

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

พัชรินทร์ วรรณโพธิ์* วัลภา คุณทรงเกียรติ** สุภาภรณ์ ดั่งวงแพ่ง**

บทคัดย่อ

การมีกิจกรรมทางกายภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีความสำคัญยิ่งในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบหาคความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 89 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาติดตามที่ งานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง ได้แก่ แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และกิจกรรมทางกาย มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82 .85 .71 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดของกิจกรรมทางกาย ($\beta = .562$) รองลงมาคือการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .230$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .196$) ปัจจัยทั้งสามนี้มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 55.00 ($R^2 = .550, F = 34.606, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูล และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการมีกิจกรรมทางกาย โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ: ปัจจัย อิทธิพล กิจกรรมทางกาย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ

* นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,

Email: wannapo.pat@gmail.com

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors influencing physical activity among patients with Acute Myocardial Infarction receiving Percutaneous Coronary Intervention

Patcharin Wannapo* Wanlapa Kunsongkeit** Supaporn Duangpaeng**

Abstract

Physical activity after receiving Percutaneous Coronary Intervention is very important to prevent recurrent myocardial infarction. This correlation predictive research aimed to determine factors influencing physical activity among patients with Acute Myocardial Infarction (AMI) after receiving Percutaneous Coronary Intervention, including severity of disease, health literacy, self-efficacy, and social support. A simple random sampling was used to recruit a sample of 89 AMI patients who received follow-up treatment at Outpatient Department of Internal Medicine, Prapokklao hospital in Chanthaburi province. Data were collected from August to October 2017. Research instruments were self-report questionnaires including questionnaires of health literacy, self-efficacy perception, social support, and physical activity. Their reliability of Cronbach's Alpha were .82, .85, .71, and .81, respectively. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis were used to analyze data.

The results revealed that the severity of disease was the most influencing on the physical activity ($\beta = .562$), and the followings were social support ($\beta = .230$) and self-efficacy ($\beta = .196$) These three factors have influenced and together accounted for 55.0 % in the prediction of physical activity among AMI patients after receiving Percutaneous Coronary Intervention ($R^2 = .550$, $F = 34.606$, $p < .001$)

The findings from this study could be evidence to develop physical activity programs by emphasizing social support and self-efficacy.

Keywords: factor, influence, physical activity, acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention

* Student of Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing Burapa University,

Email: wannapo.pat@gmail.com

** Faculty of Nursing, Burapa University, Chonburi, Thailand.

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตและทุพพลภาพ ในปี ค.ศ. 2030 จะพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วโลกถึง 23.6 ล้านคน¹ โดยประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2555 2556 2557 และ 2558 เท่ากับ 15,070 17,394 18,079 และ 19,471 คนต่อแสนประชากร² ตามลำดับ จากสถิติชี้ให้เห็นว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นวิธีที่นิยมใช้รักษามากที่สุด เพราะสามารถลดอัตราการตายผู้ป่วยที่หายได้เร็วกว่าการผ่าตัด³ อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ^{4,5} ในหลอดเลือดชนิดเคลือบยาและไม่เคลือบยา ร้อยละ 6.92 และ 4.37⁶ ตามลำดับ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการตนเองสามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้⁷ โดยเฉพาะการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ซึ่งจะเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้และตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเอง ดังแนวคิดของ Tobin et al.⁸ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มักจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ที่เกิดขึ้นได้ทุกขณะทำให้ผู้ป่วยกลัวตาย จึงไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมทางกายที่เคยทำ ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม⁹⁻¹⁰

กิจกรรมทางกาย เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้เกิดการใช้พลังงานที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำงาน ประกอบอาชีพ การทำงานในบริเวณบ้าน การเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง และการทำกิจกรรมในเวลาว่างหรืองานอดิเรก¹¹ ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะการมีกิจกรรมทางกายจากบุคลากรทีมสุขภาพ

แล้วก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมายังคงพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม¹²⁻¹³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจตามแนวคิดของ Tobin et al.⁸ ได้แก่ ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้แตกต่างกัน เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะมีกิจกรรมทางกายลดน้อยลง ในขณะที่ความฉลาดทางสุขภาพ เป็นความสามารถและทักษะในการอ่าน เข้าใจ การเขียน การเข้าถึงข้อมูล การวิเคราะห์ และการนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ¹⁴ ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยว่าจะจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมาย และได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ดีตามไปด้วย สำหรับการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยว่ามีคนคอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้รับจากการทำวิจัยในครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีกิจกรรมทางกายได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ ความรุนแรงของโรค ความฉลาดทางสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Acute ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) และได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ มารับบริการตรวจตามนัดที่งานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า ในปี พ.ศ. 2560

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power analysis¹⁵ กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 ขนาดอิทธิพลปานกลาง เท่ากับ .15¹⁶ และมีตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัว ได้จำนวน 89 ราย แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนด ด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ ได้รับการรักษา ด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน อายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และไม่มีข้อจำกัดที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย เช่น stroke กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง หรือกระดูกหัก

