบวม (Edema) เป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจซีกขวาวาย (Right side heart failure) เป็นผลจากเลือดคั่งตามหลอดเลือดส่วนปลายหรือส่วนต่ำของร่างกายที่มีการไหลกลับของหัวใจได้ไม่ดี ทำให้สารเหลวเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ ในระยะแรกอาจสังเกตเห็น แต่จะทราบได้จากการชั่งน้ำหนัก เมื่อภาวะหัวใจวายรุนแรงมากขึ้นจะสังเกตอาการบวมได้ง่ายขึ้น บางรายอาจบวมทั้งตัว รวมทั้งอวัยวะสืบพันธุ์ หน้าอก แขน ขา ใบหน้า และมีภาวะท้องมานร่วมด้วย

2.2 อาการทางระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ท้องอืดและท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการคั่งของเลือดในกระเพาะอาหารและลำไส้ จึงทำให้การหลั่งน้ำย่อยลดลงและลำไส้เคลื่อนไหวลดลง หากเป็นระยะสุดท้ายของภาวะหัวใจวายเรื้อรัง อาจเกิดอาการผอมแห้งเนื่องจากขาดสารอาหาร ผู้ป่วยภาวะหัวใจวายอาจพบตับโตและกดเจ็บ (Hepatomegaly) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2552; สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550)

2.3 อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพบหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Jugular vein engorgement) เมื่อหัวใจซีกขวาวาย ความดันในเวนทริเคิลขวาสูงจากเลือดคั่ง จึงมีแรงดันการไหลของ เลือดจากเอเทรียมขวาสู่เวนทริเคิลและแรงดันนี้จะดันการไหลของหลอดเลือดเข้าสู่หัวใจห้องบนขวาทำให้มีเลือดคั่งในหลอดเลือด Vena cava และหลอดเลือดดำที่คอ ส่งผลให้หลอดเลือดดำที่คอโป่ง

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย

การแบ่งความรุนแรงของภาวะหัวใจวายสามารถแบ่งได้ตามระยะของโรคหรือการดำเนินของโรค และแบ่งตามอาการของผู้ป่วยซึ่งจะมีประโยชน์ในการพิจารณาแนวทางในการรักษาโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจในอเมริกาและสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา American College of Cardiology/ American Heart Association [ACC/ AHA] (American Heart Association, 2014; รั้งสถุณี กาญจนวณิชย์, 2547) สามารถแบ่งภาวะหัวใจวายตามการดำเนินของโรคเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ขั้นที่ 1 หรือ Stage A ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวาย แต่ยังไม่มี การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่ชัดเจนและไม่มี ความผิดปกติของการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี มีประวัติเคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ มีประวัติโรคหัวใจในครอบครัว การได้รับยาหรือสารที่เป็นพิษต่อหัวใจและการดื่มสุราเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 หรือ Stage B ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจแล้วแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวาย เช่น ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อเวนติเคิลหนา (Left ventricle hypertrophy) การทำงานของหัวใจบกพร่องจากเบาหวาน (Diabetic cardiomyopathy) หรือหัวใจโตจากลิ้นหัวใจผิดปกติแต่ยังไม่แสดงอาการ

ขั้นที่ 3 หรือ Stage C ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวใจและกำลังมีหรือเคยมีอาการของภาวะหัวใจวายเป็นอาการที่ ยังสามารถควบคุมอาการโดยการรักษาด้วยยามาตรฐาน

ขั้นที่ 4 หรือ Stage D มีพยาธิสภาพของหัวใจขั้นรุนแรงเป็นระยะสุดท้าย มีอาการแม้อยู่ในระยะพัก ไม่สามารถควบคุมด้วยยามาตรฐานและต้องได้รับการรักษาพิเศษเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย ที่แบ่งตามความรุนแรงของภาวะหัวใจวาย จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ (Function classification of heart failure) ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association [NYHA]) (Yancy et al., 2013) เพื่อเป็นการกำหนดการดูแลรักษาได้อย่างชัดเจน สามารถแบ่ง เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 หรือ Class I ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือกิจวัตรประจำวัน ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะไม่มีอาการ อ่อนเพลีย ใจเต้น ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หรือ Class II มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ถ้ามีกิจกรรมตามปกติจะมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อย หายใจลำบาก แต่อาการจะดีขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 3 หรือ Class III มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ชัดเจน ถ้ามีกิจกรรมซึ่งออกแรงน้อยในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แต่งตัว จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หายใจลำบาก หรือเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 หรือ Class IV ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบากและจะหอบเหนื่อยมากขึ้นแม้ทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้ จะรู้สึกไม่สุขสบายแม้ในขณะที่พัก

การฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจอย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถลดปัจจัยเสี่ยง ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต ควบคุมอาการและอาการแสดง ลดความก้าวหน้าของโรค ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง สามารถมีชีวิตใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (American Heart Association , 2014; วิชาล คันธรัตน์กุล, 2551)

องค์ประกอบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจวาย

องค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้ การให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การควบคุมน้ำหนักและโรคร่วมซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) และ สมาคมฟื้นฟูโรคหัวใจหลอดเลือดและปอดของสหรัฐอเมริกา (The American Association of Cardiovascular and

