

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

ยุวดี ศรีบุญเรือง¹, วัลลิดา ราชกรม^{2*}

(วันที่รับบทความ: 26 มีนาคม 2569, วันที่แก้ไข: 17 กรกฎาคม 2569, วันที่ตอบรับ: 31 กรกฎาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 123 ราย ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.96–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's Alpha=0.70-0.86) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (r_s) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านเพศ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมี $r_s = .270, .515, .541$, และ $.218$ ตามลำดับ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบ ($r_s = -.529$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยบูรณาการแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม

¹⁻²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

¹⁻²ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: วัลลิดา ราชกรม e-mail: rvanli@kku.ac.th

Factors Associated with Self-Care Behaviors of Patients with Acute Coronary Syndrome at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Yuwadee Sriboonruang¹, Wanlida Ratchakrom ^{2*}

(Received: 26th March 2026, Revised: 17th July 2026, Accepted: 31st July 2026)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to investigate the factors associated with the self-care behaviors of patients diagnosed with Acute Coronary Syndrome (ACS). The study sample consisted of 123 patients receiving treatment at the Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, selected through purposive sampling based on predefined inclusion criteria. The research instrumentation comprised a Demographic Profile Questionnaire, the Health Belief Model Scale, the Social Support Scale, the Health Literacy Scale, and a Self-Care Behavior Questionnaire. Content validity was rigorously established (CVI = 0.96–1.00), and internal consistency demonstrated high reliability (Cronbach's Alpha = 0.70–0.86). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient (r_s), with the statistical significance threshold set at $p < 0.05$.

The findings indicated that gender, social support, health beliefs, and health literacy were significantly and positively correlated with self-care behaviors ($p < 0.05$), with correlation coefficients (r_s) of .270, .515, .541, and .218, respectively. Conversely, depression exhibited a significant negative correlation with self-care behaviors ($r_s = -0.529$, $p < 0.05$).

Healthcare professionals should prioritize the development of health promotion models that integrate health belief concepts with the enhancement of health literacy. Furthermore, fostering family participation to strengthen social support is essential. Implementing these strategies will be instrumental in reducing complications and significantly improving the quality of life for patients with acute myocardial infarction.

Keywords: Acute coronary syndrome, Self-care behavior, Health Literacy, Social Support

¹⁻² Registered Nurse (Professional Level)

¹⁻² Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, faculty of medicine, KKU

*Corresponding author: Wanlida Ratchakrom e-mail: rvanli@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการลดลงอย่างกะทันหันของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โดยหลอดเลือดแดงจะแข็งตัว หนาขึ้น และตีบแคบลง (Atherosclerosis) เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมีการดำเนินโรคผ่าน 3 ระยะหลัก ได้แก่ (1) ระยะสะสมไขมัน (Fatty streak) คือการเริ่มสะสมของคราบไขมันในผนังหลอดเลือด (2) ระยะแผ่นพังผืดไขมัน (Fibrous plaque) และ (3) ระยะคราบไขมันแตกออก (Ruptured plaque) เป็นระยะวิกฤตที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าร้อยละ 90⁽¹⁾ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญทั่วโลกและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต โดยปี 2566 มีผู้เสียชีวิตสูงถึง 20.5 ล้านคนต่อปี คิดเป็น 1 ใน 3 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และประมาณ ร้อยละ 85 เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง⁽²⁾

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติครอบครัว ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราโรคหัวใจและหลอดเลือดยังเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ⁽⁴⁾ ภาวะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำ

กิจกรรมประจำวัน การประกอบอาชีพ และการดำรงบทบาทในครอบครัว นอกจากนี้ความเจ็บป่วยยังอาจลดคุณค่าในตนเอง บั่นทอนคุณภาพชีวิต และลดการมีส่วนร่วมในสังคม⁽⁵⁾ ขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และแรงจูงใจที่ลดลง อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางการฟื้นฟูตัวและการจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปี 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำนวน 807, 707 และ 624 รายตามลำดับ ในขณะเดียวกันพบอัตราการกลับมารักษาซ้ำในปี 2564 จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.24 ปี 2565 จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.42 และปี 2566 จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.7 โดยสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำพบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและมีรสเค็มจัด การลิ้มรับประทานยา และการกลับไปสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลตนเองถือว่าเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินของโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน⁽⁵⁾ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ามีหลายปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพในระดับต่างๆ ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ลดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการฟื้นฟูที่ช้าลง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยผู้ป่วยที่เชื่อว่าการดูแลตนเองช่วยลดความเสี่ยง

จะปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนช่วยเพิ่มกำลังใจและช่วยดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง⁽⁷⁾

จากความเป็นมาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากพบประเด็นงานวิจัยที่ผ่านมาว่ามีข้อสรุปที่ไม่ชัดเจนในส่วน of ภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดของเครื่องมือวัด จึงเป็นที่มาของการศึกษาในครั้งนี้ และในบริบทการศึกษาและพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่างมีบริบททางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะวิถีชีวิตและการดูแลตนเองที่ได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของภูมิภาค ได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีรสเค็มจัด การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ล่าช้าจากข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือเศรษฐกิจการเงิน ปัจจัยเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ แต่ยังเป็นปัจจัยขัดขวางต่อความร่วมมือในการรักษาและการส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดจากทฤษฎีการ自我ดูแลตนเอง (Self-Care) ของ Orem ซึ่งเน้นการศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผลการวิจัยที่ได้จะทำให้ทราบว่าระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับใด เพื่อนำไป

พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการดูแลตนเองที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะยาวของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

คำถามการวิจัย

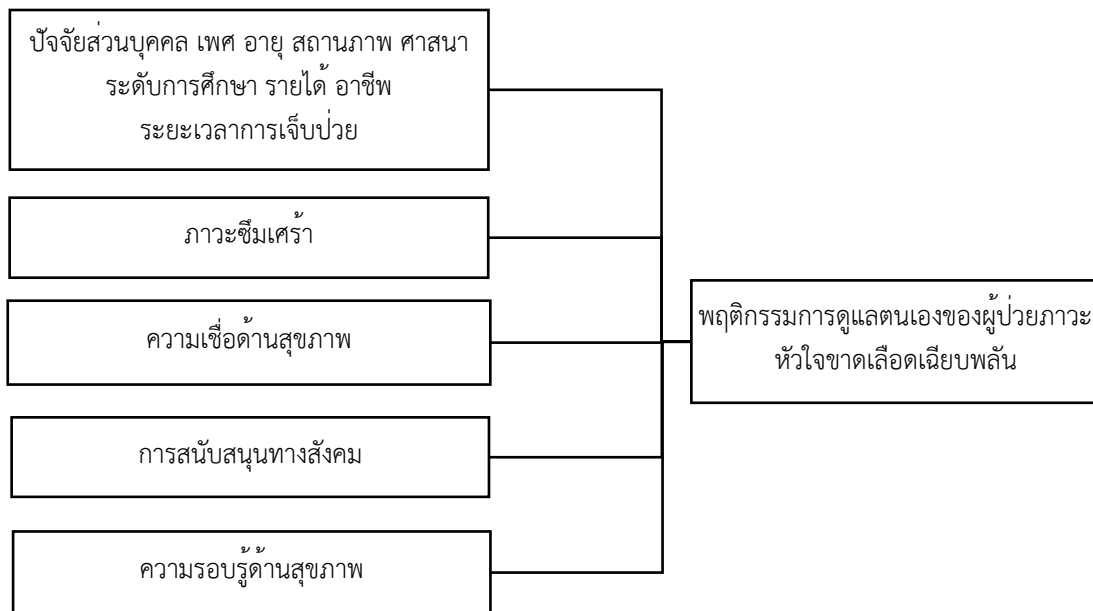
1. พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือไม่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการ自我ดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ของ Orem⁽⁸⁾ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประเภทการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive

Correlational Research) ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาครั้งแรก ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 525 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2569

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรก ทั้งที่

มีโรคร่วมและไม่มีโรคร่วม ที่มารับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ดี ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตทางกายที่รุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ver.3.1.9.4 โดยกำหนดค่าสหสัมพันธ์ r เท่ากับ 0.284 ระดับอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.90 กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 99 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถาม จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 รวมขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 123 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2567 ประกอบด้วย 6 ส่วน แบบสอบถามข้อมูลได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ของครอบครัวต่อเดือน สิทธิการรักษา สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบสอบถามอาการโรคซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q⁽⁹⁾ แบบประเมินมีข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) เป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผลคะแนนอาการโรคซึมเศร้า ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ปกติหรือมีอาการน้อยมาก คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อย คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง และคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง

3. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อที่ 1-5 และ 11-15 ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย

(3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และข้อคำถามทางลบ คือข้อที่ 6-10 ข้อคำถาม ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (4 คะแนน) การแปลผลระดับความเชื่อด้านสุขภาพดังนี้ คะแนน 18-29 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 30-44 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 45-60 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม⁽⁷⁾ แบบสอบถามมี ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ ตลอดเวลา (4 คะแนน) เกือบตลอดเวลา (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่มี (1 คะแนน) การแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคมดังนี้ คะแนน 10-19 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ คะแนน 20-29 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และคะแนน 30-40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

5. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁷⁾ แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 18 ข้อข้อคำถาม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 1.00) เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) คือ ใช่ และ

ไม่ใช่ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เป็นการวัดความสามารถและทักษะ ซึ่งจะช่วยลดความคลุมเครือในการตัดสินใจ และจำแนกผู้ที่มีทักษะผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ได้อย่างชัดเจน มีข้อคำถามเชิงบวกข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และข้อคำถามเชิงลบข้อที่ 7, 9, 18 การแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้ คะแนน 0-6 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และคะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

6. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง⁽⁷⁾ แบบสอบถามมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา โดยการปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ให้ค่าคะแนนในแต่ละระดับดังนี้ สม่่าเสมอ (4 คะแนน) บ่อย (3 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน) การแปลผลระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ดังนี้ คะแนน 18-35 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับต่ำ คะแนน 36-53 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับปานกลาง และคะแนน 54-72 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 0.97

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับบริการหน่วยอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.80 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพหาความเที่ยง โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น และภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ให้เข้าดำเนินการเก็บข้อมูล ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม และในช่วงเช้าวันที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน ระหว่างกระบวนการรอจำหน่าย ในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเสร็จสิ้นกิจกรรมการรักษาและอยู่ในช่วงรอเอกสาร ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง จัดเตรียมพื้นที่ให้มีความเป็นส่วนตัวและปราศจากเสียงรบกวน แนะนำตัวและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ และในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างขอลอนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลมีการ

แจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (Non-normal distribution)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นและได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สำคัญโครงการ HE671538 รับรองวันที่ 21 พฤศจิกายน 2567 และในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการของการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยการลงนามขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง และให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอด อีกทั้งข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.85 อายุเฉลี่ย 65.60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.61 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 59.35 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 62.60 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.65 สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเบิกได้ ร้อยละ 65.04 และ 17.89 ตามลำดับ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 69.92

โรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.20 และ 58.50 ตามลำดับ มีโรคร่วมเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.53 ประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.79 ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 69.92 และไม่มีประวัติ

บุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 85.37

2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 3.51, S.D. = 3.10$) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 54.29, S.D. = 4.88$) ด้านการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 36.35, S.D. = 4.52$) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.60, S.D. = 1.68$) และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 60.64, S.D. = 6.68$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 123)

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ภาวะซึมเศร้า	0	13	3.51	3.10	ระดับปกติ
ความเชื่อด้านสุขภาพ	42	60	54.29	4.88	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	22	40	36.35	4.52	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	13	18	16.60	1.68	ระดับสูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	43	70	60.64	6.68	ระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .270, p < .05$) ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้ามี

ความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r_s = -.529, p < .05$) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .515, p < .05$) ปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .541, p < .05$) ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .218$ $p < .05$)
(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ
ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน ($n = 123$)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	
	r_s	p -value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-.024	.791
เพศ	.270*	.003
สถานภาพ	.083	.362
ระดับการศึกษา	-.017	.848
อาชีพ	-.091	.314
รายได้	.081	.372
สิทธิการรักษา	.013	.885
ภาวะซึมเศร้า	-.529**	<.001
การสนับสนุนทางสังคม	.515**	<.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.541**	<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.218*	.015

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า เพศชายมีภาวะ
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าเพศ
หญิง อายุเฉลี่ย 65.60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่
ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การศึกษาระดับ
ประถมศึกษา ประวัติโรคประจำตัวคือโรค
เบาหวานและความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้
พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ
หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยรวมอยู่ในระดับสูง

อธิบายได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญของภาวะ
สุขภาพ โดยผู้ป่วยที่มีประวัติโรคประจำตัวเรื้อรัง
เคยผ่านประสบการณ์การเจ็บป่วยและทราบถึง
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเหล่านี้มาบ้างแล้ว เมื่อ
เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่ง
เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ย่อมตระหนักถึงความ
รุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ทำให้
เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ

ดูแลตนเองอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น หรือการกลับเป็นซ้ำ⁽¹⁰⁾

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อธิบายได้ว่าในบริบทพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีโครงสร้างทางสังคมแบบครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะมีปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจเป็นอุปสรรค เช่น มีอายุมาก หรือมีระดับการศึกษาที่จำกัด แต่สิ่งเหล่านี้จะมีผู้ดูแลช่วยเหลือชดเชยจากข้อจำกัด ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ที่อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมจากบุคคลใกล้ชิด ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น⁽¹¹⁾ ขณะที่เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .270$ $p < .05$) โดยจากการพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่าเพศหญิงมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่า บทบาททางสังคมในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพศหญิงเป็นผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการจัดการอาหาร และการดูแลสุขอนามัยของคนในครอบครัว ความรับผิดชอบดังกล่าวทำให้เพศหญิง มีการเฝ้าระวัง และการดูแลตนเองที่เคร่งครัดกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงในวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มที่จะก้าวข้ามอุปสรรคด้านการควบคุมอาหารและความเชื่อทาง

วัฒนธรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ดีกว่า⁽¹²⁾ นอกจากนี้เพศชายพบข้อจำกัดด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับปัจจัยเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต โดยเพศชายมักมีพฤติกรรมทางสังคม เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มสุราตามเทศกาล ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม สอดคล้องการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า เพศชายมักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ โดยมีทัศนคติว่าการเจ็บป่วยเล็กน้อยเป็นเรื่องที่ทนได้ และมักจะเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤตของโรคแล้ว⁽¹³⁾

ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.529$ $p < .05$) อธิบายได้ว่าภาวะซึมเศร้าจะมีกลไกเข้าไปลดทอนการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลให้สมองส่วนหน้าทำงานบกพร่อง สภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดอุปสรรคสำคัญในการประมวลผลข้อมูลและการวางแผนเชิงระบบ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ⁽¹⁴⁾ ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสมาธิในการรับรู้ข้อมูลการรักษาและการจัดการยาที่มีความซับซ้อน ความสัมพันธ์ทางลบนี้ยังส่งผลให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง โดยผู้ป่วยที่มีสภาวะจิตใจหดหู่ก็มีทัศนคติเชิงลบต่อการดูแลตนเองและมองไม่เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน โดยภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองบกพร่อง⁽¹⁶⁾

ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการรักษาทางกาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .515$ $p < .001$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะช่วยลดความวิตกกังวลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในช่วงวิกฤตของโรค การสนับสนุนด้านข้อมูล ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรับประทานยาและการสังเกตอาการผิดปกติที่ถูกต้อง ขณะที่การสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าและไม่ได้เพิกขญกับโรคที่เป็นอยู่เพียงลำพัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการปรับเปลี่ยนไลฟ์สไตล์และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวัน⁽¹⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และช่วยลดอัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด⁽⁷⁾ ดังนั้นพยาบาล

และทีมสหวิชาชีพควรส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในวางแผนการรักษา ซึ่งจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญช่วยให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .541$ $p < .001$) อธิบายได้ว่า การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันตระหนักได้ว่าภาวะโรคมีอันตรายถึงแก่ชีวิตและมีโอกาสเกิดซ้ำได้สูง จะนำไปสู่การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือด ซึ่งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและการชี้ให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเอง จะยิ่งช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นมีความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น⁽¹⁸⁾ ดังนั้น การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำโดยเน้นย้ำถึงความรุนแรงของภาวะหัวใจขาดเลือดควบคู่ไปกับประโยชน์ของการดูแลตนเอง จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน

ปัจจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .218$ $p = .015$)

