

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

พัชรินทร์ วรรณโพธิ์ สารนิตินิ บุญประสพ* สนิษฐา เสนิงวงศ์ ณ อยุธยา* นิตยา โพธิ์สาราช**
ชนิกานต์ คณาเดิม** อัมพร บัวสัน**

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดหัวใจเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ที่ทำให้เสียชีวิตทั่วโลก ปัจจุบันมีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจรวมกับการให้ยาช่วยลดอัตราการเกิดการอุดตันของเส้นเลือด การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยลดการเกิดเป็นซ้ำได้

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการวิจัย : การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด จำนวน 79 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการวิจัย : พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยมีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่า 2 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมานานกว่า 2 ปี อยู่ 2.85 เท่า (OR adj=2.85, 95%CI: 1.10-7.38)

สรุปผล : ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ทางสุขภาพลดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคมานานกว่า 2 ปี ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังได้รับการขยายหลอดเลือดเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

คำสำคัญ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การขยายหลอดเลือดหัวใจ

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**สถาบันโรคทรวงอก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : พัชรินทร์ วรรณโพธิ์, E-mail: wannapo.pat@gmail.com

Received: March 1, 2023

Revised: August 20, 2023

Accepted: August 30, 2023

Factors related to health literacy among patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention

Patcharin Wannapo* Saranit Boonprasop* Sineenut Senivong Na Ayudhaya*
Nittaya Phosarach** Chanikarn Kanaderm** Amporn Busan**

Abstract

Background: Acute myocardial infarction (AMI) caused by thrombosis is one of the leading causes of death worldwide. The treatments for the disease are percutaneous coronary intervention (PCI) and thrombolytic agents. Promoting health literacy may decrease the recurring thrombosis of patients.

Objectives: This study aimed to identify factors related to health literacy in patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention.

Methods: A cross-sectional study was conducted at the Central Chest Institute of Thailand. Stratified random sampling was used to enroll 79 patients who visited the PCI Clinic. The research questionnaires consisted of demographic data and health literacy. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic multiple regression.

Results: The results showed that the diagnosis period of AMI had an impact on the health literacy of patients with acute myocardial infarction receiving percutaneous coronary intervention at a significance level of .05. The patients diagnosed less than two years were likely to gain health literacy more than those diagnosed over two years at 2.85 times (OR adj=2.85, 95%CI: 1.10–7.38).

Conclusions: The diagnosis period of AMI has an impact on health literacy. Health literacy decreased when the patients were diagnosed over two years. Then, the patient should be promoted health literacy about receiving percutaneous coronary intervention.

Keywords: acute myocardial infarction, health literacy, percutaneous coronary intervention

*Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

**Central Chest Institute of Thailand

Corresponding Author: Patcharin Wannapo, E-mail: wannapo.pat@gmail.com

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Acute Myocardial Infarction) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเกิดการเสียชีวิตและทุพพลภาพ โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี ค.ศ. 2016¹ พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายถึง 56.9 ล้านคน ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของการตายด้วยสาเหตุอื่น ๆ ในประเทศไทยมีการเก็บข้อมูลจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ² พบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในปี พ.ศ. 2556, 2557, 2558, และ 2559 คิดเป็นร้อยละ 26.90, 27.80, 29.90 และ 32.30 ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด ผู้ป่วยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) ภายใน 30 นาที และหรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention) ภายใน 90 นาที หลังการวินิจฉัยโรค และการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ³ อย่างไรก็ตามยังคงพบว่าการตีบของหลอดเลือดหัวใจซ้ำภายหลังการใส่ขดลวดค้ำยัน ร้อยละ 45.50⁴ และพบอัตราการตีบของหลอดเลือดหัวใจในหลอดเลือดเส้นเดิม ร้อยละ 19.90⁵ เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจแล้วผู้ป่วยจะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ร้อยละ 43.70⁶ ทำให้ละเลยการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจ พบว่าตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับ

ปานกลาง ($M= 2.70$, $SD=0.30$) โดยพฤติกรรมที่มีคะแนนสูงสุด คือ การเลิกสูบบุหรี่และไม่อยู่ในที่ที่มีควันบุหรี่อยู่ในระดับดี ($M=3.60$, $SD=0.80$) ส่วนพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ จิตสังคมและการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี ($M= 1.50$, $SD=1.00$)⁴

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นระดับความสามารถในการใช้ทักษะด้านการคิดทางปัญญา และทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรทางสาธารณสุข สื่อต่างๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะตัดสินใจเลือกวิถีในการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ⁷ จำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน เป็นทักษะการฟัง พูด อ่าน และเขียน ระดับการปฏิสัมพันธ์ เป็นทักษะการสื่อสาร การจำแนกข้อมูลข่าวสาร และระดับวิจรรณญาณ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคม⁸ ดังนั้นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเอง จะทำให้สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการศึกษาเชิงปริมาณเป็นส่วนใหญ่ สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁹ ความดันโลหิตสูงและเอ็ดส์¹⁰ และการศึกษาจะมุ่งไปที่การรับประทานยา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาความรอบรู้สุขภาพ ด้านการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพที่ได้รับ ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูล ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจต่อไป

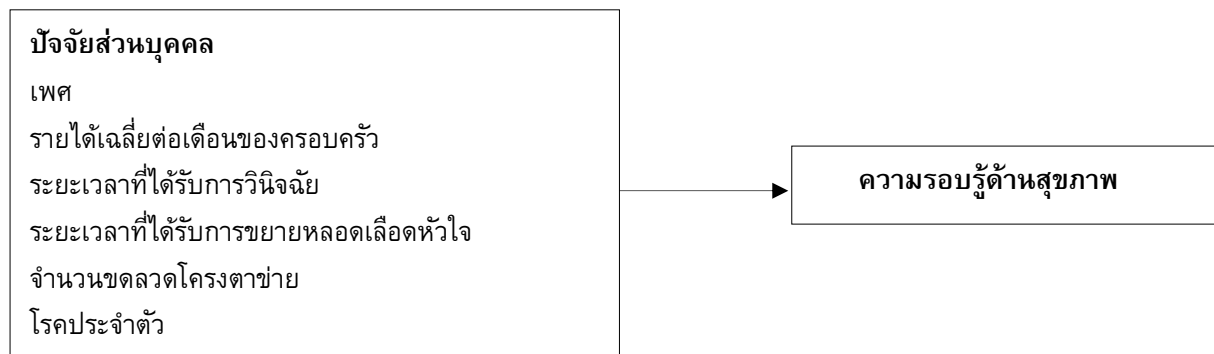
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำจากการอุดตันของ

เส้นเลือดหัวใจของหลอดเลือดหัวใจ จึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam⁸ เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร และการร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล การเจ็บป่วย การรักษา กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน คือทักษะการฟัง พูด อ่าน เขียน มีความจำเป็นต่อการสร้างความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ คือความสามารถในการเลือกใช้ข้อมูล แยกแยะ และประยุกต์ใช้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อนำมาดูแลสุขภาพ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ คือความสามารถคิดวิเคราะห์ เปรียบเทียบ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพมาจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 1 ปีที่ PCI clinic สถาบันโรคทรวงอก

ตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด

หัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ที่มารักษาที่ PCI clinic ของสถาบันโรคทรวงอก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564 โดยคัดเลือกตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย กำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ มีปัญหาการได้ยินและการอ่าน และเกณฑ์การคัดยุดิ คือ มีอาการทางโรคหัวใจในระหว่างการตอบแบบสอบถาม ย้ายไปโรงพยาบาลอื่นหรือเสียชีวิตขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การคำนวณตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike¹¹ โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 6 ตัวแปร ได้ตัวอย่างจำนวน 110 คน แต่เนื่องจากในช่วงการเก็บข้อมูลมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้ตัวอย่างไม่สามารถมารับการรักษาได้ จึงได้ตัวอย่างจำนวน 79 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิสวัสดิการด้านการรักษา และบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ การนอนรักษาตัวในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ตำแหน่งของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย การรักษาด้วยขดลวดโคโรนารี ขนืดของขดลวดโคโรนารี จำนวนขดลวดโคโรนารี ระดับความรุนแรงของโรค และโรคประจำตัวอื่น ๆ