Pulmonary rehabilitation – AACVPR) ได้กำหนดเป้าหมายของการการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าเป็นการลดปัจจัยเสี่ยง กระตุ้นการปรับเปลี่ยนและคงไว้พฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดความพิการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตที่กระฉับกระเฉง รวมทั้งได้กำหนดแนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจ ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโภชนาการ การจัดการภาวะไขมันผิดปกติ การควบคุมความดันโลหิต การเลิกสูบบุหรี่ การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมเบาหวาน การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การฝึกการออกกำลังกาย ซึ่งแนวปฏิบัติดังกล่าว ประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

แนวปฏิบัติในการฟื้นฟูโรคที่มีปัญหาของหัวใจวาย

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การประเมิน ภาวะสุขภาพ	ประวัติการเจ็บป่วย 1.การประเมินระบบหัวใจ และหลอดเลือด 2.การวินิจฉัยและการรักษา 3.อาการแสดงของ โรคหัวใจ 4.โรคร่วม 5.ปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด 6.ความก้าวหน้าของโรค 7.ยาและความต่อเนื่อง ของการใช้ยา การตรวจร่างกาย 1.สัญญาณชีพ 2.หัวใจและหลอดเลือด 3.แผลที่เกิดจากการทำ หัตถการ 4.ข้อและระบบประสาท การตรวจอื่น ๆ 1.EKG 2.คุณภาพชีวิต	-การบันทึกปัญหาหรือ ความต้องการที่ได้จาก การตรวจผู้ป่วย -แผนการดูแลที่มุ่งเน้น การลดปัจจัยเสี่ยงและ การฟื้นฟูสมรรถนะหัวใจ	-ผลลัพธ์ระยะสั้น (สัปดาห์/เดือน) กลยุทธ์ที่จะลดความ พิการหรือผลตามมา
อาหารและ โภชนาการ	1.ประเมินจำนวนพลังงาน ที่ควรได้รับในแต่ละวัน สัดส่วนของไขมัน โซเดียม และอาหารกลุ่มอื่น ๆ 2.ประเมินนิสัยการ	กำหนดเมนูอาหารให้อยู่ ใน AHA step II diet -กำหนดแผนการควบคุม อาหารเฉพาะบุคคล -ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและ	ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ วางไว้ -ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับ โภชนศาสตร์เบื้องต้น -ผู้ป่วยสามารถวางแผน

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	<p>รับประทานอาหาร เช่น จำนวนมือ ปริมาณอาหาร อาหารขบเคี้ยว ความถี่ในการรับประทานอาหาร นอกบ้าน การดื่มเหล้า</p> <p>3. ประเมินปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น</p>	<p>ครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมายของการควบคุมอาหารและวิธีการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์</p> <p>-กำหนดกิจกรรมเพื่อให้ปรับเปลี่ยนและคงไว้</p> <p>พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เหมาะสม</p>	<p>แก้ไขปัญหาการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องได้</p>
<p>การจัดการไขมัน (lipid management)</p>	<p>1.หาข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจไขมันในเลือด ถ้าผิดปกติต้องซักประวัติเกี่ยวกับอาหาร การใช้ยา และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความผิดปกติของไขมัน</p> <p>2. ประเมินการได้รับการรักษาในปัจจุบัน และ ความสม่ำเสมอในการมารับบริการ</p> <p>3.ตรวจระดับไขมันในเลือดอีก 4-6 สัปดาห์ หลังการรักษาในโรงพยาบาล และ 2 เดือนหลังการใช้ยาลดไขมัน</p>	<p>1.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหารและการควบคุม น้ำหนักโดยมีเป้าหมาย AHA step II diet กับผู้ป่วยที่มี LDL > 100 mg/dl อาจให้ยาลดไขมันถ้า LDL 100-130 mg/dl และถ้า LDL > 130 mg/dl ต้องให้ยารักษา</p> <p>2.เพิ่มกิจกรรมเพื่อเพิ่ม HDL > 35 mg/dl เช่น ออกกำลังกาย เลิกสูบบุหรี่</p> <p>3.ลดกิจกรรมที่ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml เช่นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร การควบคุม น้ำหนัก ออกกำลังกาย ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้ยาตาม NCEP</p> <p>4.ติดตามการให้ยาร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริม</p>	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <p>-ประเมินและปรับระดับ LDL อย่างต่อเนื่องจนอยู่ในระดับ < 100 mg/dl</p> <p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p> <p>-เพื่อคงไว้ซึ่งระดับ LDL < 100 mg/dl เพิ่ม HDL > 35 mg/dl และไตรกลีเซอไรด์ < 200 mg/ml</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
การควบคุมความดันโลหิต	<p>1.วัดความดันโลหิตขณะพักมากกว่า 2 ครั้ง</p> <p>2.ประเมินผลการให้การรักษปัจจุบันและความต่อเนื่องของการรักษา</p>	<p>สุขภาพต่ำบล</p> <p>1.ถ้า Systolic BP > 130-139 mmHg, Diastolic BP 85-90 mmHg</p> <p>-ให้แนวทางในการปรับวิธีการดำเนินชีวิต เช่น ออกกำลังกาย ควบคุม น้ำหนัก ลด/ควบคุม อาหารเค็ม ลด แอลกอฮอล์ และเลิกสูบบุหรี่</p> <p>-ให้ยาในผู้ป่วยที่มี หัวใจวาย เบาหวาน โรคไตเรื้อรัง</p> <p>2.ถ้า Systolic BP > 140 mmHg, Diastolic BP > 90 mmHg</p> <p>-ให้ปรับพฤติกรรม</p> <p>-ให้ยา</p> <p>3.ติดตามการให้ยาร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>	<p>ผลลัพธ์ระยะสั้น</p> <p>-ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงวิธีการจนเหลือ</p> <p>Systolic BP < 130 mmHg และ</p> <p>Diastolic BP < 85 mmHg</p> <p>ผลลัพธ์ระยะยาว</p> <p>-ควบคุม Systolic BP < 130 mmHg และ</p> <p>Diastolic BP < 85 mmHg</p>
การเลิกสูบบุหรี่	<p>-พฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งในอดีต ปัจจุบัน ในระยะเวลาที่สูบ ปริมาณที่สูบ วิธีการสูบ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่มือสอง</p> <p>-ประเมินปัจจัยแทรก (ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่)</p> <p>-ประเมินความพร้อมที่จะเลิก ถ้าพร้อมก็ให้</p>	<p>ถ้าพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ กำหนดวันที่จะเลิกและกลยุทธ์ที่จะใช้ โดยอย่างน้อยที่สุด ที่ควรทำได้แก่</p> <p>-ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้ material</p> <p>-ให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่จากบุคคลากรด้านสุขภาพและ</p>	<p>ผลลัพธ์</p> <p>-ผู้ป่วยกำหนดวันหยุดสูบบุหรี่</p> <p>-ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ กำหนดภายใน 12 เดือนต้องหยุดสูบบุหรี่</p>

