

ปัจจัยคัตสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
ในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด



นางสาวปาริณา ปรียาโชติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO CARDIAC REHABILITATION PARTICIPATION
AMONG WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASE



Miss Parnreena Preeyachot

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

โดย

นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์

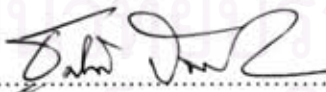
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยดำเนินการ
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราณ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ปารรีนา ปรียาไซติ : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด. (SELECTED FACTORS RELATED TO CARDIAC REHABILITATION PARTICIPATION AMONG WOMEN WITH CARDIOVASCULAR DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. ชมพูนุช โสภาจารย์, 106 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นหลอดเลือดหัวใจ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 รายเป็นหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการนัดตรวจติดตามที่สถาบันโรคทรวงอก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แบบสอบถามทั้ง 4 ชุดได้รับการตรวจสอบค่าความเที่ยงโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคระหว่าง .72 และ .92 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ที่ สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร้อยละ 88.24
2. ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .22, .22, \text{ และ } .46, \text{ ตามลำดับ } p < .05$) ส่วนอายุและความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
3. อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยสามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ถูกต้องร้อยละ 89.10

สาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์.....

ปีการศึกษา...2551.....

ลายมือชื่อนิสิต.....ปารรีนา ปรียาไซติ.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....[ลายมือชื่อ].....

5077584336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : PARTICIPATION/CARDIAC REHABILITATION/WOMEN WITH
CARIOVASCULAR DISEASE

PARNREENA PREEYACHOT: SELECTED FACTORS RELATED TO CARDIAC
REHABILITATION PARTICIPATION AMONG WOMEN WITH
CARDIOVASCULAR DISEASE. ADVISOR. ASST.PROF. CHOMPUNUT
SOPAJAREE, Ph.D.,106 pp.

The purposes of this research were to determine cardiac rehabilitation participation rate among women with cardiovascular disease, to examine the relationship between age, severity of disease, anxiety, perceived risks, social support and cardiac rehabilitation participation, and to determine abilities of age, severity of disease, anxiety, perceived risks and social support in predicting cardiac rehabilitation participation. Study sample consisted of 110 women with cardiovascular disease and received a follow up appointment at Chest Disease Institute. Systematic random sampling technique was used to recruited subjects for this study. Data collection instruments were demographic data sheet, severity of disease scale, anxiety scale, perceived risks scale, social support scale, and cardiac rehabilitation participation record. The internal consistencies of the four scales were established. Cronbach's alpha coefficients were between .72 and .92. Statistical techniques used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, Phi coefficient, Point-Biserial Correlation and Logistic Regression. Major finding were as follows:

1. Cardiac rehabilitation participation rate among women with cardiovascular disease was 88.24 %.
2. Anxiety, perceived risks, and social support were significantly positively correlated with cardiac rehabilitation participation ($r_{pb} = .22, .22$ and $.46$, respectively, $p < .05$). Age and severity of disease were not correlated with cardiac rehabilitation participation ($p > .05$).
3. Age, severity of disease, anxiety, perceived risks, social support were able to predict cardiac rehabilitation participation among women with cardiovascular disease with a total correct percentage =89.10.

Field of Study : Nursing Science.....

Academic Year : 2008.....

Student's Signature

Advisor's Signature

ปาริณดา ปรีเยชอติ
11/11/2552

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมพูนุช โสภากาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ และ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจกับ ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความช่วยเหลือและความกรุณา จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชูณหปราณ ที่ให้ข้อเสนอแนะให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำ เกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัยและคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนมอบทุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คุณประเสริฐ จิระโณทัย และเจ้าหน้าที่แผนกกายภาพบำบัดและแผนกศัลยกรรมทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ตลอดจนขอขอบคุณ หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุก ท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ไชยยง นิธิไชโย โรงพยาบาลบางปะกอก 1 เป็น อย่างยิ่งที่ให้ความช่วยเหลือในเรื่องโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่ต้นจนเสร็จสิ้นการวิจัย

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่จุฑาพร สังข์สุวรรณ และนายแพทย์ วินัย ลุนพรม รวมทั้งสมาชิกทุกคนในครอบครัว ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือทุก สิ่งและส่งเสริมผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
โรคหัวใจและหลอดเลือด.....	15
การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	22
การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....	26
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิง โรคหัวใจและหลอดเลือด.....	29
บทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและ หลอดเลือด.....	40
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	45
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	46
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	47

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3. วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)	
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	50
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	63
อภิปรายผลการวิจัย.....	65
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	72
รายการอ้างอิง.....	75
ภาคผนวก.....	86
ภาคผนวก ก ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	87
ภาคผนวก ข เอกสารให้ความยินยอม	96
เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	99
ภาคผนวก ค จดหมายขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม.....	101
จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวม	
รวมข้อมูล.....	103
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรม.....	104
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	106

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม.....	51
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ และค่าต่ำสุด-สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิฐานะ การวินิจฉัยโรค และการได้รับการได้รับการผ่าตัด.....	56
3	จำนวน ร้อยละของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	58
4	จำนวน ร้อยละของความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	59
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม.....	59
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	60
7	ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ของตัวแปรทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	61
8	ผลการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด.....	62

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	45



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็นปัญหาความเจ็บป่วยและสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศต่างๆทั่วโลก จากการรายงานสถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศอังกฤษพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตเป็นอันดับแรก (American Heart Association, 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้หญิงในประเทศอังกฤษ มีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 400,000 รายต่อปี ส่วนผู้ชายมีอัตราการเสียชีวิต 350,000 รายต่อปี เช่นเดียวกันกับการรายงานของ Halm และคณะ (1999) ที่พบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น มีการตอบสนองต่อการรักษาน้อย และยังพบว่ามีการกลับเป็นซ้ำของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชาย สำหรับในประเทศไทยนั้นพบว่าการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราสูงขึ้น โดยจากสถิติในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมาคนไทยมีอัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในอันดับที่ 1-3 ของสาเหตุการตายทั้งหมดมาตลอด ซึ่งอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในปี 2547 พบว่ามีอัตรา 434 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยเป็นผู้ป่วยหญิงมากถึง 493 ต่อประชากร 100,000 ราย นอกจากนี้ จากสถิติความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดปี 2548 พบว่ามีผู้ป่วยชายในอัตรา 539 ต่อประชากร 100,000 ราย ส่วนผู้ป่วยหญิงมีอัตรา 601 ต่อประชากร 100,000 ราย และในปี 2549 มีผู้ป่วยชายอัตรา 593 ต่อประชากร 100,000 ราย ผู้ป่วยหญิงมีอัตรา 665 ต่อประชากร 100,000 ราย ล่าสุดในปี 2550 พบว่ามีผู้ป่วยชายอัตรา 679 ต่อประชากร 100,000 ราย และอัตราผู้ป่วยหญิงมากถึง 765 ต่อประชากร 100,000 ราย (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากจำนวนและตัวเลขที่ได้นำเสนอข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการรักษาและการฟื้นฟูไม่เหมาะสมเท่าที่ควรเนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีลักษณะอาการแสดงออกของโรคหัวใจอย่างชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น อาการบีบรัดหัวใจ เจ็บหน้าอก อาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย หรืออาการเหงื่อออก (Mosca et al., 1997; Sullinger, 2000; Check et al., 2003 and Tecce et al., 2003) เหตุผลอีกประการหนึ่ง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านตัวของผู้หญิงเองอาจมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดและแนวทางในการรักษา (Sullinger, 2000)

อันที่จริงแล้วการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น มีแนวทางการรักษาอยู่ด้วยกันหลายวิธี ทั้งในด้านการตรวจวินิจฉัย การรักษาด้วยยา การผ่าตัด รวมถึงการส่งเสริม ป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นไปอย่างมีคุณภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) ได้ให้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจว่าผู้ที่เป็นโรคหัวใจไม่ว่าจะรักษาด้วยยาหรือผ่านการผ่าตัดมาแล้ว รวมทั้งผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรได้รับการส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac rehabilitation) ทุกราย โดยมีองค์ประกอบคือ การประเมินทางการแพทย์ การให้คำแนะนำหรือการสั่งการออกกำลังกาย การให้ความรู้ คำปรึกษาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ มีอัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 3 ปี (Franklin, 1998 อ้างถึงใน วรมนต์ บำรุงสุข, 2548) ดังเช่นการศึกษาของ Dunn และคณะ (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจเมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สามารถลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม มีระดับคอเลสเตอรอลลดลง และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมได้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ Digenio และคณะ (1997) ได้ทบทวนวรรณกรรมจำนวน 334 บทความที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สูงสุดจากการตั้งใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการออกกำลังกายที่ดีขึ้น มีการจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ดี ลดการสูบบุหรี่ ลดระดับไขมันในเลือด ลดภาวะเครียด มีการปรับปรุงสุขภาพจิตให้ดีขึ้น และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลงด้วย

สำหรับในประเทศไทย การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยในประเทศไทยนั้นมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากในเรื่องการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่นำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีประสิทธิผลการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความเครียด เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม (นิธิวดี เมธจารย์, 2544; พัชรพร เกาว์พันธ์, 2546; ผาสุข แก้วเจริญตา, 2546; กัญหา ปานสมุทร, 2547; ทศนีย์ แดขุนทด, 2549; จินตนา จรรย์แต่, 2550) ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างแพร่หลาย เช่น โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลโรคทรวงอก ตามแนวทางของ WHO (2002) ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบในปัจจุบัน แม้ว่าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย แต่ผลการสำรวจการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจกลับพบว่าผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ปฏิเสธการเข้าร่วมในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หรือออกจากโปรแกรมก่อนครบกำหนดหรือปฏิบัติตามโปรแกรมไม่ต่อเนื่อง

(McGee et al., 1992) เนื่องจากผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องของงานบ้านและครอบครัวที่ต้องดูแล นอกจากนี้ Heid และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้หญิงและผู้ชาย พบว่าผู้หญิง 10 รายปฏิเสธการเข้าร่วม ส่วนอีก 20 รายสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ในขณะที่ผู้ชายสมัครใจเข้าร่วมทุกราย สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ศูนย์ฟื้นฟูหัวใจ สถาบันโรคทรวงอก ที่มีผู้ป่วยหญิงมาเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายหลังจากออกจากโรงพยาบาลจนถึง 12 สัปดาห์เพียงร้อยละ 60 เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยชายพบมากถึงร้อยละ 98 (สถิติผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัดทรวงอก, 2551) ดังนั้นเห็นได้ว่าถึงแม้จะมีการพัฒนาโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด หากผู้ป่วยไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิงซึ่งพบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าเพศชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาที่หลากหลาย เช่นการศึกษาของ Lieberman และคณะ (1998) ที่ได้จัดทำแบบสอบถามในผู้ป่วย 129 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และอีก 61 คนซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าต้องเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการเข้าร่วม การศึกษามุ่งเน้นไปที่แรงกระตุ้นและตัวขัดขวางซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าการส่งต่อของแพทย์เป็นจุดสำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยหญิงและผู้ป่วยชาย รองลงมาคือการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ปัญหาในเรื่องของการเดินทางที่เป็นตัวขัดขวางการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่ง ส่วนการศึกษาของ Caulin-Glaser และคณะ (2001) ในจำนวนผู้ป่วยหญิง 40 คนและผู้ป่วยชาย 40 คน พบว่าผู้หญิงได้รับการช่วยเหลือน้อยมากจากคู่มือ จากสถานบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งยังมีความรู้ไม่มากนักเกี่ยวกับการจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย และกลยุทธ์การดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าของโรคหัวใจที่จะเกิดขึ้นซ้ำในอนาคตได้ และการศึกษาของ Missik (2001) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหญิง คือ ระดับของการศึกษา การทำหัตถการหัวใจ และปัญหาการเดินทางมาเข้าร่วมโปรแกรม

ในการทบทวนวรรณกรรมนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์งานวิจัยในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา (1998-2008) และนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ผ่านมา มาจำแนกตามแนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลที่มองบุคคล (Person) หรือผู้ใช้บริการในลักษณะองค์รวมคือด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล

ประกอบด้วย อายุ ความรุนแรงของโรค (Sotile et al.,1998; Cooper et al., 2002; Clark et al, 2002; Heid et al., 2004; Mo-Kyung, 2004; Sanderson, 2005; Shanks, 2007; Yohannes et al., 2007) สถานภาพสมรส (Heid et al., 2004; Sanderson, 2005) อาชีพ ค่าใช้จ่าย (Cooper et al., 2002) รายได้ (Cooper et al., 2002; Horgan, 2007) 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า (Cooper et al., 2002; Whitmarsh et al., 2003; Sanderson, 2005; Davidson et al., 2008) การรับรู้ความเสี่ยง (Shanks, 2007) 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ระบบการครอบคลุมการประกันสุขภาพ (Sanderson, 2005) การสนับสนุนทางสังคม (Missik,1999; Heid et al., 2004; Jackson et al., 2004; Sanderson, 2005; Horgan, 2007) ปัญหาการเดินทาง (Halm et al., 1999; Thompson et al., 2000; King et al., 2001; Glaszer et al., 2002; Heid et al., 2004) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกปัจจัยเพียงบางตัวที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่เหมาะสมกับบริบทไทย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านบุคคล ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกตัวแปรด้านอายุและความรุนแรงของโรคมาเป็นตัวแปรในการศึกษา เนื่องจากอายุมีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้อายุนั้นมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าส่วนมากหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมครบ 28 วัน มีอายุตั้งแต่ 52 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่า (Sotile et al.,1998; Cooper et al., 2002; Clark et al, 2002; Sanderson, 2005; Yohannes et al., 2007) และตัวแปรด้านความรุนแรงของโรค เป็นการแสดงออกถึงภาวะสุขภาพของบุคคลที่บ่งบอกถึงความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรงของโรคสูงมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรงของโรคต่ำ (Shanks, 2007; Yohannes et al., 2007) เนื่องจากหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรงของโรคสูงมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้น้อยทำให้ตัดสินใจไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนตัวแปรด้านสถานภาพสมรส อาชีพ ค่าใช้จ่าย และรายได้ ที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากสถานภาพสมรส อาชีพ ค่าใช้จ่ายและรายได้มีความสอดคล้องกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาและจะกล่าวถึงต่อไป

ปัจจัยทางด้านจิตใจนั้น ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นภาวะคุกคามจิตใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายได้

(Spielberger, 1983) เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึก ท้อแท้ สิ้นหวัง ไม่มีสมาธิ ขาดความตั้งใจ และมีการตัดสินใจที่ผิดพลาด ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและ หลอดเลือด คือปัจจัยด้านความวิตกกังวลที่มีอยู่ในระดับสูงนั่นเอง (Cooper et al., 2002; Wyer et al., 2001; Sanderson, 2005; Davidson et al., 2008) สำหรับการรับรู้ความเสี่ยง เป็นการรับรู้ ของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เข้าได้ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าเป็นตนเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซ้ำ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม การปฏิบัติตนตามคำแนะนำหรือมีการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการรักษา (Janz and Becker, 1984) ดังเช่นการศึกษาของ Shanks (2007) ที่พบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการรับรู้ความเสี่ยง ของการเกิดโรคหัวใจซ้ำ มีการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าหญิงโรคหัวใจและ หลอดเลือดที่มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจซ้ำน้อย ส่วนตัวแปรด้านความเครียด และ ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยไม่ได้นำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากความวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้านั้นเป็นภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้ทุกรายและมีความ เกี่ยวข้องกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเครียดและภาวะซึมเศร้านั้นไม่ม ีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ระยะเวลาที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ (Bengt, 2000; Davidson, 2008)

นอกจากนี้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจได้แก่ การสนับสนุนทางด้านสังคม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าคู่สมรสและบุคคล ใกล้ชิดในครอบครัวมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนหญิงที่ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เข้า ร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากบุคคลใกล้ชิดเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้ ความไว้วางใจและพร้อมที่จะปฏิบัติตาม นอกจากนี้การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินคุณค่า (House, 1981) รวมทั้งเพื่อนร่วมงาน และเพื่อน บ้าน ก็เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การสนับสนุนการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและ เป็นเครือข่ายทางสังคมได้เช่นกัน (Missik, 1999; Heid et al., 2004; Jackson et al., 2004; Sanderson, 2005; Horgan, 2007) ส่วนตัวแปรระบบการครอบคลุมการประกันสุขภาพ ที่ผู้วิจัย ไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่รับการรักษาใน โรงพยาบาลของรัฐจะได้รับการครอบคลุมการประกันสุขภาพทุกราย เช่น ระบบ 30 บาท หรือ ประกันสังคม และตัวแปรปัญหาการเดินทางที่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาเนื่องจาก การออกกำลังกาย ด้วยการเดินที่บ้านเป็นการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยเดินขณะอยู่ที่บ้านและให้ลงบันทึกในแบบ

บันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินทุกวัน ดังนั้นปัญหาการเดินทางจึงไม่เกี่ยวข้องกับในการวิจัยครั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแทบทั้งสิ้น แต่จากการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรดังกล่าวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ งานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ หรือปฏิบัติตามการรักษา โดยจะมีความแตกต่างกันไปตามกลุ่มโรค เช่น เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนและส่งเสริมให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและร่างกาย และได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสูงสุดต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำถามการวิจัย

1. การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และ

การสนับสนุนทางสังคม มีความสามารถในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดหรือไม่ อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่ง Cahill (1996) ได้ให้ความหมายของการเข้าร่วม (Participation) ไว้ว่า เป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพหรือการกระทำและการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งมีความหมายแตกต่างจากการปฏิบัติตาม (Compliance) ที่หมายถึง การทำตามคำสั่ง เชื่อฟังคำสั่ง ซึ่งสะท้อนความไม่เสมอภาคในบทบาทด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ส่วนการไปร่วม (Attendance) หมายถึง การเข้าไปมีกิจกรรมตามการรักษา จากความหมายดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วม (Participation) นั้นสะท้อนบทบาทของผู้รับบริการในลักษณะเชิงรุก (Active role) ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องใช้เวลาในการรักษานานประกอบกับถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความสนใจ หรือใส่ใจในการดูแลตนเองด้วยแล้วจะสามารถทำให้โรคกลับเป็นซ้ำได้ ตามแนวทางของ WHO (2002) ที่ได้แนะนำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกรายเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนี้เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามรูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจซึ่งประกอบด้วย การประเมินทางการแพทย์ การให้คำแนะนำ การให้ความรู้และคำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิต และการออกกำลังกาย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างมีแบบแผนเพียงส่วนเดียวมาประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ทั้งนี้เนื่องจากการเดินเป็นองค์ประกอบหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 2 และเป็นโปรแกรมที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปปฏิบัติขณะที่อยู่ที่บ้าน ดังนั้นจึงเป็นส่วนที่สำคัญของการประเมินว่าเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านแล้วนั้นผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายขณะที่อยู่ที่บ้านหรือไม่ ส่วนองค์ประกอบอื่น เช่น การประเมินทางการแพทย์ การให้คำแนะนำ การให้ความรู้และคำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตนั้น ผู้ป่วยได้รับจากการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นระยะผู้ป่วยในเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ส่วนการคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนี้ยังไม่มีแนวคิดใดที่ระบุปัจจัยไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้กรอบแนวคิดเชิงมโนทัศน์ (Conceptual Framework) จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เนื่องจากปัจจัยหลักทั้ง 3 ด้านนี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นส่วนประกอบสำคัญของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เป็นส่วนประกอบและมีความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เช่น อายุ และความรุนแรงของโรค ที่ได้คัดเลือกตัวแปรด้านอายุและความรุนแรงของโรคมาศึกษา เนื่องจาก บุคคลทุกคนต้องมีการดำเนินไปของชีวิต ทำให้เห็นว่าแต่ละช่วงอายุนั้นมีความสำคัญที่แตกต่างกันไป ส่วนความรุนแรงของโรคนั้น บุคคลทุกคนเมื่อรับรู้ว่าตนเองมีความเจ็บป่วยระดับรุนแรงจะให้ความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไปเช่นกัน

