

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

The Effects of Health Belief Promotion Program on Relapse Prevention Behaviors among Patients with Acute Myocardial Infarction

ศศิธร เซ่งยู่ฮอด*¹ ณัฐพัชร์ บัวบุญ² มยุรี นิรัตธราดร²

Sasitorn Sengyuhod*¹ Natthapat Buaboon² Mayuree Nirattharadorn²

¹โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10250

¹Latkrabang Hospital, Bangkok, Thailand 10250

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

²Faculty of Nursing, Thammasat university, Pathum Thani, Thailand 10120

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโคโรนารีจำนวน 48 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากเวชระเบียนผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ควรติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อติดตามความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน, พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effects of a health belief promotion program on relapse prevention behaviors in patients with acute myocardial infarction. The subjects were 48 patients with acute myocardial infarction after balloon angioplasty or stent implantation, selected by simple randomization from the patient's medical record. They were divided into experimental and control groups, with 24 subjects in each group. The tools were a health belief promotion program on recurrence prevention behaviors in patients with acute myocardial infarction, a personal information questionnaire, and a behavioral assessment form for

the prevention of recurrence of acute myocardial infarction. Data were analyzed using descriptive and reference statistics.

The results of this study revealed that the mean score of relapse prevention behavior in patients with acute myocardial infarction after the program was higher than the pretest with a statistical significance. The experimental group had a statistically significant higher mean score for preventing the recurrence of acute myocardial infarction behaviors than the control group.

Suggestions obtained from this research long-term patient behavior should be monitored. To monitor the persistence of appropriate behavior and encourage families to participate in changing the patient's appropriate behavior.

Keywords : Health Belief Promotion Program, Patients with acute myocardial infarction, Relapse Prevention Behaviors

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction: AMI) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของไทยและทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก แต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 17.9 ล้านคน และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านราย¹ สถิติผู้ป่วยของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561–2563 พบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 337,405, 349,890 และ 344,867 ราย และพบผู้เสียชีวิตด้วยจำนวน 20,786, 20,556 และ 21,309 ราย ตามลำดับ² โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคที่รักษาให้หายได้ แต่หลังการรักษาหากผู้ป่วยไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและไม่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงของตนได้ จะมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จากสถิติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเกิดการกลับเป็นซ้ำประมาณ 295,000 รายต่อปี โดยพบการกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 30-50 ภายในเวลา 3-9 เดือนแรกหลังได้รับการรักษา³ และในกลุ่มที่มีการกลับเป็นซ้ำพบอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 52.9⁴

การกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และเศรษฐกิจทางด้านร่างกายพบว่า ผู้ป่วยเหนื่อยง่ายเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลงจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลงจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง หรือไม่สามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงบทบาทหน้าที่ตามปกติได้^{5,6} ด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ป่วยจะมีความกลัวต่อการเสียชีวิต กลัวการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักจนไม่กล้าทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง บทบาททางสังคมถูกจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ ไม่กล้าเผชิญหน้า ทำให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม⁷ และผลกระทบด้านด้านเศรษฐกิจพบว่า การที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยบางรายต้องออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ เสียโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ในบางครั้งต้องพึ่งพิงสมาชิกครอบครัวในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้⁸

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถรักษาได้ด้วยยาและการผ่าตัด ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนและใส่ขดลวดโคโรนารีเป็นวิธีการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพสูง มีความสะดวก ปลอดภัย ภายหลังการทำหัตถการผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้เร็ว ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอีกด้วย⁹ แต่ภายหลังจากการรักษาแล้วนั้นผู้ป่วยอาจเกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดและนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคได้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านพยาธิสภาพและจากลักษณะของรอยโรค ซึ่งประกอบด้วย ความยาวของรอยโรค ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของ

หลอดเลือด ขนาดของคราบไขมันในหลอดเลือด ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ^{10,11} ประวัติโรคประจำตัวเดิม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง^{12,13} และพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดและไม่สามารถควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ เช่น น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและภาวะน้ำหนักตัวเกิน¹⁴ จากการศึกษาพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์^{15,16,17,18,19}

พฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีโอกาสเสี่ยงต่อการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยันเป็น 12.72 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม¹⁹ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย ภายหลังการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสามารถออกกำลังกายได้ตามระดับความเจ็บป่วยโดยรูปแบบที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอจะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพการทำงานของหัวใจให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงการสูบฉีดของเลือดแต่ละครั้งมีปริมาณมากขึ้น ผนังหลอดเลือดมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความยืดหยุ่นดีขึ้นและไม่เปราะแข็ง ซึ่งจะเป็นการลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและลดการกลับเป็นซ้ำได้ การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่อง การรับประทานยาและการมาพบแพทย์ตามนัด ภายหลังจากการรักษาแล้วผู้ป่วยต้องรับประทานยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องตามแผนการรักษา โดยยาที่จำเป็น คือ แอสไพริน (Aspirin) ควบคู่กับยาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะมีความเสี่ยงต่อการอุดตันในขดลวด (stent thrombosis) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ร้อยละ 10-40 และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50-80^{20,21}

การป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เหมาะสม พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเมื่อกลับเป็นซ้ำ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ

จากการปฏิบัติพฤติกรรม และการกระตุ้นเตือนจากทีมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างเคร่งครัดสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค ส่วนการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมจะส่งผลให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ยอมรับในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมตามมาได้ และยังพบได้อีกว่า การได้รับการสนับสนุนข้อมูลจากพยาบาลและทีมสุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานะของโรคที่ต้องเผชิญ ในเรื่องของกลไกการเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยชักนำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค คำแนะนำในการปฏิบัติตัวจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน และมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น²² รูปแบบของการให้ข้อมูลการสื่อสารที่เหมาะสม พบว่า การสื่อสารแบบสองทางจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เนื่องจาก จะต้องโต้ตอบกันตลอดเวลา ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับข้อมูลมีความสนใจมากยิ่งขึ้น แต่ในสถานการณ์จริง ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีสถิติการกลับเป็นซ้ำของโรคอยู่ในระดับสูง หรือพบประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยภายหลังการรักษา ซึ่งส่งผลกระทบตามมาอย่างมาก ทั้งในด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจและครอบครัว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้องค์ประกอบต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น มาจัดทำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลองและกลุ่มที่รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ

2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
- 2) ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ
- การรับรู้ความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม
- การกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1. ด้านการรับประทานอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกาย
3. ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทดลองเรื่องโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ตัวแปรต้น ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และตัวแปรตามที่ใช้ในการประเมินผลของโปรแกรม คือ พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกาย และ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest two group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 40 ปีขึ้นไป หลังได้รับ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)²³ และพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มาเป็นกรอบในการศึกษาครั้งนี้ ดังแผนภูมิที่ 1

การรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโคโรนารีที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโคโรนารี อายุ 40 ปีขึ้นไป มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (Cardiac care unit : CCU) โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี คำนวนหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจีพาวเวอร์ เวอร์ชัน 3.1.9.2 (G*Power Version 3.1.9.2) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 โดยหาค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษาจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.8 ผู้วิจัยได้นำค่าขนาดอิทธิพลมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 21 คน และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือการถอนตัวจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) อายุ 40 ปีขึ้นไป 2) มีอาการของโรคหัวใจที่ภายหลังการรักษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและความผิดปกติใด ๆ 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ของกรมอนามัย โดยมีคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้ 5) สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟังภาษาไทยได้ และ 6) มาตรฐานตามนัดหรือติดต่อทางโทรศัพท์ได้ในช่วงเวลาของการติดตามผล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ 2) เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และได้รับการรักษาด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโคโรนารายมาก่อน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หมายเลข 144/2565 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงทำการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษา และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยที่ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปิดเป็นความลับ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และบันทึกข้อมูลจะใช้รหัสตัวเลขในการบันทึก ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอโดยภาพรวมของทั้งกลุ่มและนำไปใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)²³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรูปแบบกิจกรรมตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เน้นให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องในเรื่องของโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการกลับ

เป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้ความรุนแรงจากการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม การรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม และได้รับการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย ให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ โดยรูปแบบกิจกรรมใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ โดยมีเอกสารและสื่อประกอบโปรแกรม ประกอบด้วย 1) คู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ 2) แผนการให้ความรู้สำหรับผู้วิจัย และ 3) สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “โอกาสสุดท้าย ตายแล้วฟื้น”

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 2) แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยให้ข้อคำถามมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 14 ข้อ ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย จำนวน 8 ข้อ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนรวม 30-150 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมที่มาก หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสม หรือมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำต่ำ และค่าคะแนนรวมที่น้อย หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ไม่เหมาะสม หรือมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นำไปตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและครอบคลุมของข้อคำถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้ 0.93 จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง

คุณวุฒิก่อนนำไปใช้ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเนื้อหาได้ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) อาสาสมัครกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ทำ pre-test แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ และทำ post-test แบบประเมิน พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในสัปดาห์ที่ 4 ของการดำเนินการ

2) อาสาสมัครกลุ่มทดลอง กิจกรรมประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำ pre-test แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยนำเสนอผลการประเมินพฤติกรรมเป็นรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิด วิเคราะห์ถึงพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเสี่ยง หลังจากนั้นนำเสนอสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง “โอกาสสุดท้ายตายแล้วฟื้น” เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรง มอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้ความรู้ และคำแนะนำเรื่องโรค วางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามอาการ ให้ข้อมูลสรุปประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำมาคิดแยกแยะ วิเคราะห์ ว่าสิ่งที่เขาปฏิบัติเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง และให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมส่งเสริมการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ขวนให้กลุ่มตัวอย่างคิด แยกแยะ วิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ร่วมกันหาแนวทางจัดการกับปัญหา เพื่อลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ทบทวนความรู้และกระตุ้นเตือนให้ผู้ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมทั้ง 3 ด้าน สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้ทำ post-test ซึ่งใช้แบบประเมินชุดเดียวกับ pre-test ตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ผู้วิจัยให้กำลังใจ และกล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ dependent t-test

3) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.7 มีอายุเฉลี่ย 65.33 ปี (SD = 10.71) มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.63 กิโลกรัม/เมตร² (SD. = 4.42) ซึ่งจัดว่าเป็นกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 45.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และปริญญาตรีเท่ากัน คือ ร้อยละ 41.7 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 83.3

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.5 และมีอายุเฉลี่ย 68.25 ปี (SD. = 7.87) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.48 กิโลกรัม/เมตร² (SD. = 3.61) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.8 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 79.2 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 66.7 และ 70.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	Test value	p - value
	Mean	SD.	Mean	SD.			
พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	94.50	8.44	116.54	5.17	23	26.06	< .001
- ด้านการรับประทานอาหาร	41.13	3.86	54.25	2.27	23	27.59	< .001
- ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย	21.75	3.85	28.42	2.80	23	16.76	< .001
- ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์	30.63	4.51	33.88	2.37	23	5.99	< .001

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ เฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 24) Mean (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 24) Mean (SD)	df	Test value	p-value
1. พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	116.54 (5.17) ดี	93.92 (8.69) ดี	46	10.97	< .001
- ด้านการรับประทานอาหาร	54.25 (2.27) ดี	41.71 (3.36) ปานกลาง	46	15.17	< .001
- ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางกาย	28.42 (2.80) ดี	21.29 (5.48) พอใช้	46	5.67	< .001
- ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์	33.88 (2.37) ดีมาก	30.92 (3.50) ดี	46	3.43	.001

พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และการมีกิจกรรมทางกาย และด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนมาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ แนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลหนึ่งบุคคลใดจะแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค หรือป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค บุคคลนั้นต้องรับรู้ความเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น²⁴ อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความกลัว และทำให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสมได้ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังการศึกษาโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ซึ่งกิจกรรมทำให้เพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์

