

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ
ของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผาสุก มั่นคง

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 197 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 557, p < .01$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ให้พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการสร้างเสริมการรับรู้การเจ็บป่วย

คำสำคัญ การรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Abstract: RELATIONSHIPS BETWEEN ILLNESS REPRESENTATION AND HEALTH BEHAVIORS OF PERSONS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION

Mrs. Phasuk Mankhong

The purpose of this research was to study relationships between illness representation and health behaviors of persons with acute myocardial infraction who visited the Diabetes Clinics, Out Patient Department of Singburi Hospital. A sample of 197 acute myocardial infraction persons was recruited by simple random sampling. The instruments consisted of demographic data, illness representation and health behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment correlation coefficients.

The results showed that illness representation was significantly related to health behaviors ($r = .557, p < .01$)

From research findings, nurses and health care providers should promote health behavior of acute myocardial infarction persons based on illness representation.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากมีอัตราการเกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุการตาย ที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลกเป็นจำนวนมากตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จากรายงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มากกว่า 1 ล้านคนต่อปี และทุก ๆ 25 วินาที จะมีคนเกิดเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และมีคนเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทุก ๆ 36 วินาที⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยอัตราการเกิดและอัตราการตายด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2554-2559 อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.47 เป็นร้อยละ 29.13⁽²⁾ โดยร้อยละ 63 จะเสียชีวิตภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ และร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล⁽³⁾ สำหรับสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของโรงพยาบาลสิงห์บุรี ปี 2559-2561 มีผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 46, 48 และ 49 รายตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำนวน 8, 6 และ 9 รายตามลำดับ⁽⁴⁾

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรค ได้แก่ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง มีประวัติการสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การไม่กินผักผลไม้ โรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) และมีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ⁽⁵⁾ จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันมีประวัติเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 44 ส่วนผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 3-6 เท่า⁽⁶⁾

เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ พยาธิสภาพของโรคส่งผลให้ปริมาณเลือดที่บีบตัวออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนไปใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ท้อแท้ วิตกกังวล สิ้นหวัง ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความหวาดกลัว โกรธ และหมดหวัง และมักเปลี่ยนเป็นภาวะซึมเศร้าได้ในระยะ 6 เดือนแรกหลังมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายถึงร้อยละ 69⁽⁷⁾

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่นิยมในปัจจุบัน ได้แก่ การรักษาด้วยยา เพื่อควบคุมอาการของโรค การรักษาโดยการทำการหัตถการหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ซึ่งเป็นการสอดใส่อุปกรณ์ อาจจะเป็นหัวกรอบอลลูน หรือขดลวด ผ่านทางผิวหนัง เข้าไปถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจให้เปิดกว้างขึ้น ถ้าวินิจฉัยด้วย 2 วิธีนี้ไม่ได้ผล แพทย์จะใช้วิธีการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด^๑ แม้ว่าจะมีการพัฒนาการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมากก็ตาม การรักษาดังกล่าวยังเป็นการรักษาที่ปลายเหตุ ไม่ได้แก้ไขกระบวนการที่ก่อให้เกิดโรคหรือทำให้รอยโรคในหลอดเลือดหัวใจ

ก้าวหน้าขึ้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง (Risk factors modification) จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ดังนั้นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยา โดยการควบคุมการรับประทานอาหารทั้งชนิดและปริมาณ ออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความเหมาะสม และรับประทานยาอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องทุกวัน