อายุ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมอย่างสมบูรณ์ ส่วนมากจะมีอายุตั้งแต่ 52 ปีขึ้นไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่า (Sotile et al., 1998; Cooper et al., 2002; Clark et al, 2002; Heid et al, 2004) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Yohannes และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุมาก มีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sanderson และคณะ (2005) ที่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และพบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสมบูรณ์จะมีช่วงอายุเฉลี่ยตั้งแต่ 62-73 ปีขึ้นไป ส่วนช่วงอายุตั้งแต่ 20-45 ปี จะมีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่า จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุมากจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ความรุนแรงของโรค เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆของบุคคลซึ่งบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ โดยความรุนแรงของโรคจะทำให้บุคคลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพลดลง เช่นการศึกษาของ Shanks (2007) ที่แสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็คือ ความรุนแรงของโรค โดยพบว่าผู้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรงของโรคในระดับสูงเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าผู้หญิงที่มีความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yohannes (2007) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 189 รายที่ได้รับการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจหลังจากออกจากโรงพยาบาล 8 สัปดาห์ และพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความรุนแรงของโรคสูงเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยกว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่

มีความรุนแรงของโรคต่ำ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ปัจจัยด้านจิตใจ เป็นส่วนประกอบที่เป็นแรงผลักดันที่สำคัญของมนุษย์ทุกคนที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ เนื่องจากมนุษย์ทุกคนจะต้องมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจไปพร้อมกัน จึงจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี ดังนั้นในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงได้คัดเลือกตัวแปรความวิตกกังวล และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมาศึกษา

ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่แรกเกิด และมีความต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ความวิตกกังวลนั้นเป็นอารมณ์ที่มีความสลับซับซ้อนภายในบุคคล มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่มาคุกคามตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลแล้วเกิดความรู้สึกที่ไม่สบายขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ความคิด และจิตใจ ดังเช่นที่ Spielberg (1970) ได้กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น ถูกคุกคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้น ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ ความคิด การเรียนรู้ การตกลง และการตัดสินใจขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ เช่นการศึกษาของ Yohannes และคณะ (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง ไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลสูง มีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลต่ำ ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การรับรู้ความเสี่ยง เป็นการรับรู้ของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองมีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำหรือมีการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการรักษา (Janz and Becker, 1984) ดังเช่นการศึกษาของ Shanks (2007) ที่พบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง มีการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 100 ราย และพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนการศึกษาของ

Mirotznik และคณะ (1995) พบว่าผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำสูงให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้นด้วย ดังนั้นเห็นได้ว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากบุคคลหนึ่งจะดำรงชีวิตอยู่ได้ จะต้องประกอบไปด้วยปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้คัดเลือกตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคล โดย House (1981) ได้กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนทางด้านสังคมคือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยมีการช่วยเหลือกันทั้งทางด้าน การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) โดยถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพตามรูปแบบของการดูแลรักษาได้ ดังเช่นการศึกษาของ Cooper (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้น ส่วนการศึกษาของ King (1997) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพหัวใจและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ McSweeney (2001) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

จากข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

6. อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยงของโรค และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มีประสิทธิภาพ

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังออกจากโรงพยาบาลที่ได้รับคำแนะนำและการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังออกจากโรงพยาบาลที่ได้รับคำแนะนำและการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรต้น คือ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม

3.2 ตัวแปรตาม คือ การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ในงานวิจัยนี้เป็นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ใช้ในการปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดิน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease: ASHD) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease: RHD) โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจโต บาง และอ่อนแรง (Dilated Cardio Myopathy: DCM) หรือกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว (Hypertrophic Cardio Myopathy: HCM) โรคเยื่อหุ้มหัวใจผิดปกติ และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) รวมถึงหญิงที่เคยผ่านการทำหัตถการหัวใจมาแล้วทุกชนิดที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและได้รับการนัดติดตามผลการรักษาภายหลังจากออกจากโรงพยาบาล 12 สัปดาห์

การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดินตามรูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยที่ผู้ป่วย

เป็นผู้ตัดสินใจและประเมินตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน ซึ่งแบบบ้านที่การออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านนำมาจาก กัณฑา ปานสมุทร (2547) เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยต้องออกกำลังกายที่บ้านตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสัปดาห์ละ 7 วัน วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ได้ครบตามกำหนดของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้าน ในการศึกษาเป็นการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จัดเป็นสองกลุ่มคือเข้าร่วมครบตามเกณฑ์กับเข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด นับถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ได้ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งความรุนแรงของโรคนี้ประเมินจากแบบวัดความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association function classification [NYHA class]; Adams et al., 1998; Haugh et al., 1999) ซึ่งผู้วิจัย นำมาจาก จันทรจิรา เกียรติสีสกุล (2547)

ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ วิตก ตึงเครียด ซึ่งเกิดจากการประเมินของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าเหตุการณ์นั้นๆ กำลังคุกคามทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจและการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีความแตกต่างกันตามระดับความรู้สึกนั้นๆ ของแต่ละบุคคล การประเมินความวิตกกังวลนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของสุรีย์พร เทพอมรเดช (2546) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Spielberg (1970)

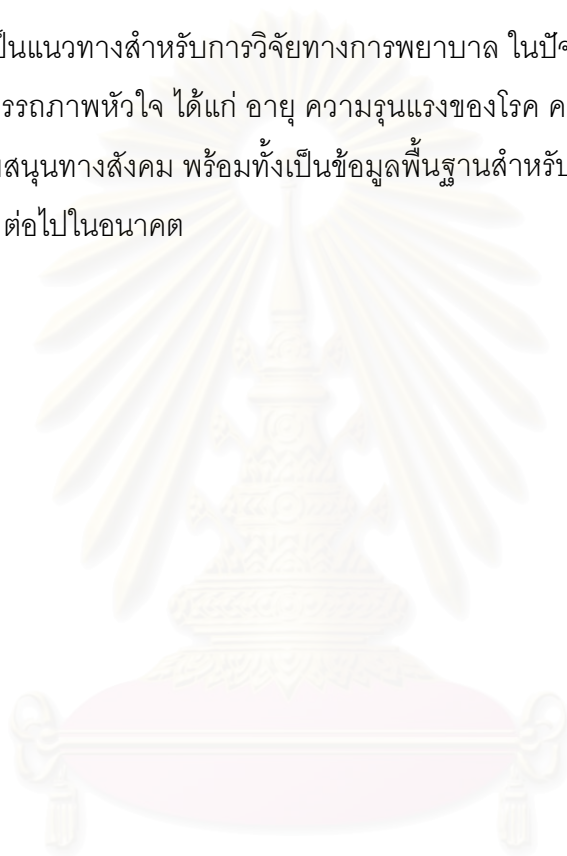
การรับรู้ความเสี่ยง หมายถึง เป็นการรับรู้ของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของระพีณ ผลสุขและนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดของ Becker (2002)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงการได้รับความช่วยเหลือและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ซึ่งวัดได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่แปลมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย Logsdon และคณะ (1994) โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยการนำปัจจัยด้านอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนด้านสังคม และการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาเป็นส่วนร่วมในการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้มากยิ่งขึ้น

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคม พร้อมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำวิจัยทางการพยาบาล ในปัจจัยด้านอื่นๆ ต่อไปในอนาคต



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งศึกษาความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 พยาธิสภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.5 แนวทางการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.6 ผลกระทบของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac Rehabilitation Participation)
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 การประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 ความรุนแรงของโรค
 - 4.3 ความวิตกกังวล
 - 4.4 การรับรู้ความเสี่ยง
 - 4.5 การสนับสนุนทางสังคม
5. บทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด
6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด

1.1 ความหมาย

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือกลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิต หมายถึง กลุ่มโรคที่มีพยาธิสภาพใดๆ ก็ตามต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดทั่วร่างกาย ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง รวมทั้งหลอดน้ำเหลืองต่างๆ ประกอบด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (Ischaemic Heart Disease: IHD) โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease: ASHD) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคลิ้นหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease: RHD) โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจโต บาง และอ่อนแรง (Dilated Cardio Myopathy: DCM) หรือกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัว (Hypertrophic Cardio Myopathy: HCM) โรคเยื่อหุ้มหัวใจผิดปกติ และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac Arrhythmia) (Sweitzer & Douglas, 2002 Cited in Braunwald's, 2002) โดยโรคที่พบบ่อยในผู้หญิงได้แก่ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัว (Atherosclerotic Heart Disease, ASHD) (Wenger, 2002)

1.2 พยาธิสภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด (Sweitzer & Douglas, 2002 Cited in Braunwald's, 2002)

โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เป็นความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งระบบไหลเวียนโลหิตประกอบด้วยระบบที่สำคัญ 2 ระบบ คือ ระบบหัวใจและระบบหลอดเลือด ทั้ง 2 ระบบนี้จะทำงานเกี่ยวข้องกัน โดยหัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดแดงให้ไหลไปตามหลอดเลือดแดง และเข้าสู่หลอดเลือดฝอยเพื่อส่งไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกาย หลังจากนั้นจะไหลกลับเข้าสู่หัวใจทางหลอดเลือดดำผ่านหัวใจไปยังปอดเพื่อแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ และไหลกลับเข้าสู่หัวใจอีกครั้ง หากมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ หรือมีความบกพร่องของโครงสร้างของหัวใจและหลอดเลือดจะส่งผลกระทบต่อระบบไหลเวียนโลหิตก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อย มีดังนี้

- 1) โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction)
- 2) การสูบฉีดเลือดไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure)
- 3) การอักเสบและการติดเชื้อของหัวใจ (Inflammatory and infection heart

disease) ได้แก่ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) เยื่อหุ้มหัวใจชั้นในของหัวใจอักเสบ (Endocarditis) โรคหัวใจรูมาติก (Rheumatic heart disease)

4) ความบกพร่องในการทำงานของลิ้นหัวใจ (Inadequate valve function) ได้แก่ ลิ้นหัวใจตีบ (Stenosis) หรือการทำงานไม่เพียงพอ เช่น ลิ้นไมทรัล (Mitral valve) ลิ้นเอออร์ติค (Aortic valve) ลิ้นไตรคัสปิด (Tricuspid valve) เป็นต้น

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจและหลอดเลือดในเพศหญิงส่วนใหญ่ที่พบได้แก่

1.3.1 อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) ซึ่งเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น หมายถึง หลอดเลือดหัวใจนั้นถูกอุดตันถึงร้อยละ 50-70 แล้ว (วิยะดา ศรีมาตา, 2539) อาการของการเจ็บหน้าอกนั้นมีการแสดงที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้แตกต่างกันออกไป เช่น ความรู้สึกไม่สบายภายในทรวงอก หายใจไม่อิ่ม หรือมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนมีอะไรมากดทับ ซึ่งรู้สึกเจ็บบริเวณด้านหลังของกระดูกหน้าอก และอาจมีอาการร้าวไปที่กราม ไหล่ หรือแขน โดยมีระยะเวลาการเจ็บประมาณ 30 นาที ในระยะแรกอาการเจ็บหน้าอกในผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจอาจจะไม่มีอาการหรือมีอาการที่คล้ายคลึงกับโรคอื่น เช่น อาการเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ผู้หญิงเข้าใจว่าไม่ใช่โรคหัวใจ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น จากการศึกษาของ Kannel (2002) พบว่าลักษณะการเกิดอาการเจ็บหน้าอกลักษณะเช่นนี้พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 25

1.3.2 ภาวะหัวใจขาดเลือดแบบเงียบ (Silent myocardial ischemia) เป็นอีกภาวะหนึ่งที่สามารถพบได้ในผู้หญิงถึงร้อยละ 50 (Kannel, 2002) โดยเฉพาะผู้หญิงที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัว จะทำให้มีภาวะของหัวใจขาดเลือดแบบเงียบเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เกิดเนื่องจากน้ำตาลในกระแสเลือดทำลายปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้ไม่รู้สึกลักษณะอาการเจ็บหน้าอก และจะรู้สึกอาการต่อเมื่อมีอาการรุนแรงเท่านั้น ภาวะหัวใจขาดเลือดแบบเงียบนี้ จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอกชัดเจน จะมีอาการชัดเจนเมื่อมีความผิดปกติที่รุนแรงแล้ว อาการที่แสดงอาจเป็นแค่ความรู้สึกอึดอัด หรือเป็นอาการของอาการเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งอาการแสดงของโรคที่เกิดขึ้นนั้นคล้ายกับโรคอื่น เช่น อาการเจ็บหน้าอกจากความวิตกกังวล อาการเจ็บหน้าอกจากสาเหตุจากทางเดินอาหาร หรือมาจากระบบหายใจ อาการที่คล้ายกับโรคอื่นนี้เองที่บางครั้งเป็นสาเหตุให้ผู้หญิงบางคนที่มีอาการเจ็บหน้าอกจากการเป็นโรคหัวใจจริง แปลความหมายอาการของโรคผิด และอาจได้รับการวินิจฉัยผิดพลาดทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ชายมักได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมากกว่าผู้หญิง อีกทั้งผู้หญิงเองยังขาดความตระหนักในโรคหัวใจและหลอดเลือด (Clark, 1995) โดยที่ผู้หญิงส่วนมาก

จะกังวลเกี่ยวกับมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกมากกว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด (Wenger, 2002) ดังนั้นเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้นจึงไม่คิดว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ

1.3.3 ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction: MI) พบว่าร้อยละ 90 ของการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เกิดเนื่องจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันฉับพลัน ซึ่งภาวะนี้ทำให้หัวใจเสียคุณสมบัติในการบีบตัวและคุณสมบัติทางไฟฟ้า นำไปสู่ภาวะการเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง เกิดภาวะหัวใจวาย ช็อค และเสียชีวิตในที่สุด อาการที่เกิดขึ้นจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายนี้ จะมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างรุนแรงและเกิดทันทีทันใด ไม่สามารถบรรเทาโดยการใช้น้ำหรือหยุดพัก มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด เหงื่อออก หน้าซีด ตัวเย็น ความดันโลหิตต่ำร่วมด้วย มักมีอาการเจ็บมากกว่า 30 นาที บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่าเจ็บหน้าอก ทำให้ผู้ป่วยนึกเข้าใจว่าอาหารไม่ย่อย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรักษาตนเองด้วยการรับประทานยาโรคกระเพาะ หรือยาลดกรด โดยไม่ได้นึกถึงโรคหัวใจ ส่งผลให้การดำเนินของโรคเพิ่มมากขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ยากแก่การรักษา (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ และคณะ, 2539)

1.4 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Fixed, non-modifiable risk factors) กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (Major modifiable risk factors) และกลุ่มปัจจัยส่งเสริม (Other factors) (Pate et al., 1995)

1.4.1 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขไม่ได้ (Fixed, non-modifiable risk factors)

1.4.1.1 อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและทำให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิง ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุมากกว่า 65 ปี (Christensen et al., 2003) และจากการศึกษาของ ศุภชัย ไชยธีระพันธ์ (2541) พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มมากขึ้นในกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นต้น

1.4.1.2 ประวัติในครอบครัว ผู้ที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดาหรือพี่น้องเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนอายุ 50 ปี มีโอกาสเกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ง่าย จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมมากขึ้น (Jamrozik, 2004)

1.4.1.3 เชื้อชาติและพันธุกรรม บุคคลที่มีบิดามารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีโอกาสเกิดโรคได้สูง โดยปัจจัยทางด้านพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดสูง เบาหวาน และอ้วนมาก ส่วนปัจจัยทางด้านเชื้อชาติ พบว่า เชื้อชาติทางแถบตะวันออกกลางมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากกว่า (Asplud, 2004)

1.4.1.4 เพศ จากการทบทวนสถิติของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

พบว่าเพศชายนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่าเพศหญิง แต่ในระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา กลับพบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน เพศหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ได้รับอิทธิพลมาจาก ตะวันตก การมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และการขาดการออกกำลังกายมากขึ้นในเพศหญิง เป็นต้น ส่งผลให้เพศหญิงมีอัตราการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้น (Kannel, 2002)

1.4.2 กลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่แก้ไขได้ (Major modifiable risk factors)

กลุ่มปัจจัยเสี่ยงนี้เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะมีความเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับหรือลดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้จะสามารถป้องกัน และลดโอกาสเจ็บป่วยจากการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ ได้แก่

1.4.2.1 การเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูง จากการรายงานของ Sadowsky (2001) พบว่าบุคคลที่มีความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าบุคคลปกติถึง 2 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Gueyffier (1997) ที่พบว่า การเจ็บป่วยของผู้หญิงด้วยภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชาย เนื่องจาก ผู้หญิงมีช่วงอายุที่ยืนยาวกว่าผู้ชาย

1.4.2.2 การสูบบุหรี่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 1 ใน 5 ของผู้ที่ เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีประวัติการสูบบุหรี่แทบทั้งสิ้น (Sadowsky, 2001) ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 2- 3 เท่า และยังพบอีกว่าผู้ป่วยสูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 6.5 เท่า และยังส่งผลให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีและหัวใจเต้นผิดจังหวะ รวมทั้งก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (Jamrozik, 2004)

1.4.2.3 การมีภาวะไขมันในกระแสเลือดสูง ระดับไขมันในกระแสเลือด ในผู้หญิงนั้นส่งผลต่อระดับฮอร์โมนและการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของผู้หญิง ผู้หญิงที่มีอายุน้อยจะมีระดับไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein, HDL) อยู่จำนวนมาก ส่วนระดับไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low-density lipoprotein, LDL) มีอยู่จำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชายที่มีอายุเท่ากัน (Larosa, 2002 and NCEP, 2002) เมื่อผู้หญิงอายุมากขึ้น ระดับของไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein, HDL) จะลดลง ส่วนระดับไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low-density lipoprotein, LDL) จะเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้หญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น (Bittner, 2002)