2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของอังคินันท์ อินทรกำแหง⁷ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

ข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ ประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง ลักษณะคำตอบเป็น rating scale 5 ระดับคะแนนอยู่ระหว่าง 47–235 คะแนน การแปลผล แบ่งเป็น 47-178 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ และ 179-235 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์อายุรกรรม ได้ค่าระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก เลขที่ สธ 0315/วจ.9 ลงวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันโรคทรวงอก ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง มกราคม พ.ศ. 2564 จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการให้ตัวอย่างทำแบบสอบถาม

ผู้วิจัยสวมหน้ากากอนามัย ใช้แอลกอฮอล์ล้างมือก่อนและหลังการเก็บข้อมูล เว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์หรือพบปะพูดคุย ระยะ 1-2 เมตร ตลอดจนใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้เร็วที่สุด เพื่อพิทักษ์สิทธิของตัวอย่างไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ หลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นพบว่า ข้อมูลได้รับกลับคืนมา 79 ชุด มีความสมบูรณ์ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 72 เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขอรับยาทางไปรษณีย์ส่งผลให้ได้ตัวอย่างไม่ครบตามที่กำหนดได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าพิสัย และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression

Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีอายุเฉลี่ย 63.54 โดยมีอายุสูงสุด 95 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี ค่าพิสัย 65 ปี รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 21,545.57 บาท/เดือน โดยมีรายได้สูงสุด 150,000 บาท/เดือน และรายได้ต่ำสุด 600 บาท/เดือน ค่าพิสัย 149,400 บาท/เดือน ระยะเวลาที่ได้รับการการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเฉลี่ย 3.80 ปี น้อยที่สุด 1 ปี นานที่สุดนาน 11.25 ปี ค่าพิสัย 7.45 ปี จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.37 และมัธยมศึกษาตอนปลายน้อยที่สุด ร้อยละ 11.39

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ย 178.06 (SD=31.04) เมื่อแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นระดับพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 50.60 และอยู่ในระดับสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 49.40 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่จำแนกตามระดับ (n=79)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	40	50.60
ระดับสูง	39	49.40
(M 178.06, SD 31.04)		

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด จากการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยมี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	OR	95% CI	p-value
เพศ							
หญิง	30	48.40	32	51.60	Ref	0.22-1.95	.447
ชาย	10	58.80	7	41.20			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว							
ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	10	58.80	7	41.20	Ref	0.51-4.52	.447
เพียงพอกับรายจ่าย	30	48.40	32	51.60	1.52		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย							
น้อยกว่า 2 ปี	10	34.50	19	65.50	2.85	1.10-7.38	.031*
มากกว่า 2 ปี	30	60.00	20	40.00	Ref		
ระยะเวลาที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ							
1 ปี	8	33.30	16	66.70	2.78	1.02-7.59	.046*
มากกว่า 1 ปี	32	58.20	23	41.80	Ref		
จำนวนหลอดเลือดโคโรนารี							
1 เส้น	28	50.00	28	50.00	Ref	0.35-2.42	.861
มากกว่า 1 เส้น	12	52.20	11	47.80	.92		
โรคประจำตัว							
มีโรคร่วมน้อยกว่า 2 โรค	31	53.40	27	46.60	.65	0.24-1.79	.407
มีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค	9	42.90	12	57.1	Ref		

*p<.05

เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโรค น้อยกว่า 2 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับสูงมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค มากกว่า 2 ปี อยู่ 2.85 เท่า ($OR_{adj}=2.85$, 95%CI: 1.10-7.38) ดังแสดงในตารางที่ 3 อย่างไรก็ตามพบว่า ตัวแปร เพศ สถานะทางการเงิน จำนวนขดหลอดโคโรนารี และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย			
น้อยกว่า 2 ปี	Ref	Ref	.031*
มากกว่า 2 ปี	2.85 (1.10-7.38)	2.85 (1.10-7.38)	