การรับรู้ในสิ่งชักนำในการปฏิบัติ และสามารถลดการรับรู้อุปสรรคได้เป็นอย่างดี²⁵ ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำ จะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสมช่วยป้องกันโรคได้จริง และเลือกวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดด้วยการคิดเปรียบเทียบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้นก่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันโรคกับลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ที่มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้การจัดการอุปสรรค ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง²⁶ ประสิทธิภาพของโปรแกรมก่อให้เกิดการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพได้จริง กิจกรรมทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน ส่งผลเข้าใจกระบวนการเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างชัดเจน การใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องโอกาสสุดท้ายตายแล้วฟื้น เป็นการให้ข้อมูลที่แสดงถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต ประกอบกับการรับรู้ถูกกระตุ้นจากการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในการให้ความรู้เพิ่มเติมในกรณีที่ยังไม่เข้าใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น วิธีการนี้จะช่วยลดการรับรู้อุปสรรคแล้ว ยังเป็นวิธีการกระตุ้นสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่ดีอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า หากผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามาก และรับรู้ความรุนแรงผลกระทบจากการเกิดโรคในระดับที่สูง จะทำให้แสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และต้องรับรู้ความสามารถแห่งตนที่มากขึ้น โดยเชื่อว่าตนนั้นมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ไม่ยาก ก็จะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในอนาคต

ข้อจำกัดของการทำวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ แม้ผลการศึกษาจะพบว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลให้

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคสูงขึ้น แต่เป็นการศึกษาในระยะสั้นใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ ที่ไม่อาจสรุปได้ว่าผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เกิดจากโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

เชิงนโยบาย

1) ควรทำการศึกษา ปรับปรุงโปรแกรมนี้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นทุก 3-5 ปี ควบคู่กับการพัฒนาคู่มืออย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การพยาบาล

1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสมก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย

2) ควรมีการมอบคู่มือการปฏิบัติตัวให้ผู้ป่วยนำกลับไปทบทวนที่บ้าน

3) ควรมีการติดตามลงเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลที่รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดการกลับเป็นซ้ำในภายหลังได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเวลาให้คำแนะนำแล้วกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เข้าใจในคำอธิบายที่ได้รับ ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมได้ไม่ครบถ้วน ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่สูงที่สุด

2) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่ใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามดูการปรับเปลี่ยนของพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวอย่างน้อย 6 เดือนหรือมากกว่านั้น เพื่อติดตามซึ่งความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3) ในเรื่องของการติดตามการกลับเป็นซ้ำ ควรมีการติดตามอย่างน้อย 6 เดือน ทั้ง 2 กลุ่ม ว่าใน 6 เดือนหลังจากได้รับโปรแกรม ฯ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มเป้าหมายมีการกลับเป็นซ้ำเท่าใด

References

1. Namwong T & Arrirak N. Prevalence and Risk Factors of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) among the Elderly in Yasothon Province, Thailand. Journal of Health Science. 2022;31(2):260-8. (in Thai)
2. Buntongma Y, Jabprapai P, & Ongartthaweecha S. Development of A Nursing Model for Patients with Acute Myocardial Infarction with ST-Segment Elevation (STEMI) In the Pandemic of the Coronavirus Disease 2019 Emergency Department Phraphutthabat Hospital. Region 11 Medical Journal. 2022; 36(2):50-64. (in Thai)
3. Nasoongchon J. Self-care behaviors of post percutaneous transluminal coronary angioplasty and stenting patients. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2009. (in Thai)
4. Srimahachota S, Boonyaratavej S, Kanjanavanit R, Sritara P, Krittayaphong R, et al. Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS)-An Extension of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACS) Group: Lower In-Hospital but Still High Mortality at One -Year. Journal Medicine Association Thailand. 2012; 95 (4), 508-18.
5. Wannapo P, Kunsongkeit W, & Duangpaeng S. Factors influencing physical activity among patients with Acute Myocardial Infarction receiving Percutaneous Coronary Intervention. Journal of health science research. 2018; 12(2): 10-8. (in Thai).
6. Potjamanpong P. Et al. Factors Influencing Health Literacy of Cardiac Rehabilitation Among Older Adults with Myocardial Infarction in Urban Area. Songklanagarind Journal of Nursing. 2022; 42(2): 148-62. (in Thai)