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	intervention ถ้ายังไม่พร้อมก็กระตุ้นให้คิดว่าควรเลิกสูบบุหรี่	<p>ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> -ป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่อีก ส่วนวิธีการที่เหมาะสมที่ควรทำได้แก่ -ให้เข้าโปรแกรมเลิกบุหรี่ -ให้ยาเลิกบุหรี่ ซึ่งขึ้นกับแนวทางการรักษาของแพทย์ -ใช้การบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม การสะกดจิต เป็นต้น -นัดมาตรวจตามนัด 	
การควบคุมน้ำหนัก	ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว	<p>ผู้ป่วยที่มี BMI >25 kg/m² รอบเอว >40 นิ้ว (102 ซม) ในเพศชาย หรือ > 35 นิ้ว (88 ซม) ในเพศหญิง</p> <ul style="list-style-type: none"> -วางแผนระยะสั้นและระยะยาวเป็นรายบุคคล สำหรับการลดน้ำหนัก และปัจจัยเสี่ยง ประมาณ ร้อยละ 10 สัปดาห์ละ 0.5-1 kg ในระยะเวลา 6 เดือน -สร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เพื่อลดพลังงาน เพิ่มสารอาหาร และกากใย และเพิ่มการใช้พลังงาน 	<ul style="list-style-type: none"> -ระยะสั้น: ประเมินและปรับปรุงโปรแกรมจนน้ำหนักลด ถ้าหากลดน้ำหนักไม่ได้ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือเข้าโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ -ระยะยาว: เข้าโปรแกรมอย่างต่อเนื่องจนสามารถลดได้ตามเป้าหมาย
การควบคุมเบาหวาน	ประเมินประวัติการเป็นเบาหวาน ประวัติการใช้ยา	-วางแผนเพื่อควบคุมอาหารและน้ำหนัก ยาที่	-ควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	เบาหวาน วิธีการติดตาม ผลน้ำตาลในเลือด ประวัติ การควบคุมน้ำตาลใน ร่างกาย -ติดตามผลการตรวจ น้ำตาลในเลือด ผล Hb A1C	ใช้ การควบคุมปัจจัย เสี่ยงต่าง ๆ -ติดตามผลน้ำตาลก่อน- หลังการออกกำลังกาย -คัดกรองผู้ที่เสี่ยงให้ ได้รับการตรวจและ วินิจฉัย	-ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน -ควบคุมโรคอ้วน ความ ดันโลหิตสูงและไขมัน สูง
การจัดการภาวะ สุขภาพจิต	ประเมินปัญหาทางจิตโดย ใช้แบบประเมินมาตรฐาน: ซีเมตรา วิดกังวล ไม่เป็น มิตร แยกตัว ผิดปกติทาง เพศ ตัดยาและปัญหา ทางจิตอื่น ๆ	-ให้คำปรึกษาแบบ รายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม เกี่ยวกับการปรับตัวให้ เข้ากับโรคหัวใจ การ จัดการความเครียด วิธี ชีวิตที่เน้นสุขภาพ ควร ให้โอกาสครอบครัวมี ส่วนร่วม -จัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน -ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ	-ความผาสุกเพิ่มขึ้น -พฤติกรรมมีการเปลี่ยน ตามที่วางเป้าหมาย -มีการดำเนินการอย่าง ต่อเนื่องตามแผน
การให้คำปรึกษา เกี่ยวกับมี กิจกรรมทางกาย	ประเมินระดับของการมี กิจกรรมทางกาย ที่บ้าน ที่ ทำงานและสันทนาการ -สอบถามกิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ การ ดำเนินชีวิต (การขับรถ เพศสัมพันธ์ การทำงาน บ้าน การเล่นกีฬา การ ทำงานสวน -ประเมินความพร้อมใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความมั่นใจ ปัญหา/ อุปสรรค การสนับสนุน ทางสังคม	ให้คำแนะนำ ปรึกษา สนับสนุนเกี่ยวกับการมี กิจกรรมทางกาย -ตั้งเป้าหมายการมี กิจกรรมทางกายมากกว่า วันละ 30 นาที สัปดาห์ ละ > 5 วัน ควรจัดให้ สามารถทำพร้อมกับ กิจกรรมประจำวันที่ทำ อยู่เป็นประจำ -แนะนำให้ออกกำลังกาย แบบไม่ลงน้ำหนักมาก เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ	-การมีกิจกรรมทางกาย เพิ่มขึ้น
การฝึกทักษะ การออกกำลังกาย	ประเมิน exercise capacity (ชีพจร อาการ และอาการแสดง การ	-กำหนดขนาดของการ ออกกำลังกายแบบ แอโรบิคและแบบต้าน	ลดความเสี่ยงและเพิ่ม ผลลัพธ์โดยรวม (กล้ามเนื้อแข็งแรง มี