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมหรือสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องและต่อเนื่องนั้นขึ้นกับหลายปัจจัย ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่ง จากการศึกษาพบว่า หลังจากการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพและอาการเจ็บอกในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽⁹⁾ การรับรู้จึงมีผลในการตัดสินใจต่อการจัดการการเจ็บป่วย โดยการรับรู้การเจ็บป่วยมีพื้นฐานจากประสบการณ์เดิมก่อนการเจ็บป่วย และลักษณะอาการที่เกิดขึ้นปัจจุบัน และนำมาคิดวิเคราะห์ ที่ความหมายจนเกิดเป็นการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง การรับรู้การเจ็บป่วยประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย หรืออาการแสดงของการเจ็บป่วย สาเหตุการเจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และวิธีการจัดการการเจ็บป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยบุคคลจะจัดการตนเองอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้การเจ็บป่วยของบุคคลนั้น การรับรู้จึงมีความสำคัญ หากผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม จะมีการจัดการการเจ็บป่วยที่ดี กรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation) กรอบแนวคิดนี้มุ่งไปที่การสร้างการรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วย บุคคลจะตอบสนอง หรือจัดการการเจ็บป่วยด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามการรับรู้ที่ได้รับ (coping response)⁽¹⁰⁾

จากสถิติผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง และหัวใจ โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ถึงแม้จะมีกิจกรรมการให้ความรู้ และคำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพก็ตาม กลับพบว่าผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ในระยะแรกของการเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดบริการดังกล่าวให้กับผู้ป่วยอาจเป็นกิจกรรม ที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จึงจำเป็นต้องศึกษาหาแนวทางในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่เหมาะสมต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี ซึ่งผลของการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัยพบว่า

การรับรู้การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .557, p < .01$)

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคเบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงห์บุรี ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มืองค์ประกอบของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างน้อย 2 อย่างขึ้นไป ได้แก่ เป็นโรคเบาหวาน (ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ดล.หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดระดับน้ำตาล) สูบบุหรี่ มีระดับ Cholesterol (Cholesterol >240 มก./ดล. หรือระดับ HDL- C เพศชาย ≤ 40 มก./ดล. หรือเพศหญิง ≤ 50 มก./ดล. หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยารักษา) มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย > 30 หรือขนาดของเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วขึ้นไปในเพศชายและตั้งแต่ 80 ซม. หรือ 32 นิ้วขึ้นไปในเพศหญิง) มีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือ ต่ำกว่า ถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่) และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหัวใจ

2. อายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

3. ไม่มีความบกพร่องด้านการฟัง และมีความสามารถในการสื่อสาร

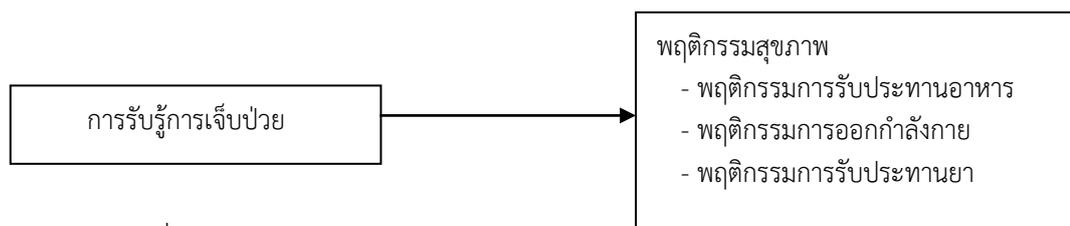
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ประเมินขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (Power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20 เนื่องจากการวิจัยทางการแพทย์บางส่วนใหญ่จะมีขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) ที่ .20-30 เมื่อเปิดตารางได้ค่าประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 197 คน⁽¹¹⁾

กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการรับรู้ความเจ็บป่วยตามสามัญสำนึก (Common sense model of illness representation)⁽¹⁰⁾ มาใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับ การศึกษาอาชีพรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัว เป็นโรคหัวใจ ประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹² ข้อคำถามครอบคลุมด้านอาการการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาของการดำเนินของการเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมการเจ็บป่วย จำนวน 41 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | |
|-----------------|---|
| 3.67-5.00 คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี |
| 2.34-3.66 คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 คะแนน | หมายถึงมีการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี |

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค¹² ข้อคำถามครอบคลุมถึงการเลือกซื้ออาหารการปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 17 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-5 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------------|---|
| 3.67-5.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในระดับดี |
| 2.34-3.66 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารในระดับไม่ดี |

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁽¹²⁾ ข้อคำถามครอบคลุมความบ่อย (จำนวน ครั้งต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาการออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรม และระยะเวลาของการอบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลายร่างกาย ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรา ประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียวซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------------|--|
| 3.01-4.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในระดับดี |
| 2.01-3.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | คะแนน หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี |

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การรับประทาน ยาของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม⁽¹²⁾ ข้อคำถามครอบคลุม การรับประทานยาตามแผนการรักษา ข้อคำถามทั้งหมดมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ โดยจะให้ เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่งเพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีคะแนน 1-4 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโดยรวม (โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-4) ใช้วิธีการหาอันตรายภาคชั้นโดยมีค่าพิสัย 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|-----------|---------|--|
| 3.01-4.00 | หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับดี |
| 2.01-3.00 | หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.00 | หมายถึง | มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับไม่ดี |

เนื่องจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมทั้ง 3 ด้านมีเกณฑ์การให้คะแนนที่แตกต่างกัน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร มาตราประมาณค่ามี 5 ระดับ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา มาตราประมาณค่ามี 4 ระดับ จึงไม่สามารถนำแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 มารวมกันเพื่อใช้แทนค่าพฤติกรรมสุขภาพได้ผู้วิจัยจึงได้ทำการปรับ คะแนนเป็นหน่วยคะแนนเดียวกัน โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละด้านจะถูกให้นำน้ำหนักด้านละ 1 หน่วยคะแนน เมื่อนำไปรวมกันได้ 3 หน่วยคะแนน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับคะแนนและเทียบเป็นคะแนนเต็มใหม่เท่ากับ 5 แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์⁽¹³⁾ โดยมีค่าเฉลี่ยดังนี้

- | | | |
|-----------|---------|------------------------------------|
| 3.67-5.00 | หมายถึง | มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี |
| 2.34-3.66 | หมายถึง | มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.00-2.33 | หมายถึง | มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี |

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรค แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมออกกำลังกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมมารับประทานยา ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.90, 0.87, 0.91 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้
ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสิงห์บุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและรายละเอียดในการรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้างานผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัยขั้นดำเนินการ

1. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายวิธีการตอบการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3. ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบการสัมภาษณ์ และเริ่มทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายคนในช่วงระหว่างรอแพทย์ตรวจโดยใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน 197 ราย

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง มาให้คะแนนก่อนนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง แล้วนำมาให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (n=197)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	40.6
	หญิง	117	59.4
อายุ (M = 49.25, SD = 6.97, Min = 30, Max= 60)			
	30-40 ปี	46	23.4
	41-50 ปี	71	36.0
	51-60 ปี	80	40.6
สถานภาพสมรส			
	คู่	112	56.9
	โสด	56	28.4
	หม้าย/หย่าหรือแยกกันอยู่	29	14.7
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	1.5
	ประถมศึกษา	48	24.3
	มัธยมศึกษา	67	34.0
	อนุปริญญา	10	5.1
	ปริญญาตรี	61	31.0
	สูงกว่าปริญญาตรี	8	4.1
อาชีพ			
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	9.1
	ประกอบอาชีพ	179	90.9
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	74	41.3
	เกษตรกรกรรม	21	11.9
	รับจ้าง	55	30.7
	ค้าขาย	23	12.8
	อื่น ๆ (รับราชการบำนาญ/ประกอบธุรกิจส่วนตัว)	6	3.4