1.4.2.4 การขาดการออกกำลังกาย ถึงแม้ว่าการขาดการออกกำลังกาย

จะไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยตรง แต่พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงอื่นและแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การประกอบอาชีพที่ไม่ได้ออกกำลังกายจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง การออกกำลังกายแบบแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เนื่องจากสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มระดับของไขมันชนิดความหนาแน่นสูง (High-density lipoprotein, HDL) และลดระดับของไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ (Low-density lipoprotein, LDL) ลดน้ำหนัก ลดระดับความดันโลหิต ลดระดับความเครียด และรับรู้ถึงภาวะที่มีสุขภาพดี (Christensen et al., 2003)

1.4.3 กลุ่มปัจจัยส่งเสริม (Other factors)

1.4.3.1 โรคอ้วน ความอ้วนสร้างภาระให้กับหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เพื่อเพิ่มอัตราการส่งออกของหัวใจไปยังส่วนต่างๆของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และส่งผลไปยังอวัยวะส่วนปลายได้เพียงพอ (Stone, 2002) จากการศึกษาของ Sadowsky (2002) พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็นนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีความสัมพันธ์กับไขมันที่สะสมของร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4.3.2 โรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวเร่งให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึง 2-4 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะก่อให้เกิดการทำลายเยื่อชั้นในของหลอดเลือดหัวใจและมีการรวมตัวของเกร็ดเลือดเร็วกว่าปกติ อันเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจตามมา (Aronson et al., 2002)

1.4.3.3 ความเครียด ผู้ที่มีความเครียดมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเมื่อมีความเครียดร่างกายจะมีการตอบสนองโดยการหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamines) มีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีการทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจและเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด (Christensen et al., 2003)

1.4.3.4 บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเอ ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบเอจะมีลักษณะที่มีความเครียดมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ก้าวร้าว ชอบการแข่งขัน มีความสมบูรณ์แบบในตัวเอง ชอบการบังคับบุคคลอื่น และมีความไวต่อความรู้สึก ซึ่งลักษณะดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ทั้งสิ้น และเมื่อมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องเช่น อายุ ระดับไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก็ส่งผลมากขึ้นไปด้วย (Jamrozit, 2004)

1.4.3.5 ฮอริโมนเอสโตรเจน เช่นการรับประทานยาคุมกำเนิด พบว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ยังไม่ชัดเจน (Christensen et al., 2003)

1.5 แนวทางการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นจุดประสงค์หลักในการรักษาคือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้มากที่สุดและเพื่อลดภาระงานของห้องหัวใจเพื่อลดความรุนแรงของโรคลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายและลดอัตราการเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ การรักษาทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้

1.5.1 การรักษาด้วยการใช้ยา การรักษาด้วยยา แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือยาที่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างฉับพลัน และยาที่ใช้บรรเทาอาการได้แก่ ยาในกลุ่มไนเตรท ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกควรให้ยาไนโตรกลีเซอรีนขนาด 5 มิลลิกรัม รับประทานอย่างรีบด่วน เพราะยาจะออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดดำส่วนปลาย ช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดและช่วยเพิ่มปริมาณเลือดในหลอดเลือดข้างเคียง (Collateral) สามารถลดอาการแน่นหน้าอกได้ภายใน 1-5 นาที ในกรณีที่ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อหัวใจตาย ควรให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombotic therapy) เช่น ยา Streptokinase, t-PA ภายในเวลา 6 ชั่วโมงแรกหลังจากมีอาการ จะช่วยลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ การใช้ยากกลุ่มต้านเบต้าอะดรีเนอร์จิก (Beta-Adrenergic blocking agent) ร่วมด้วยมีผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันซิสโตลิก และการบีบตัวของหัวใจลดลงช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำและการตายอย่างกะทันหันของผู้ป่วย (Lock, 1996)

นอกจากนี้ ยาที่นิยมใช้คือยาต้านการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด (Platelet Antagonists) ได้แก่ ยาแอสไพรินขนาด 300 มิลลิกรัม เคี้ยวและกลืนทันที และให้ขนาด 150 มิลลิกรัมในวันต่อไป ให้รับประทานวันละครั้งหรือวันเว้นวัน ช่วยลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและการเสียชีวิตได้ร้อยละ 50 (ชาญวิทย์ รุ่งศรีทอง, 2544) และในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดสูง การให้ยา Simvastatin พบว่า สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึงร้อยละ 30 และลดอัตราการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำได้ร้อยละ 42 (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2543)

1.5.2 การรักษาโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วย

1.5.2.1 การเปิดขยายหลอดเลือดด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใส่บอลลูนเข้าไปขยายหลอดเลือดบริเวณที่มีการตีบหรืออุดตัน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA) เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ตามเดิม เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันได้เร็ว ทำในกรณีที่มีการอุดตันอย่างชัดเจนของเส้นเลือดแดงใหญ่ที่อยู่

บนผิวของหัวใจ (Major epicardial arteries) หนึ่งเส้นหรือมากกว่า ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดบริเวณที่มีการอุดตันไม่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานและมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการใช้ยาละลายลิ่มเลือด

1.5.2.2 การใส่โครงตาข่าย (Coronary stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายซึ่งเป็นตะแกรงโลหะมีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปใส่เข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบวิธีการทำคล้ายกับการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ต่างกันเพียงแต่จะมีการฝังโครงตาข่ายอยู่ในหลอดเลือดแดง ซึ่งการใส่โครงตาข่ายจะช่วยป้องกันการตีบซ้ำได้ โดยอัตราการตีบซ้ำลดลงจากร้อยละ 75.7 เหลือร้อยละ 21.2 (อภิชาติ สุคนธ์สรรพ และศรีนต์ ควรประเสริฐ, 2546)

1.5.2.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft: CABG) วิธีนี้เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งในการรักษา เป็นวิธีการที่ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพดั้งเดิม การผ่าตัดจะทำในผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดแดงใหญ่ด้านซ้ายมากกว่าร้อยละ 50 หรือผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้นอย่างรุนแรงและการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ผลในระยะยาวพบว่า ผู้ป่วยหลังได้รับการทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 98 มักกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก (ปิ่นชนี ซาตินุรุช, 2546)

1.5.2.4 การทำผ่าตัดโรคลิ้นหัวใจชนิดต่างๆ เช่น การผ่าตัดขยายลิ้น (Valvular repair) หรือการถ่างขยายลิ้นไมทรัลตามลักษณะพยาธิสภาพด้วยบอลลูนที่สอดผ่านทางหลอดเลือดดำที่ผิวหนัง (Percutaneous Trans Mital Commissurotomy: PTMC) ซึ่งจะทำให้มีรูเปิดน้อยกว่า 1.0 ตารางเซนติเมตรต่อพื้นที่ผิวร่างกาย 1 ตารางเมตร ในรายที่ลิ้นพิการมากไม่สามารถซ่อมได้จะทำการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valvular replacement)

1.6 ผลกระทบของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และครอบครัวของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1.6.1 ด้านร่างกาย ผลกระทบทางด้านร่างกายของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่มิสาเหตุเนื่องจากพยาธิสภาพที่รุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้อย่างเพียงพอ และอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง

1.6.2 ด้านจิตใจ อารมณ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้อวัยวะ ทрудโทรมและความสามารถทางด้านร่างกายลดลง ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าได้ (McSweeney, 2003)

1.6.2 ด้านสังคม จากภาวะของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลา นานและต่อเนื่อง ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัว หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วย หญิงกลุ่มนี้มักจะคิดว่าตนเองเป็นภาระของบุคคลอื่น อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งไม่สนใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพด้วย (Runion, 1985)

1.6.3 ด้านเศรษฐกิจและครอบครัว การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานทำให้ สูญเสียรายได้ของครอบครัว อีกทั้งบทบาทของสมาชิกครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปในสังคม ปัจจุบันซึ่งหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจต้องรับบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งต้อง รับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก และในขณะที่เจ็บป่วยอาจต้องหาผู้ดูแลหรือผู้ที่ จะมารับหน้าที่ทำงานบ้านแทน (Moulton, 1995)

จะเห็นได้ว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหญิงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว สิ่งที่จะช่วยลดผลกระทบของโรคต่อผู้ป่วย และ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยหญิงจะต้องปฏิบัติโดยเร็วที่สุดควบคู่ไปกับการรักษาซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น อย่างยิ่งคือการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการ ส่งเสริมศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตทั้ง ทางด้านส่วนตัว ครอบครัว และสังคมได้อย่างดีและรวดเร็วที่สุด โดย WHO (2002) ได้ให้คำจำกัด ความของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไว้ว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่รวมกันแล้วสามารถทำให้ผู้ป่วย โรคหัวใจมีความมั่นใจในการกลับสู่สภาพที่ใกล้เคียงปกติทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมเพื่อให้ ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม และมีการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าและคุณภาพ จุดประสงค์หลักคือ สร้างนิสัยใน การออกกำลังกาย ลดหรือเลิกปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ ลดความเครียด ช่วยเพิ่มความสามารถใน การทำกิจกรรม โดยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมายืนยันประโยชน์ของการฟื้นฟู สมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนี้

1. ในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการขยายหลอดเลือด (Percutaneous coronary intervention)

ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้ผ่านกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จะทำให้มี สมรรถภาพร่างกายที่ดีขึ้น ลดระดับไขมันในเลือด ลดอัตราการเกิดอาการและการเข้ารับรักษาตัวใน

โรงพยาบาล การมีระบบการควบคุมประสาทอัตโนมัติที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Hambrecht et al., 2000)

2. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Chronic Heart Failure) เมื่อผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าได้ประโยชน์โดยไม่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวแย่ลง การออกกำลังกายสามารถลดความเหนื่อยล้าในการทำกิจกรรมได้ โดยผลทางสรีรวิทยาที่สำคัญ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งส่วนกลางและส่วนปลาย (Central and peripheral mechanism) (Hambrecht et al., 2000) โดยผลของส่วนกลางเกิดจากการเพิ่มเลือดออกจากหัวใจสูงสุด (Peak cardiac output) ควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ (Heart rate) รวมถึงปริมาณเลือดในการบีบตัวแต่ละครั้ง (Stroke volume) ส่วนผลส่วนปลายเกิดจากการปรับการขยายตัวจากการเพิ่มแรงไหล (Flow-mediated vasodilatation) เพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อในการใช้ออกซิเจน เพิ่มการควบคุมของระบบประสาท และลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก

3. ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและลิ้นหัวใจ (Heart and valvular transplantation) ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาหลายประการทั้งภาวะเรื้อรังก่อนผ่าตัด จากการศึกษาของ Kobashigawa และคณะ (1999) พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยให้ผลทางสรีระต่างๆ ดีขึ้น ไม่ว่าจะความสามารถในการทนความล้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 – 50 โดยเป็นผลจากส่วนกลางคือ การเพิ่มอัตราเลือดจากหัวใจ (Cardiac output) หรือส่วนปลายได้แก่ การเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อ การเพิ่มปริมาณของกล้ามเนื้อ การลดของปริมาณไขมัน

ระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะผู้ป่วยใน (Phase I: Inpatient phase) เป็นระยะเริ่มต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เป้าหมายของการฟื้นฟูใน ระยะนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายในระดับเบาได้โดยเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยลดความวิตกกังวล ลดความเครียดของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่ใช้แรง หรือทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในการช่วยเหลือตนเอง สามารถทำกายบริหาร และออกกำลังกายตามคำแนะนำเมื่อกลับบ้านได้อย่างมั่นใจ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ประกอบด้วย

1. กิจกรรมซึ่งเป็นกิจวัตรประจำวัน (Self care or activity of daily

living, ADL) เริ่มจากระดับพลังงานต่ำๆ และสูงขึ้น เช่น เริ่มด้วยการไขหัวเตียงสูง ต่อด้วยการฝึกนั่งด้วยระยะเวลาที่นานขึ้น การฝึกนั่งข้างเตียง นั่งทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน และใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

2. กายบริหาร (Calisthenic exercise) คือการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ เริ่มจากข้อเล็กๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ซึ่งใช้พลังงานต่ำๆ ต่อเนื่องด้วยข้อที่ใหญ่ขึ้น เช่น คอ ไหล่ สะบัก ซึ่งใช้พลังงานสูงขึ้น การเคลื่อนไหวกระทำต่อเนื่องกัน ไม่เกร็งค้าง ไม่กลั่นหายใจขณะกระทำ

3. การเดินออกกกำลังกาย เป็นการออกกกำลังกายที่กระทำได้ง่าย และช่วยเสริมให้ผู้ป่วยประกอบกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีต้องใช้อุปกรณ์ช่วยและที่สำคัญเป็นการเรียนรู้โปรแกรมการเดินออกกกำลังกายที่บ้านด้วยตนเองอย่างแท้จริง การเดินออกกกำลังกายใช้การกำหนดระยะทางที่ไกลขึ้นในครั้งต่อไป เช่น เมื่อผู้ป่วยยืนได้ดีแล้วจึงเริ่มเดินรอบเตียง เดินเข้าห้องน้ำ เดินภายในหอผู้ป่วย 15-25 เมตร ไปกลับแล้วเพิ่มระยะทางเป็นนาที่ เป็นเวลา 2-4 ครั้งต่อวัน

4. การให้คำปรึกษา และคำแนะนำ (Counseling and education) จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักโรคที่เป็น วิธีการปฏิบัติตนเบื้องต้น อาจใช้เครื่องช่วยสอน เช่น วีดีโอเทป ซีดี แผ่นพับให้ความรู้เรื่องต่างๆ คำแนะนำที่ให้ในเรื่องต่างๆ เช่น การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมอาหาร การดูแลแผลผ่าตัดที่หน้าอก และการพักผ่อน เป็นต้น

ระยะที่ 2 ระยะผู้ป่วยนอก (Phase II: Outpatient phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกโดยที่ผู้ป่วยทุกรายที่จะเข้าระยะที่ 2 นี้ ต้องได้รับการตรวจสมรรถภาพปอดและหัวใจ (Exercise test) และผ่านการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหัวใจและหลอดเลือดแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามการออกกกำลังกาย ความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยควรอยู่ที่ระดับ 1-2 (AACPR, 1999) ซึ่งจะใช้เวลาในการฝึกประมาณ 8-12 สัปดาห์ โดยในระยะ 6 สัปดาห์แรกผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูให้เข้าสู่สภาพปกติของชีวิตประจำวันโดยไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนต่อหัวใจ ส่วนในสัปดาห์ที่ 7-12 จะเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีความหนัก (Intensity) มากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงและหัวใจสามารถใช้งานได้ดีขึ้น (จัสสุยา จิตประไพ และภาวิศ วงศ์แพทย์, 2536) ฉะนั้นโดยรวมแล้วการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่สองนี้ มีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำงาน การประกอบกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ดังเดิม องค์ประกอบของการฟื้นฟูในระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1. การออกกกำลังกาย ในระยะนี้จะเน้นการออกกกำลังกายแบบแอโรบิค

เช่น การเดินในแนวราบ การเดินบนสายพานเลื่อน การวิ่ง การปั่นจักรยาน การออกกำลังกายในท่าต่างๆ ความถี่ในการออกกำลังกายประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยควรออกกำลังกายด้วยวิธีใดขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง และสถานที่ในการออกกำลังกาย ส่วนความหนักเบาของการออกกำลังกายนั้นแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะเป็นผู้พิจารณา ส่วนการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง จะแบ่งออกเป็น 3 ช่วง คือการอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกายและการผ่อนคลาย โดยจะเริ่มจากการอบอุ่นร่างกายก่อนประมาณ 5-10 นาที เพื่อช่วยให้ร่างกายค่อยๆ มีการปรับระบบการไหลเวียนของโลหิต จากนั้นจึงเข้าสู่การออกกำลังกายทำโดยให้ผู้ป่วยเดินให้ได้ตามโปรแกรมที่กำหนดให้ นั่นคือในการเดินแต่ละครั้งจะใช้อัตราการเต้นของหัวใจ เป้าหมายเป็นตัวกำหนดความหนักเบาของการออกกำลังกาย (Intensity) โดยให้ผู้ป่วยจับชีพจรที่ข้อมือตนเอง ในช่วงที่รู้สึกว่าจะเหนื่อย ออกกำลังกายจนเหนื่อยมากแล้วโดยให้เดินจนกว่าจะจับชีพจรได้เท่ากับชีพจรเป้าหมายที่กำหนด แต่ถ้ารู้สึกว่าจะเดินไม่ไหวแล้วหรือถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก เหนื่อยมาก หรืออาการผิดปกติอื่นๆ ก็ให้หยุดเดินก่อนได้ หรือจะใช้ระยะเวลาทางการเดิน ระยะเวลาหรือระดับความเหนื่อยเป็นตัวกำหนดความหนักเบาก็ได้แล้วแต่โปรแกรมแต่ละโรงพยาบาลเป็นผู้กำหนด เมื่อผู้ป่วยทำการปฏิบัติในช่วงของการออกกำลังกายเรียบร้อยแล้วจะเข้าสู่การผ่อนคลาย โดยการผ่อนคลายนี้จะทำเพื่อเป็นการปรับระบบการไหลเวียนของโลหิต ระบายความร้อนของร่างกาย เพิ่มการขับกรดแลคติกและป้องกันการลดลงของความดันโลหิตอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะเป็นลมหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ จะใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ในระหว่างการออกกำลังกายทั้งหมดนี้ถ้าผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรืออาการผิดปกติใดๆ จะให้ผู้ป่วยหยุดออกกำลังกายทันที (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2542)

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตสังคมถึงแม้ว่าระยะที่สองจะเน้นหนักไปที่การออกกำลังกาย แต่การให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลให้คำปรึกษาทางด้านจิตสังคมก็จัดว่าเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

ระยะที่ 3 ระยะพักฟื้น (Phase III: Recovery phase) เป็นระยะหลังพักฟื้นที่บ้าน ในระยะนี้จะใช้เวลาอย่างน้อย 6-12 เดือน โดยจะรองรับผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงต่ำที่ออกจากโรงพยาบาลมาแล้วประมาณ 12 สัปดาห์ หรือผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่สองมาแล้ว โดยที่ผู้ป่วยจะต้องมีประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายอย่างน้อย 8 METs มีความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องและสามารถควบคุมความหนักเบาของการออกกำลังกายได้ดีพอสมควร ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มสมรรถภาพของร่างกาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเรื่อง

ของสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ โดยจะให้ผู้ป่วยออกกำลังกายและเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้งในสถานที่ๆ มีเครื่องมือออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากสถานที่ในโรงพยาบาลแล้ว อาจใช้สถานที่อื่นที่อยู่ในชุมชนใกล้เคียงกับที่อยู่ของผู้ป่วยหรือบ้านของผู้ป่วยเองก็ได้