องค์ประกอบ	การประเมิน	กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
	เปลี่ยนแปลง EKG และ exercise capacity	<p>แรงที่สอดคล้องกับผล การประเมิน เป้าหมาย ของโปรแกรมและผู้ป่วย แหล่งประโยชน์ ควร กำหนด ความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลาและ ชนิด</p> <p>-แอโรบิค: F=3-5 d/wkl= 50%, D=30-60 min, M= walking, trademill</p> <p>-ต้านแรง: F=2-3d/wk, I= 8-15 ครั้ง, D= 1-3 set upper & lower body, M= elastic band, dumpbells</p> <p>-มีการอบอุ่นและผ่อนคลายก่อนและหลังออกกำลังกาย</p> <p>-มีโปรแกรมให้สามารถทำได้ที่บ้าน</p> <p>-ควรตั้งเป้าหมายเพื่อใช้พลังงานประมาณ 1000 แคลลอรี่/สัปดาห์</p>	ความยืดหยุ่นดีขึ้น นำหนักลด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นการรับรู้และประเมินความพึงพอใจในชีวิต เป็นความผาสุก ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจต่อร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ความคาดหวังและสมหวัง สังคมและเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม บุคคลจะรับรู้และประเมินตามความเข้าใจของตนเอง ในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลแต่ละคนอาจประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกันโดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อ วัฒนธรรมของแต่ละคน

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health related quality of life) เป็นการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ซึ่ง Wilson & Cleary (1995) ได้พัฒนากรอบแนวคิด

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ส่วนใหญ่จากมุมมองด้านชีววิทยาทางการแพทย์และสังคมวิทยา โดยมุมมองด้านชีววิทยาทางการแพทย์จะเน้นเกี่ยวกับสาเหตุของโรค พยาธิกำเนิดโรค ชีววิทยา สรีรวิทยาและผลลัพธ์ทางคลินิก และแยกส่วนของร่างกายและจิตใจ ส่วนมุมมองด้านสังคมวิทยาจะเน้นมิติของการทำหน้าที่ บทบาทและความผาสุกโดยรวม และรวมความเป็นปัจเจกบุคคล บริบทของสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ระบบสนับสนุนที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วย ในมุมมองนี้จะมีการประเมินปัจจัยทั้งจากสังคมและสถาบันที่มีผลกระทบต่อบุคคล การเจ็บป่วยและการใช้ชีวิตของผู้ป่วย จากมุมมองทั้งชีววิทยาทางการแพทย์และสังคมวิทยา Wilson & Cleary (1995) ได้ข้อสรุปว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรประกอบด้วยโครงสร้าง 7 องค์ประกอบได้แก่ ด้านชีววิทยาและพยาธิวิทยา (Biological and physiological variables) ภาวะอาการแสดง (Symptom status) ภาวะการทำหน้าที่ (Functional status) ปัจจัยส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) ปัจจัยแวดล้อม (Characteristics of the environment) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall quality of life) นอกจากนี้ Wilson & Cleary (1995) ยังพบว่า ตัวแปรที่อยู่ในโครงสร้างของกรอบแนวคิดมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ เช่น ภาวะอาการแสดงมีความเชื่อมโยงกับสภาวะการทำหน้าที่ สภาวะการทำหน้าที่ เชื่อมโยงกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยแวดล้อมพบว่ามีความสัมพันธ์กับตัวแปรหลาย ๆ ตัวแปรกับผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ Sousa, Holzemer, Heenry, & Slaughter. (1999) นำแนวคิดที่ Wilson & Cleary (1995) พัฒนาขึ้นไปทดสอบความสัมพันธ์ของโครงสร้างในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ภาวะอาการแสดงภาวะการทำหน้าที่และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา (2555) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ภูมิสำเนา สวัสดิการค่ารักษา โดยพบว่าการเบิกจ่ายค่ารักษามีความสัมพันธ์สูงมากกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.997$) รายได้ ระดับการศึกษาและเพศมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.554$, $r = 0.505$, $r = 0.498$) ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และภูมิสำเนา มีความสัมพันธ์ต่ำถึงต่ำมากกับคุณภาพชีวิต

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของโรคหัวใจ ความรุนแรงของโรค สมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการและอาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวนครั้งของการรักษา/ ผ่าตัด/ หัตถการ ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยพบว่าสมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการและอาการแสดงมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.722$, $r = 0.705$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.440$) ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ ผ่าตัด/ หัตถการ จำนวนครั้งของการรักษา/

ผ่าตัด/ หัตถการ และระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.300$, $r = 0.285$, $r = 0.201$)

3.ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ความรู้ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ การจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลตนเอง ทักษะคิดต่อโรค การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ โดยพบว่า อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมหรือคู่สมรส และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.718$, $r = 0.700$, $r = 0.600$) ทักษะคิดต่อโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความหวังมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.542$, $r = 0.455$, $r = 0.408$, $r = 0.400$) การจัดการตนเอง และภาระในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.348$, $r = 0.300$)