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ และการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (n=197) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (M = 16,586, SD = 11,425.6, Min = 1,000, Max= 65,000)		
1,000-10,000 บาท	54	27.4
10,001-20,000 บาท	67	34.0
20,001-30,000 บาท	29	14.7
30,001-40,000 บาท	23	11.7
40,001-50,000 บาท	7	3.6
50,001-60,000 บาท	11	5.6
มากกว่า 60,000 บาท	6	3.0
โรคประจำตัว (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์)		
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน	89	45.2
ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง	72	36.5
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง	23	11.7
ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	13	6.6
ประวัติสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	139	70.6
เลิกสูบแล้ว	53	26.9
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	5	2.5
ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน		
มี	59	29.9
ไม่มี	138	70.1

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 36.0) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.9) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.0) รองลงมา คือ ปริญญาตรี (ร้อยละ 31.0) ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.7) มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 34) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 45.2) รองลงมา คือโรคเบาหวานร่วมกับภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.5) ไม่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.6) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 70.1) ไม่มีประวัติการได้รับยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 93.4)

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้นำเสนอตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำแนกตามโดยรวม และรายด้าน (n=197)

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
การรับรู้การเจ็บป่วย (โดยรวม)	3.74	0.32	ดี
รายด้าน			
การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค	3.45	0.42	ดี
การรับรู้สาเหตุของโรค	3.73	0.41	ดี
การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค	3.94	0.39	ดี
การรับรู้ผลกระทบ	3.67	0.42	ดี
การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค	3.93	0.46	ดี
ตารางที่ 2 (ต่อ)			
ตัวแปร	M	SD	ระดับ
พฤติกรรมสุขภาพ (โดยรวม)	3.88	0.27	ดี
รายด้าน			
พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	3.88	0.35	ดี
พฤติกรรมการรับประทานยา	3.82	0.29	ดี
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	3.92	0.31	ดี

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี (M=3.74, SD= 0.32) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้ระยะเวลาเป็นโรค (M=3.94, SD=0.39) รองลงมา คือ การรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค (M=3.93, SD=0.46) การรับรู้สาเหตุของโรค (M=3.73, SD=0.41) การรับรู้ผลกระทบ (M=3.67, SD= 0.42) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค (M=3.45, SD= 0.42)

มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (M=3.88,SD=0.27) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรม การออกกำลังกาย (M=3.92, SD=0.31) รองลงมา คือพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค (M= 3.88, SD=0.35) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา (M=3.82, SD= 0.29)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (n=197)

ตัวแปร	การรับรู้การเจ็บป่วย	พฤติกรรมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพ	.557**	-

** p < .01

จากตารางที่ 3 ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.557, p<.01$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้การเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.01$

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. การรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

1.1 การรับรู้การเจ็บป่วย ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.74, SD=0.32$) เมื่อพิจารณาการรับรู้การเจ็บป่วยรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้ง 5 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ รับรู้ระยะเวลาเป็นโรค ($M=3.94, SD=0.39$) รองลงมา คือการรับรู้การรักษา/ควบคุมโรค ($M=3.93, SD=0.46$) การรับรู้สาเหตุของโรค ($M=3.73, SD=0.41$) การรับรู้ผลกระทบ ($M=.67, SD=0.42$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การรับรู้ลักษณะเฉพาะ/อาการของโรค ($M=3.45, SD=0.42$) ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่มีโรคประจำตัวหลายโรคที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งโรคต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นล้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานและต้องมีการติดตามผลการรักษาจากแพทย์เป็นประจำทุก 3 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้การเจ็บป่วย จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเอง จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลการเจ็บป่วยกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ รวมทั้งการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คำแนะนำการปฏิบัติตัว จากทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในขณะที่มารับการตรวจรักษา นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังอาจได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากสื่อต่าง ๆ ที่

สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก จากนั้นจะนำข้อมูลดังกล่าวมาคิดวิเคราะห์หรือแปลความ พร้อมให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของตนเอง⁽¹⁰⁾ สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อยู่ในระดับดี⁽¹³⁾

