

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

Factors Related to Exercise Behaviors of
Myocardial Infarction Patients

พงษ์พนิต ไชยวุฒิ *

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก จำนวน 197 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์จำนวน 6 ชุด ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.51)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = .308$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ($r = .637$, $p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ($r = .740$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย ($r = .490$, $p < .05$)

Abstract

The purpose of this descriptive study was to investigate factors related to exercise behaviors of myocardial infarction patients. A sample was composed of 197 myocardial infarction patients at Ratchavitee Hospital and Chest Disease Institute. The instruments consisted of demographic, perceived benefits of exercise, perceived barriers to exercise, perceived self-efficacy for exercise, social support for exercise, and exercise behavior questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product - moment correlation

The results were as follows:

1. A mean score of exercise behaviors was 3.25 (S.D. = 0.51), which was classified as good level.
2. Significant factors related to exercise behaviors of myocardial infarction patients included education level ($r = .308$, $p < .001$), perceived benefits of exercise ($r = .637$, $p < .001$), perceived self - efficacy for exercise ($r = .740$, $p < .001$), and social support for exercise ($r = .490$, $p < .05$).

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายนับเป็นปัญหาสำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว ในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 13.2 ล้านราย ซึ่งนับว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยอันดับหนึ่ง (American Heart Association: AHA, 2004) สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นจาก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดนนทบุรี

10.1 เป็น 17.5 ต่อประชากรแสนรายต่อปีในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2548 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากทำให้เกิดอาการต่าง ๆ และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงกับชีวิต ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อคจากหัวใจ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2548; สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่ามียศตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยพบในผู้ป่วยชายถึงร้อยละ 21 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 33 จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวทำให้สมรรถภาพในการทำงาน และการดำเนินชีวิตลดลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะกระทบกระเทือนต่อหัวใจจึงไม่กล้าออกกำลังกายตามแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน และเป็นที่พักผ่อนของครอบครัว ไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตนเองส่งผลกระทบให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความหวาดกลัว โกรธ ซึมเศร้าและหมดหวัง (จริยา ตันติธรรม, 2547; ศุภชัย ไชยธีระพันธ์, 2541; สมทรง จุไรทัศน์, 2540; อูมา จันทวิเศษ, 2539) ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง บางรายอาจต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควรหรือเปลี่ยนงาน ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้และบางรายอาจเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง (จริยา ตันติธรรม, 2547; อูมา จันทวิเศษ, 2539)

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประสิทธิภาพสามารถรักษาได้หลายวิธี ทั้งการรักษาด้วยยา การผ่าตัดหรือการทำหัตถการ เช่น การทำทางเปิดขยายของหลอดเลือดโดยการใส่สายสวนขยายหลอดเลือด การทำผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น นอกจากการรักษาทางยา และการผ่าตัดดังกล่าวแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วย โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเลิกสูบบุหรี่ การงดหรือลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง งดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเป็นประจำรวมถึงวิธีการจัดการกับภาวะอารมณ์เครียดและความวิตกกังวล (สมพันธ์ หิณชิระนันท์, 2541) ซึ่งถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

จะช่วยยับยั้งหรือชะลอการดำเนินความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบที่จะตามมาจากความเจ็บป่วย

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยลดอาการของโรค และทำให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น (อรินทยา พรหมนิธิกุล, 2546) ปัจจุบันผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อผ่านพ้นภาวะวิกฤติแล้วมักจะได้รับการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 20-25 จากการศึกษาของ แมคสวินีย์ และคราน (McSweeney & Crane, 2001) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมียศตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 35 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีอัตราการกลับเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 47 และยังสามารถประหยัดเงินค่าใช้จ่ายด้านการรักษาได้มากถึง 12,000 ดอลลาร์สหรัฐต่อผู้ป่วยหนึ่งราย