7. Prasertsong C, & Chaleoykitti S. Psychosocial status of Patients with Heart Disease. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2013; 14(1): 85-91. (in Thai)
8. Sanprasan P, Prekbunjun J, & Kesornsuwan C. Caring for acute myocardial infarction patients in the epidemic situation with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2020; 31(2): 17-28. (in Thai)
9. Phaisantum P, Duangpaeng S, & Kunsongkeit W. Experiences of lifestyle modification among patients with acute myocardial infarction post Coronary stent placement. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2018; 29(1): 96-109. (in Thai)
10. Namwong T, & Arrirak N. Prevalence and Risk Factors of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) among the Elderly in Yasothon Province, Thailand. 2022; 31(2): 260-8. (in Thai)
11. Sakboonyarat B, & Rangsin R. Prevalence and associated factors of ischemic heart disease (IHD) among patients with diabetes mellitus: A nation-wide, cross-sectional survey. *Cardiovascular Disorder* 2018;18(151): 1-7.
12. Oh GC, & Cho H-J. Blood pressure and heart failure. *Clinical Hypertension*. 2020;26(1):1-8.
13. Nelson RH. Hyperlipidemia as a risk factor for cardiovascular disease. *Primary Care*. 2013; 40(1):195-211.
14. Phomdontre T, et al. Factors Predicting Quality of Life among Young Adult Patients with Myocardial Infarction. *Journal of research in Nursing-Midwifery and health sciences*. 2023; 43(1): 27-39. (in Thai)
15. Purimano M, & Songthap A. Preventive Behaviors of Complications from Coronary Artery Disease in Elderly People. *Buddhachinaraj medical journal*. 2021; 38(1): 107-16. (in Thai)
16. Premasuk W, Thato R, & Polsook R. Factors Predicting Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among Middle-Aged Men in Bangkok Metropolitan. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2019; 26(1): 24-39. (in Thai)
17. Rathore V, Neelima S, & Roshan K. Risk Factors for Acute Myocardial Infarction: A Review. *Eurasian Journal of Medical Investigation*. 2018;2(1):1-7.
18. 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)
19. Chinphan S, Sirisophon N, Onsiri S, & Wattanaburanon A. Factors Correlated with Instent Restenosis in Coronary Heart Disease Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(3): 218-26. (in Thai)
20. Sriphet K, Seneha C, Sriprasong S, & Kanoksilp A. Factors influencing antiplatelet therapy adherence among patients with acute ST-elevation myocardial infarction in post percutaneous coronary intervention. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2019; 30(2): 111-25.
21. Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. *European journal of cardio-thoracic surgery*. 2018; 53(1):34-78.
22. Nilliaum R, Kaewsasri A, & Sinsawad P. Nurse's role in preparing hospital discharge readiness for caregiver of the patient with acute myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2017; 28(2): 28-37. (in Thai).

23. Maiman LA & Becker MH. The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. Health Education Monographs. 1974;2(1):336-53.
24. Maneeprai J. Impact of Transitional Care Programme for Patients with Chronic Ischaemic Heart Disease on Health Behaviour and Risk of Recurrent Cardiovascular Events. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2020; 35(2):15-31 (in Thai).
25. Sanprakhon P, Chusri O, & Wongwisadkul S. The Effects of Health Belief Application Program in Older Adults with Risk of Coronary Artery Disease in a Community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2018; 28(3): 87-100. (in Thai).
26. Chuaytaen T, & Ua-Kit N. The Effect of Promoting Perceived Benefits and Perceived Barriers Program on Medication Adherence of Myocardial Infarction Patients who underwent Percutaneous Coronary Intervention. Songklanagarind Journal of Nursing. 2016; 30(3): 56-76. (in Thai)