*p<.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดที่ได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่า 2 ปี มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรค มากกว่า 2 ปี อยู่ 2.85 เท่า ($OR_{adj}=2.85$, 95%CI: 1.10-7.38) อันเนื่องจากตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีผู้ดูแลจึงทำให้ไม่ได้มีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลมีคะแนนความรอบรู้สุขภาพต่ำกว่าผู้ดูแลตนเอง¹² และการสำรวจความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะการอ่านและการเขียน อีกทั้งมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ($M=34.66$, $SD=9.25$) จากการรับรู้จากประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง ร่วมกับการเรียนรู้ซ้ำจึงทำให้ใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้น้อย¹³

อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนเพศ จำนวนขดหลอดโคโรนารี และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.015$, $p>.05$)¹⁴ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด โดยไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่า สถานะทางเศรษฐกิจโดยผู้ที่มียุทธศาสตร์มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่พอมียุทธศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001¹⁵

ข้อจำกัดในการวิจัย

เนื่องจากในขณะเก็บข้อมูลอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลนานเกินที่กำหนดไว้ และต้องมีการปรับลดขนาดของตัวอย่างเพื่อให้เป็นตัวแทนประชากร

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือด เมื่อรับการวินิจฉัยโรคมากกว่า 2 ปี จะมีระดับความรู้ทางสุขภาพลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการรับรู้ เข้าใจ และตัดสินใจในข้อมูลสารสนเทศและบริการด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเองลดลง จึงส่งผลต่อความสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพในช่วงหลังจากการได้รับการวินิจฉัยโรคไปแล้วมากกว่า 2 ปี

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการใช้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. การศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ สถาบันโรคทรวงอกที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

References

1. World Health Organization. Health in 2015 from MDGs, millennium development goals to SDGs sustainable development goals. Switzerland: World Health Organization press; 2015.
2. International Health Policy Program. NCDs “kick off to the goals” [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 24]; Available from: <https://www.ihppthaigov.net/publication/ncds-situation-report-no-2-kick-off-to-the-goals-2016>. (in Thai).
3. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage. Guideline for ischemic heart disease 2014. Bangkok: Srimuang-printing; 2014. (in Thai).
4. Damrongsin S, Putwatana P, Khuwatsamrit K. Self-care behaviors among patients with coronary in-stent restenosis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017;18(2):220-7. (in Thai).
5. Wongcharoenkiat N, Tresukosol D, Laksanabunsong P, Udompunturak S. A comparison of outcomes between

- percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass surgery in octogenarian patients. *Journal of The Medical association of Thailand*. 2012;95(Suppl2):154-64. (in Thai).
6. 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): 1-15. (in Thai).
 7. Intarakamhang U. Health literacy: measurement and development. Bangkok: Sukhumvitprint; 2017. (in Thai).
 8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072-78.
 9. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabete mellitus and hypertension of UthaiThani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*. 2016;3(6):67-85. (in Thai).
 10. Kumkrong C, Maneesriwongul W, Janpanish P. Relationships of health literacy and knowledge about antiretroviral therapy to medication adherence among people living with HIV. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2014;2(2) : 211-28. (in Thai).
 11. Thorndike R. Correlational procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
 12. Photihung P. Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A systematic review. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;29(3):115-30. (in Thai).
 13. Saeloo J, Samdaengsarn D, Kaewkrachok T. Relationships between selected factors and health literacy among elderly, Mueang district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Buddhistic Anthropology*. 2021;6(12):1-14. (in Thai).
 14. Thangkratok P, Boonpradit P, Palacheewa N. Factors predicting health literacy among older adults with chronic diseasesin community. *Thai Journal of Cardio- Thoracic Nursing*. 2022;33(1): 215-30. (in Thai).
 15. Ruangkiatkul N. Factors associated with health literacy among Thai older adults. *Journal of the Department of Medical Services*. 2022;47(1):80-6. (in Thai).