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบ สอบ ถาม ข้อมูล ส่วน บุ คคล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วย
2. แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ Ishikawa, Takeuchi and Yano¹⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดย วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และคณะ¹⁸ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ขั้นพื้นฐาน มีข้อคำถาม 5 ข้อ 2) ขั้นปฏิสัมพันธ์ มีข้อคำถาม 5 ข้อ และ 3) ขั้นวิจารณ์ญาณ มีข้อคำถาม 4 ข้อ รวมทั้งหมดมี 14 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับในหัวข้อความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามเป็นแบบวัดประมาณค่าความถี่ของการปฏิบัติมี 4 ระดับ การแปลผลความฉลาดทางสุขภาพของแต่ละขั้น แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับดีมาก ดีพอใช้ และไม่ดี¹⁸ นำไปหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้เท่ากับ 1 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .82
3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ สายรุ่ง บัวระพา¹⁹ ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหัวใจของ Jenkin (1989) โดยสร้างจากแนวคิดของ Bandura (1997) เป็นข้อคำถามกิจกรรมทางกายจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะเป็นเส้นตรง แนวนอน มีความยาว 10 ซม. แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อย ปานกลาง และมาก นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .85
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ของ Zimet et al.²⁰ แปลเป็นภาษาไทยโดย พิทักษ์พล บุญมาลิก²¹ มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว เพื่อน และบุคลากรที่มสุขภาพ แต่ละด้านมีคำถาม 4 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า

(rating scale) มี 7 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .71

5. แบบสอบถามกิจกรรมทางกาย ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของดัก (Duke Activity Status Index: DASI)²² แปลเป็นภาษาไทยโดยปานจิต นามพลกรัง²³ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อครอบคลุมเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย การทำงานบ้าน การมีเพศสัมพันธ์ และการมีกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทั้ง 12 ข้อ มีค่าพลังงานของกิจกรรมทางกาย อยู่ระหว่าง 1.75-8.00 METs การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 'ไม่ดี พอใช้ ดี และ ดีมาก'²³ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .81

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หนังสือรับรองรหัส 02-05-2560 อนุมัติในวันที่ 14 มิถุนายน พ.ศ. 2560 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า หนังสือรับรอง CTIREC 047 อนุมัติในวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2560

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้มารับบริการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างระหว่างที่กำลังรอพบแพทย์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและเลือกตอบแบบสอบถามเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านหรือมองเห็นแบบสอบถามไม่ชัดเจน ผู้วิจัยเป็นผู้อ่าน

แบบสอบถามให้และให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 77.50) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 38.20) รองลงมาคือ มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 29.20) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65./จ) ได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ในระยะเวลา 1-3 ปี (ร้อยละ 38.20) รองลงมาคือ ในระยะน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 31.50) เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่บริเวณ Inferior wall (ร้อยละ 51.70) ใส่ขดลวดโคโรนาราย จำนวน 2 เส้น (ร้อยละ 30.30) รองลงมาคือ ใส่ขดลวดโคโรนาราย จำนวน 1 เส้น (ร้อยละ 28.10)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association: NYHA) ที่ Class I (ร้อยละ 48.30) รองลงมาคือ Class II (ร้อยละ 42.70) ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 40.76$, $SD = 8.25$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 8.06$, $SD = 1.28$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 68.92$, $SD = 9.94$) และกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดีขึ้นไป ($\bar{x} = 43.16$, $SD = 9.49$)

ตัวแปรที่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดคือ ความรุนแรงของโรค

Class I ($\beta = .562, p < .001$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .230, p < 0.01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .196, p < 0.05$) ตามลำดับ โดยที่ตัวแปรทั้งสามตัวสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วย

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 55.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .550, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ($n = 89$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t
ความรุนแรงของโรค Class I	10.619	1.427	.562***	7.444
การสนับสนุนทางสังคม	.219	.078	.230**	2.820
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1.451	.594	.196*	2.440
Constant = 11.216, $R = .742, R^2 = .550, SEE = 6.482, F = 34.606$ ***				

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

อภิปรายผล

1. กลุ่มตัวอย่างที่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับดีขึ้นไปอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ซึ่งไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ หรือมีข้อจำกัดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น จึงทำให้มีสมรรถภาพทางกายดี และได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจร่วมกับใส่ขดขวดโครงตาข่ายซึ่งสามารถเปิดหลอดเลือดบริเวณที่เกิดการอุดตัน ช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมทางกายได้ดี

2. จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุดคือ ระดับความรุนแรงของโรค Class I รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม และการ

รับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามลำดับ ปัจจัยทั้งสามนี้มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 55.00 และพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อกิจกรรมทางกายอภิปรายได้ว่า

2.1 ความรุนแรงของโรค Class I พบในกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 48.30) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ โดยความรุนแรงของโรค เป็นองค์ประกอบด้านสรีรวิทยาของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้แตกต่างกัน เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นผู้ป่วยจะมีความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายได้น้อยลง