4.ปัจจัยด้านพฤติกรรม และการทำหน้าที่ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.762$) ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.590$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = 0.314$)

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมารับการรักษาที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย จำนวน 200 ราย ที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง มีนาคม พ.ศ.2557 โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวาย
- 2) มีอาการและอาการแสดงที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ
- 3) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย
- 4) สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดผสมปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้สถานภาพสมรส สภาพที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

2.แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (Health Status) จำนวน 1 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 10 โดย 1 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีเลย ส่วน 10 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

2.2 ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ (Psychological and emotional) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 6 โดย 1 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตใจไม่ดีเลย ส่วน 6 หมายถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพจิตใจดีมาก

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (Daily activity) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 4 โดย 1 หมายถึงความสามารถของตนเอง ไม่ดีเลย ส่วน 4 หมายถึงความสามารถของตนเองดีมาก

2.4 การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย (Illness adaptation) จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 2 โดย 1 หมายถึง ปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ไม่ดีเลย ส่วน 2 หมายถึง ปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยดี

2.5 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (Specific eating behavior) จำนวน 17 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึงปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.6 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (Physical activity and exercise) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึงปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.7 พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด (Stress management) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึงปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.8 การปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Adherence and risk control) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่าจาก 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ/ไม่ได้คำนึงถึง ส่วน 5 หมายถึงปฏิบัติตนเป็นประจำ

2.9 แบบประเมินความผาสุกโดยรวม (Well-being) จำนวน 1 ข้อ วัดโดยให้ผู้ป่วยประเมินระดับความผาสุกตามการรับรู้ของตนเองจาก 1 = ไม่มีความผาสุก ถึง 6 = มีความผาสุกมากที่สุด

3. แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Depression) ที่พัฒนาขึ้นโดย Zung (1981 อ้างอิงถึง McDowell & Newell (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย Thanee (2004) โดยข้อคำถามเป็นวัดการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกหรืออาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เคยมีเลย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
มีน้อย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
มีปานกลาง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
มีมาก	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การตัดสินภาวะซึมเศร้า ดังนี้

< 50	คะแนน หมายถึง	ระดับปกติ (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)
50-59	คะแนน หมายถึง	ระดับเล็กน้อย
60-69	คะแนน หมายถึง	ระดับปานกลาง
> 70	คะแนน หมายถึง	ระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ที่สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไปทดสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ราย แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและแบบวัดภาวะซึมเศร้าไปการทดสอบความเชื่อมั่นกับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

- 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเท่ากับ .87
- 2) แบบประเมินการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเท่ากับ .91
- 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์เท่ากับ .70
- 4) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เท่ากับ .83
- 5) แบบประเมินพฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเท่ากับ .79
- 6) แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการความเครียดเท่ากับ .69
- 7) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเท่ากับ .71
- 8) แบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ .77

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาและโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในการเก็บรวบรวมผู้วิจัยและคณะให้ความสำคัญในการปกป้องและคุ้มครองการเข้าร่วมโครงการของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย ประโยชน์และปัญหาเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย การให้ข้อมูลทุกอย่างตามแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะออกจากโครงการได้เมื่อ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ภายใน 1 ปี หลังจากผลงานวิจัยตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว และสอบถามความสมัครใจก่อนให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะติดต่อประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีรับบริการในคลินิกโรคหัวใจ หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและคณะดำเนินการตั้งขั้นตอนต่อไปนี้

- 1.เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด
- 3.ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึกการเก็บข้อมูลจากผู้วิจัย เข้าพบผู้ป่วยโรคหัวใจวายขณะรอรับการตรวจ แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคหัวใจวายซักถามข้อข้องใจ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เช่นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย
- 4.เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลโดยละเอียด

เสร็จแล้วผู้วิจัยหรือช่วยวิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยจะอธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยละเอียด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีก่อนแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ทำการสัมภาษณ์ในสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน หรือมีเสียงรบกวนน้อยที่สุด ใช้เวลาประมาณ 45 นาที

5. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการตอบ และในกรณีที่ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไม่สมบูรณ์จะตัดแบบสอบถามชุดนั้นออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้อง ลงรหัส และลงข้อมูลในฐานข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้นและนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด พฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้สถิติ Bivariate analysis
4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายโดยใช้สถิติ Multiple regression

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 มีอายุเฉลี่ย 57.31 ปี (SD. = 15.60) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5 และไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น ร้อยละ 34.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทถึงร้อยละ 75.5 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.0 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 42.42 เดือน (SD. = 66.27) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N=200)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	112	56.0
	หญิง	88	44.0
อายุ (M= 57.31 , SD. = 15.60)	< 50 ปี	65	32.5
	50 - 59 ปี	45	22.5
	60 - 69 ปี	39	19.5
	≥ 70 ปี	51	25.5
สถานภาพสมรส	คู่	180	90.0
	โสด	16	8.0
	หม้าย/หย่า/แยก	4	2.0