1.2 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M=3.88$, $SD=0.27$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับดี โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($M=3.92$, $SD=0.31$) รองลงมา คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ($M=3.88$, $SD=0.35$) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พฤติกรรมการรับประทานยา ($M=3.82$, $SD=0.29$) ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.4) ซึ่งเป็นเพศที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัว จึงต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ดี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.9) สมาชิกในครอบครัวจะช่วยปรุงอาหาร เลือกซื้ออาหาร หรือจัดหาอาหารที่เหมาะสม กระตุ้นให้ออกกำลังกาย และดูแลการรับประทานยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสม อีกประการหนึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 41.3) จึงมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองได้ดี ด้วยการหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งยังให้ความสนใจข้อมูลดังกล่าวได้ดี นอกจากนี้การณรงค์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพรูปแบบต่าง ๆ โดยเน้นหลัก 3 อ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตื่นตัวในการดูแลตนเองจนมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอยู่ในระดับดี⁽¹²⁾

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

2.1 การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.557$, $p<.01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย หมายถึง ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการตีความ หรือแปลความที่เกิดจากการรับรู้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ รวมถึงประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะหรืออาการ สาเหตุ ระยะเวลาการเกิด การควบคุมและรักษา และผลกระทบที่ตามมาของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การรับรู้การเจ็บป่วย จึงนำไปสู่การปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามการรับรู้การเจ็บป่วย⁽¹⁰⁾ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนล้วนแต่เจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองโดยตรงจากการเจ็บป่วย และการได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่นจาก แพทย์ พยาบาล หรือ ทีมบุคลากรทางสุขภาพ และจากผู้ป่วย

คนอื่น เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 41.3) จึงมีความรู้มีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งมีโอกาที่จะค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ หรือมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยกับคนอื่น ๆ ทำให้สามารถเข้าใจโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีความซับซ้อนกว่าโรคทั่วไปได้ง่าย ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)⁽¹³⁾

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเน้นให้มีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเพิ่มขึ้น

2. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมุ่งเน้นการรับรู้การเจ็บป่วยและหากวิธีให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

พยาบาลและนักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมโดยส่งเสริมปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. American Heart Association. Heart disease and stroke statistic-2012 update. Texas: American Heart Association. 2012.
2. เกรียงไกร เสงฆ์ศรีและกนกพร แจ่มสมบุรณ์. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขขุมวิทการพิมพ์. 2555.
3. กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554 – 2559. กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ). 2559.

4. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลสิงห์บุรี. สถิติผู้ป่วยใน 2559 – 2561.
5. Srimahachota, S., Kanjanavanit, R., & Boonyaratabej, S. Demographic, management practice and inhospital outcomes of Thai acute coronary syndrom registry (TACSR): The difference from the western world. In C. Prajaomao (Ed.), Thai acute coronary syndrome registry. Bangkok: Health. pp. 10-14. 2006.
6. LeMone, P., & Burke, K. M. (2000). Medical-surgical nursing: Critical thinking in client care. California: Addison-Wesley. Lesneski, 2008.
7. Meijer, A., Conridi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., Melle, J. P., & Jonge, P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. General Hospital Psychiatry: 33, 203-216. 2011.
8. เบญจมาศ แสนแสง. การดูแลผู้ป่วยที่ตรวจสวนหัวใจและขยายหลอดเลือดหัวใจตีบ (PTCA). ในเพลินตา ศิริปการ, สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจารีก, และชวนพิศ ทำนอง (บรรณาธิการ), การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา. หน้า 187-211. 2551.
9. เขียวขวัญ อินทร์แก้ว, พิกุล บุญช่วง, ประทุม สร้อยวงค์. ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพและอาการเจ็บอกในผู้ป่วยที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. พยาบาลสาร. 42.2558.
10. Leventhal, H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. Social Distress and the Homeless, 5(1), 11-38. 1996.
11. Polit, D. F., & Hunger, B. P. Nursing research: Principles and methods (7th ed.) Philadelphia:Lippincott. 2004.
12. ผาสุก มั่นคง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เข้าเกณฑ์ภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.
12. ประคอง วรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
13. สิริลักษณ์ วินิจฉัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและ พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. 2554.