อธิบายได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำเป็นต้องจัดการกับการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ชับซ้อน โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร รสจัดและอาหารที่มีโซเดียมสูงซึ่งสัมพันธ์กับวิถี วัฒนธรรมดั้งเดิม ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างดี แต่ความสามารถในการ จัดการตนเองยังถูกจำกัดด้วยกรอบวัฒนธรรมการ บริโภคอาหารสอดคล้องกับผลการศึกษา ที่แสดง ให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพไม่ได้เป็นปัจจัย ทำนายพฤติกรรมโดยตรงเสมอไป แต่อาจมีปัจจัย ด้านวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร หรือ ข้อจำกัดทางกายภาพเข้ามาเกี่ยวข้อง⁽¹⁹⁾ ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้อง มีการออกแบบกลยุทธ์ที่ประสานเข้ากับวิถี วัฒนธรรมของชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถนำ ความรอบรู้มาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมี ประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีระบบการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 9Q ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการจัดกิจกรรม Group Education ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการจัดยา และเลือกอาหารที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพและการ สนับสนุนทางสังคม
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพื่อเจาะลึกถึงอุปสรรคเชิงวัฒนธรรมของ ผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ไม่สามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แม้จะมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพสูง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษานี้จำกัดเฉพาะพื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีบริบททางสังคม และวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น ผลการศึกษาจึงอาจมี ข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบท ต่างกัน การนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณา ด้วยความระมัดระวัง

2. มาตรวัดความรู้ด้านสุขภาพมีความ ความเที่ยง (Reliability) อยู่ที่ 0.70 ซึ่งเป็นเกณฑ์ ยอมรับได้ขั้นต่ำ อาจส่งผลต่อความแม่นยำในการ วัดระดับความรู้ในประชากรบางกลุ่ม ใน การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาหรือปรับปรุง ข้อคำถามให้มีความจำเพาะเจาะจงและมีความ ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. the King. Clinical practice guideline for the management of patients with acute myocardial infarction 2020. Bangkok: Next Step Design; 2020. Thai.
2. World Heart Federation. World Heart Report 2023: Confronting the world's number one killer [Internet]. Geneva: World Heart Federation; 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/World-Heart-Report-2023.pdf>

3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. World Heart Day 2023 campaign document [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc>
4. Frasure-Smith N, Lespérance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA*. 1993;270(15):1819-25.
5. Al-Daken LI, Al-Ghabeesh SH. Depression, anxiety, and self-care management among patients with ischemic heart disease: a 2023 perspective. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(4):512. doi:10.3390/healthcare11040512.
6. Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010;6:123-36. doi:10.2147/NDT.S6880.
7. Yavanopphas N. Factors related to self-care behaviors of patients with acute coronary syndrome [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2018. Thai.
8. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
9. Department of Mental Health. 9-question depression assessment (9Q) [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2015 [cited 2024 May 22]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>
10. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q*. 1988;15(2):175-83.
11. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
12. Fenta ET, Abera Kidie A, Guadie Tiruneh M, Fentabel Anagaw T, Bogale EK, Addisu Dessie A, et al. Exploring barriers of health literacy on non-communicable disease prevention and care among patients in north Wollo Zone public hospitals; Northeast Ethiopia, 2023: application of socio-ecological model. *BMC Public Health*. 2024;24:971. doi:10.1186/s12889-024-18524-z.
13. Khaisang K, Chantraprathak S, Niamphoka P. Factors associated with health literacy and health behaviors of people in the responsibility area of

- sub-district health promoting hospitals in remote areas. *J Health Sci Res.* 2023;17(1):112-24.
14. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1986.
15. Kaur S, Sharma R, Varma JS. Impact of psychological distress on treatment adherence and lifestyle modification among myocardial infarction survivors. *Int J Nurs Pract.* 2024;30(1):e13155. doi:10.1111/ijn.13155.
16. Chuakan P, Soonthornchaiya R, Vuthiarpa S. The effects of a group psychoeducation program on depressive symptoms and self-care behaviors of older adults with depressive disorder. *Nurs J Ministry Public Health.* 2024;34(3):1-12. Thai.
17. Mbakwem AC, Okubadejo NU, Adeniyi OV. Social support systems and self-care adherence among patients with acute coronary syndrome in a developing economy: a cross-sectional analytical study. *Heart Lung.* 2022;55:128-35.
18. Somwang P, Khumros W, Phrommintiku A. Health literacy and its relationship with self-care behaviors among patients with coronary artery disease. *Thai J Nurs Midwifery Pract.* 2023;39(2):85-98. Thai.
19. Sangkawichai P, Kamchang P, Paisawaeng K, Wongpimkham P, Saita S, Vittaporn S, et al. Factors associated with health literacy and self-care behaviors among patients with type 2 diabetes: a mixed method study in Ko Kha District, Lampang province, Northern Thailand. *J Health Res.* 2024;38(4):301-10.