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	รับจ้าง	107	53.5
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	6.0
	ค้าขาย	6	3.0
	เกษตรกร	3	1.5
	ธุรกิจส่วนตัว	3	1.5
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69	34.5
รายได้ (บาท/เดือน)	≤ 5,000	1	0.5
	5,001-10000	49	24.5
	10,001-15,000	80	40.0
	> 15,000	70	35.0
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (M= 42.42 เดือน , SD. = 66.28)	≤ 1 ปี	70	35.0
	2 - 5 ปี	96	48.0
	6 - 10 ปี	24	12.0
	> 10 ปี	10	5.0
ประวัติการนอนพักรักษาใน โรงพยาบาล	1 ครั้ง	148	74.0
	2 ครั้ง	48	24.0
	≥ 3 ครั้ง	4	2.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจวายที่มารับการรักษาที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษามีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง 7.32 คะแนน (SD. = 1.41) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเองมีค่าเฉลี่ย 32.31 (SD. = 7.05) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย 12.45 (SD. = 2.34) จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน และภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 39.14 (SD. = 4.69) จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน และความพึงพอใจโดยรวมในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ย 5.22 (SD.= .87) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค 57.03 (SD. =7.82) จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย

12.05 (SD = 4.55) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับภาวะเครียด 25.03 (SD = 3.78) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง 44.22 (SD = 7.06) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=200)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	Min	Max	Mean	SD
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม (1-10คะแนน)	4	10	7.32	1.41
2. ความสามารถในการทำกิจกรรม (10-40 คะแนน)	11	40	32.31	7.05
3. การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย (7-14คะแนน)	7	14	12.45	2.34
4. ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ (8-48 คะแนน)	23	47	39.14	4.69
5. ความผาสุกโดยรวม (1-6 คะแนน)	2	6	5.22	0.87
6. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค (17-85 คะแนน)	36	76	57.03	7.82
7. การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (5-25คะแนน)	5	25	12.05	4.55
8. การจัดการกับภาวะเครียด (8-40 คะแนน)	17	38	25.03	3.78
9. การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (12-60 คะแนน)	27	62	44.22	7.06

2.2 ภาวะซึมเศร้า

สำหรับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 98.5 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 1.5

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า (N=200)

ภาวะซึมเศร้า	Mean	SD.	จำนวน	ร้อยละ
	31.34	7.03		
1. ระดับปกติ (Normal) (< 50 คะแนน)			198	98.5
2. ระดับเล็กน้อย (Mild Depression) (50-59 คะแนน)			3	1.5
3. ระดับปานกลาง (Moderate to marked major depression) (60-69 คะแนน)			0	0.0
3. ระดับสูง (Severe or Extreme major depression) (≥ 70 คะแนน)			0	0.0

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .487, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = .462, p < .001$) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ ($r = .365, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .320, p < .001$) และการจัดการภาวะเครียด ($r = .218, p = .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะซึมเศร้า ($r = -.291, p < .001; r = -.126, p = .039$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 4) ไปทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรตาม ด้วยวิธี Stepwise regression (ตารางที่ 5, 6) พบว่าปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .260, p = .002$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 23.8 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($Beta = .250, p = .002$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.7 ตัวทำนายตัวที่สามที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .150, p = .031$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.5 สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ} = .260 \text{ ความสามารถในการทำกิจกรรม} + .250 \text{ การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย} + .150 \text{ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์}$$

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n=196$)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.487	<.001
การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย	.462	<.001
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์	.365	<.001
การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	-.291	<.001
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.320	<.001
การจัดการกับภาวะเครียด	.218	.001
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	-.115	.054
ภาวะซึมเศร้า	-.126	.039

611-129

357147

กต 11

A-4

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=200)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Constant	2.076	.749		2.774	.006
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.051	.016	.260	3.099	.002
การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	.148	.046	.250	3.200	.002
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์	.004	.020	.150	2.176	.031

ตารางที่ 6 แสดงค่า R, R² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=196)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics				Sig. F Change
				R Square	F Change	df1	df2	
A	.487 ^a	.238	.234	.238	60.457	1	194	<.001
B	.527 ^b	.277	.270	.040	10.625	1	193	.001
C	.543 ^c	.295	.284	.017	4.736	1	192	.031

A= Constant ความสามารถในการทำกิจกรรม

B= Constant ความสามารถในการทำกิจกรรม การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

C= Constant ความสามารถในการทำกิจกรรม การปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .290, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .471, p < .001$) การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = .324, p < .001$) ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ ($r = .559, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .178, p = .006$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะซึมเศร้า ($r = -.200, p = .003$; $r = -.317, p < .001$)

ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 7) ไปทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโดยใช้คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรตาม ด้วยวิธี Stepwise regression (ตารางที่ 8, 9) พบว่าปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ (Beta = .433, $p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกโดยรวมได้ร้อยละ 31.3 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม (Beta = .267, $p = .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความผาสุกได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.8 สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

คุณภาพชีวิต = .433 ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ + .267 ความสามารถในการทำกิจกรรม

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=196)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.290	<.001
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.471	<.001
การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย	.324	<.001
ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์	.559	<.001
การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค	-.200	.003
การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย	.178	.006
การจัดการกับภาวะเครียด	.005	.223
การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง	-.059	.206
ภาวะซึมเศร้า	-.317	<.001

ตารางที่ 8 แสดงผลการทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=196)

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Constant	1.03	.418		2.464	.015
ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์	.080	.012	.433	6.687	<.001
ความสามารถในการทำกิจกรรม	.033	.008	.267	4.125	<.001

ตารางที่ 9 แสดงค่า R, R² และ Change Statistics ของโมเดลทำนายคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=196)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Change Statistics				Sig. F Change
				R Square	F Change	df1	df2	
A	.559 ^a	.313	.309	.313	88.302	1	194	<.001
B	.607 ^b	.368	.362	.056	17.019	1	193	<.001

A= Constant ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์

B= Constant ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ ความสามารถในการทำกิจกรรม

บทที่ 5

สรุปผลวิจัยและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 ถึง มีนาคม พ.ศ.2557 จำนวน 200 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการภาวะเครียด การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยง แบบประเมินความผาสุก และแบบวัดภาวะซึมเศร้า นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา Pearson's correlation และ Stepwise multiple regression

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1.กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.0 มีอายุเฉลี่ย 57.31 ปี (SD = 15.60) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90.0 การประกอบอาชีพ เป็นอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ถึงร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.0 และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.02.