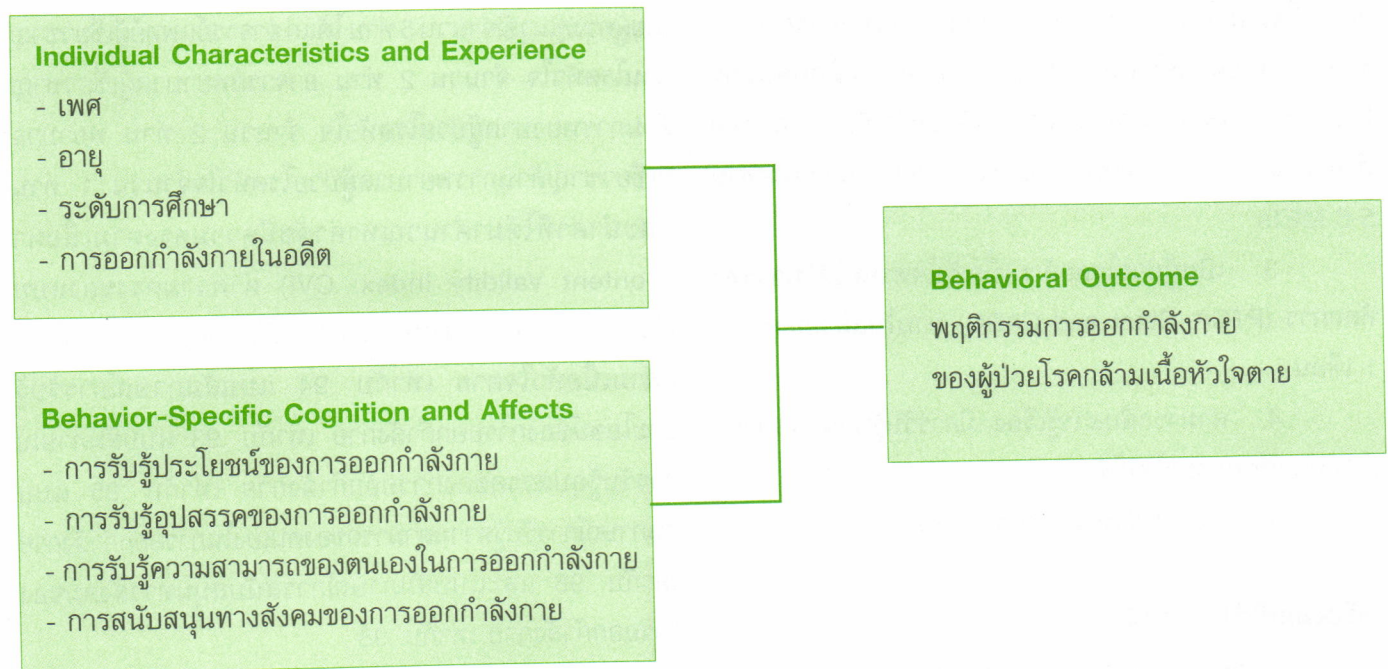
จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีปัญหาพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมเช่น การยกของหนัก การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำจนถึงระดับพอใช้ (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547; ยุวเรศ สีสีสืบ, 2543; สิริวิรัตน์ เงามสมสกุล, 2543) การเข้าร่วมการออกกำลังกายแบบไม่ต่อเนื่องจากร้อยละ 25 ในระยะ 3 เดือนแรกเป็นร้อยละ 50 ในระยะ 6 เดือน (Oldrige, 1991) และการเข้าร่วมการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 25 - 64.1 (นฤมล นุ่นพิจิตร และคณะ, 2543; ศิริวิทย์ วัฒนสินธุ์, 2543) การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมารวมทั้งเกิดภาวะการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้ความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ลดอัตราการตายซ้ำของกล้ามเนื้อหัวใจ ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดอัตราการตาย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (นฤมล นุ่นพิจิตร และคณะ, 2543; นิธิวดี เมหาจารย์, 2544; พัทธพร เกวี่พันธ์, 2544; สุรางค์ศรีบุญสมเชื้อ, 2543; Oldrige, 1991)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุน

ทางสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเนื่องจากพฤติกรรม การออกกำลังกายจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแล้ว ยังช่วยให้หัวใจกลับมาทำงานได้ตามศักยภาพที่เหลืออยู่ ช่วย ให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเอง และสามารถดำรงชีวิตได้ตาม

ปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยผลการศึกษาที่ได้จะ สามารถนำไปส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการ ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องต่อไป

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา การออกกำลังกายในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงกำหนดสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

ปัจจัยด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา การออกกำลังกายในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การออกกำลังกายในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย ตัวแปรตามคือพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ประชากร

ได้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี จำนวน 197 ราย

กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาล

ราชวิถี และแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ สถาบันโรค
ทรวงอก จังหวัดนนทบุรี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม
คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วย
โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและมีระดับสมรรถภาพการทำงาน
ของหัวใจตามการจำแนกของสมาคมโรคหัวใจนิวยอร์กไม่เกิน
ระดับ 2 โดยผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติ
ในขณะที่พัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอก เมื่อ
ทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไป เทียบเท่ากับอัตราการเผาผลาญพลังงาน
5-6 METs
3. เป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่ได้รับการทำ
หัตถการ (PTCA, Stent and CABG) ผ่านไปแล้วอย่างน้อย
1 เดือน
4. สามารถสื่อสารรู้เรื่อง มีการรับรู้ปกติ สามารถ
อ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการ
วิจัยนี้ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย
ข้อมูลคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการ
ออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการ
ออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมกับ
การออกกำลังกาย

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย
ทั้งหมดที่กล่าวมาสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการ
ออกกำลังกายของ ACSM รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรม
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
(Likert's Scale) 4 ระดับ

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content
Validity)

ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย แบบ
สัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย แบบ
สัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย
และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย
โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านโรคหัวใจ จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ
ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 2 ท่าน พยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 1 ท่าน
และนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา
(Content Validity Index: CVI) ค่าความตรงของแบบ
สัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรค
กล้ามเนื้อหัวใจตาย เท่ากับ .94 แบบสัมภาษณ์การรับรู้
ประโยชน์ของการออกกำลังกาย เท่ากับ .93 แบบสัมภาษณ์
การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย เท่ากับ .95 แบบ
สัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย
เท่ากับ .98 และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ
การออกกำลังกาย เท่ากับ .98

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว มาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบ
สัมภาษณ์ โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน
การวิจัยจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหา
ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาร์ด (Polit & Hungler, 1999)
โดยมีค่าอัลฟาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย
เท่ากับ .78 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการ
ออกกำลังกาย เท่ากับ .76 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรค
ของการออกกำลังกาย เท่ากับ .89 แบบสัมภาษณ์การรับรู้
ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย เท่ากับ .85 และ
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย
เท่ากับ .83

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลด้วย
ตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากบัณฑิตมหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน และคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ

3. ศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และทำการเก็บข้อมูล ในวันอังคาร พุธ และพฤหัสบดี ช่วงเวลา 09.00 – 12.00 น. ที่สถาบันโรคทรวงอก และในวันจันทร์ช่วงเวลา 13.00 – 15.00 น. และวันศุกร์ ช่วงเวลา 09.00 – 12.00 น. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลราชวิถี

4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างระหว่างรอรับการตรวจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กรณีผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. อธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์แต่ละส่วนจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ จึงเริ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 25 - 30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างที่ตอบแบบสัมภาษณ์ สามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

6. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงคิวเข้ารับการตรวจผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบสัมภาษณ์ให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว และมารอรับยาที่ห้องจ่ายยา

7. เมื่อทำการสัมภาษณ์เสร็จ ทำการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างตอบไม่ครบถ้วน ทำการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบและซักถามเพิ่มเติม

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 72.6 มีอายุมากกว่า 60 ปี ($\bar{X} = 64.65$, S.D. =