2.2 การสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ทางบวกใน

ระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al⁸ อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ว่ามีคนคอยให้ความช่วยเหลือ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทีมสุขภาพ จะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดีได้แก่ มีทักษะในการแก้ปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการวางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ฝึติดตามอาการของตนเอง ตลอดจนสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตเพื่อให้อยู่กับ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ส่งผลให้มีกิจกรรมทางกายได้ดีด้วย²⁴

2.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ โดยการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน เป็นองค์ประกอบด้านความรู้คิดของแนวคิดการจัดการตนเองของ Tobin et al⁸ อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่จะจัดการตนเองได้ประสบความสำเร็จตามที่ได้ตั้งเป้าหมาย และได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ดีตามไปด้วย²⁴

2.4 ความฉลาดทางสุขภาพ พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จึงส่งผลต่อความสามารถในการอ่านและการเขียน ซึ่ง

เป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ¹⁴ ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด สำหรับระดับขั้นของความฉลาดทางสุขภาพที่มีความจำต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมากที่สุด ควรมีความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ซึ่งเป็นสมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติกิจกรรมทางกายได้ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเอง ดังนั้นจึงทำให้ความฉลาดทางสุขภาพไม่สามารถทำนายกิจกรรมทางกายได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดของกิจกรรมทางกาย รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งสามปัจจัยนี้มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมส่งเสริมผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจให้มีพฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม โดยเน้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีสมรรถภาพหัวใจที่ดี ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะสร้างเป็นโปรแกรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีความรุนแรงของโรคอยู่ใน Class I และ Class II ดังนั้น อาจจะต้องกลับไปศึกษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรุนแรงของโรค Class III และ Class IV เพราะผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่า Class I และ Class II เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายจะลดลงตามลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า กลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม คุณพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ และผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ทำให้วิจัยนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2015.
2. International Health Policy Program, Ministry of Health. Disease situation report NCDs No. 2 “kick off to the goals” [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 9]; Available from: http://i-regist.igenco.co.th/web/dmthai_old/sites/default/files/ncd_nhes_v_2016.pdf. (in Thai).
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Guideline for ischemic heart disease 2014. Bangkok: Srimuang Printing; 2014.
4. Budnik M, Opolski G. The assessment of coronary heart disease risk factor correlated with demographic and social data in post-coronary intervention patients in Polish population. *Cardiol J*. 2015;22(3):276-84.
5. Cajanding RJ. Effects of structured discharge planning program on perceived functional status, cardiac self-efficacy, patient satisfaction, and unexpected hospital revisits among Filipino cardiac patients: A randomized controlled study. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(1):67-77.
6. Thanaphatsorn N, Howteerakul N, Sujirarat D, Suwannapong N, Kehasukcharom W. Incidence and factors associated with instent restenosis in coronary heart disease patients at Chest Disease Institute Nonthaburi Province [Oral Presentation]. In: RSU National Research Conference 2015. 24th April 2015; Thailand. Pathum Thani: Rangsit University; p.201-9. (in Thai).
7. Grady PA, Gough LL. Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health*. 2014;24(8):e25-31.
8. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL. Self-management and social learning theory. In: Holroyd KA, Creer TL, editors. *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research*. Orlando, NY: Harcourt Brace Jovanovich; 1986. p.29-54.
9. Wattanakitkrileart D. Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *Journal of Nursing Science*. 2009;27(2):22-31. (in Thai).
10. Ritpetch N, Jitpanya C, Chimluang J. Relationships among symptom clusters, self-management, health value, sense of coherence, and health -related quality of life in patients with percutaneous coronary intervention. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2013;5(1):16-34. (in Thai).

11. World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Analysis guide [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 9]; Available from: http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/resources/GPAQ_Analysis_Guide.pdf.
12. Zhao S, Zhang Z, Long Q, Ma Y, Lian X, Yang Y, et al. Association between time of day of sports-related physical activity and the onset of acute myocardial infarction in Chinese population. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146472. doi: 10.1371/journal.pone.0146472.
13. Taweerat P, Buatee S, Wongpiriyayothar A. The relationships between perception of symptom, perception of physical self-efficacy and physical activity level of patients with coronary disease after discharge from hospital. *Research and Development Health System Journal*. 2015;8(2):157-64. (in Thai).
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-8.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavior, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91.
16. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: Principle and methods*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott; 1999.
17. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9.
18. Maneesriwongul W, Tulathong S, Fennie K P, Williams A. Adherence to antiretroviral medication among HIV-positive patients in Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2006;43 Suppl 1: 119-22. (in Thai).
19. Buarapha S. Relationships between personal factors, perception of symptoms severity, self-efficacy, social support, and physical activity in patients with chronic heart failure [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
20. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52(1):30-41.
21. Boonyamalik P. Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depression symptoms, and substance use [Dissertation]. Baltimore: Johns Hopkins University; 2005.
22. Hlatky MA, Boineau RE, Higginbotham MB, Lee KL, Mark DB, Califf RM, et al. A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (The Duke Activity Status Index). *Am J Cardiol*. 1989;64(10):651-4.
23. Namphonkrung P. Factors related to exercise behavior in coronary artery disease patients [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. (in Thai).
24. Won MH, Son YJ. Perceived social support and physical activity among patient with coronary artery disease. *West J Nurs Res*. 2017;39(12):1606-23.