2.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .487, p < .001$) การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = .462, p < .001$) ภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ ($r = .365, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .320, p < .001$) และการจัดการภาวะเครียด ($r = .218, p = .001$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะซึมเศร้า ($r = -.291, p < .001$; $r = -.126, p = .039$) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม (Beta = .260, $p = .002$) การปรับตัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Beta = .250, $p = .002$) และภาวะสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ (Beta = .150, $p = .031$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29.5

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .290, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .471, p < .001$) การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = .324, p < .001$) ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ ($r = .559, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .178, p = .006$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะซึมเศร้า ($r = -.200, p = .003$; $r = -.317,$

$p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .433, p < .001$) และความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .267, p = .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 36.8

การอภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของตนเอง 7.32 คะแนน ($SD = 1.41$) จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้เป็นการแปลความหมายของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย โดยผู้ป่วยจะ ประเมินจากค่าจากความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ ร่างกายและจิตใจมีความผิดปกติไปจากที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ โดยที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพอยู่ใน ระดับที่ดี ถึงแม้ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจวาย อาจเนื่องจากโรคหัวใจวายเป็นโรค เรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่ผู้ป่วยสามารถดำเนิน ชีวิตประจำวันหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับคนปกติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 42.42 เดือน ($SD = 66.27$) และ ส่วนใหญ่มีประวัติการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 74.0 และไม่มีอาการ อาการแสดง หรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคถึงร้อยละ 57.03 ($SD = 7.82$) จากคะแนนเต็ม 85 คะแนน มีเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย 12.05 ($SD = 4.55$) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน และมีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมปัจจัยเสี่ยงถึงร้อยละ 44.22 ($SD = 7.06$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบอาชีพมีรายได้ ถึงร้อยละ 53.5 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณภาพความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 33.37, $SD = 7.62$, คะแนนเต็ม 40) กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 32.31 ($SD = 7.05$) จากคะแนนเต็ม 40 คะแนน สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ถึงร้อยละ 12.45 ($SD = 2.34$) จากคะแนนเต็ม 14 คะแนน และภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าคะแนนเฉลี่ย 39.14 ($SD = 4.69$) จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน และความพึงพอใจ โดยรวมในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีค่าเฉลี่ย 5.22 ($SD = .87$) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน ดังนั้นผู้ป่วย โรคหัวใจวายจึงให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

ผลจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวม 5.22 ($SD = 0.87$) จากคะแนนเต็ม 6 คะแนน จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพ ชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .290, p < .001$) ความสามารถในการทำกิจกรรม ($r = .471, p < .001$) การปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ($r = .324, p < .001$) ภาวะสุขภาพจิตใจและอารมณ์ ($r = .559, p < .001$) การเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ($r = .178, p = .006$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจวาย

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและภาวะ ซึมเศร้า ($r = -.200, p = .003$; $r = -.317, p < .001$)

ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะ สุขภาพจิตใจและอารมณ์ ($Beta = .433, p < .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความ คุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 31.3 ตัวทำนายตัวที่สองที่ได้รับการคัดเลือกเข้ามาในสมการ คือ ความสามารถในการทำกิจกรรม ($Beta = .267, p = .001$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของ คุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.8 ซึ่งคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ควรประกอบด้วย โครงสร้าง 7 องค์ประกอบได้แก่ ด้านชีววิทยาและพยาธิวิทยา (Biological and physiological variables) ภาวะอาการแสดง (Symptom status) ภาวะการดำเนินงานที่ (Functional status) ปัจจัย ส่วนบุคคล (Characteristics of the individual) ปัจจัยแวดล้อม (Characteristics of the environment) การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health perceptions) และคุณภาพชีวิต โดยรวม (Overall quality of life) สอดคล้องกับการศึกษาของ Failde & Soto (2006) ที่พบว่า ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรสำคัญที่สุดที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะจากอาการของโรคกับข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลงมาก (นิตยา ฤทธิ์เพชร และชนกพร จิตปัญญา, 2555; De Jonge et al., 2006) ส่งผลให้ความสามารถในการทำ หน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยโรคหัวใจวายลดลง (นันทกร ดำรงค์, 2558) รวมทั้งส่งผลต่อความผาสุก และต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล (Wang, 2007; Baune et al., 2012)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1.หน่วยงานในระดับนโยบายของประเทศ เช่น กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ สามารถนำ ผลผลิตจากการวิจัย เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหัวใจวายไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวายได้
- 2.พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาโปรแกรมและ ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย
- 3.สามารถนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตไปใช้พัฒนาโปรแกรมคุณภาพ ชีวิตและทดสอบในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจวายต่อไป

บรรณานุกรม

- นนทกร ดำรงค์.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตญา ฤทธิ์เพชร และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*; 23 (2): 2-16.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- ไพศาล ลีละชัยกุล. (2550). พยาธิวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจและหลอดเลือด. ใน *ตำราจักษุวิทยาเวช (บรรณาธิการ), พยาธิวิทยากายวิภาค เล่ม 1 (หน้า 148-293)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เด็อนตุลา.
- รังสฤษฏ์ กาญจนวณิชย์. (2547). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง. ใน *อภิชาติ สุคนธสรณ์ และศรีณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), Heart: Cardiac diagnosis and treatment (หน้า 316-335; พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เชียงใหม่: ไอเอ็นดีดี.
- วันทนา มณีศิลป์. (2543). *ประสบการณ์เหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบและวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจพิการ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิศาล คันธรัตน์กุล. (2551). แนวคิดใหม่ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ. ใน *ระพีพล กฤษณธร อนุอยุธยา (บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจเล่ม 2*. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์ โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). หัวใจล้มเหลว (Heart failure). ใน *วิทยา ศรีตามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 4 (หน้า 202-218; พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- American Heart Association. (2004). *Congestive Heart Failure*. Retrieved February 28, 2004, from <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=1593>.
- American Heart Association. (2014). The benefits of daily physical activity. Retrieved December 28, 2014, from <http://www.americanheart.org/presenter.ihtml?identifier=:764>
- Baune, B. T., Stuart, M., Gilmour, A., Wersching, H., Arolt, V., & Berger, K. (2012). Moderators of the relationship between depression and cardiovascular disorders: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 34(5), 478-492.
- British Columbia Ministry of Health Services. (2003). *Guidelines & protocols heart failure care*. Retrieved November 1, 2008, from <http://www.gpscbc.ca/system/files/HeartFail-PHGuide.pdf>

- Brozena, S., & Jessup, M. (2003). The new staging system for heart failure. *Geriatrics*, 56(8), 31-36.
- Byrne, M., Waish, J., & Murphy, A. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behavior. *Journal Psychosomatic Research*, 58(12), 403-445.
- De Jonge, P., Spijkerman, T. A., van den Brink, R. H., & Ormel, J. (2006). Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, 92(1), 32-39.
- Failde, I. I., & Soto, M. M. (2006). Changes in health related quality of life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC public health*, 6(1), 18.
- Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2006). Fatigue and anemia in patients with chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 8(7), 744-749.
- Francis, G. S., Gassler, J. P., & Sonneckblick, E. H. (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R. W. Alexander, & R. A. O'Rourke (Eds.). *The Heart*, pp. 655-685. RR Donnelley and Sons. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachmand (Ed.), *Contributions to Medical Psychology*, 46(2), 17-30.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Pender, N., J., Murdaugh, C., L., & Parsons, M., A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Perrin, K. O. (2002). Interventions for clients with cardiac problems In: D. D. Ignatavicius, M. L. Workman, (Eds.), *Mediacal-surgical Nursing: Critical Thinking for Collaborative Care* (4th ed., 698-720). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Redfield, M. M. (2003). Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: Appreciating the scope of the heart failure epidemic. *Journal Advanced Medicine Administration*, 289(2), 194-202.
- Riegel, B., Cason, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure: *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 29(1), 4-15.

- Smeltzer, S. C., Hinkle, J. L., Bare, B. G., & Cheever, K. H. (2010). Chapter 30 management of patients with complications from heart disease. In Smeltzer, S. C (Ed.), *Textbook of medical-surgical nursing volume 1* (pp. 829; 12th ed.). New York: Wolter Kluwer Health.
- Sousa, K., Holzemer W., Heenry, S., & Slaughter, R. (1999). Dimensions of health related quality of life in person living with HIV disease. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 178-187.
- Taccetta - Chapnick, M. (2002). Using carvedilol to treat heart failure. *Critical Care Nurse*, 22(2), 36-58.
- Tarolli, K. A. (2003). Left ventricular systolic dysfunction and nonischemic cardiomyopathy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 20(1), 3-15.
- Thanee, S. (2004). *Perceived Self-efficacy in the Drug Abstinence Process: a Study of .Drug Dependence Treatment at Thanyarak Institute* (Doctoral dissertation, Mahidol University).
- Tully, K. C. (2002). Cardiovascular disease in older adult. In V. T. Cotter, & N. E. Strumpf (Eds), *Advanced Practice Nursing with Older Adults: Clinical Guideline*. New York: McGraw-Hill.
- Wang, W. (2007). *Effects of Home-based Cardiac Rehabilitation on Health-related Quality of Life and Psychological Status in Chinese Patients Recovering from Acute Myocardial Infarction*. ProQuest.
- Wilson, I., & Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life—a conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medical Association*, 273, 1, 59-65.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., Drazner, M. H., Fonarow, G. C., Geraci, S. A., Horwich, T., Januzzi, J. L., Johnson, M. R., Kasper, E. K., Levy, W. C., Masoudi, F. A., McBride, P. E., McMurray, J. J. V., Mitchell, J. E., Peterson, P. N., Riegel, B., Sam, F., Stevenson, L. W., WilsonTang, W. H., Tsai , E. J., & Wilkoff , B. L. (2013). 2013 ACCF/ AHA guideline for the management of heart failure a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association task force on practice guidelines. Retrieved from <http://circ.ahajournals.org/content/128/16/e240.extract>.