ระยะที่ 4 ระยะฟื้นฟูระยะยาว (Phase IV: Long term phase) ระยะฟื้นฟูระยะยาวตลอดชีวิต มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยคงสภาพเดิมตลอดไปด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอตลอดชีวิต โดยปฏิบัติตามความสะดวกของผู้ป่วย ความถี่อย่างน้อย 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรไปพบแพทย์โรคหัวใจเป็นระยะๆ ทุก 3-6 เดือน และทำการทดสอบการออกกำลังกายตามความจำเป็นเพื่อติดตามผลการรักษา (Chin, 1998)

ในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกรูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 2 เป็นการประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 นั้นเป็นระยะผู้ป่วยใน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องของทุกคนจะให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทุกรายได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ส่วนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 2 นี้ เป็นระยะผู้ป่วยนอกซึ่งบางโรงพยาบาลอาจจะนัดผู้ป่วยมาเข้าโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ หรืออาจจะเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายให้ผู้ป่วยกลับไปทำที่บ้าน โดยโปรแกรมในระยะที่ 2 จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้อย่างถาวร จึงต้องให้ความสำคัญในระยะที่ 2 เพราะหากผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายในระยะที่ 2 ได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีกรเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ทั้งยังเป็นการลดและป้องกันภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการมีกิจกรรมและการเข้าสู่สังคมมากขึ้น สร้างความเชื่อมั่นซึ่งเท่ากับเป็นการสนับสนุนให้คุณภาพชีวิตของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น

3. การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac Rehabilitation Participation)

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุด จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ศูนย์ฟื้นฟูหัวใจ โรงพยาบาลรามธิบดีที่พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เข้ารับฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจร้อยละ 52.1 เท่านั้น ในขณะที่มีผู้ป่วยชายมาเข้าร่วมโปรแกรมมากถึง ร้อยละ 100 (สถิติผู้ป่วยฝ่ายเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ, 2551) ส่วนสถิติของสถาบันโรคทรวงอก มีผู้ป่วยหญิงมาเข้ารับการฟื้นฟูร้อยละ 60 เท่านั้น ส่วนผู้ป่วยชายพบถึงร้อยละ 98 (สถิติผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัดทรวงอก, 2551) ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลจนถึง 12 สัปดาห์ ดังนั้นแม้รูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน

ปัจจุบันจะเป็นรูปแบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลได้เป็นอย่างดีเพียงใด ถ้าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลประโยชน์ด้านสุขภาพก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน

3.1 ความหมาย เมื่อพิจารณาความหมายของการเข้าร่วมนั้น พบว่าขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล เพราะในการแปลความหมายเป็นภาษาไทยแล้วนั้นสามารถเลือกใช้ได้หลายความหมาย เช่น Cahill (1996) ได้ให้ความหมายของการเข้าร่วม (Participation) ว่าเป็นการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพหรือการกระทำและการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ซึ่งมีความหมายแตกต่างจากการปฏิบัติตาม (Compliance) ที่หมายถึง การทำตามคำสั่ง เชื่อฟังคำสั่ง ซึ่งสะท้อนความไม่เสมอภาคในบทบาทด้านสุขภาพกับผู้ป่วย เช่นการศึกษาของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง โดยนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ ได้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา (Compliance behavior) ว่าเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจในการรักษา ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรักษาที่เจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพเป็นผู้วางแผนไว้ ส่วนการไปร่วม (Attendance) หมายถึง การเข้าไปมีกิจกรรมตามการรักษา จากความหมายดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมจึงมีหลายความหมายแล้วแต่การพิจารณาที่จะนำไปใช้ของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาของปพิชญา แสงเอื้ออังกูร (2544) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้คำว่า การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง ลักษณะการบริหารงานที่ให้ความสำคัญกับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจในงานและการดำเนินการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียา แก้วพิมล (2546) ศึกษาการมีส่วนร่วมของสตรีครรภ์แรกในการดูแลในระยะคลอด ซึ่งให้ความหมายของคำว่า การเข้าร่วม (Participation) คือ การกระทำที่แสดงถึงการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องของผู้คลอดในกิจกรรมการรักษาพยาบาลขณะเข้ารับการดูแลในแผนกห้องคลอดตั้งแต่แรกรับไว้ในการดูแลจนย้ายไปแผนกหลังคลอด ส่วนการศึกษาของ สุเมธ ชำนิ (2546) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จ.สุโขทัย ซึ่งได้ให้ความหมายของคำว่า การเข้าร่วม (Participation) คือ เป็นการปฏิบัติหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความสำคัญในการที่จะทำให้นักบุคลากรสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จของการทำงาน

จากการให้ความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมนั้นมีการให้ความหมายร่วมกัน ระหว่างการมีส่วนร่วมและการเข้าร่วมขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ส่วนงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคำว่า การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจว่าหมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยการเดินตามรูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจและประเมินตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน

3.2 การประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในงานวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมตามรูปแบบของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดิน เพราะการเดินเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในเบื้องต้นของการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วย

1. แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินของ กัณหา ปานสมุทร (2547)

ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ในงานวิจัยนี้ได้เลือกรูปแบบของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโดยการเดินเป็นพื้นฐานในการให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายที่บ้านซึ่งถือว่าการออกกำลังกายที่ดีที่สุด โดยแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินนี้ประยุกต์จากแนวคิดของชมรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2545) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การประเมินชีพจรก่อนการออกกำลังกาย ชีพจรสูงสุดขณะออกกำลังกาย ชีพจรหลังการออกกำลังกาย ระดับความเหนื่อย อากาศผิดปกติขณะออกกำลังกายและวิธีการแก้ไข ซึ่งแบบบันทึกการออกกำลังกายนี้จะให้ผู้ป่วยลงบันทึกทุกวัน เข้า-เย็น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของกัณหา ปานสมุทร (2547) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบและได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 2 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหา

2. แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินของ ผาสุข แก้วเจริญตา (2546)

ได้ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้โปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบไม่เกร็งก่อน ซึ่งแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินนี้ประยุกต์จากแนวคิดของชมรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2545) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ชีพจรก่อนการออกกำลังกาย ระยะอบอุ่นร่างกาย 5-10 นาที ชีพจรสูงสุดขณะออกกำลังกาย ระดับความเหนื่อย ระยะเวลาเดิน

ระยะเวลาผ่อนคลายเป็น 5-10 นาที ซีพจรหลังออกกำลังกาย และอาการผิดปกติขณะออกกำลังกาย ซึ่งแบบบันทึกการออกกำลังกายนี้จะให้ผู้ป่วยลงบันทึกทุกวัน เช้า-เย็น เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของผาสุก แก้วเจริญตา (2546) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบและได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินของสุรีย์พร เทพอมรเดช (2546) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โดยได้ใช้รูปแบบของการออกกำลังกายจากแนวคิดของ Brown และคณะ (1994) ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีระดับความหนักเบาในระดับต่ำด้วยการเดิน ประกอบด้วย เวลาที่เริ่มออกกำลังกาย เวลาสิ้นสุดการออกกำลังกาย ระยะเวลาที่เดิน ซีพจรก่อนออกกำลังกาย ซีพจรหลังออกกำลังกาย และอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะออกกำลังกาย ซึ่งแบบบันทึกการออกกำลังกายนี้จะให้ผู้ป่วยลงบันทึกทุกวัน สัปดาห์ละ 5 วัน วันละครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่วนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของสุรีย์พร เทพอมรเดช (2546) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบและได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 10 ราย พบว่าเนื้อหา มีความเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินของ กัณหา ปานสมุทร (2547) มาเป็นแบบประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในครั้งนี้ เนื่องจากองค์ประกอบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินที่บ้านของ กัณหา ปานสมุทร มีสอดคล้องกับรูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินที่บ้านของสถาบันโรคทรวงอกซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้วิจัยจะมาเพื่อทำการศึกษา

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยแต่ละรายต้องออกกำลังกายที่บ้านสัปดาห์ละ 7 วัน วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ให้ครบตามกำหนดของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้าน หากผู้ป่วยออกกำลังกายได้ครบถ้วนตามจำนวนครั้ง ความถี่ และระยะเวลาที่กำหนดถือว่าผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบตามเกณฑ์

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่

4.1 อายุ อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงอายุ เมื่อบุคคลอายุมากขึ้น บุคคลจะมีความสามารถในการคิด การวินิจฉัยได้ตรง และ การตัดสินใจเลือกวิธีในการ

เผชิญปัญหามากยิ่งขึ้น บุคคลที่มีอายุต่างกันก็จะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันด้วย (Pender, 2003) จากการศึกษาของ Yohannes และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุมาก มีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุน้อยสอดคล้องกับ Sanderson และคณะ (2005) เป็นการศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสมบูรณ์ มีช่วงอายุเฉลี่ยตั้งแต่ 62-73 ปีขึ้นไป ส่วน Cooper และคณะ (2002) ศึกษาการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำนวน 29 บทความ ซึ่งได้แบ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งสิ้น

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

4.2 ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้ด้วยตัวของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเองว่าความรุนแรงของโรคมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เนื่องจากเมื่อหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดรับรู้ด้วยตนเองว่ามีความรุนแรงของโรคที่ตนเป็นอยู่ในระดับสูงส่งผลให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่ำ ดังตัวอย่างการศึกษาของ Shanks (2007) ที่แสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดที่สำคัญของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคือความรุนแรงของโรค โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 116 ราย ประเมินจากความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นเปอร์เซ็นต์ (Left ventricular ejection fraction) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการประเมินการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นเปอร์เซ็นต์ (Left ventricular ejection fraction) ได้ในระดับมากกว่า ร้อยละ 45 แสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคต่ำเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก ส่วนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการประเมินการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเป็นเปอร์เซ็นต์ (Left ventricular ejection fraction) ได้น้อยกว่า ร้อยละ 45 แสดงว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคสูง เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanderson และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยหญิงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยประเมินตนเองแล้วที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้จึงตัดสินใจไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจดังกล่าว

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การประเมินความรุนแรงของโรคจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า มีแบบประเมินดังนี้

1. แบบประเมินการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association function classification [NYHA class]; Adams et al., 1998; Haugh et al., 1999) เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยเลือกความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพียงหนึ่งระดับ ที่ตรงกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองมากที่สุด แบ่งออกเป็น 4 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติโดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะรู้สึกหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

2. แบบประเมินการจำแนกความรุนแรงของโรคตามอาการเจ็บหน้าอก และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (The Canadian Cardiovascular Society, 1975; Rosof & Gorbien, 1997) โดยได้รับการยอมรับจากสมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยการให้ผู้ป่วยเลือกความสามารถในการทำกิจกรรมเพียงหนึ่งระดับ ที่ตรงกับความสามารถในการทำกิจกรรมและอาการเจ็บหน้าอกของตนเองมากที่สุด ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ในระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดโดยไม่มีอาการเจ็บหน้าอก จะเกิดอาการเมื่อทำงานอย่างหนักเป็นเวลานาน

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติ เช่น เดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว เดินหรือขึ้นบันไดหลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวเกินไป ลมแรงเกินไป มีอารมณ์เครียด เดินมากกว่า 90 เมตรบนพื้นราบ และเดินขึ้นบันไดมากกว่า 1 ชั้นในภาวะปกติ จึงมีอาการเจ็บหน้าอก และถ้าได้พักระยะหนึ่งจะสามารถทำกิจกรรมต่อได้

ระยะที่ 3 มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมระดับปกติอย่างชัดเจน เช่น เดิน 90-180 เมตร บนพื้นราบและขึ้นบันได 1 ชั้นในภาวะปกติแล้วจะมีอาการเจ็บหน้าอก อากาศไม่ดีขึ้นเมื่อพัก ต้องอมยาขยายหลอดเลือดได้ตั้งจึงดีขึ้น

ระดับที่ 4 ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมใดๆ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะพัก

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินการจำแนกความรุนแรงของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association function classification [NYHA class]; Adams et al., 1998; Haugh et al., 1999) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในการประเมินความรุนแรงของโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เกณฑ์การแปลผล แบบสอบถามเป็นข้อความให้เลือก 4 ข้อ ถ้าผู้ป่วยเลือกข้อที่ 1 หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคต่ำมาก เลือกข้อที่ 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคต่ำ เลือกข้อที่ 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคปานกลาง และเลือกข้อที่ 4 หมายถึง ผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคสูง

4.3 ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลนั้นเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ตั้งแต่แรกเกิด และมีความต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ความวิตกกังวลนั้นเป็นอารมณ์ที่มีความสลับซับซ้อนภายในบุคคล เป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น อึดอัด กระสับกระส่าย ตื่นกลัว หรือตกใจในบางสิ่งบางอย่างที่ไม่สามารถอธิบายได้ ทำให้มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่มาคุกคามตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลแล้วทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ความคิด การเรียนรู้ และจิตใจ (Rouhani, 1987; Stuart et al., 1979; Taylor, 1994; ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541 และ รัตนา อยู่เปล้า, 2543) ดังเช่นที่ Spielberger (1970) ได้กล่าวไว้ว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น ถูกคุกคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้นทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ ความคิด การเรียนรู้ และการตัดสินใจขึ้น ซึ่งความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นกับสิ่งที่มากระตุ้นความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Gorman et al., 1996)

ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลชนิดนี้จะก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์ จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ทำให้บุคคลนั้นตื่นตัวมากขึ้น จะมีการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้คือ มีความระแวงระวัง ตื่นกลัว การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจดีขึ้น รับรู้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวลได้ง่าย

ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับนี้ ยังมีความตื่นตัวอยู่ แต่การรับรู้จะแคบลง จะปิดกั้นเหตุการณ์ส่วนอื่นออกไปและมุ่งเน้นความสำคัญไปอยู่ที่เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อน มีความตั้งใจในสิ่งที่ตนเองมุ่งให้ ความสนใจจะมากขึ้นเมื่อได้รับคำแนะนำในขณะนั้น

ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการรับรู้ลดลงเป็นอย่างมาก โดยจะมุ่งความสนใจไปสู่รายละเอียดปลีกย่อยต่างๆ มีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆลดลง มีสมาธิลดลง พฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ การมองเห็น การได้ยิน และความเข้าใจจะลดลงกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถระบุได้ว่าตนเองเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Panic anxiety) ในระดับนี้การรับรู้จะหยุดชะงัก ความคิดกระจัดกระจาย รู้สึกตกใจกลัวเป็นอย่างมาก อาจไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุผลและตัดสินใจได้ อย่างมีประสิทธิภาพได้ ไม่สามารถกระทำพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ พฤติกรรมที่สังเกตได้ คือ อาจบอกไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นไม่เป็นความจริง สับสน กลัว สนใจแต่รายละเอียดของเหตุการณ์ แสดงพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ไตร่ตรอง ไม่มีจุดหมาย ชวนเฉื่อยง่าย อาจวิ่งหนีหรือต่อสู้อย่างรุนแรง

ความวิตกกังวลนั้นอาจเป็นไปได้ทั้งในทางที่ดีขึ้นหรือเลวลง ซึ่งความวิตกกังวลสามารถช่วยให้ชีวิตอยู่ได้ กระตุ้นการเจริญเติบโตและพัฒนาการของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Gomez et al., 1984) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความวิตกกังวลกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจพบว่า ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จะไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Yohannes et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cooper (2002) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลต่ำ

การประเมินความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่มีการแสดงออกแตกต่างกันได้หลายประการ ซึ่งสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมและการตอบสนองด้านสรีระของแต่ละบุคคลที่แสดงออก ซึ่งการประเมินความวิตกกังวลออกเป็น 3 วิธี (Stuart and Sundeen, 1983) ดังนี้

1. การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษในการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดัน

โลหิต (Sphygmomanometer) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (Electroencephalography) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography) เป็นต้น นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลมีการแสดงออกที่แตกต่างกัน (ศิริกาญจน์ เขื่อนเทศ, 2547 อ้างถึงในดวงกมล พึ่งประเสริฐ, 2534)

การประเมินความวิตกกังวลโดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (Behavioral Measure of Anxiety) เป็นการวัดการตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกถึงความผันแปรในด้านต่างๆ เช่น การเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อกับผู้อื่นโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้สอดคล้องกับการทำงานของร่างกาย เนื่องจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกมาจากอารมณ์ภายในใจซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้เช่นกัน เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น ร้องไห้ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร เป็นต้น

2. การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report Measure of Anxiety) โดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียน หรือรายงานด้วยวาจา เป็นความรู้สึกที่ตนเองได้รับรู้แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวมีผู้ที่ได้สร้างไว้มากมาย เช่น Spielberger (1970) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบ MAS (The Taylor Manifest Anxiety) ของ Taylor (1986) เป็นต้น การประเมินด้วยวิธีนี้สะดวกและได้ผลดี (วรภรณ์ ยศทวี, 2540)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้เลือกการประเมินความวิตกกังวลโดยวิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report Measure of Anxiety) เนื่องจากวิธีการประเมินชนิดนี้เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก และลักษณะของงานวิจัยนี้การเลือกใช้วิธีตอบแบบสอบถามด้วยตนเองมีความเหมาะสมมากที่สุด ซึ่ง Spielberger (1970) ได้สร้างแบบสอบถามความวิตกกังวล STAI (State-Trait Anxiety Inventory) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

1. แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety หรือ A-State) เป็นแบบสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆที่ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน

2. แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety หรือ A-Trait) เป็นแบบสอบถามที่ใช้

วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลทุกสถานการณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 13 ข้อ มีคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนสูงสุด 80 คะแนน

วิธีการวัดความวิตกกังวลทั้ง 3 วิธีนี้ เป็นการวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกนั้น ซึ่งมีผู้ที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง เนื่องจากมีความเป็นไปได้ค่อนข้างสูง โดยอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกันก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือการวัดนั้นๆ ซึ่งในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสุริย์พร เทพอมรเดช (2546) ที่ใช้แนวคิดของ Spielberg (1970) มาเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากการประเมินความวิตกกังวลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องมีการเผชิญกับปัญหาและสถานการณ์ที่คุกคามทั้งทางร่างกายและจิตใจขณะที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้แบบประเมินของ Spielberg นั้นยังเป็นที่ยอมรับเป็นอย่างมากในการนำมาใช้ในงานวิจัยด้วย

4.4 การรับรู้ความเสี่ยง เป็นการรับรู้ของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าตนเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองมีความเสี่ยงที่จะกลับเป็นโรคซ้ำ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำหรือมีการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการรักษา (Janz and Becker, 1984) Becker กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล การที่จะหลีกเลี่ยงการกลับเป็นซ้ำมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคคลต้องมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรับรู้ได้ว่าตนเองอยู่ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งการเจ็บป่วยนี้อาจทำให้เกิดความรุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆขึ้นได้ บุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีประสบการณ์และสามารถคาดการณ์ได้ว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำได้อีก และบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะเจ็บป่วยจะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคสูงขึ้น เช่นการศึกษาของ Shank (2007) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยนอกโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 97 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหัวใจซ้ำในระดับสูงมีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง จำนวน 100 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ดังนั้นอาจกล่าวโดยสรุปว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็น

โรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำนั้น เป็นความรู้สึกนึกคิด นิยมวัดออกมาในรูปแบบของทิศทาง ปริมาณหรือขนาด ซึ่งสามารถวัดออกมาด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ วิธีการสังเกต วิธีการสัมภาษณ์และวิธีการใช้แบบสอบถาม ซึ่งการใช้แบบสอบถามนิยมใช้มากที่สุด

การประเมินการรับรู้ความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด มีผู้ที่สร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินไว้ดังนี้

1. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ จากการค้นคว้า ตำรา เอกสาร และอิงกรอบของ Maiman และคณะ (1974) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 9 ท่านและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .79

2. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ ที่อิงกรอบแนวคิดของ Becker (1974) และ Maiman และคณะ (1974) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .81

3. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของระพิณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ ที่สร้างขึ้นจาก สมัยพร อาซาล (2543) ซึ่งอิงกรอบแนวคิดของ Becker (2002) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) และหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้เท่ากับ .87

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของระพิณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่อิงกรอบแนวคิดของ Becker (2002) มาเป็นแบบประเมิน

โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) เนื่องจากมีความสะดวกและเหมาะสมในการให้คะแนนในแต่ละคำตอบ และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .87 ซึ่งถือว่าสูงกว่าแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของนิตยา ภาสุนันท์ และแบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำของนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ

4.5 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคล กล่าวคือ บุคคลๆหนึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่นในสังคม ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การยอมรับนับถือหรือเห็นคุณค่า และการได้รับการชี้แนะ (Weiss, 1974; Kaplan et al., 1977; Lin et al., 1979 and Jacobson, 1986) ส่วน House (1981) ได้กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยมีการช่วยเหลือกันทั้งทางด้านการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) โดยถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงกระตุ้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามรูปแบบของการรักษาได้ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) นั้นมีความครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพัน รวมทั้งการได้รับการดูแลเอาใจใส่และมีความรู้สึกไว้วางใจ ห่วงใยเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกันจากเครือข่ายทางสังคม เช่น คู่สมรส บุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงหรือบุคลากรในทีมสุขภาพในภาวะที่เจ็บป่วย เนื่องจากการมีภาวะเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่ออารมณ์หรือภาระหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ การสนับสนุนด้านอารมณ์มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยหรือผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายได้มากกว่าการสนับสนุนทางด้านอื่นๆ ดังเช่นการศึกษาของ Cooper (2002) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้มากขึ้น ส่วนการศึกษาของ King (1997) พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสภาพหัวใจ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพหัวใจและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการติดต่อสื่อ

สารกันและกันเพื่อได้รับข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับหรือการยกย่อง ชมเชย จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น คู่สมรสหรือจากญาติพี่น้อง เพื่อนหรือทีมสุขภาพตลอดจนการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นทำให้ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในความสามารถของตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมและมีกำลังใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามรูปแบบของการรักษาเพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ยกตัวอย่างการศึกษาของ วิล สียา และ จุฑาทวีร์ ธิรปัญญา (2540) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงจากแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ จากการศึกษาของ McSweeney (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาของ Heid (2004) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยหญิงที่ไม่ได้รับการสนับสนุน

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน สิ่งของ แรงงาน หรือการบริการต่างๆ ในภาวะเจ็บป่วยหรือภาวะการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการสนับสนุนด้านทรัพยากรจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจและความผาสุกในชีวิต และมีผลโดยตรงในการช่วยบรรเทาความเครียดได้โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง (Will, 1985) ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือทางด้านทรัพยากรในภาวะที่เจ็บป่วยหรือภาวะการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเนื่องจากเป็นภาวะที่จะต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในด้านนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามรูปแบบของการรักษาเพิ่มขึ้น เช่นการศึกษาของ Shanks (2007) ที่

พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงิน ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือทางด้านการเงิน

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ที่ได้สร้างเป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

1. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The Norbeck Social Support Questionnaire) (Norbeck et al., 1981) พัฒนาเครื่องมือจากแนวคิดของ Kahn (1979) ซึ่งประกอบด้วยแบบประเมินขนาดของเครือข่ายทางสังคมจำนวน 20 ข้อและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ และการเห็นคุณค่าและด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบบประเมินชนิดนี้ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าความสอดคล้องภายในแบบวัดซ้ำ ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วง .85 - .92 (n = 75)

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม PRQ (The Personal Resources Questionnaire) (Brant et al., 1981) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่ 1 เป็นแบบวัดจำนวนเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนกลุ่มบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ต่างๆ ที่พบได้ในการดำรงชีวิต จำนวน 10 สถานการณ์ และส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน คือ การได้รับความใกล้ชิดผูกพัน การได้รับโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับความกำลังใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่า และการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบบประเมินชนิดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นจากการหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคโดยรวมซึ่งค่าอยู่ในช่วง .91 - .93 (n = 100)

3. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brown (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้านคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ เครื่องมือมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ แปลโดย กาญจนา บุญทับ (2543) แบบประเมินนี้หาความเที่ยงอยู่ในช่วง .89 - .91

4. เครื่องมือวัดการสนับสนุนส่วนที่สอง (Support Questionnaire: SSQ Part 2)

ตามแนวคิดของ Schaefer และคณะ (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลคำแนะนำ ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามรวม 7 ข้อ แปลโดยสมจิต หนูเจริญกุล แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงอยู่ในช่วง .76 - .97

5. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร จำนวน 34 ข้อ โดยพรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล ที่แปลมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นโดย Logsdon และคณะ (1994) โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงได้ .91

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่อาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ด้านคือด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แต่ยังคงหัวข้อการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เช่นเดิม

5. บทบาทของพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นเป็นโรคเรื้อรังและจะต้องดูแลรักษาไปตลอดชีวิต ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ การพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดควรมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลนั้นจะต้องใช้หลักการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic care) เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะต้องให้ความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้ กระตุ้น ส่งเสริม และให้การสนับสนุนผู้ป่วยประกอบกับการเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด จึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องทำหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับทุกสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดศักยภาพในการดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้รวบรวมแนวทางการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และนำเสนอตามบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse : APN) (สมจิต หนูเจริญกุล , 2546) ดังต่อไปนี้

1. บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การดูแลและให้การพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น พยาบาลจะต้องคำนึงความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากบทบาทของผู้หญิงนั้นมีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องของงานบ้าน และในปัจจุบันพบว่าสังคมและ

วัฒนธรรมได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้หญิงต้องออกมาทำงานนอกบ้านมากขึ้น แต่งานบ้านก็ต้องรับผิดชอบควบคู่กันไป ทำให้ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองซึ่งอาจทำให้โรคหัวใจมีภาวะที่รุนแรงมากขึ้นหรือกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลต้องให้การพยาบาลแบบองค์รวม ให้ความสำคัญและความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และให้การปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมในด้านการป้องกัน ส่งเสริมการรักษาและการฟื้นฟู

2. บทบาทด้านการให้แนะนำและให้คำปรึกษา

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย จะต้องมีการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำรงชีวิต และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติกรอกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการให้คำแนะนำ คำปรึกษา แนะนำแหล่งประโยชน์ และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดได้เข้าใจถึงผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากที่สุด

3. บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุน

การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น พยาบาลต้องมีความรู้และความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยตลอดเวลา ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูไปพร้อมกัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยให้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ และสามารถแนะนำผู้ป่วยอื่นๆ ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดได้พยาบาลต้องให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับบริการและผลประโยชน์ต่างๆ ตามสิทธิที่พึงได้ ต้องช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว เข้าใจถึงสิทธิต่างๆ และกระตุ้นให้มีการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิและผลประโยชน์ของผู้ป่วยอย่างสูงสุด

4. บทบาทด้านการวิจัย

การให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแก่ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยตรงเพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะเป็นแนวทางให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม และทันสมัย ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการใช้ผลการวิจัยเพื่อการพัฒนาการปฏิบัติงานทางด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างแพร่หลาย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ทางด้านการวิจัยและทักษะในการวิจัยที่ดี เพื่อคิดค้นวิธีการปฏิบัติใหม่ๆในการพัฒนาการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด และเกิดผลลัพธ์

ตามเป้าหมาย และต้องเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงและคิดค้นหารูปแบบของการบริการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดต่อไป

6. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจส่วนใหญ่จะพบในงานวิจัยในต่างประเทศโดยมุ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย รวมทั้งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Shanks (2007) ศึกษาปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ด้านการรักษา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ภาวะแทรกซ้อน ความเข้มแข็งของคำสั่งการรักษา ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 116 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเข้มแข็งของคำสั่งรักษามีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ด้านการรักษา ภาวะซึมเศร้า และภาวะแทรกซ้อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ($p > .05$)

Yohannes และคณะ (2007) ศึกษาปัจจัยทำนายที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่สมบูรณ์ จำนวน 189 ราย เป็นผู้ป่วยชาย 129 ราย ผู้ป่วยหญิง 60 ราย จากการสำรวจหลังจากที่ผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ 2 สัปดาห์ พบว่าเพศหญิงไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมได้ถึง 22 ราย เมื่อเทียบกับเพศชายที่ไม่เข้าร่วมต่อ 10 ราย ส่วนอายุเฉลี่ยที่ผู้ป่วยหญิงและชายมาเข้าร่วมคือ ตั้งแต่ 61.2 ปีขึ้นไป ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มาเข้าร่วม พบว่าทั้งผู้ป่วยชายและหญิงที่มีความวิตกกังวลสูงจะไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Sanderson และคณะ (2005) บรรยายเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจเป็นตัวขัดขวางการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยหญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 228 ราย ที่ได้รับการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่าอายุเฉลี่ยโดยทั่วไปที่ผู้ป่วยหญิงมาเข้าร่วมคือ 73-51 ปี ส่วนปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยหญิงไม่มาเข้าร่วมคือ ภาวะอ้วน และการรับรู้สถานะทางสุขภาพในระดับต่ำ ($p < .001$)

Heid และคณะ (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 12 ราย จากการสัมภาษณ์พบว่าปัจจัยที่อิทธิพล

ต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าถ้าหญิงคนใดที่มีสามีหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวให้การสนับสนุนโดยไปเป็นเพื่อนในการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านจะทำให้หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากยิ่งขึ้น ($p < .05$) และปัจจัยทางด้านความสามารถในการทำกิจกรรม พบว่าหญิงที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากโดยที่ไม่ต้องให้บุคคลอื่นช่วยจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าหญิงที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ($p < .05$)

Cooper และคณะ (2002) ศึกษาทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำนวน 29 บทความ ซึ่งได้แบ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ปัจจัยเข้าร่วมได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการทำกิจกรรม ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้แก่ ความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ปัญหาการเดินทาง และค่าใช้จ่าย

Missik (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 370 ราย พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคือ คำสั่งการรักษาของแพทย์ ถ้าผู้ป่วยหญิงได้รับคำสั่งการรักษาอย่างเข้มแข็งและมีการเน้นย้ำให้มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจากแพทย์ ผู้ป่วยหญิงจะมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยหญิงที่ไม่ได้รับคำสั่งการรักษาอย่างเข้มแข็ง ($p < .001$) ส่วนปัญหาการเดินทาง และการช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่จะต้องพึ่งพาครอบครัวในการเดินทางมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ($p < .001$)

Missik (1999) ศึกษาปัจจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสมบูรณ์กับผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างไม่สมบูรณ์ ในผู้ป่วยหญิงจำนวน 370 ราย ที่ได้รับการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจพบว่าผู้ป่วยหญิงที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมในระดับสูงเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสมบูรณ์ ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ และเพื่อนในระดับสูงเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสมบูรณ์ ($p < .05$)

สำหรับในประเทศไทย ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

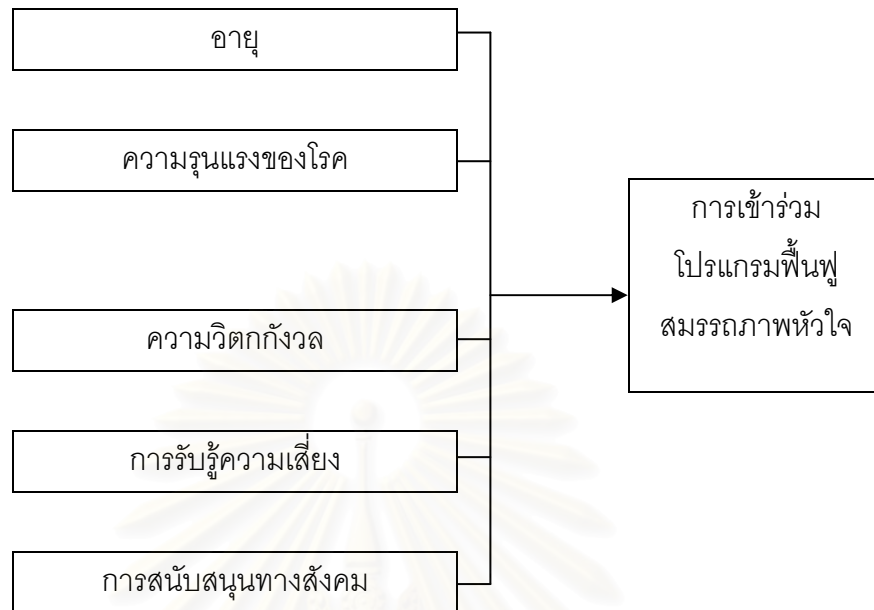
ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เช่นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 150 ราย พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .310$ และ $.198$ ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.376$)

สายรุ้ง บัวระพา (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .373$) ส่วนอายุและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.335$ และ $-.200$ ตามลำดับ)

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลโรคทรวงอก โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยดังกล่าวมาแล้วข้างต้นจะเห็นได้ว่าทั้งแนวคิดและผลการวิจัยสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดชาวตะวันตก (แผนภาพที่ 1) ส่วนในประเทศไทยจากการศึกษาปัจจัยคัดสรร ส่วนมากศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยซึ่งมีวัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิตแตกต่างกับชาวตะวันตกว่าจะมีความสอดคล้องกันหรือไม่ อย่างไร ผลที่ได้จะช่วยให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากที่สุด



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งศึกษาความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังออกจากโรงพยาบาล ได้รับคำแนะนำและส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในโรงพยาบาลของรัฐที่เป็นศูนย์โรคหัวใจในเขตกรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในสถาบันโรคทรวงอก โดยเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังออกจากโรงพยาบาลและได้รับคำแนะนำและการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20-59 ปี
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการพูด อ่าน และเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ได้รับการส่งต่อและการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

และไม่มีประวัติการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหรือมีความเสี่ยงสูงในระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น มีอาการเจ็บหน้าอก ปอดบวม น้ำเหลืองปื้นหรือมีอาการช็อค หรืออยู่ในภาวะวิกฤตจนจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การกำหนดขนาดและการคัดเลือก

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Thorndike (cited in Prescott, 1987)

$$\text{สูตร } n \geq 10k + 50$$

โดยที่ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา (ตัวแปรทั้งหมด 6 ตัวแปร)

ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่เหมาะสมในการศึกษาครั้งนี้คือ $n \geq 10(6) + 50$ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จึงเท่ากับ 110 คน

การคัดเลือกสถานที่ศึกษา สถานที่ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลที่มีศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร และมีการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จากการสำรวจพบว่าในเขตกรุงเทพมหานครพบว่ามีโรงพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพียง 3 แห่ง คือโรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช และสถาบันโรคทรวงอก แต่เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติมีข้อจำกัดบางประการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกสถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น คือ สถาบันโรคทรวงอก

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง จากสถิติการมารับการติดตามผลการรักษาที่แผนกศัลยกรรมทรวงอกและแผนกกายภาพบำบัดของสถาบันโรคทรวงอก พบว่า สถิติการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดช่วงเดือน มกราคมและกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ประมาณ 200 คนต่อเดือน (สถิติผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด และสถิติผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทรวงอก, 2552) ผู้วิจัยจึงเลือกตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำการจับฉลากไว้ล่วงหน้าได้หมายเลขคู่ (Systematic Random Sampling) จากนั้นนำรายชื่ออันดับของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีเลขที่ผู้ป่วยนอก (Hospital number) เป็นเลขคู่ทั้งหมดมาตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น แล้วจึงขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้งในรายที่มาตามนัดและไม่มาตามนัด ทำเช่นนี้ทุกวันจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 110 คน ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 6 ส่วน (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรุนแรงของโรค
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวล
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

การสร้างและลักษณะเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการวินิจฉัยโรค จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อเป็นข้อความให้เลือกตอบ ส่วนการวินิจฉัยโรคเป็นข้อความให้ลงบันทึกโดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกเอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association function classification [NYHA class]; Adams et al., 1998; Haugh et al., 1999) ซึ่งผู้วิจัยนำมาจาก จันทริจรา เกียรติสีสกุล (2547) ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเลือดคั่ง โดยมีค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85 แบบประเมินความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์กนี้เป็นการประเมินความรุนแรงของโรคจากระดับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความรุนแรงของโรคในแต่ละระดับดังต่อไปนี้

ระดับที่ 1 ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกาย ได้เป็นปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก ให้ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคเป็น 1 คะแนน แสดงว่ามีความรุนแรงของโรคต่ำมาก

ระดับที่ 2 ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อยเมื่อทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกาย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ให้ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคเป็น 2 คะแนน แสดงว่ามีความรุนแรงของโรคต่ำ

ระดับที่ 3 ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกชัดเจน เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ให้ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคเป็น 3 คะแนน แสดงว่ามีความรุนแรงของโรคปานกลาง

ระดับที่ 4 ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกชัดเจนในขณะที่พัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ ให้ค่าคะแนนความรุนแรงของโรคเป็น 4 คะแนน แสดงว่ามีความรุนแรงของโรคสูง

ในการวิจัยครั้งนี้มีระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 1 คะแนน และ 2 คะแนนเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่กลับบ้านได้และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก สุริย์พร เทพอมรเดช (2546) ที่ใช้แนวคิดของ Spielberger และคณะ (1970) เครื่องมือนี้ชื่อ The State-Trait Anxiety [STAI] มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Likert Scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เลย (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (4 คะแนน) โดยมีค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .89

คะแนนความวิตกกังวลในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด โดยมีค่าตั้งแต่ 20-80 คะแนน หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 20 – 40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลเล็กน้อย 40 – 60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง และ 60 – 80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้คะแนนรวมมากกว่า 60 ขึ้นไปถือว่าเป็นระดับอันตรายต้องได้รับการส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการแก้ไขในเรื่องความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้พบคะแนนความวิตกกังวลสูงสุด 79 คะแนน และต่ำสุด 44 คะแนน ผู้ป่วยหญิงที่มีคะแนนความวิตกกังวลในระดับสูงจำนวน 51 คน ได้รับการส่งต่อให้พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบทันที โดยทางสถาบันโรคทรวงอกมีแนวทางในการดูแล คือ เมื่อเจ้าหน้าที่รับทราบว่ามีผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลสูงจะส่งต่อให้พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาทางด้านจิตเวช เพื่อให้คำแนะนำ คำปรึกษา และนัดมาติดตามผลอีก 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก ระพิณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่อาศัยแนวคิดของ Becker (2002) ข้อคำถามมีทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โดยมีตัวเลือกตอบตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) ที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .72

คะแนนการรับรู้ความเสี่ยงในการวิจัยครั้งนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมด ที่มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 6 คะแนน ถึง 30 คะแนน หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ามา หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำน้อย ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงสูงสุด 30 คะแนน และต่ำสุด 17 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านประมาณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งนำไปใช้ในมารดาหลังคลอด โดยมีค่าระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .91 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับสถานการณ์ในแบบสอบถามให้มีความเฉพาะกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน

หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert Scale) โดยให้มีตัวเลือกตอบตั้งแต่ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงไม่จริงเลย (1 คะแนน)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยนี้เป็นคะแนนรวมจากแบบสอบถามทั้งหมดที่มีค่าคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 20 คะแนน ถึง 100 คะแนน หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้คะแนนรวมมาก หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้คะแนนรวมน้อย หมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงสุด 97 คะแนน และต่ำสุด 44 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เป็นแบบบันทึกที่ได้มาจากแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านตามรูปแบบของ กัณหา ปานสมุทร (2547) เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าองค์ประกอบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินที่บ้านของกัณหา ปานสมุทร มีความสอดคล้องกับรูปแบบของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินที่บ้านของหลายโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลโรคทรวงอก และโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีการบันทึก ซีพจรก่อนเดิน ซีพจรหลังเดิน ระดับความรู้สึกเหนื่อย ระยะทาง อาการและอาการแสดงความผิดปกติที่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยออกกำลังกายที่บ้านสัปดาห์ละ 7 วัน วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ได้ครบตามกำหนดของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้าน จึงถือได้ว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบตามเกณฑ์

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 88.2 และเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจไม่ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 11.8

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินนี้ได้ผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรงของเนื้อหามาแล้ว โดยแบบสอบถามความรุนแรงของโรคนี้มีค่า CVI เท่ากับ .86 แบบสอบถามความวิตกกังวลมีค่า CVI เท่ากับ .85 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงมีค่า CVI เท่ากับ .96 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีค่า CVI เท่ากับ .92 ส่วนแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินได้มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบผลมีความเหมาะสม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง

เสียง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดิน ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม 4 ชุด ไปทดลองใช้กับหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มาเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สถาบันโรคทรวงอกจำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งในการทดลองใช้ ($n = 30$) และใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ($n = 110$) ดังเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง	
	ทดลองใช้ ($n=30$)	เก็บข้อมูลจริง ($n=110$)
แบบสอบถามความรุนแรงของโรค	.91	.92
แบบสอบถามความวิตกกังวล	.84	.89
แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง	.84	.72
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	.83	.91

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เข้าพบหัวหน้าแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2552 ถึงวันที่ 25 มีนาคม 2552 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ตั้งแต่เวลา 07.00 – 13.00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีรายละเอียดคือ เมื่อครบกำหนด 12 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดทุกรายจะได้รับการนัดติดตามผลการรักษาที่แผนกศัลยกรรมหัวใจ และประเมินการออกกำลังกายที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ ซึ่งทั้ง 2 แผนกมีรายชื่อนัดของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด

ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยผู้วิจัยทำการจับสลากไว้ล่วงหน้าได้หมายเลขคู่ (Systematic Random Sampling) จากนั้นนำรายชื่ออันดับของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีเลขที่ผู้ป่วยนอก (Hospital number) ที่เป็นเลขคู่ทั้งหมดมาตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้น แล้วจึงขอความร่วมมือจากผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้งในรายชื่อที่ตามมาตามนัดและไม่มาตามนัด ทำเช่นนี้ทุกวันจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 110 คน ซึ่งในรายชื่อที่มาตามนัด ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมาตามนัดที่แผนกศัลยกรรมหัวใจก่อน ระหว่างที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดรอรับการตรวจติดตามผล ผู้วิจัยเข้าไปสร้างสัมพันธภาพโดยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและขั้นตอนการวิจัย และให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดพิจารณาลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

4. หลังจากที่ยุติหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดลงนามยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดตอบข้อคำถามที่กำหนดไว้ในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามดังต่อไปนี้ 1) แบบสอบถามความรุนแรงของโรค 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และ 4) แบบสอบถามความวิตกกังวล ส่วนแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้จากแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านตามรูปแบบของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ผู้ป่วยได้รับการสอนและฝึกการลงบันทึกก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกด้วยตนเอง และขณะที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยคอยตอบคำถามที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ในกรณีที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงคิวเข้าห้องตรวจก่อนตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดให้กลับมาตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนอีกครั้งภายหลังออกจากห้องตรวจ

5. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ในกรณีที่ผู้วิจัยซักถามถึงเหตุผล อธิบายเพิ่มเติม และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ชัดเจน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน และมอบของที่ระลึกเพื่อเป็นการขอบคุณ

6. ในรายชื่อที่ไม่มาตรวจตามนัด ผู้วิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามและขออนุญาตสอบถามข้อมูลของแบบสอบถามทั้ง 6 ชุดทางโทรศัพท์ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดทั้งหมด 13 คน เนื่องจากต้องทำงานและไม่มีญาติมาส่งที่สถาบันโรคทรวงอก

7. ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามความวิตกกังวลทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีพบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังจากได้ทำแบบสอบถามความวิตกกังวล มีคะแนนความวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันทีเพื่อให้การดูแลตามแนวทางของสถาบันโรคทรวงอกต่อไป ซึ่งในการศึกษานี้ พบว่ามีผู้ป่วยที่มาตามนัดมีความวิตกกังวลในระดับสูงจำนวน 51 คน ผู้วิจัยได้รายงานและส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบได้ทราบทันที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ ดูแลต่อไป ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจำนวน 13 คน หลังจากตรวจคะแนนความวิตกกังวลพบว่าอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด จึงไม่ต้องส่งต่อให้พยาบาลที่มีหน้าที่รับผิดชอบต่อไป

8. ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ที่เข้าร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ผู้วิจัยแจ้งให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล ดูแล และให้คำแนะนำแก่หญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อกระตุ้นให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากยิ่งขึ้น การเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างสามารถสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามได้ทันทีหากไม่ประสงค์จะตอบแบบสอบถามต่อไป โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการมารับการตรวจตามปกติ ในกรณีที่พบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังจากได้ทำแบบสอบถามความวิตกกังวล มีคะแนนความวิตกกังวลสูง ทำการส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันทีเพื่อให้การดูแลตามแนวทางของโรงพยาบาลต่อไป

การจัดการและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง แบบสอบถามทั้งหมดมีความสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 100
2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาให้คะแนนตามกำหนดแล้วนำมาบันทึก

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนทำการวิเคราะห์ โดยจากการตรวจสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้นบางประการสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบฟี (Phi coefficient) กับแบบพอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) และการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic regression)

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistic) ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมด โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

4.2 การวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้การหาค่าความสัมพันธ์แบบฟี (Phi coefficient: ϕ) ส่วนอายุ ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ใช้การหาค่าความสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient: r_{pb})

4.3 ส่วนอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยงของโรค และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression) กำหนดค่าตัวแปรการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ให้การเข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์เท่ากับ 0 และการเข้าร่วมครบตามเกณฑ์เท่ากับ 1

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งศึกษาความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม รวมจำนวนแบบสอบถามทั้งสิ้น 56 ข้อ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามเอง 15 นาที ตอบทางโทรศัพท์ประมาณ 10 นาที ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

ตอนที่ 4 การทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 46.39 ปี (SD=9.56) โดยมีอายุต่ำสุด 21 ปี ซึ่งมีประวัติว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และสูงสุด 59 ปี อายุของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-59 ปี (ร้อยละ 39.11) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีระดับการศึกษาที่หลากหลาย เช่น มีทั้งไม่ได้รับการศึกษา พบร้อยละ 5.54 ไปจนถึงระดับปริญญาโท พบร้อยละ 3.80 แต่โดยรวมแล้วมากกว่าร้อยละ 60 กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ด้านรายได้โดยเฉลี่ยของครอบครัวพบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.12) ส่วนข้อมูลด้านสถานภาพสมรสพบว่าหญิง

โรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.50 รองลงมาคือสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 19.21 ส่วนด้านการประกอบอาชีพนั้นส่วนใหญ่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.60 รองลงมาคือประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 22.71 และจากการสัมภาษณ์พบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 67.27 ซึ่งอยู่ไกลที่สุด คือจังหวัดอุดรธานี และมีภูมิลำเนาในกรุงเทพฯ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.73 หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคลิ้นหัวใจไมทรัลรั่วและหลอดเลือดหัวใจตีบเท่ากันคือ ร้อยละ 38.21 ที่เหลือเป็นโรคลิ้นหัวใจเอเทรียมรั่ว โรคลิ้นหัวใจไมทรัลตีบ และโรคผนังกันห้องหัวใจรั่ว โดยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.27 รองลงมาคือ การทำบอลลูน คิดเป็นร้อยละ 26.36 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา การวินิจฉัยโรค และการได้รับการผ่าตัด (N = 110)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	\bar{X} (S.D.) = 46.39(9.56)	
21-30	10	9.15
31-40	19	7.33
41-50	38	34.41
51-59	43	39.11
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	5.54
ประถมศึกษา	67	60.19
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	12.74
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9	8.20
อนุปริญญา	2	1.72
ปริญญาตรี	8	7.91
ปริญญาโท	4	3.80

ตารางที่ 2 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิลำเนา การวินิจฉัยโรค และการได้รับการผ่าตัด (N = 110)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย		
ต่อเดือน (บาท)		
< 5,000 บาท	25	22.64
5,001-10,000 บาท	65	59.12
> 10,000 บาท	20	18.24
สถานภาพสมรส		
คู่	82	74.50
โสด	21	19.21
หม้าย	5	4.44
หย่า	2	1.85
อาชีพ		
แม่บ้าน	37	33.60
รับจ้างทั่วไป	25	22.71
เกษตรกรรม	24	21.80
ค้าขาย	11	10.21
ข้าราชการ	9	8.25
กิจการส่วนตัว	4	3.43
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพมหานคร	36	32.73
ต่างจังหวัด	74	67.27
การวินิจฉัยโรค		
โรคลิ้นหัวใจไม่ทึบรั่ว	42	38.21
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	42	38.21
โรคผนังกันห้องหัวใจรั่ว	11	10.03
โรคลิ้นหัวใจไม่ทึบตีบ	9	8.21
โรคลิ้นหัวใจเอเทรียมรั่ว	6	5.34

ตารางที่ 2 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ ภูมิฐานะการวินิจฉัยโรค และการได้รับการผ่าตัด (N = 110)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับการผ่าตัด		
เปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valvular replacement)	30	27.27
บอลลูน (PTCA)	29	26.36
ซ่อมลิ้นหัวใจ (Valvular repair)	27	24.54
ทางเบี่ยงหัวใจ (CABG)	13	11.81
ปิดผนังกันห้องหัวใจ (Closure ASD)	11	10.02

ตอนที่ 2 การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม

จากการวิเคราะห์การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบตามเกณฑ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 97 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 ส่วนหญิงที่เข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด (N=110)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด		
เข้าร่วมครบตามเกณฑ์	97	88.24
เข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์	13	11.76

เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรค ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 1 คือมีความรุนแรงของโรคต่ำมาก สามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกายได้เป็นปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก พบมากถึง 98 คน คิดเป็นร้อยละ 89.10 ส่วนอีก 12 คน หรือร้อยละ 10.90 มีความ

รุนแรงของโรคในระดับที่ 2 นั่นคือมีความรุนแรงของโรคระดับต่ำ สามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด (N=110)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรุนแรงของโรค		
ระดับที่ 1	98	89.10
ระดับที่ 2	12	10.90

สำหรับความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม เมื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผลคะแนนความวิตกกังวล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.87 คะแนน (S.D. = 7.70) จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน คะแนนการรับรู้ความเสี่ยง มีคะแนนเฉลี่ย 25.19 คะแนน (S.D. = 2.22) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 80.00 คะแนน (S.D. = 8.32) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ และช่วงคะแนนที่เป็นจริงของความรุนแรงของโรค การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม (N=110)

ตัวแปร	\bar{X}	S.D.	ช่วงคะแนนที่เป็นจริง	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้
ความวิตกกังวล	59.87	7.70	44-79	20-80
การรับรู้ความเสี่ยง	25.19	2.22	17-30	6-30
การสนับสนุนทางสังคม	80.00	8.32	44-97	20-100

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อที่ 2 ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อที่ 3 ความวิตก

กังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยทดสอบโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพี (Phi coefficient) และแบบพอยท์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นที่ศึกษากับตัวแปรตาม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ และความรุนแรงของโรคกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .22$ และ $r_{pb} = .22, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .46, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	r_{pb}/ϕ	p
อายุ	.08 ^a	>.05
ความรุนแรงของโรค	.04 ^b	>.05
ความวิตกกังวล	.22 ^a	<.05
การรับรู้ความเสี่ยง	.22 ^a	<.05
การสนับสนุนทางสังคม	.46 ^a	<.05

^a=point biserial correlation coefficient (r_{pb}), ^b=Phi coefficient (ϕ)

ตอนที่ 4 การทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม

จากสมมติฐานข้อที่ 6 อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจใน

หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ผู้วิจัยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression) เพื่อทดสอบสมมติฐานดังกล่าว

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (ตารางที่ 7) พบว่า ปัจจัยทั้งหมดทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถูกต้องร้อยละ 89.10 (ตารางที่ 8) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัยพบว่ามีเพียงการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.17, $p < .05$)

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ของตัวแปรทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปร	B	Wald	p	Odds Ratio
1. อายุ	.02	.42	.51	1.03
2. ความรุนแรงของโรค	.68	.30	.58	1.99
3. ความวิตกกังวล	.05	.83	.36	1.06
4. การรับรู้ความเสี่ยง	.06	.15	.69	1.07
5. การสนับสนุนทางสังคม	.16	9.40	.00	1.17
(Constant)	-16.99	8.20	.00	.00
2 log likelihood		= 57.15		
Chi-square (df = 8)		= 5.27 (p = .72)		
Overall percentage of correct classification		= 89.10%		

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 แสดงผลการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลที่ได้	การทำนาย		ร้อยละของการทำนายถูกต้อง
	ไม่ครบตามเกณฑ์	ครบตามเกณฑ์	
เข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์	3	10	23.07
เข้าร่วมครบตามเกณฑ์	2	95	97.93
ร้อยละของการทำนายถูกต้อง			89.10



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งศึกษาความสามารถของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม ในการทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังออกจากโรงพยาบาลที่ได้รับคำแนะนำและการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่สถาบันโรคทรวงอก ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 46.39 (S.D. = 9.56) ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 51 – 59 ปี (ร้อยละ 39.11) ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60.19) มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.12) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.50) ประกอบอาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 33.60) ภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด (ร้อยละ 67.27) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจไม่ทราบชื่อและหลอดเลือดหัวใจตีบเท่ากัน (ร้อยละ 38.21 และ 38.21) และการได้รับการผ่าตัดพบว่า ทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพบมากที่สุด (ร้อยละ 27.27)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด 2) แบบสอบถามความรุนแรงของโรคที่ผู้วิจัยได้นำมาจากของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association function classification [NYHA class]; Adams et al., 1998; Haugh et al., 1999) ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากจันทริจรา เกียรติสีสกุล (2547) เป็นการประเมินความรุนแรงของโรคจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับจำนวน 4 ข้อ ที่มีการให้ค่าคะแนนตามความสามารถของผู้ป่วย 3) แบบสอบถามความวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากสุรียพร เทพาอมรเดช (2546) ที่ใช้แนวคิดของ Spielberger และคณะ (1970) เครื่องมือนี้ชื่อ The State-Trait Anxiety [STAI] มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Likert Scale) 4) แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่อาศัยแนวคิดของ Becker (2002)

ข้อคำถามมีทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล (2540) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (Likert Scale) และ 6) แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นแบบบันทึกที่ได้มาจากแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านตามรูปแบบของ กัณหา ปานสมุทร (2547) เป็นการประเมินจากบันทึกการออกกำลังกายที่บ้านในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามระหว่าง .72 ถึง .92 ยกเว้นแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เนื่องจากผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่นำมาส่งให้เจ้าหน้าที่ของแผนกกายภาพบำบัด ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลพบว่ามีแบบสอบถามทุกฉบับได้รับการตอบอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณหาค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพี (Phi Coefficient) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point Biserial Correlation Coefficient) และทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression) แบบบังคับตัวแปรทุกตัวเข้าสมการ (Enter) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบตามโปรแกรม จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .22$ และ $r_{pb} = .22$ $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .45$, $p < .05$) อายุ และความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์พบว่า ปัจจัยทั้งหมดทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถูกต้องร้อยละ 89.10 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายปัจจัยพบว่า มีเพียงการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 1.17, $p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่า จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน มีหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจครบตามโปรแกรมจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 88.24 ส่วนหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมไม่ครบตามโปรแกรมมีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.76 ซึ่งมีความแตกต่างจากสถิติการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยหญิงมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของสถาบันโรคทรวงอกในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยการเดินกลับไปปฏิบัติที่บ้าน ดังนั้นจึงทำให้ผลการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจึงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 1 อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า อายุของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้อาจเป็นได้ที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่หรือมากกว่าร้อยละ 70 มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทำให้การกระจายของข้อมูลมีความจำกัด อย่างไรก็ตามลักษณะอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับอายุของประชากรหญิงที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทยที่พบว่า มีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้นเมื่อหญิงมีอายุมากขึ้นตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2550) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wyer และคณะ (2001) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Yohannes และคณะ (2007) พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุมาก มีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุน้อย และขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Sanderson และคณะ (2005) ที่ศึกษาเชิงบรรยายเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ แล้วพบว่าผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอย่างสมบูรณ์จะมีช่วงอายุเฉลี่ยตั้งแต่ 62-73 ปีขึ้นไป