8.67) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 57.9 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ($\bar{X} = 11,377.77$, S.D. = 20,237.69) ร้อยละ 53.10 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี ($\bar{X} = 6.76$, S.D. = 6.55) ร้อยละ 43.88 มีการเจ็บป่วยร่วม ร้อยละ 62.40 และมีการออกกำลังกายในอดีต ร้อยละ 62.40

2. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในระดับสูง ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.39) คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79$, S.D. = 0.49) คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.55) คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.49) และคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.51)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r = .308$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ($r = .637$, $p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ($r = .740$, $p < .001$) การสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย ($r = .490$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ เพศ ($r = -.210$, $p < .05$) การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย ($r = -.179$, $p < .05$) และการออกกำลังกายในอดีต ($r = -.162$, $p < .05$) แต่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.044$, $p > .05$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.52) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีมักประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ จากการศึกษาส่วนใหญ่เพศชายจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง (ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์, 2543) ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่า

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 72.6 มีระดับการศึกษาสูงทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงมีการเข้าร่วมการออกกำลังกายมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ (จิรวรรณ อินคัม, 2541; Ades et al., 1992; Cooper et al., 1999) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งจัดว่าเป็นการศึกษาในระดับปานกลาง ร่วมกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีได้

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.39) และยังพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79$, S.D. = 0.49) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.55) และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.49) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวพบว่ามีผลต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ (Pender, 2002) นอกจากนี้ พฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างอาจถูกส่งเสริมและสนับสนุนจากนโยบายของภาครัฐและเอกชนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยสร้างสวนสุขภาพตามแหล่งชุมชน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย หลักของการออกกำลังกาย และข้อควรปฏิบัติของการออกกำลังกายทางสื่อต่าง ๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต จึงทำให้ผู้ป่วยมีสถานที่ในการออกกำลังกายมีความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และมีความมั่นใจที่จะออกกำลังกายมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของ จิรวรรณ จิตต์สาคร (2543) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.89$, S.D. = 0.94) และการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.01$, S.D. = 0.73)

วัตถุประสงค์ที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา การออกกำลังกายในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย อภิปรายผลได้ดังนี้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .314$, $p < .001$) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปถึงร้อยละ 47.24 จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดี และเนื่องจากการได้รับการรักษาโดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคจากการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จิรวรรณ อินคัม (2541) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการออกกำลังกายและเข้าร่วมการออกกำลังกายตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ

การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .637$, $p < .001$) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคสูงขึ้น จะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนของบุคคลในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่จะได้รับ และประโยชน์ที่เคยได้รับการกระทำจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความคิดทางบวก หรือเป็นการเสริมแรงทางบวกของการ

กระทำพฤติกรรมนั้น และบุคคลนั้นจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากเชื่อว่า การปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้ (Pender, 2002) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.44$, S.D. = 0.39) โดยอาจเชื่อว่าเมื่อออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทำให้หัวใจทำงานได้ดีขึ้น อาการเจ็บหน้าอกเกิดห่างขึ้น ทำงานได้นานขึ้นหรือเดินได้ไกลกว่าเดิม รู้สึกเหนื่อยน้อยลง รู้สึกสดชื่น รู้สึกมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปานจิต นามพลกรัง (2547) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย ($r = .404$, $p < .001$) และการศึกษาของสิริรัตน์ เงามสมสกุล (2543) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย ($r = .338$, $p < .001$)

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .740$, $p < .001$) หมายถึง ถ้าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูง ก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำของบุคคล เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อตนเอง (Bandura, 1997) ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีแนวโน้มในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความมั่นใจและความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา (Pender, 2002) การศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.34$, S.D. = 0.55) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย ($r = .687$, $p < .05$) และการศึกษาของ ยูเรศ

ใสสีสุบ (2543) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย ($r = .562$, $p < .01$) และการศึกษาของสิริรัตน์ เงามสมสกุล (2543) ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย ($r = .559$, $p < .001$)

การสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = .490$, $p < .001$) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และยังเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังใจหรืออุปกรณ์สิ่งของต่าง ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตช่วยให้ตนเองปลอดภัยจากโรคแทรกซ้อนและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.19$, S.D. = 0.49) โดยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อน ในเรื่องการชื่นชม การอยู่ดูแล ค่าใช้จ่าย การกระตุ้น และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ และความจำเป็นเกี่ยวกับการออกกำลังกาย รวมถึงเวลา สถานที่ วิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสม และวิธีการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และการแก้ไข จากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษายูเรศ ใสสีสุบ (2543) พบว่า คำแนะนำจากแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .562$, $p < .001$) และการศึกษาของปานจิต นามพลกรัง (2547) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .453$, $p < .05$)

เพศ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.210$, $p < .05$) กล่าวคือ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพศหญิงมีพฤติกรรมออกกำลังกายดีกว่าเพศชาย ซึ่งต่างกับผลการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงจะมี

พฤติกรรม การออกกำลังกายน้อยกว่าเพศชาย (ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์, 2543; ลิริรัตน์ เสงสมสกุล, 2543; Cooper *et al.*, 1996; Plach, 2002) อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ดี และเนื่องจากการได้รับการรักษาโดยโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และได้รับความรู้เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคจากการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม การออกกำลังกายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว และเพื่อน ในเรื่อง การชื่นชม การอยู่ดูแล ค่าใช้จ่าย การกระตุ้น และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ และความจำเป็น เกี่ยวกับการออกกำลังกาย รวมถึงเวลา สถานที่ วิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรม การออกกำลังกายดีกว่าเพศชาย

การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.179, p < .05$) หมายถึง หากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายรับรู้ถึงความยากลำบาก ยิ่งมากก็จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม การออกกำลังกายได้น้อยลง เนื่องจากการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นต้องผ่านการพิจารณา ถ้ารับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ในการกระทำมาก จะกระตุ้นให้บุคคลหลีกเลี่ยงการกระทำนั้น (Pender, 2002) หากผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายในระดับต่ำ ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การออกกำลังกาย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.79, S.D. = 0.49$) รับรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้รู้สึกเหนื่อยล้าหรืออ่อนเพลีย ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก มีปัญหาเรื่องสถานที่ ค่าใช้จ่าย ขั้นตอนในการออกกำลังกาย ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.395, p < .001$) และการศึกษาของ ฉวีวรรณ จิตต์สาคร (2543) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์

ทางลบกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = -.368, p < .001$)

การออกกำลังกายในอดีตพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.162, p < .05$) หมายถึง ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีการออกกำลังกายในอดีตที่น้อย แต่หลังป่วยเป็นโรคมีพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ดี ถึงแม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ การออกกำลังกายในอดีตถึงร้อยละ 62.40 แต่การออกกำลังกายในอดีตของกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นการออกกำลังกายที่ไม่เฉพาะ สำหรับผู้ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (จิตติมา ภูริทัตกุล, 2547) ประสิทธิภาพการออกกำลังกายในอดีต อาจทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าการออกกำลังกายจะทำให้เกิดอาการ และภาวะแทรกซ้อนต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะออกกำลังกายเหมือนกับอดีต เพราะกลัวว่าจะเกิดจะเกิดอาการขึ้นอีก การศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ นฤมล นุ่มพิจิตร และคณะ (2543) พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เคยออกกำลังกายมาก่อนจะมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคย ออกกำลังกายมาก่อน และขัดแย้งกับการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) พบว่า การออกกำลังกายในอดีตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .791, p < .001$)

อายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ($r = -.044, p > .05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึงร้อยละ 65.81 และมีพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเกษียณอายุ จึงทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเน้นย้ำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม และได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพอื่นร่วมด้วย ซึ่งการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปานจิต นามพลกรัง (2547) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .146, p < .05$)

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ด้านบริหาร ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้เรียนรู้และเข้าใจการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ป่วย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลนำผลการศึกษาไปพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายให้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย สอดคล้องกับการรับรู้ความสามารถของการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่เหมาะสม และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย

ด้านการศึกษา ใช้เป็นข้อมูลในการจัดการศึกษาให้กับนักศึกษาพยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเน้นเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องต่อไป

ด้านการวิจัย นำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมของการออกกำลังกาย ไปใช้วิจัยในการวิจัยเชิงทดลอง โดยการนำไปสร้างเป็นโปรแกรมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ทดลองใช้

เอกสารอ้างอิง

- จริยา ตันติธรรม. (2547). กลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วย: โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน คณะอนุกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตภาควิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, **การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต** (พิมพ์ครั้งที่ 2) (หน้า 266-340). กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- จิตติมา ภูริทัตกุล. (2547). **ความเชื่อด้านสุขภาพและ**

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิรวรรณ อินคัม. (2541). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฉวีวรรณ จิตต์สาคร. (2543). **การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นฤมล นุ่มพิจิตร, ณัฐยา จิตประไพ, วิศาล คันธรัตน์กุล, เพิ่มสุข เอื้ออารี และกนกกาญจน์ กอบกิจสูงมงคล. (2543). ผลของขบวนการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจระยะที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลรามธิบดี. **รามธิบดีพยาบาลสาร**, 6(2), 142-153.

นิวีดี เมธาจารย์. (2544). **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปานจิต นามพลกรัง. (2547). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2548). **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.** ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พัชรพร เถาว์พันธ์. (2544). **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและความเครียดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุวเรศ ไส้สีสุบ. (2543). **การศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.** วิทยานิพนธ์

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริลักษณ์ ศรีประสงค์. (2543). **การศึกษาการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในระยะหกสัปดาห์แรกภายหลังออกจากโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริวัลย์ วัฒนสินธุ์. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานกับความพร้อมในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภชัย ไชยธีระพันธ์. (2541). การวินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด, ใน **ลินดา วงศานุพัทธ์ (บรรณาธิการ), แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ (หน้า 44-58).** กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน **สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. (พิมพ์ครั้งที่ 9) (หน้า 1-23).** กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมทรง จุไรทัศน์ย์. (2540). การจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: การดูแลสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง. **เอกสารประกอบการสอนการประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: ผู้ดูแล (หน้า 1-13).** ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพันธ์ ทิณชีระนันท์. (2541). ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. **วารสารพยาบาล, 47(2), 69-72.**
- สิริรัตน์ เกาสมสกุล. (2543). **การศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความสามารถต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรางค์ศรี บุญสมเชื้อ. (2542). **ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจต่อความสามารถในการออกกำลังกายและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา
- กายภาพบำบัด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2549.** กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- อรินทยา พรหมนิธิกุล. (2546). **การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ.** ใน **อภิชาติ สุคนธสรวรพ์ และศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), Coronary Heart Disease New Guidelines. (หน้า 293-309).** เชียงใหม่: โอเอม ออเก็นเซอร์.
- อุมา จันทวิเศษ. (2539). **การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วย หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ades, P. A., Waldmann, M. L., Meyer, W. L., Brown, K. A., Poehlman, E. T., Pendlebury, W. W., et al. (1996). Skeletal muscle and cardiovascular adaptations to exercise conditioning in older coronary patients. **Circulation, 94, 323-330.**
- Bandura, A. (1997). **Self-efficacy: The Exercise of Control.** New York: Freeman.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., & Jacson, G. (1999). Why patient do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. **Heart, 82, 234-236.**
- McSweeney, J. D., & Crane, P. B. (2001). Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarctio heart disease in women. **Journal of Cardiovascular Nursing, 15(3), 26-38.**
- Oldridge, N. (1997). Outcome assessment in cardiac rehabilitation: Health-related quality of life and economic evaluation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 17(3), 179-194.**
- Pender, N. J. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice. (4 th ed.).** Upper Saddle River, N.J: Pearson Education.
- Plach, S. K. (2002). Women and cardiac rehabilitation after heart surgery: patterns of referral And adherence. **Rehabilitation Nursing, 27(3), 104-109.**