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการพิจารณาปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 มากที่สุด โดยมีจำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 89.10 ส่วนระดับที่ 2 มีจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 10.90 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยหญิงที่มารับการติดตามผลที่แผนกศัลยกรรมผู้ป่วยนอก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับที่ 1 ตามเกณฑ์การประเมินของ New York Heart Association function classification ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินความสามารถของตนเองอยู่ในระดับที่ 1 ซึ่งหมายถึง ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้าแปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่างๆที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติ หรือใกล้เคียงปกติประกอบกับความจำกัดของระดับความรุนแรงของโรคที่มีเพียง 2 ระดับเท่านั้น จึงทำให้การศึกษาในครั้งนี้ พบว่าความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่า ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Sanderson และคณะ (2005) พบว่าผู้ป่วยหญิงที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อย อาจเนื่องจากผู้ป่วยประเมินตนเองแล้วว่าไม่สามารถทำกิจกรรมได้จึงตัดสินใจไม่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ นอกจากนี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ Shanks (2007) ที่แสดงให้เห็นว่าตัวชี้วัดที่สำคัญต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจคือความรุนแรงของโรค

สมมติฐานข้อที่ 3 ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 โดยการศึกษานี้พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .22, p < .05$) หมายถึง หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลมาก เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก ในทางตรงกันข้ามหญิง

โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลน้อย เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อย ไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ความวิตกกังวลเป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น ถูกคุกคามหรือทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เมื่อบุคคลมีความรู้สึกวิตกกังวลเกิดขึ้นทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ ความคิด การเรียนรู้ การตกลง และการตัดสินใจขึ้น (Spielberger, 1970) ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงความวิตกกังวลมากขึ้น ทำให้บุคคลนั้นเกิดการตัดสินใจเพื่อตอบสนองต่อปฏิกิริยานั้นๆ ส่งผลให้บุคคลเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Jackson และคณะ (2004) ที่พบว่าปัจจัยด้านความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เมื่อบุคคลมีระดับความวิตกกังวลมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้นตามลำดับด้วย และ Lane และคณะ (2001) พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ที่ว่าเมื่อผู้ป่วยโรคหัวใจมีระดับความวิตกกังวลมากขึ้น จะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้น และถ้าผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลน้อยลง จะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อยลงไปด้วย

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Yohannes และคณะ (2007) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง จะไม่มาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และขัดแย้งกับผลการศึกษาของ Cooper (2002) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความวิตกกังวลสูง มีอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลต่ำ

สมมติฐานข้อที่ 4 การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .22, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า การรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด นั่นคือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้ความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำสูง เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก ส่วนหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการรับรู้ความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำต่ำ เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อย ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าแต่ละบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำแตกต่างกันไป ทำให้บุคคลนั้นๆหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติเพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำจึงเป็น

ปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ และทำให้เกิดการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคหัวใจซ้ำในระดับสูงมีอัตราการเข้าร่วมมาก (Shank, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการความร่วมมือในการรักษา และเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ระพีณ ผลสุข และนรลักษณ์ เอื้อกิจ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการกลับเป็นโรคซ้ำ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในทางบวกได้

สมมติฐานข้อที่ 5 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = .46, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด นั่นคือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก และในทางตรงกันข้ามหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจน้อย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นไปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตามความต้องการของแต่ละบุคคล เช่น ความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เวลา และ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการอย่างเพียงพอ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความต้องการหรือการปฏิบัติกิจกรรมตามการรักษาได้ ดังเช่นการศึกษาของ Cooper (2002) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้น ส่วนการศึกษาของ King (1997) พบว่าการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น วิลโล สึพยา (2540)

พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ McSweeney (2001) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน และการศึกษาของ Heid (2004) พบว่า ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยหญิงที่ไม่ได้รับการสนับสนุนเลย การศึกษาของ Shanks (2007) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน จะตัดสินใจมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งในขณะที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดนี้ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุน และมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เช่น ได้รับข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ การยอมรับนับถือหรือเห็นคุณค่า และการได้รับการชี้แนะ (Weiss, 1974; Kaplan et al., 1977; Lin et al., 1979; Jacobson, 1986 and Pender, 2003) เป็นต้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาจึงอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในทางบวกได้

สมมติฐานข้อที่ 6 อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจัยทั้งหมดทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในภาพรวมสามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถูกต้องร้อยละ 89.10 อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ละตัว ผลการศึกษาพบว่า มีทั้งปัจจัยที่สามารถทำนายได้ และปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

อายุ อายุของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sanderson (2005) พบว่าปัจจัยด้านอายุไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจ

เป็นไปได้ที่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ($p > .05$) ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรคของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ อาจเนื่องมาจากในงานวิจัยนี้การประเมินความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินจากตัวของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเองต่อความสามารถในการทำกิจกรรม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มาเข้ารับการรักษาตามผลที่แผนกศัลยกรรมหัวใจ ดังนั้นระดับของความรุนแรงของโรคส่วนมากจึงอยู่ในระดับ 1 มีจำนวนถึง 98 คน (ร้อยละ 89.10) ส่งผลให้มีความจำกัดในการกระจายของข้อมูล ส่งผลให้เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการถดถอยโลจิสติกส์ ความรุนแรงของโรคจึงไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความวิตกกังวล ความวิตกกังวลของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ จากการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ทราบว่าความวิตกกังวลนั้นมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($r_{pb} = .22, p < .05$) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นจะทำให้ร่างกายเกิดความตึงเครียด ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมต่างๆเกิดขึ้น เช่น กระตือรือร้นในการทำงาน หรือสนใจสิ่งแวดลอมมากขึ้น (Rouhani, 1987) ดังนั้นเมื่อหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มมากขึ้นด้วย และเนื่องจากความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อทำการวิเคราะห์วิธีการถดถอยโลจิสติกส์ ความวิตกกังวลจึงไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความเสี่ยงของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ จากการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจทำให้ทราบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ($r_{pb} = .22, p < .05$) หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเมื่อมี

การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำได้จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามคำแนะนำหรือตัดสินใจเข้าร่วมในกิจกรรมการรักษา (Becker, 1984) ดังนั้นเมื่อบุคคลที่เคยเจ็บป่วยจะมีประสบการณ์และสามารถคาดการณ์ได้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำได้อย่างแน่นอน และเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด เมื่อทำการวิเคราะห์วิธีการถดถอยโลจิสติกส์ การรับรู้ความเสี่ยงจึงไม่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ คือ

การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยมีอัตราส่วนระหว่างเข้าร่วมครบตามเกณฑ์กับเข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์เท่ากับ 1.17 นั่นคือหากหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นเท่าไร การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจก็จะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเพศหญิงมีความต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง เช่น สามี บุตร หรือญาติมากกว่า ในเพศชาย และเมื่อหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากรด้วยแล้ว (House, 1981) ยิ่งส่งผลให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมนั้นสามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Oldridge et al., 1983; Missik, 1999; Cooper et al., 2002 and Heid et al., 2004)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้อย่างถูกต้องมากถึงร้อยละ 89.10 แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจมีผลมาจากปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่

มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น จาก การสัมภาษณ์เหตุผลของการเข้าร่วมไม่ครบตามเกณฑ์พบว่ามีความวิตกกังวลหรือมีอาการทางกายอื่นๆ เช่น ปวดขา และการจัดการเวลาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งควรที่จะ ทำการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการวิจัยพบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมโปรแกรม ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด นั่นคือ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความ วิตกกังวลสูงจะมาเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้นด้วย โดยการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างมีอยู่ 2 ระดับ คือระดับปานกลาง และระดับสูง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทราบแล้วว่าความวิตกกังวลเป็นแรงเสริมทางหนึ่งที่ทำให้ หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ ดังนั้นจึงควรมี การคัดกรองหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเผชิญ (The State-Trait Anxiety) เมื่อพบค่าคะแนนที่อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ในขั้นต้นให้แรงเสริมใน เรื่องของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมให้มากขึ้น ส่วนหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีระดับคะแนนสูงกว่า 60 คะแนน ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะอันตราย พยาบาลจะได้ให้คำปรึกษา (Counseling) เพื่อให้การ ดูแลและคำแนะนำอย่างเหมาะสม แล้วดำเนินการส่งต่อตามแนวทางของโรงพยาบาลต่อไป

2. จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด นั่นคือหญิงโรคหัวใจ และหลอดเลือดที่มีการรับรู้ที่ตนเองมีความเสี่ยงที่อาจจะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำสูง จะ ตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดให้ข้อมูลในเรื่องของ การปฏิบัติตนที่อาจเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำได้ เช่น ออกชุมชนเพื่อ ประชาสัมพันธ์ ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในเรื่องการปฏิบัติตน การป้องกัน และการดูแลตนเองใน เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. จากการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วม โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด นั่นคือหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจะตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมาก ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดการการพยาบาลให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ อย่างครอบคลุมดังนี้

4.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ควรส่งเสริมให้ญาติหรือผู้ที่ใกล้ชิดได้มีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือในเรื่องการเอาใจใส่ และให้ความรัก ความอบอุ่น ในขณะที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้านตามโปรแกรมการออกกำลังกาย

4.2 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) พยาบาลควรจัดกลุ่มให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อเปรียบเทียบปัญหา และการปฏิบัติตัวของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดรายอื่นๆ เป็นการส่งเสริมให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการปรับตัวที่เหมาะสม ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากขึ้น

4.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจควรจัดให้มีพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา (Counselor) โดยจัดให้อยู่ในสถานที่ที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อทำหน้าที่ให้ข้อมูล และคำแนะนำต่างๆ แก่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเรื่องที่หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดสงสัย หรือมีปัญหาและความต้องการของหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่ละราย

4.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลแก่ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดในเรื่องของการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย เช่น การทำงานบ้าน ค่าใช้จ่ายต่างๆ หรือเรื่องเวลาที่ต้องมาพบแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนด้านทรัพยากรให้มากที่สุด

ด้านการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษาในครั้งนี้ สามารถทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 89.10 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสามารถ

ในการทำนายนการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อีก เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ เช่น จากการสัมภาษณ์เหตุผลของการเข้าร่วมไม่ครบตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ พบว่ามีอาการทางกายอื่นๆ เช่น ปวดขา และการจัดการเวลาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งควรที่จะทำการศึกษาต่อไป

ด้านการศึกษา

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในระยะที่ได้รับการส่งต่อให้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยจากผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นในการจัดการเรียนการสอน ผู้สอนควรเน้นให้นักศึกษาตระหนักถึงปัญหาของอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีจำนวนน้อยลงในผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด เน้นให้เห็นถึงความสำคัญต่อผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และให้การสนับสนุนผู้ดูแล หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยได้ดูแลผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มากขึ้นด้วย

สรุป จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแล ส่งเสริม ให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้หญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้มากที่สุด และยังเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และในส่วนของ การค้นคว้าวิจัยนั้น สามารถนำไปค้นคว้าวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในประเด็นอื่นๆ ต่อไปในอนาคต

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัณฑ์ ปานสมุทร์. (2547). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา จรรย์แต่. (2550). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำ
หน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัด
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2547). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรม
การดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัฐยา จิตประไพ และ ภาวีส วงศ์แพทย์. (2536). เวชศาสตร์ฟื้นฟูบูรณาการ, กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชวนพิศ ทำนอง. (2527). ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ต่อความสามารถในการออกกำลังกาย
และการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาญวิทย์ รุ่งศรีทอง. (2544). Myocardial ischemia and infarction. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน,
กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2542).
Cardiac Rehabilitation Guideline (online). Available from
<http://www.thaiheart.org/cares thai/Rehabguide.html> (2008 Nov 20).
- ดวงกมล พึ่งประเสริฐ. (2534). ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวล
และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2541). ผลของการใช้ อีเอ็ม จีไอพีดีแบค ร่วมกับการผ่อนคลาย
กล้ามเนื้อแบบโพรเกรสซีฟต่อความวิตกกังวล การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุม
อาการหายใจลำบาก ความทนทานในการออกกำลังกาย อาการหายใจลำบากและ

- สมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คูสิต สุจิรารัตน์. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS FOR WINDOWS เล่ม 1-2.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2543). Management of acute myocardial infarction. อายุรศาสตร์
ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ทัศนีย์ แดขุนทด. (2549). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยการประยุกต์ทฤษฎี
ความสามารถตนเองต่อความสามารถในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค
การดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจ
วายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิวัติ เมธาจารย์. (2544). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้
ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโคโร
นารี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการ
ดูแลตนเองกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปพิชญา แสงเอื้ออังกูร. (2544). การมีส่วนร่วมในการบริหารงานและความเครียดของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปรียา แก้วพิมล. (2546). การมีส่วนร่วมของสตรีกรรมแรกในการดูแลในระยะคลอด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทชั้นปริญญาตรีบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสตรี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิ่นชนี ชาติบุรุษ. (2546). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจทางศัลยกรรม. อ่างใน วิชาล
คันธารัตนกุล และระพีพล กุลชร ณ อยุธา. เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหัวใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: อภิสรา อินเตอร์กรุ๊ปจำกัด.

ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (ต่อประชากร 100,000 ราย) พ.ศ. 2547-2550. สถิติ
 สาธารณสุขปี 2547-2550.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ:
 วี.เจ.พรินติ้ง.

สถิติผู้ป่วยแผนกกายภาพบำบัด. (2551). บันทึกประจำเดือนของผู้ป่วยนัดทำการฟื้นฟู
สมรรถภาพหัวใจ. แผนกกายภาพบำบัดทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก.

สถิติผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทรวงอก. (2552). บันทึกประจำเดือนของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา
ผลการรักษา. แผนกศัลยกรรมทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก.

สุชีพันท์ จิตพิมลมาศ และคณะ. (2539). อากาโรวิทยาทางอายุรศาสตร์. ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุรีย์พร เทพาอมรเดช. (2546). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถใน
การทำหน้าที่ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุเมธ ชำนิ. (2546). การเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล
วิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชา
การบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อภิชาติ สุคนธสวรรค์ และศรีรัตน์ ควรประเสริฐ. (2546). Coronary Artery Disease: New
Guideline. เชียงใหม่: ไอแอมออกเอนเซอรั.

ภาษาอังกฤษ

Adams, K.F., and Zannadd, F. (1998). Clinical definition and epidemiology of
 advanced heart failure. American Heart Journal, 135: 204-215.

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. (1999).
Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. 3th
 ed. Illinois: Human Kinetic.

American Heart Association. (2002). Cardiovascular mortality statistics in the US.
Circulation, 113: 2071-2081.

Aronson, D., and Rayheld, E.J. (2002). Cardiovascular medicine. 2nd ed. Philadelphia:
 Lippincott Williams and Wilkins.

Asplund, K. (2004). Epidemiology of cardiovascular disease. Cardiology. 2nd ed.

Edinburgh: Mosby.

- Bengt, F. (2000). Self-rated health in women after their first myocardial infarction: a 12- Month comparison between participation and nonparticipation in a cardiac rehabilitation programme. Health Care Women. 21: 727-738.
- Bittner, V. (2002). Lipoprotein abnormalities related to women's health. American Journal Cardiology, 90: 77-81.
- Brant, P.A., and Weinert, C. (1981). The PRO-a social support measure. Nursing Research. 30(8): 277-280.
- Braunwald's. (2002). Heart Disease. A Textbook cardiovascular medicine. 7th ed. St. Louis: Mosby.
- Brown, C.A., Wolfe, L.A., Hains, S., Phym, J., and Parker, J.O. (1994). Early low Intensity home exercise after coronary artery bypass graft surgery. Journal Cardiopulmonary Rehabilitation. 14: 238-245.
- Brown, M.A. (1986). Social support, stress and health: A comparison of expectant mothers and fathers. Nursing Research. 35(2): 72-76.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: A concept analysis. Journal of Advance Nursing, 24: 561-571.
- Caulin-Glaser, T., Blum, M., Schmeizel, R., Prigerson, H.G., Zaret, B., and Mazure, C.M. (2001). Gender differences in referral to cardiac rehabilitation programs after revascularization. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 21(1): 24-30.
- Check, D., and Cesan, A. (2003). What's different about heart disease in women?. Nursing 2003, 33(8): 36-43.
- Chin, P.A., Finocchiaro, D.A., and Roscbrough, A. (1998). Rehabilitation nursing Practice. New York: The McGraw-Hill.
- Christensen, B.S., and Kockrow, E.D. (2003). Adult health nursing. 4th ed. Philadelphia: Mosby.
- Clark, A.M., Sharp, C., and MacIntyre, P.D. (2002). The role of age in moderating access to cardiac rehabilitation in Scotland. Ageing and Society, 22: 501-515.
- Clark, S.E. (1995). Coronary heart disease and the risk to women. Nursing Time, (91): 27-31.
- Cooper, A.F., Jackson, G., Weinman, J., and Horne, R. (2002). Factors association

with cardiac rehabilitation attendance: A systematic review of the literature. Clinical Rehabilitation, 16: 541-552.

- Davidson, P., Digiacomo, M., Zecchin, R., Clarke, M., Pual, G., Lamb, K., Hancock, K., Chang, E., and Daly, J. (2008). A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of woman with heart disease. Journal of Woman's Health, 17(1): 123-134.
- Digenio, A.G., and Joughin, H.M. (1997). Handbook of qualitative research. London: Sage Publications.
- Dunn, A., Marcus, B., Kampert, J., Garcia, M., Kohl, H., Blair, S. (1999). Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness. Journal of the American Medical Association, 28, 327-334.
- Gomez, E.A., Gomez, G.E., and Otto, D.A. (1984). Anxiety as a human emotion : Some basic conceptual methods. Nursing Forum, 21(1): 38-41.
- Gorman, L.M., Sultan, D.F., and Raines, M.L. (1996). Davis's manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F.A. Davis.
- Glaszer, K.M., Emery, C.F., Frid, D.J., and Banyasz, R.E. (2002). Psychological predictors of adherence and outcomes among patients in cardiac rehabilitation. Journal Cardiopulmonary Rehabilitation, 22: 40-46.
- Gueyffier, F., Boutitie, F., Boissel, J.P., et al. (1997). Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcome in women and men. Annual International of Medicine. 126:761-770.
- Harlan, W.R., Sandler, S.A., Lee, K.L., and Lam, L.C. (1995). Importance of baseline functional and socioeconomic factors for participation in cardiac rehabilitation. American Journal Cardiology 76: 36-39.
- Halm, M., Penque, S., Doll, N., and Behars, M. (1999). Woman and cardiac rehabilitation : Referral and compliance pattern. Journal Cardiovascular Nursing, 13(3): 83-92.
- Hambrecht, R., Neibauer, J., Marburger, C. (2000). Various intensities of leisure time

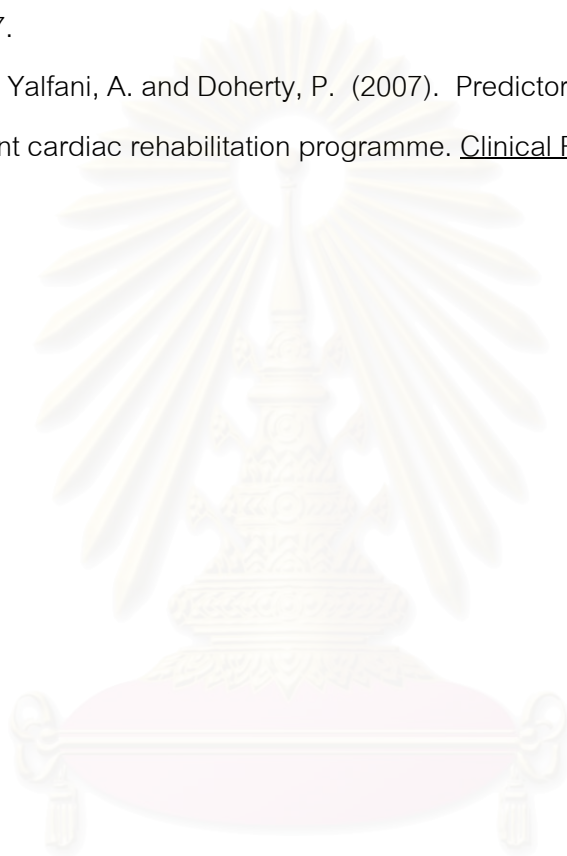
- physical activity in patient with coronary artery disease: effect on cardiorespiratory fitness and progression of coronary atherosclerotic lesion. Journal American Collabolation Cardiology, 22: 468-477.
- Haugh, K.H., and Ballenger, K. (1999). Management of persons with inflammatory heart disease, heart failure and persons. Undergoing cardiac surgery. In Phipps: W.J. Heid, G. H. and Maeilce, S. (2004). Influences on woman's participation in cardiac rehabilitation. Rehabilitation Nursing. 29(4): 116-121.
- House, J.W. (1981). Work stress and social support. Menlo Park: Addison Wesley.
- Horgan, J., Bethell, H., and Carson, P., et al. (2007). Working party report on cardiac rehabilitation. British Heart Journal. 67: 412-418.
- Jackson, L., Leclerc, J., Erksine, Y., and Linden, W. (2004). Getting the most out of cardiac rehabilitation: A review of referral and adherence patterns. Heart. 91: 10-14.
- Jacobson, D.E. (1986). Type and timing of social support. Journal of Health and Social Behavior, 250-264.
- Jamrozik, K. (2004). Risk factors for atherosclerotic disease. Cardiology. Edinburgh: Mosby.
- Janz, N.K., and Becker, M.H. (1984). The health belief model in understanding cardiovascular risk factor reduction behaviors. Cardiovascular Nursing, 24: 39-41.
- Kannel, W.B. (2002). The framingham study: Historical insight on the impact of cardiovascular risk factors in men versus women. Journal Gender Specific Medicine, 5: 27-32.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C., and Gore, S. (1977). Social support and health. Medicine Care. 15(5): 50-51.
- King, K.M., Human, D.P., Smith, H.L., Phan, C.L., and Teo, K.K. (2001). Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance. Heart, 85: 290-294.
- King, K.B. (1997). Psychologic and social aspects of cardiovascular disease. Annual review of behavior medicine, 19(3): 264-270.
- Kobashigawa, J.A., Leaf, D.A., Lee, N., et al. (1999). A controlled trial of exercise

- rehabilitation after heart transplantation. New England Journal Medicine, 1: 272-277.
- Ku, S.L., Ku, H.C., and Ma, C.F. (2002). Effects of phase I cardiac rehabilitation on anxiety of patients hospitalized for coronary artery bypass graft in Taiwan. Heart and Lung, 31(2): 133-144.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, C.G. and Lip, G.Y. (2001). Predictors of Attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. Journal Psychosom Research, 51: 497-501.
- Larosa, J.C. (2002). Cardiovascular Heart Disease in Women. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lieberman, L., Meana, M., and Stewart, D. (1998). Cardiac rehabilitation : Gender difference in factors influencing participation. Journal of Woman's Health, 7: 717-723.
- Lin, N., et al. (1979). Social support, stressful life events, and illness: model and empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 20(6): 108-109.
- Lock, B.C. (1996). Preventing heart attack and death in patient with coronary disease. Medical Progress, 10: 39-46.
- Maiman, L.A., and Becker, H.M. (1974). The health belief model: Origins and correlates. The Health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack.
- McGee, H., Horgan, J. (1992). Cardiac rehabilitation programs : Are woman less likely to attend?. British Medical Journal, 305: 283-284.
- McSweeney, J.C. (2001). Making behavior changes after a myocardial infarction. Western journal of Nursing Research, 15: 441-455.
- Mirotnik, J., Feldman, L., and Stein, R. (1995). The health belief model and adherence With a community center based, supervised coronary heart disease exercise program. Journal of Community Health, 20: 233-247.
- Missik, E. (1999). Personal perception and woman's participation in cardiac rehabilitation. Rehabilitation Nursing, 24(4): 158-165.
- Missik, E. (2001). Woman and cardiac rehabilitation : Accessibility Issue and policy recommandations. Rehabilitation Nursing, 26(4): 141-147.

- Mo-Kyung, S., Bonnie, S., Michael, W., Joyce, G., Judy, p., and Joshua, A. (2004). Personal characteristics, health status, physical activity, and quality of life in cardiac rehabilitation participants. International Journal of Nursing Studies, 41: 173-181.
- Moulton, A.M. (1995). Coronary artery disease. Primary Care of Women. St.Louis: The C.V. Mosby Company.
- Mosca, I., Manson, J.E., Sutherland, S.E., Langer, R.D., Manolio, T., and Barrett-Connor, E. (1997). Cardiovascular disease in woman : A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. Circulation, 96: 2468-2482.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M., and Cafrieri, V.L. (1981). The development of an instrument to measure social support. Nursing Research, 30(5): 264-269.
- Oldridge, N.B., Donner, A., Buck, C., Andrew, G., Jones, N.L., and Parker, J.O. (1983). Predictors of dropout from the Ontario Exercise-Heart Collaborative Study. American Journal of Cardiology, 51: 70-74.
- Pate, R., Pratt, M., and Blair, S.N. (1995). A recommendation form the Centers for disease control and prevention and the American College of sports medicine. Journal of the American Medicine Association, 273(5): 402-407.
- Pender, N.J. (2003). Health promotion in nursing practice. Stamford, C.T.: Appeton & Lange.
- Rasof, M.L., and Gorbien, M.J. (1997). Quality of life in elderly patient with heart disease. Cardiovascular disease in older people. VSA: Springier Publishing Company, 426-438.
- Rouhani, G.C. (1987). Understanding anxiety. Nursing Mirror. 146: 25-27.
- Runion, L.A. (1985). A program for psychological and social enhancement during rehabilitation after myocardial infarction. Heart & Lung, 14: 117-125.
- Sadowky, H.S. (2001). Essentials of cardiopulmonary physical therapy. 2nded. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sanderson, B.K., Southard, D., and Oldridge, N. (2005). Outcomes evaluation in cardiac rehabilitation secondary prevention programs : Improving patient care and program effectiveness. Journal Cardiopulmonary Rehabilitation, 24: 68-79.
- Schaefer, C., Coyne, J.C., and Lazarus, R.S. (1981). The Health-related functions of

- social support. Journal of Behavior Medicine, 4(19): 381-402.
- Shanks, C. L., Shirley, M. M., and Richard, A. Z. (2007). Predictors of cardiac rehabilitation Initiation. Rehabilitation Nursing, 32(4): 152-157.
- Sotile, W.M. and Miller, H.S. (1998). Helping older patient to cope with cardiac and pulmonary disease. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 18(2): 124-128.
- Spielberger, D.C., et al. (1970). STAI MANUAL. California: Consulting Psychologist Press. Stone, N.J. (2002). Diet, Nutritional Issues, and Obesity. Cardiovascular Medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. (1983). Psychiatric nursing. 2nd ed. Saint Louis: the C.V. Mosby.
- Stuart, G.W., and Sundeen, S.J. (1979). Principle and practice of psychiatric nursing. Saint Louis: The C.V. Mosby.
- Sullinger, H. (2000). Women and heart disease: Identifying risk: overcoming barriers. Topics in Emergency Medicine. 22(1): 42-51.
- Taylor, M.C. (1994). Essentials of psychiatric nursing. 4th ed. American: R.R. Donnelley And Sens Company.
- Tecce, M.A., Dasgupta, I., and Doherty, J.U. (2003). Heart disease in older women: Gender differences affect diagnosis and treatment. Geriatry, 58(12): 33-39.
- The National Cholesterol Education Program. (2002). Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adult. Circulation, 106: 1343-1350.
- Thompson, D.R., Lewin, R.J. (2000). Coronary disease management of the post myocardial infarction patient: rehabilitation and cardiac neurosis. Heart, 84: 101-105.
- Weiss, R. (1974). The provision of social relationship. Englewood Cliffs: N.J. Prentice Hall.
- Wenger, N.K. (2002). Coronary heart disease and women: Magnitude of the problem. Cardiology in Review. 10: 211.
- Whitmarsh, A., Koutantiji, M., and Sidell, K. (2003). Illness perceptions mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. British Journal of Health Psychology, 8: 209-221.

- Will, T.A. (1985). Supportive function of interpersonal relationships. Social Support and Health. Florida: Academic Press Oxford University.
- World Health Organization. (2002). Report of expert committee on rehabilitation after cardiovascular disease. WHO Technical Report Series, Geneva, 831.
- Wyer, S., Joseph, S., and Earll, L. (2001). Predicting attendance at cardiac rehabilitation : A review and recommendations. Coronary Health Care, 5(4): 171-177.
- Yohannes, A.M., Yalfani, A. and Doherty, P. (2007). Predictors of drop-out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. Clinical Rehabilitation, 21: 222-229.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

- | | |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล |
| ส่วนที่ 2 | แบบสอบถามความรุนแรงของโรค |
| ส่วนที่ 3 | แบบสอบถามความวิตกกังวล |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม |
| ส่วนที่ 6 | คือ แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ |

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 6 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้อย่างตรงตามความเป็นจริง

1.อายุ.....ปี

2.สถานภาพสมรส

() โสด () หม้าย () คู่

() หย่า () แยกกันอยู่

3.ระดับการศึกษา

() ไม่ได้ศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

ตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย () อนุปริญญา ()ปริญญาตรี

() ปริญญาโท

4.อาชีพ

() กิจการส่วนตัว () แม่บ้าน () ค้าขาย

() รับจ้างทั่วไป () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () เกษตรกรรม

() อื่นๆ โปรดระบุ.....

5.รายได้ของครอบครัว.....บาท (เฉลี่ยบาทต่อเดือน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการรักษา (สำหรับผู้วิจัยตอบ)

1.การวินิจฉัยโรค.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ท่านเป็นอยู่ ซึ่งเป็นลักษณะอาการที่ท่านรู้สึกขณะที่ทำกิจกรรมประจำวัน ในขณะที่อยู่ที่บ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงช่องเดียวอย่างแท้จริง

ระดับที่	ความหมาย	ความรู้สึกของท่าน
1	ฉันสามารถทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกายได้โดยไม่มีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก	()
2	ฉันมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อยเมื่อทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นบันได และออกกำลังกาย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น	()
3	ฉันมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกชัดเจน เมื่อทำกิจกรรมเบาๆ เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น	()
4	ฉันมีอาการเหนื่อยล้า ใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกชัดเจนในขณะที่พัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ	()

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวล

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ใช้สำหรับการบรรยายตนเอง โปรดอ่านประโยคแต่ละประโยคต่อไปนี้จะจากนั้นกรอณาใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่อง ซึ่งอยู่ทางขวาของประโยคที่แสดงถึง **ความรู้สึกของท่านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา** ประโยคทั้งหมดไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด โปรดอย่าใช้เวลากับข้อใดนานเกินไป และโปรดเลือกคำตอบที่บรรยายความรู้สึกของตัวเองได้ชัดเจนที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	มีบ้าง	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกสงบ				
2. ท่านรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ท่านรู้สึกตั้งเครียด				
4. ท่านรู้สึกเหนื่อยล้า				
5. ท่านรู้สึกสบายๆ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกกังวลว่าอาจจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง				
8. ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง				
9. ท่านรู้สึกตื่นกลัว				
10. ท่านรู้สึกสบาย				
11. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้น				
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ท่านรู้สึกลึกลับใจ				
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ท่านรู้สึกสุขใจ				
17. ท่านรู้สึกวิตกกังวล				
18. ท่านรู้สึกสับสน				
19. ท่านรู้สึกได้พักผ่อน				
20. ท่านรู้สึกเบิกบานใจ				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงของผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงการรับรู้ความเสี่ยงของท่านเกี่ยวกับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ เมื่อท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อและพิจารณาแล้วว่ามีความคิดเห็นตรงกับข้อความใดมากที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ตรงช่องที่ตรงกับความคิดเห็นเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยการเลือกตอบจะมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	มีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. โรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถกลับเป็นซ้ำได้ถ้าไม่รับการรักษา					
2. การซื้อยามารับประทานเองเป็นการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด					
3. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติ ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจเสมอ					
4. ถ้าท่านดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะลดลง					
5.					
6.					

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่า และด้านทรัพยากร จากคู่สมรส บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคลากรทางการแพทย์ ขณะอยู่ที่บ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวและคำตอบที่ให้มีความหมายดังนี้ คือ

ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับเพียงส่วนน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับเพียงครึ่งหนึ่ง
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับการสนับสนุนและช่วยเหลือที่ท่านได้รับมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ในยามที่ท่านเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด ท่านได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด					
2.					
3.....					
4. ท่านมีบุคคลใกล้ชิดคอยแก้ไขปัญหาหรือตัดสินใจในภาวะฉุกเฉินได้					
5.....					
6. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด					

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
7. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ					
8. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยการเดินที่บ้าน					
9. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการนับชีพจร การประเมินความเหนื่อย อากาการผิดปกติ วิธีการแก้ไขและความถี่ในการออกกำลังกาย					
10. ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อท่านมีปัญหา					
11.....					
12.....					
13.....					
14.....					
15.....					
16.....					
17.....					
18.....					
19.....					
20. ท่านได้รับความสะดวกในการใช้บริการและการติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์					

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ

1. จำนวนครั้ง...../ 12 สัปดาห์

สำหรับผู้วิจัย

ร้อยละของการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

เอกสารให้ความยินยอม เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารให้ความยินยอม

(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

วันที่ให้ความยินยอม วันที่.....เดือน.....ปี.....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่ผลต่อการรักษาโรคหรือผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัย หรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และจะได้รับการชดเชยรายได้ที่สูญเสียไประหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตลอดจนเงินทดแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้น และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือเงินชดเชยดังกล่าว ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ ที่อยู่ 99/159 ม. เดชะแกรนด์พระราม 2 ถ. พระราม 2 ต. พันท้ายนรสิงห์ อ. เมือง จ. สมุทรสาคร 74000 เบอร์โทรศัพท์ 082 – 4493601 หรือ 034 – 868513

โดยบุคคลที่รับผิดชอบเรื่องนี้เป็น นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจและได้ลงนามในเอกสารให้ความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..... ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

วันที่..... เดือน..... ปี.....

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(.....)

วันที่..... เดือน..... ปี.....

ลงนาม..... พยาน

(.....)

วันที่..... เดือน..... ปี.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participation Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย บัณฑิตศึกษที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อ 99/159 ถ.พระราม 2 ต. พันท้ายนรสิงห์ อ. เมือง จ. สมุทรสาคร 74000

โทรศัพท์บ้าน 034 - 868513

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 082-4493601

E-mail : pamreena@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงบัณฑิตศึกษที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และความสามารถของบัณฑิตศึกษได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรค ความวิตกกังวล การรับรู้ความเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือด

3. ผู้วิจัยใช้วิธีการให้แบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักแก่ผู้วิจัย การให้ข้อมูลผู้วิจัยจะไม่ระบุชื่อและนามสกุล และที่อยู่ลงในรายงานการวิจัย การนำเสนอจะนำไปเสนอในเชิงวิชาการ และจะไม่ทำ ความเสียหายต่อผู้ร่วมการวิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 6 ชุดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

4. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติมีดังต่อไปนี้ ในงานวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบและเรียกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยว่า ผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยผู้ทำการวิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

หากผู้ให้ข้อมูลมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยไม่ว่าก่อนหรือขณะตอบแบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้

ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และแม้ผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ต่อผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจแบบสอบถามความวิตกกังวลทุกรายก่อนแยกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่

พบว่าหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดหลังจากได้ทำแบบสอบถามความวิตกกังวล มีคะแนนความวิตกกังวลสูง จะส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันทีเพื่อให้การดูแลตามแนวทางของสถาบันโรคทรวงอกต่อไป

ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล จะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

จำนวนผู้ให้ข้อมูลโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 110 ราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค

จดหมายขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

จดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือ

และการเก็บรวบรวมข้อมูล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0104

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

กรุงเทพฯ 2552

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

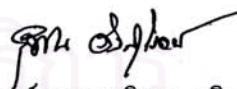
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างการวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องด้วย นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภจรรย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อเข้ารับการพิจารณาจริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาคำเนินการด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ชุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภจรรย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต

นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ โทร. 08-2449-3601

ที่ ศบ 0512.11/0165

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๒ กุมภาพันธ์ 2552

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

เนื่องด้วย นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 110 คน จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชมพูนุช โสภกาจารย์ โทร. 0-2218-9818

ชื่อนิสิต

นางสาวปารรีนา ปรียาโชติ โทร. 08-2449-3601

ภาคผนวก ง

ผลการพิจารณาจริยธรรม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่ 040



คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก
กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในหญิงที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวปาริณา ปรียาโชติ

สถานที่ทำการวิจัย : สถาบันโรคทรวงอก

เอกสารที่ได้รับการพิจารณามีดังนี้

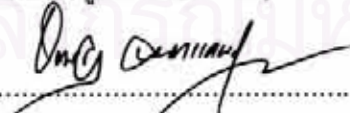
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
2. แบบรายงานสรุปโครงการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม
4. เอกสารแนะนำเข้าร่วมโครงการวิจัยและหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ

คณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์
 กระทรวงสาธารณสุข อนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้



(นายแพทย์ชูศักดิ์ เกษมสานต์)

ประธานกรรมการ



(นายแพทย์ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ)

เลขานุการกรรมการ

รับรองวันที่ : 24 กุมภาพันธ์ 2552

วันหมดอายุ : 24 กุมภาพันธ์ 2553

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปาริณา ปรียาโชติ เกิดเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดนครสวรรค์ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ปีการศึกษา 2545 หลังจากจบการศึกษาเข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สาขาประชาชื่น จนปีพ.ศ.2546 ได้เข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางปะกอก 1 จนถึงปี พ.ศ. 2549 หลังจากนั้น ได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2550



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย