

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

นัฏพงษ์ ยาวะโนภาส

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ

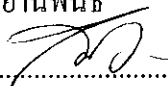
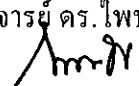
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

พฤศจิกายน 2561


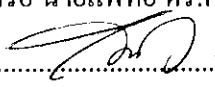
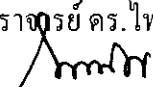
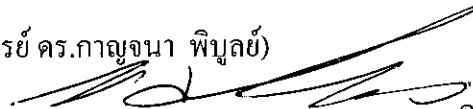
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ นัฎพงษ์ ยาวะโนภาส ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพาได้


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(อาจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน  
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ศาสตร์ เสาวคนธ์)  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์)  
..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ขวดี รอดจากภัย)  
วันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2561

## ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูริย์ พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.กาญจนา พิบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่มีเมตตากรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตั้งแต่เริ่มต้นหัวข้อการวิจัย การวิเคราะห์ผล จนกระทั่งสำเร็จเป็นงานนิพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ดร.ศาสตรี เสาวคนธ์ ประธาน คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงรุ่งอรุณ สันต์คกลการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขอกราบขอบพระคุณ คุณวันดี พิสนุวรรณเวช ผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร โรงพยาบาล จุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ ที่สนับสนุน ให้คำปรึกษาและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ระหว่างการศึกษาวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไข เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานนิพนธ์ฉบับนี้ ไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้ หากปราศจากกำลังใจและความช่วยเหลือจากสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะคุณพ่อ ณรงค์ ยาวะ โนภาส คุณแม่ชนิสา ยาวะ โนภาส คุณแม่บุญมี ยาวะ โนภาส และนางสาววนิดา ยาวะ โนภาส ที่ช่วยผลักดันให้งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

ณัฐพงษ์ ยาวะ โนภาส

57920329: สาขาวิชา: การสร้างเสริมสุขภาพ; วท.ม (การสร้างเสริมสุขภาพ)

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลัน

นักวิจัย ยาวะ โนภาส: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (FACTOR RELATED TO SELF-CARE BEHAVIORS OF  
ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ไพบุลย์  
พงษ์แสงพันธ์, Ph.D., กาญจนา พิบูลย์, Ph.D. 108 หน้า. ปี พ.ศ. 2561

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน ซึ่งได้มาจากการ  
สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลระหว่าง  
เมษายน-มิถุนายน 2561 วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์  
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองใน  
ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 60.74 ( $SD = 5.14$ ) ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ ( $r_{pb} = 0.247$ ,  
 $p < 0.01$ ) ความเชื่อด้านสุขภาพ ( $r = 0.185$ ,  $p < 0.01$ ) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ( $r = 0.151$ ,  $p < 0.05$ )  
และการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.145$ ,  $p < 0.05$ )

จากผลการวิจัย มีข้อเสนอแนะ ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการ  
พัฒนาแนวทางสำหรับการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

57920329: MAJOR: HEALTH PROMOTION; M.Sc. (HEALTH PROMOTION)  
KEYWORDS: RELATED FACTORS/ SELF-CARE BEHAVIORS/ ACUTE CORONARY  
SYNDROME PATIENTS

NATTAPONG YAWANOPAS: FACTORS RELATED TO SELF-CARE  
BEHAVIORS OF ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENTS. ADVISORY  
COMMITTEE: PAIBOON PONGSAENGPAN, Ph.D., KANCHANA PIBOON, Ph.D. 108 P.  
2018

This descriptive study aimed to factors associated with self-care behaviors of acute coronary syndrome patients, Chularat 3 international hospital, Samutprakan province. The sample of 200 persons was derived from systematic sampling. Data collection included a questionnaire was between april and june 2018. Analysis was done in terms of Percentage, Average, Standard deviation, Pearson's product-moment correlation coefficient and Point-biserial correlation coefficient.

Research results showed that acute coronary syndrome patients expressed a high level of self-care with the average of 60.74 ( $SD = 5.14$ ). In addition, the analysis revealed following factors related to self-care behaviors of acute coronary syndrome patients: gender ( $r_{pb} = 0.247$ ,  $p < 0.01$ ), Health belief ( $r = 0.185$ ,  $p < 0.01$ ), duration of illness ( $r = 0.151$ ,  $p < 0.05$ ) and social support ( $r = 0.145$ ,  $p < 0.05$ ).

Suggestions from this research could be used for developing guideline in order to promote positive self-care behaviors among acute coronary syndrome patients.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
สมมติฐานของการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย .....	8
ขอบเขตของการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	12
แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง .....	24
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน .....	27
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	40
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	40
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล .....	41
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	46
การพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง .....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	47

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	48
4 ผลการวิจัย .....	49
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย .....	49
ส่วนที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	51
ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	52
ส่วนที่ 4 คุณภาพการบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	52
ส่วนที่ 5 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	53
ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	54
ส่วนที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	55
ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	55
ส่วนที่ 9 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ .....	56
5 สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	59
สรุปผลการวิจัย.....	59
อภิปรายผลการวิจัย.....	60
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม .....	70
ภาคผนวก .....	81
ภาคผนวก ก .....	82
ภาคผนวก ข .....	93
ภาคผนวก ค .....	97
ภาคผนวก ง .....	99
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	104

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล .....	50
2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง .....	52
3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	52
4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบริการของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	52
5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	53
6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	54
7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	55
8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน .....	55
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง .....	57
10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่าง เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง .....	58



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	8

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) เป็นกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตัน จากการแตกของคราบไขมัน (Atheromatous plaque rupture) ร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บเค้นอก (Typical angina) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557; American Heart Association [AHA], 2015) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตีบตัน ของหลอดเลือดแดงจนส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม อ้วนลงพุง อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ และกรรมพันธุ์ (Salim et al., 2004; Sha et al., 2016) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเสียชีวิต

จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) พบการเสียชีวิตของประชากรโลกในปี 2012 เนื่องจากโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 17,500,000 คน หรือคิดเป็น 31% จากการเสียชีวิตของประชากรโลก ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 จากสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2017) ซึ่งสอดคล้องกับสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association: AHA) ได้รายงานสถิติการเสียชีวิตของประชาชนในสหรัฐอเมริกา ปี 2011 พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่ทำให้ประชาชนในสหรัฐอเมริกามีชีวิตจำนวน 375,295 คน คิด 1 ใน 7 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอาการเนื่องจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายประมาณ 630,000 คน (AHA, 2015; AHA, 2018) ประเทศไทยก็มีรายงานจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2557 พบผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2557; สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) และมีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน คิดเป็นอัตราตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด เท่ากับ 90.34 ต่อแสนประชากร (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557)

โดยพยาธิสภาพของโรคส่งผลทำให้สมรรถนะการทำงานของหัวใจลดลง ร้อยละ 52 และผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายลดลงร้อยละ 60 (Stephen et al., 2003) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอาการที่มีความรุนแรง จึงต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อลดโอกาสการเสียชีวิต

ในปี พ.ศ. 2559 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ พบผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 1,225 คน ข้อมูลจากแผนกเวชสรีติ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ และพบว่าผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในปี 2559 แล้วกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน จำนวน 97 คน จากรายงานการปฏิบัติงานประจำเดือนของแผนกโภชนาการ หน่วยโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีปัญหาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การรับประทานยา และการจัดการตนเองในภาวะที่เจ็บหน้าอก เป็นต้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่ใช่แค่มีอาการเจ็บหน้าอกเท่านั้น ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ (นงลักษณ์ ทองอินทร์, กิรพร ด้านธีระภากุล และเพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, 2554) ซึ่งผู้ป่วยบางคนต้องเข้ารับการรักษาอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ต้องลาออกจากงานประจำ เพื่อมารักษาตัว ทำให้ครอบครัวเสียรายได้และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในการเข้ารับการรักษา (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2552) นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายกับความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญ และความเครียดเรื้อรังที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Doungrut, 2009) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ACS ในคนไทย พบว่า ค่าเฉลี่ยกลางของวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน (1-184 วัน) เท่ากับ 47,908 บาท (633-1,279,679 บาท) แบ่งเป็นผู้ป่วย ST elevation acute syndrome: STEMI เท่ากับ 82,848.5 บาท ผู้ป่วย Non ST elevation acute syndrome: NSTEMI เท่ากับ 40,531 บาท และผู้ป่วย Unstable angina เท่ากับ 26,116 บาท ผู้ป่วยที่ต้องมีการทำหัตถการ คือ การทำ Percutaneous coronary intervention: PCI มีค่าเฉลี่ยกลางการใช้จ่ายในโรงพยาบาลรัฐบาลทั้งหมด เท่ากับ 152,081-161,374 บาท และ การทำ Coronary Artery Bypass Grafting: CABG จำนวน 203,139-223,747 บาท ซึ่งต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนถึง 2 เท่า (Moleerergpoom, Kanjanavanit, Jintapakorn, & Sritara, 2007) ประเทศไทยสูญเสียค่ารักษาพยาบาลโรคหัวใจทั้งสิ้น 154,876 ล้านบาทต่อปี ภายใต้อัตลักษณ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม และสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557)

ผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมีการดูแลตนเองลดลง หรือมีการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีหลายปัจจัยได้แก่ อายุ มีการศึกษาพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Fateme, Seyyed-Meisam, & Sedighe, 2011; De Araújo, Telma, & Vânia, 2015; สกุนตลา รอดไม้, 2548; รัศมี สิทธิพันธ์, 2548) อายุยังเป็นอีกปัจจัยที่ใช้ในการพิจารณา เพื่อออกแบบกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยทั้งด้านการสนับสนุนต่าง ๆ และการป้องกันโรค (Kamrani, Mahshid, Zohreh, & Razieh, 2014) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุ อาจมีความยุ่งยากในการจัดการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ อาจต้องใช้เวลาและความพยายามมากกว่าในการจัดการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ (Riegel, Carlson, Moser, Sebern, Hicks, & Roland, 2004)

เพศ เป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคล และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Pender, 1996) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 2001) จากการศึกษาของ Shin et al. (2013) พบว่า การมีเพศที่แตกต่างกันมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

สถานภาพ คือความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา ซึ่งปัจจัยที่บ่งบอกถึงโอกาสในการได้รับการดูแลหรือสนับสนุนในด้านการดูแลและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ จากคู่ชีวิตหรือคนในครอบครัวในช่วงเวลาที่มีการเจ็บป่วย กล่าวได้ว่าสถานภาพอาจจะมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนหรือดูแลจากบุคคลอันเป็นที่รัก และเป็นโอกาสในการที่ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญของการดูแลตน เพื่อให้หายจากโรค ผู้ป่วยจะมีการแสวงหาแนวทางการรักษา หรือผู้เชี่ยวชาญที่สามารถทำการรักษาตนเองให้หายจากโรคนั้นตลอดทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Orem, 1995) จากการศึกษาของ พรพรรณ เทิดสุทธิธรมณี (2558) เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.30) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคู่ชีวิตและคนในครอบครัว

ศาสนา เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นพื้นฐานของบุคคลในสังคม ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้ทุกคนมีความโอบอ้อมอารีและมีจิตใจที่เมตตาต่อกัน ทุกศาสนาจะมีคำสอนให้มนุษย์มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้ดูแลรักษาตนเองด้วยความไม่ประมาท และเน้นให้บุคคลต้องพึ่งพาตนเอง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) จากการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์ และคณะ (2559) เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี และศาสนาเป็นปัจจัยทางอ้อมที่ทำให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของชีวิตตนเอง และต้องพึ่งตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่แข็งแรง

ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคหัวใจที่แตกต่างกัน ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันด้วย (สกุนตลา รอดไม้, 2548; รัศมิ สิริพิพันธ์, 2548) ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงด้วย จากการศึกษาพบว่าการที่ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างดี (Connell et al., 2011; Chen, Yehle, Plake, Murawski, & Mason, 2011; Sue et al., 2014; พรพิมล อ่ำพิจิตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2552)

อาชีพ มีความสำคัญกับการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลของแพทย์และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่ทำงานต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานประจำ จึงมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์แนะนำหรืออาจปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ (ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง และเขมรดี มาสิงบุญ, 2557) และบางอาชีพทำงานในเวลากลางคืนทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้า มีความกดดันจากภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและความเครียดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลตนเองหรือไม่ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา (Goldston & Baillie, 2008)

รายได้ เป็นอีกปัจจัยโดยพบว่า การที่ผู้ป่วยมีรายได้ที่แตกต่างกัน ทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน (De Araújo et al., 2015; สกุนตลา รอดไม้, 2548) จากการศึกษาทำให้ทราบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ดีสามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์เพื่อที่จะดูแลตนเองได้มาก (สกุนตลา รอดไม้, 2548)

ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งการเผชิญกับความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อใจและความเครียด ความกังวลเกิดขึ้นทำให้มีการดูแลตนเองลดลง (Fateme et al., 2011)

ภาวะซึมเศร้าก็เป็นอีกปัจจัยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (พรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา, 2552; ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ 2557; Shin et al., 2013) ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ป่วยหลังถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจจะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น ซึ่งมีผลทำให้การดูแลตนเองลดลง (Pogosova et al., 2017)

คุณภาพของการให้บริการ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการสุขภาพตามนัดของผู้ป่วย (ทีนุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์, 2559) ซึ่งการมารับบริการตามนัด เป็นการติดตามแผนการรักษา และวางแผนเพื่อปรับกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีโอกาสให้คำแนะนำเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน และผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้นและลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Lin, Chen, Lin, & Wu, 2017) และปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากภาวะภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่าการได้รับการดูแลโดยตอบสนองปัญหา และความต้องการอย่างครอบคลุม มีการวางแผนดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยเป็น 4.32 วัน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการบริการเพิ่มขึ้น (นียดา ออกนิษฐ์, สุชาดา วิภาวกันต์ และสุภาณี สิทธิสาร, 2556)

ความเชื่อด้านสุขภาพ คือการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการตัดสินใจ การจัดการ การตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความเหมาะสม ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ และแรงจูงใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Shin et al., 2013; รัศมี สิทธิพันธ์, 2548; สกุนตลา รอดไม้, 2548)

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวและสังคม โดยที่จะต้องประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย (พรพิมล อ่ำพิจิตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2552) ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมกับสภาวะของตนเอง (รัศมี สิทธิพันธ์, 2548; ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ 2557;

นุชนาถ สุวรรณประทีป, 2558; Shin, Hwang, Jeong, & Lee, 2013)

การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Connell et al., 2010) ซึ่งตรงข้ามกันถ้าหากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับที่สูงด้วย (พรพิมล อ่ำพิจิตร, ชนกพร จิตปัญญา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peterson et al. (2011) เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ทำให้ทราบว่าถ้าผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองเป็นอย่างดี

การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นหน้าที่สำคัญของบุคลากรทางการแพทย์ทุกคน เพื่อที่จะช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ลดการกำเริบรุนแรงของโรค คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือไม่

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

## สมมติฐานของการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงได้คัดเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังสมมติฐานต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
3. คุณภาพการบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
4. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

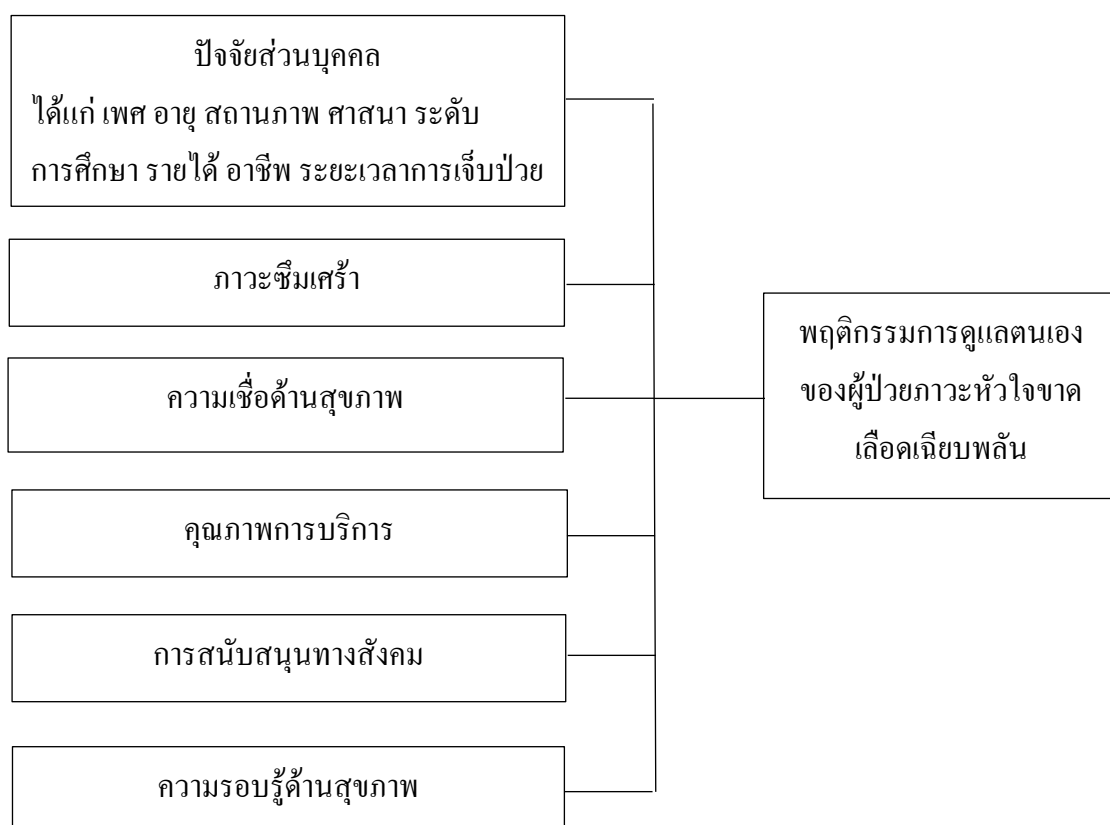
## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ของ Orem (1995) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพดังนี้ บุคคลที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพจะต้องมีการแสวงหาการรักษาทางการแพทย์ที่มีความเหมาะสม มีความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ปรับทัศนคติเพื่อให้ยอมรับสภาวะของตนเองในภาวะที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล (Fateme et al., 2011; De Araújo et al., 2015) ภาวะซึมเศร้า (พรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา, 2552; ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ 2557; Shin et al., 2013) คุณภาพการบริการ (ทีนุชา ทันวงศ์ และคณะ 2559) ความเชื่อด้านสุขภาพ (Shin et al., 2013; รัศมี สิทธิพันธ์, 2548; สกุนตลา รอดไม้, 2548) การสนับสนุนทางสังคม (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557; นุชนาถ



สุวรรณประทีป, 2558; Shin, Hwang, Jeong, & Lee, 2013) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Connell et al., 2011; Chen et al., 2011; Sue et al., 2014; พรพิมล อ่ำพิจิตร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2552) ดังแสดงในภาพที่ 1

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปวางแผนในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และยังสามารถใช้ในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ไปใช้ในการคิดค้นวิธีการใหม่ในการเพิ่มระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI, UA) ที่มารับการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 200 ราย

ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วยตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์โรคหัวใจว่ามีอาการตามเกณฑ์ของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ณ ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ. 2561

**พฤติกรรมการดูแลตนเอง** หมายถึง การกระทำเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ของ Orem (1995) ได้แก่ แสวงหาการรักษาทางการแพทย์ที่มีความเหมาะสม, มีความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค, ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด, ปรับทัศนคติเพื่อให้ยอมรับสภาวะของตนเองในภาวะที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ, เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง การประเมินพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทางด้านจิตใจต่อภาวะวิกฤติหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ และร่างกาย ซึ่งจะพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการ เช่น โศกเศร้า เสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวังมีความคิดในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคต เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า หายใจลำบาก ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554)

**คุณภาพการบริการ** หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อกระบวนการในดูแลรักษาของโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจในบริการพยาบาล ด้านการตอบสนองของการให้บริการ ด้านการสร้างเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์คุณภาพการบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการตัดสินใจ การจัดการ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสม ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และสามารถทำให้กลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติ

2. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรักษาพยาบาลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นต้น

3. แรงจูงใจ หมายถึง แรงจูงใจจากครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยากที่จะเข้ารับการรักษาและดูแลตนเองตามแนวทางที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ

ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือสังคม ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**ความรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความสามารถและทักษะของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพให้บุคคลอื่นได้ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome)
  - 1.1 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 1.2 ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ
  - 1.3 ผลกระทบของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
  - 1.4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. แนวคิดทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

#### ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS) เป็นกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมัน (Atheromatous plaque rupture) ร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตัน ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บเค้นอก (Typical angina) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศเตือนเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น รับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย, การใช้แรงหรือกิจกรรมทางกายลดลง ทำให้ระบบการเผาผลาญลดลง, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง, น้ำตาลในเลือดสูง, ไขมันในเลือดสูง, น้ำหนักเกินและโรคอ้วน (WHO, 2017) และสหพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation: WHF) ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ 2 กลุ่มคือ ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ความดันโลหิตสูง, การสูบบุหรี่, ระดับน้ำตาลในเลือด, การออกกำลังกาย, อาหารและโภชนาการ เป็นต้น และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม, เพศ, อายุ (World Heart Federation [WHF], 2018) อาการสำคัญที่พบบ่อย เช่น

อาการเจ็บแน่นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลม หหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน เป็นต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ 2 ชนิด ดังนี้

1. ST elevation acute coronary syndrome (STEMI) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

แนวทางในการรักษาเบื้องต้น

1.1 ควรให้ยาต้านเกล็ดเลือดในผู้ป่วยทุกราย

1.2 ให้พิจารณาอย่างเร่งด่วนว่าจะเปิดเส้นเลือดที่อุดตันด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) หรือขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (PCI) โดยพิจารณาเวลาที่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิได้สำเร็จในเวลา 120 นาทีหรือไม่ หากไม่สามารถทำได้ให้เลือกใช้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้ยา

1.3 ยาละลายลิ่มเลือดในปัจจุบันมี 2 กลุ่มคือ Fibrin non-specific agents เช่น Streptokinase และ กลุ่ม Fibrin specific agents เช่น Alteplase, Tenecteplase ยากลุ่มสามารถใช้ซ้ำได้ไม่ทำให้เกิดอาการคือยา ยาจะไม่ทำให้ความดันโลหิตลดลงซึ่งเพิ่มโอกาสในการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันได้สำเร็จในอัตราที่สูง

1.4 ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยยา Heparin และ ยาบรรเทาอาการเจ็บแน่นอกโดยห้ามให้ Nitrates ในผู้ป่วยที่มีประวัติได้ยา Sildenafil ใน 24 ชั่วโมงก่อนมาทำหัตถการ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

2. Non ST elevation acute coronary syndrome (NSTEMI) หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression หรือ T wave inversion ร่วมด้วยหากมีอาการนานกว่า 30 นาทีอาจจะเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina: UA) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

### แนวทางในการรักษาเบื้องต้น

2.1 ควรรักษาโดยการให้ยาต้านเกล็ดเลือด 2 ชนิด ร่วมกัน เช่น ให้ Aspirin ร่วมกับ Clopidogrel หรือ ให้ Aspirin ร่วมกับ Ticagrelor ยกเว้นในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกผิดปกติสูง

2.2 ควรได้รับยา Unfractionated heparin หรือ Low molecular weight heparin เช่น Enoxaparin เป็นเวลา 3-5 วัน และในกรณีที่ไม่มีแผนจะทำการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (PCI) อาจพิจารณาใช้ Factor Xa inhibitor ชนิดฉีด เช่น Fondaparinux เป็นเวลา 5-8 วันร่วมกับยาบรรเทาอาการเจ็บเค้นอก ได้แก่ Nitrates, Beta-blocker แต่ไม่ควรใช้ Short acting dihydropyridine calcium channel blockers และห้ามให้ Nitrates ในผู้ป่วยที่มีประวัติได้ยา Sildenafil ใน 24 ชั่วโมงก่อนมาทำหัตถการ

2.3 ควรพิจารณาให้ยากลุ่ม Narcotics หรือ Analgesics ในรายจำเป็นตามข้อบ่งชี้

2.4 ต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิกและคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ หากอาการเจ็บเค้นอกไม่ทุเลาหรือเป็นซ้ำ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ช็อกเหตุหัวใจ (Cardiogenic shock), ภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง, หัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง, ควรพิจารณาขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อม

### ภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายอย่าง รวมทั้งการเหนี่ยวนำกระแสไฟฟ้า และกลไกการทำงาน ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ

1. หัวใจเต้นผิดปกติ (Arrhythmias) พบได้บ่อยมากในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากมีการทำลายของระบบการเหนี่ยวนำกระแสไฟฟ้า (Conduction system) ทำให้มีการรบกวนการส่งคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งจะทำให้หัวใจห้องล่างเต้นก่อนเวลา (Premature ventricular contraction: PVC) ถ้าเกิดขึ้นติด ๆ กันจะทำให้เกิดหัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (Ventricular tachycardia), หัวใจห้องล่างสั่นพลิ้ว (Fibrillation), เกิดภาวะหัวใจอุดตัน (Heart block), หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (Bradycardia) หัวใจเต้นผิดปกติเป็นภาวะที่อันตรายมาก ภายใน 24 ชั่วโมงจะพบได้บ่อยถึงร้อยละ 90 และมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 10-15 ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจใน 24 ชั่วโมงแรก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกราย

2. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ทำให้เกิดการเสียชีวิตถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดมักเกิดจากการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง ซึ่งพบว่า หากมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากกว่า 40% ผู้ป่วยมักเกิดอาการช็อก เนื่องจากการตายของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้

ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง และเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อาจจะมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู ซึ่งจะพบในระยะแรก ๆ ภาวะหัวใจล้มเหลวมักเกิดขึ้นภายใน 2-3 วัน หลังจากเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. ภาวะช็อก (Cardiogenic shock) พบในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่า 40% หรือในผู้ป่วยที่มีการตีบของหลอดเลือดหัวใจ 3 เส้น และมีการตีบมากกว่า 75% จะทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ มีอาการมือเท้าเย็น ปริมาณปัสสาวะออกลดลง มีภาวะเลือดไปเลี้ยงสมองและอวัยวะภายในลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการกระวนกระวายหรือซึมลง พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหลังได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว 24 ชั่วโมงขึ้นไป (อภิชาติ สุกนธสรณ์, 2553)

4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Embolic phenomenon) ที่เกิดภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดจากการที่เลือดมีการไหลเวียนช้าลง และเกิดลิ่มเลือดอุดตันภายในหลอดเลือด ถ้าเกิดภายในหลอดเลือดแดง เรียกว่า Arterial embolism แต่ถ้ามีการอุดตันภายในปอด เรียกว่า Pulmonary embolism ถ้าเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำที่อยู่ลึก เรียกว่า Deep vein thrombosis ผู้ป่วยควรได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulant)

5. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจแตกทะลุ (Rupture ventricle) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีอายุมาก จะเกิดขึ้นภายใน 2 สัปดาห์หลังการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว และมีความดันต่ำ หรือมีภาวะช็อก การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) ที่เห็นได้ชัดเจนคือผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกทันทีทันใด หลังจากนั้นความดันโลหิตจะต่ำลงทันที มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 90 แม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด อัตราการเสียชีวิตยังอยู่ที่ร้อยละ 50 – 90 ตำแหน่งของการฉีกขาดพบได้ทั้งเส้นเอ็นยึดลิ้นหัวใจฉีกขาด (Papillary muscle rupture) ผนังกันหัวใจห้องล่าง (Interventricular septum) และที่พบมากที่สุดคือ บริเวณ Left ventricular free wall

6. ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) เป็นการอักเสบเฉพาะที่ของเยื่อหุ้มหัวใจที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ พบได้ 15-28% มักเกิดขึ้นใน 3 วันแรกของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Nemeth, Coulter, & Flamm, 2003) และมีอาการอยู่ไม่นานไม่เกิน 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะมีอาการเหมือนถูกของแหลมทิ่มแทง (Sharp pain) จะเป็นเวลาหายใจเข้าแรง ๆ หรือนอนหงาย และอาจมีไข้ต่ำ ๆ

จากอาการและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤต ผู้คนที่ต้องได้รับการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และ



ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร้อยละ 50 จะเสียชีวิต ก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล และอีก 50% จะเสียชีวิตภายใน 2 ชั่วโมงแรก ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ ถูกต้อง และทันที่ หรือไม่หากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ทวีความรุนแรง คุกคามต่อชีวิต เพิ่มอัตราการตายสูง การดูแลรักษาในระยะแรกจึงมีความสำคัญ บุคลากรทางการแพทย์ ต้องให้ความสำคัญและรีบให้การวินิจฉัยและรักษาให้เร็วที่สุด การกำหนด แนวทางในการดูแลรักษา จึงมีความจำเป็นและเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม (เกรียงไกร เสงี่ยมิ และคณะ, 2557)

### ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ

ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้หลายแบบ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยภายหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จึงใช้ การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA) ที่จำแนกความ รุนแรงของโรคหัวใจ โดยพิจารณาจากระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (Functional activity) และเปรียบเทียบกับอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย (วิศาล คันธรัตน์กุล, 2543; ACC/ AHA Guideline, 2009; European Society of Cardiology [ESC], 2008) ดังนี้

Class 1 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอก เทียบเท่าอัตราการเผาผลาญพลังงาน มากกว่า 7 METs

Class 2 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความสุขสบายเหมือนคนปกติในขณะที่พัก แต่จะอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมทั่วไป เทียบเท่าอัตราการเผาผลาญพลังงาน เท่ากับ 5-6 METs

Class 3 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม อาจจะมีรู้สึกละสบายในขณะที่พักแต่ เมื่อทำกิจกรรมเบา ๆ ที่น้อยกว่ากิจกรรมธรรมดา จะมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยหรือเจ็บ หน้าอก เทียบเท่าอัตราการเผาผลาญพลังงานเท่ากับ 3 – 4 METs

Class 4 ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อย หรือเจ็บหน้าอกในขณะที่พัก โดยที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใด ๆ เทียบเท่าอัตราการเผาผลาญพลังงานเท่ากับ 1 – 2 METs

### ผลกระทบของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากพยาธิสภาพของโรคและแนวทางในการรักษาดังกล่าวทำให้ต้องจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ในการที่จะปฏิบัติเพื่อตนเองและเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบ ซึ่งมีผลกระทบทั้งต่อตนเองทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจ ดังนี้

#### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย

ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ซึ่งร้อยละ 90 มีสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันจากการแตกของคราบไขมัน (Atheromatous plaque rupture) ร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน ส่งผลให้ไม่มีการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีอาการเจ็บแน่นอก (Typical angina) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) อ่อนเพลียเหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอกและแน่นหน้าอก ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือเกิดขณะทำกิจกรรม มีความรุนแรงมากทำให้ผู้ป่วยหวาดกลัว และส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันตามบทบาทหน้าที่ลดลง (Dunderdalc et al., 2005; Webster et al., 2003) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ค่อนข้างต่ำเนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด อาการอาจจะกำเริบเมื่อมีการตีตันของหลอดเลือดซ้ำ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมรวมถึงการทำงานของผู้ป่วยเอง เนื่องจากเกรงว่าจะทำให้อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบขึ้น (Webster et al., 2003)

## 2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

อาการของภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอาการที่รุนแรงและเฉียบพลันจากพยาธิสภาพของโรค ส่งผลคุกคามต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยอย่างรุนแรง และกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2552) โดยเฉพาะผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่าภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคร้ายแรง น่ากลัว รักษาไม่หาย และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ต้องพึ่งพาและเป็นภาระแก่คนในครอบครัวมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่ามีความรู้สึกสูญเสียสมรรถภาพ และนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่สูงอายุ (ฐิติรัตน์ ทองขาว, 2551; Romanelli et al., 2002) จากการศึกษาของ Buapan (2008) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีการปรับตัวในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี จิวสืบพงษ์ (2550) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับสูง และมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูงจะมีภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Grace et al. (2005) เรื่องผลของภาวะซึมเศร้าต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาการของภาวะซึมเศร้าที่ทำให้เกิดการตายในระยะ 5 ปี หลังจากการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนซึมเศร้าระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง ที่มีรายได้น้อย สถานภาพสมรสเป็นหม้าย มีระดับการศึกษาต่ำ ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่แบบรุนแรง เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอัตราการตายสูง และผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากกว่า 4 ครั้ง ส่วนใหญ่จะเสียชีวิต ซึ่งทำให้ทราบว่า ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก็จะทำให้อาการของโรครุนแรงและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้

### 3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ในด้านสังคมนั้นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องทำการรักษาตัวเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่อง ทำให้บทบาททางสังคมถูกจำกัดไม่สามารถ ไม่สามารถมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ตามปกติ เกิดความท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า และเป็นภาระของผู้อื่น ไม่กล้าเผชิญหน้าทำให้แยกตัวออกจากสังคม ในด้านเศรษฐกิจทำให้ความสามารถในการทำงาน ทำกิจกรรมได้ลดลง ส่งผลให้รายได้น้อยลง และต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากเนื่องจากเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ต้องเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารเสริมซึ่งราคาแพง (อูมา จันทวิเศษ, 2539) จากการศึกษาวิจัยเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ACS ในคนไทย พบว่า ค่าใช้จ่ายกลางของระยะวันนอนโรงพยาบาล 7 วัน (1-184 วัน) ค่าเฉลี่ยกลางของค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ของผู้ป่วยทั้งหมด เท่ากับ 47,908 บาท (633-1,279,679 บาท) แบ่งเป็นผู้ป่วย STEMI เท่ากับ 82,848.5 บาท NSTEMI เท่ากับ 40,531 บาท UA เท่ากับ 26,116 บาท ค่าทำหัตถการมีค่าเฉลี่ยกลางใช้จ่ายในโรงพยาบาลรัฐบาลทั้งหมด PCI เท่ากับ 152,081 -161,374 บาท การทำ CABG เท่ากับ 203,139-223,747 บาท ซึ่งต่ำกว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชน ประมาณ 2 เท่า (Moleerergpoom, Kanjanavanit, Jintapakorn, & Sritara, 2007) รายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า รัฐบาลต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 154,876 ล้านบาทต่อปี ภายใต้อัตราประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมและสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการและครอบครัว (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557; เกรียงไกร เสงี่ยมิ, และคนอื่น ๆ, 2557) จากรายงานค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดของยุโรปในปี 2009 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมทั้งหมด จำนวน 106,000,000,000 ล้านดอลลาร์ หรือ 9% ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมดของยุโรป (Nichols, Townsend, Scarborough, & Rayner, 2012)

### พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรม (กองสุขศึกษา, 2559) ความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็มที่กล่าวถึงบุคคลที่มีความสามารถดูแลตนเองจะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และความผาสุกในชีวิต (นิตญา ฤทธิเพชร และ ชนกพร จิตปัญญา, 2555)

#### 1. การรับประทานอาหาร

อาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสามารถบ่งบอกถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) เพื่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ (Orem, 1991) การรับประทานอาหารเป็นสิ่งที่มีความสำคัญทั้งด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ อาหารยังเป็นกุญแจที่สำคัญในการเปลี่ยนผลกระทบที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (WHF, 2016) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพบว่า การมีความรู้หรือการรับรู้ภาวะไขมันในเลือดที่ถูกต้องส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น (จิตติพร วิจิตรงไชย, 2555) รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, 2550) ซึ่งตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่นการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารรสเค็มจัด หวานจัด ไม่คำนึงถึงปริมาณพลังงาน สามารถทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของระดับโคเลสเตอรอล และทำให้เกิดการสะสมของคราบไขมันในหลอดเลือดได้ (Tantikosoom, 2010) พฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจควรปฏิบัติมีดังนี้

1.1 เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงเป็นประจำ เพื่อช่วยในระบบการขับถ่ายลดการท้องผูกลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ จากการศึกษาของ โบอิง พบว่า การรับประทานผักและผลไม้มีความสำคัญมากต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพราะสามารถทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่น ป้องกันกระบวนการอักเสบและลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด (Boeing, et al., 2012)

1.2 เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน เช่น เนื้อปลา ออกไก่ หมูเนื้อแดง เป็นต้น (พรชัย ประเสริฐวชิรากุล, 2554) และจากการศึกษาพบว่า ในประเทศที่มีการบริโภคเนื้อปลาในปริมาณที่สูง พบว่า การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่าประเทศที่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน (WHF, 2016)

1.3 รับประทานถั่วเป็นประจำสามารถช่วยลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจได้และมีการศึกษาประโยชน์ของถั่วเหลืองพบว่า กินถั่วเหลือง 47 G.ทุกวันสามารถลดระดับโคเลสเตอรอลรวมได้ 9% และลดระดับ Low density lipoprotein: LDL ได้ 13% (WHF, 2016)

1.4 ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงและควบคุมพลังงานที่ได้จากไขมันไม่ให้เกิน 25-35% จากพลังงานทั้งหมด ไขมันอิ่มตัวไม่เกิน 7-10% และไขมัน Trans 1% เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงสามารถเพิ่มระดับไขมันในเลือดได้และการที่ร่างกายมีปริมาณไขมันในเลือดสูง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Eilat-Adar, Sinai, Yosefy, & Henkin, 2013)

1.5 ควบคุมการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตโดยที่ควบคุมไม่ให้เกิน 45% ของพลังงานทั้งหมดต่อวัน (Eilat-Adar, et al., 2013) จากการศึกษาพบว่า การควบคุมอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในคนที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยทำการติดตาม 36 เดือน พบว่า สามารถลดน้ำหนักตัว, BMI, เส้นรอบเอว, ความดันโลหิต, ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด, ระดับน้ำตาลในเลือด, และที่สำคัญยังสามารถเพิ่มระดับ High density lipoprotein: HDL (Santos, Esteves, Pereira, Yancy, & Nunes, 2013)

1.6 ลดการบริโภคอาหารที่มีปริมาณ โซเดียมสูงและควบคุมปริมาณ โซเดียมไม่ให้เกิน 2,000 มิลลิกรัม/ วัน จากการศึกษาแบบ Meta-analysis พบว่า เมื่อกลุ่มทดลองลดการบริโภคเกลือให้น้อยลง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของโซเดียมที่ขับออกทางปัสสาวะลดลง 75 mmol. ภายใน 24 hr. และทำให้เกิดการลดลงของ Systolic blood pressure และ Diastolic blood pressureตามลำดับ ดังนี้ 4.18 mmHg., 2.06 mmHg. (He, Li, & MacGregor, 2013)

ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย ดำเนินการโดยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลผลการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทย พบว่า ปริมาณการบริโภคโซเดียมคลอไรด์ของประชากรไทยที่สำรวจในปี พ.ศ. 2550 ประชากรไทยได้รับโซเดียมคลอไรด์โดยเฉลี่ย  $10.9 \pm 2.6$  กรัม โดยมาจากเครื่องปรุงรสต่าง ๆ  $8.0 \pm 2.6$  กรัม คิดเป็นร้อยละ 80.3 ของโซเดียมคลอไรด์ ทั้งหมดที่ได้รับ และเมื่อคำนวณเทียบกลับเป็นปริมาณของโซเดียมพบว่า ประชากรไทยได้รับโซเดียมจากอาหารที่บริโภคสูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน

(นันทยา จงใจเทศ, ปิยนันท์ อึ้งทรงธรรม, ภัทริชา ยิ่งเลิศรัตนะกุล และกานดาวิ มาลีวงศ์, 2554)

## 2. การรับประทานยา

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคกลุ่มเมตาบอลิก เป็นต้น ประกอบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนคนไทยสูงขึ้น โรคเรื้อรังอันเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นก็จะมีอัตราสูงขึ้นด้วยเช่นกัน ส่วนใหญ่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นมักจะป่วยเป็นโรคเรื้อรังโดยพบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุต้องรับประทานยาอย่างน้อย 1 ชนิดทุกวัน (National Center for Health Statistics [NCHS], 2014) และในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า กลุ่มประชากรที่มีอายุมากมีการใช้ยาถึงร้อยละ 30-35 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มประชากร (Chau, Jansen, van de Ven, Hoogland, Elders, & Hugtenburg, 2016) จากการศึกษาพบว่า ปัญหาของพฤติกรรมรับประทานยาของผู้ป่วยสูงอายุมีสาเหตุมาจาก การใช้ยาผิดขนาด ผิดเวลา ไม่อ่านฉลากยา และการใช้ยาตามความเคยชิน ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุจะทราบว่ายาใช้สำหรับการรักษาโรคอะไรหรือรักษาอาการอะไรแต่จะไม่ทราบถึงผลข้างเคียงของยาที่รับประทานเข้าไป (วาสนา นัยพัฒน์, 2553) การรับประทานยาที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะต้องได้รับความรู้เรื่องยาที่ใช้ในการรักษาและวิธีรับประทานยาที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งก่อนกลับไปพักผ่อนที่บ้าน

2.1 ยก่อนอาหาร ให้รับประทานก่อนอาหาร ประมาณ 30-60 นาที (หรือถ้าลืมให้รับประทานหลังอาหาร 2 ชั่วโมง) ยาที่รับประทานก่อนอาหารมักเป็นยาที่มีข้อจำกัด หากทานไปแล้วมีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารจะลดประสิทธิภาพของการดูดซึมยาลง ทำให้ยาออกฤทธิ์ไม่ดีเท่าที่ควร หรือไม่ได้ผลเลย

2.2 ยาพร้อมอาหาร ให้รับประทานอาหารครึ่งหนึ่งแล้วรับประทานยา จึงรับประทานอาหารต่อจนอิ่ม

2.3 ยาหลังอาหาร ให้รับประทานหลังอาหารไม่เกิน 15 นาที หรือรับประทานหลังอาหารทันที เนื่องจากยาชนิดดังกล่าวเป็นยาที่ระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร จึงต้องการกรดในกระเพาะอาหารเพื่อช่วยในการดูดซึมยาเข้าสู่ร่างกาย นอกจากนี้ยาชนิดดังกล่าวอาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน การรับประทานยาพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันทีจะช่วยลดอาการเหล่านี้ได้

2.4 ยก่อนนอน รับประทานก่อนเข้านอน 15-30 นาทีเนื่องจากยาชนิดดังกล่าวเป็นยาที่มีผลข้างเคียงคือทำให้เกิดอาการง่วงนอน หรือวิงเวียนศีรษะ หากรับประทานก่อนนอนนานเกินไป จะทำให้ตื่นตัวลดลง อาจเกิดอาการเพ้อและทำอะไรได้ไม่เต็มประสิทธิภาพในกรณีที่ยังไม่

พร้อมจะนอน หากลิ้มรับประทานยาก่อนนอน และนี่ก็ขึ้นได้เมื่อตื่นแล้วในเช้าของอีกวัน ให้อรอนจนถึงเวลาเข้านอนของคืนถัดไปค่อยรับประทานยา (ซีริคต์ เหลืองมั่นคง, 2554)

### 3. การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย

สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2005) แนะนำว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายและเสนอการออกกำลังกายเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะใช้รักษาร่วมกับการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาของ อมราวดี บุญยรัตน์ (2550) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ควรออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ วันละ 15-45 นาที โดยเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงข้อควรปฏิบัติดังนี้ (ปิยนุช รักพานิชย์, 2551)

3.1 เลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกายประเภทที่ใช้แรงมาก ไม่หักโหมมากเกินไป และไม่ออกกำลังกายที่ต้องเผชิญกับความเครียดหรือการแข่งขัน

3.2 ก่อนออกกำลังกาย ควรรับประทานยาหยุดเลือดก่อนอย่างน้อย 30 นาที และไม่ควรใช้ยานอกเหนือจากแพทย์สั่งรวมทั้งเครื่องดื่มน้ำหรือยาชูกำลังต่าง ๆ

3.3 ควรคำนึงถึงข้อจำกัดของร่างกาย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกเหนื่อยมากให้รีบพักทันที ถ้ารู้สึกไม่สบาย เป็นหวัด อ่อนเพลีย นอนไม่พอเพียง หรือมีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก ไม่ควรออกกำลังกาย เพราะอาการเพียงเล็กน้อยอาจนำไปสู่อันตรายที่รุนแรงอย่างคาดไม่ถึงได้

3.4 วิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ประหยัดและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ การเดินบนทางราบ โดยเริ่มทีละน้อยจาก 2-5 นาทีต่อวัน เป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2551)

3.5 ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องอยู่ท่ามกลางสภาพอากาศที่ร้อนและอบอ้าว เวลาที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย คือ หลังตื่นนอนก่อนอาหารเช้า 30 นาที ตอนเช้าและหลังเลิกงานก่อนอาหารเช้าหรือหลังรับประทานอาหารแล้วไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และไม่ควรอาบน้ำ หลังออกกำลังกายทันทีด้วยน้ำเย็น เพราะน้ำที่เย็นมากจะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดปรับเปลี่ยนได้มากทำให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นทั้งยังกระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะได้

3.6 ผู้ป่วยควรฝึกนับชีพจรเอง เพื่อช่วยควบคุมปริมาณของการออกกำลังกาย โดยขณะออกกำลังกายชีพจรควรเพิ่มไม่เกินจากค่าเดิม 20-25 ครั้งต่อนาที และกลับคืนสู่ภาวะปกติภายใน 5-10 นาที นอกจากนี้ควรรับรู้อาการฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างที่ออกกำลังกาย เพื่อใช้เป็นสัญญาณเตือนภัย เช่น ถ้ารู้สึกหิว ๆ จะเป็นลมควรรหาที่นั่งพักหรือนอนลง หรือมีอาการเหนื่อยมากผิดปกติ เจ็บหน้าอก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วมาก ควรหยุดการออกกำลังกายทันที

#### 4. การพักผ่อน

การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อไม่ให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ผู้ป่วยควรพักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการนอนพักผ่อนละ 6-8 ชั่วโมง และควรมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน 1-2 ชั่วโมง การนอนพักหรือนอนหลับในตอนกลางคืน ควรนอนในท่าศีรษะสูง โดยการยกหัวเตียงขึ้นหรือใช้หมอนรองใต้ศีรษะให้สูงประมาณ 45 องศา และห้อยขาลงถ้าเป็นไปได้ เพื่อลดปริมาณเลือดกลับเข้าสู่หัวใจ (Pray, 1978 อ้างถึงใน สุมาลี พรหมพราย, 2549) หลีกเลี่ยงอารมณ์ตึงเครียด เพราะภาวะเครียดร่างกายจะหลั่งสารเคมีจากสมอง (Neurohormone) ซึ่งสารเคมีจากสมองจะทำให้หัวใจห้องล่างทำงานผิดปกติหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว มีการคั่งของโซเดียม และทำให้มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงต้องมีการจัดการตนเองเพื่อพักผ่อนให้เพียงพอ

#### 5. หยุดสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีผลทำให้ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรุนแรงมากขึ้นเพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันในระบบไหลเวียนเพิ่ม ความต้านทานในหลอดเลือดดำส่วนปลาย และความดันในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ร่วมกับทำให้ต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มมากขึ้นด้วย เนื่องจากสารคาร์บอนในเม็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น และในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่นอกจากจะทำให้เกิดปัญหาในระบบไหลเวียนและหัวใจแล้วยังมีผลต่อหลอดเลือดในทางเดินหายใจด้วย (Colonna et al., 2003)

#### 6. หยุดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่งผลทำให้เกิดโรคหัวใจวาย มีผลทำให้กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อ ทำให้หัวใจทำงานได้น้อยหรือทำงานลดลง หรือทำให้หัวใจหยุดทำงานได้ ทำให้เกิดโรคความดันสูง เส้นเลือดในสมองแตก กลายเป็นอัมพาตได้ (สุนัยวิชัยปัญหาสุรา, 2554)

#### 7. ระวังไม่ให้ท้องผูก

เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต้องระวังไม่ให้ท้องผูกและไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจควรรับประทานอาหารที่มีกากและอาหารที่ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำ ให้เพียงพอ ดื่มน้ำอุ่นตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้ท้องผูก เช่น ชา กาแฟ หรืออาหารที่มีแก๊สมาก นอกจากนี้ควรฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ถ้าไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้อาหารระบายอ่อน

#### 8. ระวังการมีเพศสัมพันธ์

เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงาน มีความเครียดทางจิตใจ และความตื่นเต้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์



ร่วมกับ ชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (2550) ให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยควรประเมินร่างกายของตนเอง ก่อนการมีเพศสัมพันธ์หากผู้ป่วยสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้น (8-10 ชั้น) โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือหยุดกลางคันก็สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ การใช้ Sublingual nitrate ก่อนมีเพศสัมพันธ์อาจช่วยลดอาการเหนื่อยหอบได้ ผู้ป่วยที่มีอาการมากอาจมีอาการทรุดหนักหลังมีเพศสัมพันธ์ได้

9. มาตรฐานตามนัด ผู้ป่วยต้องมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัดจะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเมินภาวะแทรกซ้อน ปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ของยาหรือจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติอย่างเป็นประจำและสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและยาวนานตลอดชีวิต ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการพัฒนากลยุทธ์และเทคนิคในการปรับพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

### แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care)

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นรูปแบบที่เกิดขึ้นมานาน โดยรูปแบบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อประเมินว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นความเจ็บป่วย การเฝ้าสังเกตอาการ ตลอดจนตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การประพฤติดุปฏิบัติในการรักษาสุขภาพจะเป็นไปตามสิ่งที่ยึดถือ เช่น การงดเว้นการรับประทานบางอย่าง เพื่อรักษาภาวะสมดุลของธาตุในร่างกายเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน การวินิจฉัยความผิดปกติและการรักษาโรคเมื่อเกิดเจ็บป่วย (Levin, 1976) ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านให้นิยามการดูแลตนเองไว้ ดังนี้

Levin (1976) กล่าวถึงความหมายในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค การค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกโดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และยังรวมถึง แหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ในสังคม และเน้น ว่าผลจากการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรวมทั้งชุมชน เป็นพื้นฐานในการริเริ่มการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล นอกจากนี้ปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาทางเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายของสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานก็ยังเป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย

Pender (1982, p. 150 อ้างถึงใน ลักณา อุยสะอาด, 2546, หน้า 11) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต

ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเอง การดูแลตนเองต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจน ความต่อเนื่อง และเมื่อได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนแล้วจะทำให้มีประสิทธิภาพ การดูแล

Orem (1985, pp. 38-41) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดีรับรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ มีกำลังใจและความตั้งใจดีตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

Hill and Smith (1985, p. 10 อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ, 2543, หน้า 19-20) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่กิจกรรมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

Norris (1987, pp. 486-489 อ้างถึงใน หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ, 2543, หน้า 19-20) การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบกันเองด้านสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนได้เล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยอาจมีเหตุผลกีดกันมาจากความไม่พึงพอใจต่อการให้การรักษายาบาลของแพทย์ และค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลที่แพง อีกทั้งตระหนักดีว่าตนเองก็มีศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้

อารีย์ เจียมพุก (2544, หน้า 40) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางด้านสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาโรค และการปฏิบัติตนภายหลัง การรับบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองและมีความเป็นอยู่ที่ดี

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2013, p. 15) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเอง ว่า การดูแลตนเอง คือ ความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาสุขภาพเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและความพิการ โดยได้รับการสนับสนุนจาก

## ผู้ให้บริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง คือ ความสามารถที่บุคคลจะต้องรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองทั้ง ด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมเพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีและมีความสุข

**ความต้องการดูแลตนเอง** Orem (1991, p. 127) กล่าวว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วนของ การดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด ที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติ หรือมีความพิการของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ คือ
  - 3.1 แสวงหาการรักษาทางการแพทย์ที่มีความเหมาะสม
  - 3.2 มีความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค
  - 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด
  - 3.4 ปรับทัศนคติเพื่อให้ยอมรับสภาวะของตนเอง ในภาวะที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ
  - 3.5 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระจอมเกล้าพระนครเหนือ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ความรู้ในการดูแลตนเองกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิตติพร วิชิตพงษ์ และสุวิ

โลวีกรณ, 2556)

มีหลายการศึกษาที่พบความสัมพันธ์เกี่ยวปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพบริการ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น

### **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน**

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1995) ได้มีการศึกษาไว้หลากหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### **1. ปัจจัยส่วนบุคคล**

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่บอกถึงลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 เพศ เป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลและส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Pender, 1996) เป็นข้อบ่งชี้ความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 2001) เป็นลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ มีผลต่อการรับรู้และการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้นมีการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น (Dracup et al., 1995) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัวเป็นผู้สืบสกุลจึงได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาในชั้นสูงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงมีความพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำ มาปฏิบัติให้ชีวิตปลอดภัย และเมื่อเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทในครอบครัวความสามารถในการทำกิจกรรม ถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่าเกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอจะเป็นผู้ตามมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชายและไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนในการศึกษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงคาดว่าเป็นอะไรไม่มาก บางรายปล่อยให้การดำเนินโรครุนแรง

(Maas & Appelman, 2010) ซึ่งไม่สอดคล้องรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553 พบว่า สัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระหว่างเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.27: 1 (Thonghong, Tepsittha, Jongpiriyaanan, & Gappbirom, 2012) ซึ่งพบว่า เพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศหญิง (วัยก่อนหมดประจำเดือน) อาจเนื่องมาจากเพศชายมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม (WHO, 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shin et al. (2013) พบว่า เพศที่ต่างกันมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ต่างกัน จากการศึกษาของ Gurwitz et al. (1997) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เป็นเพศหญิงจะมีความสามารถในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาช้ากว่าเพศชาย เนื่องจากความแตกต่างในเรื่องความรุนแรงของอาการที่ผู้ป่วยเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนีย์ เอี่ยมศิรินุกูล (2540) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจตายเฉียบพลันเพศหญิงจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาช้า

1.2 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ ระดับพัฒนาการ ประสบการณ์ในชีวิตและการรับรู้ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในด้านความอดทน ความสามารถในการเข้าใจการมองปัญหา การใช้เหตุผลและการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีอายุและวุฒิภาวะต่ำกว่า ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะพัฒนาตามอายุ จากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งคือศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุดและจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991) จากการศึกษาของ Chriss et al. (2004) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว สอดคล้องกับการศึกษาของ De Araújo Amaral et al. (2015) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจช่วงก่อนการผ่าตัดบายพาส ซึ่งพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shojaei, Ebrahimi, & Assemi (2013) เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในประเทศอิหร่าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ส่วนการศึกษาของจอมสุวรรณ์ โณ และคณะ (2552) ได้ศึกษาเรื่องอายุและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า โดยรวมแล้วผู้สูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพไม่ต่างจากผู้ใหญ่ ยกเว้น

ด้านการทำกิจกรรมออกแรงเคลื่อนไหว การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงต้องเน้นพิเศษ ในด้านการออกแรงเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอและปฏิบัติต่อเนื่อง

1.3 สถานภาพ ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา ซึ่งปัจจัยที่บ่งบอกถึงโอกาสในการได้รับการดูแลหรือสนับสนุนในด้านการดูแลและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ จากคู่ชีวิตหรือคนในครอบครัวในช่วงเวลาที่มีการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลทั่วไปต้องการมากที่สุดเวลานั้น กล่าวได้ว่าสถานภาพอาจมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนหรือดูแลจากบุคคลอันเป็นที่รัก และเป็นโอกาสในการที่ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองให้หายจากโรคผู้ป่วยจะมีการแสวงหาแนวทางการรักษาหรือผู้เชี่ยวชาญที่สามารถทำการรักษาตนเองให้หายจากโรคนั้นตลอดทั้งการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Orem, 1995) เพื่อไม่ให้ตนเองเป็นภาระของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะเพศชายซึ่งเป็นผู้นำของครอบครัวจะมีความตระหนักถึงความรับผิดชอบสูง (จรรวมล แพ่งโยธา, 2548) ซึ่งการมีสถานภาพที่แตกต่างกันย่อมมีส่วนที่ส่งผลต่อการได้รับการสนับสนุนหรือการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ เทิดศุทธิธณภูมิ (2558) เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลพระจอมเกล้าพระนครเหนือ พบว่า ส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.30) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) จากงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่าสถานภาพที่ต่างกัน อาจทำให้ได้รับการสนับสนุนจากคู่ชีวิต หรือคนในครอบครัวแตกต่างกันด้วย ถ้าได้รับการสนับสนุนจากคู่ชีวิตหรือคนในครอบครัวเป็นอย่างดีจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามกระบวนการรักษา ฟื้นฟูได้เป็นอย่างดี

1.4 ศาสนา เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นพื้นฐานของบุคคลในสังคม ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้ทุกคนมีความ โอบอ้อมอารีและมีจิตใจที่เมตตาต่อกัน ทุกศาสนาจะมีคำสอนให้มนุษย์มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันทั้งคนที่รู้จักและคนที่ไม่รู้จักตามกำลังที่ตนเองมี ซึ่งผู้ป่วยก่อนที่จะกลับบ้านจะต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นอย่างดีทุกคนตามมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่สามารถดูแลตนเองและประเมินความเจ็บป่วยได้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) จากการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง และเขมรารี มาสิงบุญ (2557) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา (ร้อยละ 95.50) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวระหว่างเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

และจัดการตนเองได้อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร มโนรัตน์ และคณะ (2559) เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท พบว่า ผู้สูงอายุ มีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดในด้านอโรคาอยู่ในระดับสูงมาก รองลงมาคือ ด้านอบายมุขและด้าน อารมณ์ อยู่ในระดับสูงมากตามลำดับและน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุเห็นว่าการดูแลสุขภาพเป็นเรื่องของตนเองที่จะต้องคงไว้เพื่อสุขภาพดี

1.5 ระดับการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดี ต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำการศึกษาทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เรียนรู้เรื่องโรค เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001) โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดี เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเอง (ธีวสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย, และช่อลดา พันธุเวนา, 2551) จากการศึกษาของ สกุนตลา รอดไม้ (2548) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ De Araújo et al. (2015) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจช่วงก่อนการผ่าตัดบายพาส ซึ่งพบว่า ระดับของการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kamrani et al. (2014) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า ระดับของการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว

1.6 อาชีพ มีความสำคัญกับการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลของแพทย์และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งนี้ เนื่องจากผู้ที่ทำงานต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานประจำ จึงมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามแนวทางที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ แนะนำหรืออาจปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ (ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ค้วงแพง และเขมรดี มาสิงบุญ, 2557) และบางอาชีพทำงานในเวลากลางคืนทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ เหนื่อยล้า มีความกดดันจากภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าและความเครียดจึงทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะดูแลตนเองหรือไม่ให้ความร่วมมือกับแผนการรักษา (Goldston & Baillie, 2008) จากการศึกษาของ De Araújo et al. (2015) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจช่วงก่อนการผ่าตัดบายพาส พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hassani et al. (2010) เรื่องปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า อาชีพไม่มี  
ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว

1.7 รายได้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
เป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม โดยบุคคลที่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่าจะมี  
โอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้ออำนวยต่อการดูแลตนเอง ทำให้บุคคลเลือก  
แหล่งบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ดี ส่วนบุคคลที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะมีข้อจำกัด  
ในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1996) จากการศึกษาของ  
De Araújo et al. (2015) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจช่วงก่อนการผ่าตัด  
บายพาส พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
หัวใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสกุนตลา รอดไม้ (2548) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล  
ตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีรายได้ต่างกัน มี  
พฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน แต่การศึกษาของ Hassani et al. (2010) เรื่องปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า รายได้ไม่มี  
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว

1.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วย เมื่อระยะเวลาผ่านไปบุคคลจะสามารถปรับตัวกับสิ่งหนึ่ง  
สิ่งใดได้ (Marino & Kooser, 1981, p. 56) เมื่อเจ็บป่วยในช่วงแรก ๆ บุคคลอาจไม่มีความมั่นใจใน  
การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากยังไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่  
เผชิญอยู่ในปัจจุบัน แต่เมื่อบุคคลได้รับการรักษาอาการของโรคดีขึ้นระยะเวลาผ่านไป บุคคลจะ  
ค่อย ๆ เรียนรู้ในการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะค่อย ๆ เรียนรู้การจัดการกับปัญหาหรือความ  
ยุ่งยากในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและมากขึ้น (Bell, 1977 อ้างถึงใน  
รัชสุรีย์ จันทเพชร, 2536, หน้า 53) จากการศึกษาของจรรวมล แพ่งโยธา (2548) พบว่า ระยะเวลา  
การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด  
เฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณ โณ,  
วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, Riege, แสงอรุณ อิศระมาลัย (2551) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมี  
อิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อการคงภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของ  
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fateme, Seyyed, & Sedighe (2011) เรื่อง  
พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในประเทศอิหร่าน  
พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย



จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย น่าจะมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**2. ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการซึมเศร้าเป็นผลรวมของความรู้สึกกว้างเปล่า และเฉื่อยชาที่รุนแรงกว่าความรู้สึกเศร้าเสียใจธรรมดา อาการซึมเศร้าอาจเกิดจากสาเหตุในสิ่งแวดล้อมหรือ เกิดร่วมกับโรคทางกายหรือโรคทางจิต โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วย อาการหลายอย่าง เช่น การไม่รู้สึกสนุกในสิ่งที่เคยสนุก ความรู้สึกผิด รู้สึกหมดเรี่ยวแรง กินไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งเป็นติดต่อกันระยะเวลาหนึ่งและมีผลเสียต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (กรมสุขภาพจิต, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวที่ Roy (2009) เชื่อว่าบุคคลเป็นระบบการ ปรับตัวระบบหนึ่งที่มีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลาอันเนื่องมาจากสิ่งเร้าที่มา กระทำให้เกิดการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ภายหลังการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองป่วยอยู่ตลอดเวลา ไม่อยากปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ ต้องพึ่งพา และเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จัดเป็นปัจจัยทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลันที่มีผลกระทบต่ออาการและการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัว และสังคม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2550) ผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าวทำให้มีอาการทางกายรุนแรง โดยเฉพาะ อาการปวดเจ็บหน้าอก ขาดการออกกำลังกายเพราะกลัวการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต ไม่ดี ขาดแรงจูงใจ (Romanelli et al., 2002) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามี ความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัว ได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง (พรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา, 2552; ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557; Shin et al., 2013)

การที่จะดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น ต้องมี เครื่องมือหรือวิธีการที่บ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยคนใด มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการเจ็บป่วย ซึ่งชรณินทร์ กอง สุข และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษา เรื่อง ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมิน อาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) ซึ่งพบว่า แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม มีค่า Cronbach's Alpha รายชื่ออยู่ ระหว่าง 0.7836-0.8210 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 ของส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน HRSD-17 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value < 0.001) ผลการทดสอบความ น่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงพบว่า มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ

85, 72 และ 3.04 (95%CI = 2.16-4.26) ตามลำดับ เมื่อแยกตามระดับความรุนแรง พบว่า ในระดับอาการน้อย มีค่าความไว ค่าความจำเพาะและค่า Likelihood ratio ร้อยละ 61, 76 และ 2.58 (1.65-4.04) ระดับอาการปานกลางร้อยละ 76, 94 และ 13.00 (4.85-34.87) ระดับอาการรุนแรงร้อยละ 93, 98 และ 60.36 (8.58-424.35) ซึ่งแบบประเมินอาการ โรคซึมเศร้า 9 คำถาม มีความเที่ยงในระดับดีมาก และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แบบประเมินอาการ โรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถามมาประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### 3. คุณภาพบริการ

แนวคิดของคุณภาพบริการสุขภาพ มองได้หลายแง่มุมแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของบริการแต่ละชนิด และบริการของสังคมจากการศึกษาคุณภาพบริการสุขภาพ พบว่า มีนักวิชาการได้กล่าวถึงแนวคิดหรือองค์ประกอบของคุณภาพบริการสุขภาพ ไว้ดังนี้

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2553) การประเมินคุณภาพการบริการจะทำได้ชัดเจนขึ้นในแนวความคิดว่า “ผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางของการรักษา” ในการวางแผนและการจัดการ จึงควรตระหนักถึงความสำคัญหลัก 2 ด้าน คือ

1. ด้านผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการจะต้องมีคุณภาพ มีคุณลักษณะทางวิชาชีพ มีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ มีเอกภาพในการทำงาน และทำงานในลักษณะที่เป็นพลวัตรสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ
2. ด้านคุณภาพ เพื่อคุ้มครองผู้ใช้บริการและควบคุมผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ

แนวคิดคุณภาพบริการของ Parasuraman et al. (1990) ได้ชี้ให้เห็นว่า คุณภาพการบริการเป็นการให้บริการที่มากกว่าหรือตรงกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นเรื่องของการประเมินหรือการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นเลิศของการบริการในลักษณะของภาพรวมในมิติตามการรับรู้ของผู้บริโภคในรูปแบบของการเปรียบเทียบทัศนคติที่มีต่อบริการที่คาดหวังและการบริการตามที่ได้รับรู้ว่ามีความสอดคล้องกันเพียงไรซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือเอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารและสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแล ห่วงใย และความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจนขึ้น

2. ความเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการที่ตรง กับ สิ่งที่สำคัญไว้กับผู้รับบริการ การบริการทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลออกมา เช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าการที่ได้นั้นมีความ น่าเชื่อถือ และไว้วางใจได้

3. การตอบสนองต่อลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจ ที่จะให้บริการ โดยสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ผู้รับบริการ สามารถเข้ารับบริการได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการใช้บริการ รวมทั้งจะต้องกระจายการ ให้บริการไปอย่างทั่วถึง รวดเร็ว

4. การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความ เชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ ความสามารถในการ ให้บริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความ สุภาพ นุ่มนวล มีกริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้ รับบริการที่ดีที่สุด

5. การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสำคัญของคุณภาพบริการในโรงพยาบาล คือ แพทย์มีความรู้ความสามารถ มีจรรยาบรรณดูแลเอาใจใส่ให้ความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ควบคู่กับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้วยความ จริงใจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ

คุณภาพบริการ คือ ต้องการความเลิศจรรยาบรรณ และสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างสมบูรณ์ ชื่อเสียงของ โรงพยาบาล และมาตรฐานการรับรองสถานพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับบริการต้องการได้รับตาม ความเหมาะสมกับระดับชั้นทางสังคมและฐานะทางการเงิน (พรชัย ดีไพศาลสกุล, 2556) ซึ่ง บุคลากรทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิต นั้นคือ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม (Pender et al., 2002) ซึ่งแพทย์จะมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เช่น มีการตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นเวลา ให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนหรือหลังอาหารตรงเวลา กำหนดชนิดของอาหารให้เหมาะ กับภาวะของผู้ป่วย ให้ความรู้ในการดูแลตนเองก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านหรือส่งต่อผู้ป่วยไปพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น เป็นต้น ซึ่งการให้บริการตามมาตรฐานทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุน จากทั้งแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของ Haiyen (1997 อ้างถึงใน วรรณิ จิวสิบพงศ์, 2550) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการ สนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยรับ

การช่วยเหลือด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรค แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย และจะเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้อาจได้มาจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

4. **ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในการตัดสินใจ การจัดการ และการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสม ซึ่งนักจิตวิทยาสังคมชื่อ Hochbaum และคณะ พัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1958 (อ้างถึงในประกายจิโรจน์กุล, 2556) เนื่องจากความล้มเหลวของโครงการคัดกรองวันโรคของหน่วยงานบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาในขณะนั้น ต่อมาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก็ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันโรคและการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การลด-เลิกบุหรี่ การใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งพฤติกรรมเกี่ยวกับบทบาทเมื่อเจ็บป่วย เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษาภายหลังการได้รับการวินิจฉัยหรือตรวจพบโรค

Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรค โดยบุคคลจะมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต ของเขาอย่างไร การปฏิบัติตามคำแนะนำ นั้นจะเกิดผลดีต่อเขา และลดโอกาสเสี่ยง หรือ ลดความรุนแรงของโรคอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับอุปสรรคที่เขาคาดไว้ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความอาย ความเจ็บปวด

Becker, Drachman, and Kirscht (1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากความเชื่อหรือการรับรู้แล้วยังมีปัจจัยร่วม (Modifying factors) และแรงจูงใจด้านสุขภาพ รวมถึงสิ่งชักจูงสู่การปฏิบัติ (Cues to action) นอกเหนือไปจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Shin et al., 2013; รัศมี สิทธิพันธ์, 2548; สกุนตลา รอดไม้, 2548) โดยอธิบายดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่และสามารถทำให้กลับมาดำเนินชีวิตอย่างปกติ

2. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและการรักษาพยาบาลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวกในการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ต้องทนยาต่อเนื่องตลอดชีวิต เป็นต้น

3. แรงจูงใจ หมายถึง แรงจูงใจจากครอบครัวหรือนุเคราะห์ทางการแพทย์ ที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยากที่จะเข้ารับการรักษาและดูแลตนเองตามแนวทางที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์แนะนำ

จากการศึกษาของรัศมี สิทธิพันธ์ (2548) เรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2013) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากได้รับการสวนหัวใจพบว่าการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความคิด และการยอมรับพฤติกรรม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของชีวิต ที่มีลักษณะของเครือข่ายพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยการสนับสนุนทางสังคมจัดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว (Roy, 2009)

การแบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรักความผูกพันต่อกัน การยอมรับนับถือ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลสามารถประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกันที่สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันได้ การสนับสนุนด้านนี้จึงเหมือนการเสริมแรงทางสังคม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง แนวทางการเลือกหรือแนวทางการปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ การเงินและแรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา การปรับสภาพแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Shin et al. (2013) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากได้รับการสวนหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เช่นเดียวกับการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตรและชนกพร จิตปัญญา (2552) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่สูงขึ้น

## 6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health literacy: HL ปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการด้านสุขศึกษา ในปี ค.ศ.1974 (Mancuso, 2009) และเริ่มแพร่หลายมากขึ้น โดยมีการกำหนดนิยามความหมายไว้อย่างหลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health literacy หมายถึง ทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (Nutbean, 1998) ในการพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการขึ้นาระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นหากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ย่อมจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพในภาพรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น โรงพยาบาลและหน่วยงานทางการแพทย์รับภาระหนักในการบริการรักษาพยาบาล (WHO, 2009)

Nutbeam (2000) ได้ให้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า คือ ทักษะทางสังคม การคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ได้แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ

ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน หรือ Functional health literacy ได้แก่ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนที่ จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ หรือ Communicative/ interactive health literacy ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา (cognitive) รวมทั้งทักษะทางสังคม (Social skill) ที่ใช้ ในการเข้าร่วมกิจกรรมรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารแยกแยะลักษณะการสื่อสาร ที่แตกต่างกันรวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ หรือ Critical health literacy ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบและควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจรรณญาณจะเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคล (Individual action) และการมีส่วนร่วม ผลักดันสังคมการเมืองไปพร้อมกันจึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและสุขภาพของประชาชนทั่วไป

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อ วิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมิน ปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและ ชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุศึกษา, 2559) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 3 ระดับและแต่ละระดับสามารถแบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบหลักดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) หมายถึงการใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2. ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4. การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผน พร้อมทั้งมีการทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5. ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก และปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี หรือ ผลเสีย เพื่อการปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงพร้อมเลือกแนวทางที่ปฏิบัติที่ถูกต้อง

6. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบข้อมูลวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

สรุปความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทางด้านสุขภาพต่าง ๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเอง สามารถวิเคราะห์และ ประเมินผลในการจัดการตนเอง สามารถแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพให้สมาชิกในครอบครัวหรือ ประชาชนในชุมชนได้ เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำส่งผลให้ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง (Connell et al. 2010) ซึ่งตรงข้ามกันถ้าหากผู้ป่วยมี ความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยในระดับที่สูง ด้วย (พรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peterson et al. (2011) เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ทำให้ทราบว่าถ้าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีการดูแลตนเองเป็นอย่างดี



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ความเชื่อด้านสุขภาพ คุณภาพบริการ การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรที่ศึกษา** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (UA), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI) ที่มารับการตรวจรักษา ณ ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 1,225 ราย

**กลุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (UA) และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI) ที่มารับการตรวจรักษา ณ ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 200 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ ดังนี้ (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์โรคหัวใจพบว่า มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
3. มีความเต็มใจให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
4. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
5. เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่มีปัญหาทางการได้ยินและการมองเห็น ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทำการคำนวณ โดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$N = 10K + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}, K = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (10 * 13) + 50$$

$$= 180$$

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 10% หรือ 20 ราย การศึกษาวิจัยนี้จึงรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) (บุญธรรม กิจปริคาบวิสุทธิ, 2553) ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำการตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยจากระบบ พร้อมจัดลำดับผู้ป่วยตามบัตรนัด ซึ่งจะมีผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้ารับการตรวจรักษาจำนวน 15 รายต่อวัน

2. หาอัตราส่วน จากสูตร  $k = \frac{N}{n}$

$k$  = อัตราส่วน

$N$  = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในแต่ละวัน

$n$  = กลุ่มตัวอย่าง

เท่ากับ  $k = \frac{15}{5} = 3$  หมายความว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาในแต่ละวัน ทุก ๆ 3 ราย จะได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 15 สัปดาห์ ในช่วงเดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 รวบรวมตัวอย่างให้ครบ 200 ราย ตามที่ได้กำหนดไว้

### เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามทั้งปลายเปิดและปลายปิด เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ระดับรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์อาการโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต (2558) เป็นคำถามที่ถามถึงความถี่ของการเกิดอาการของโรคซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าได้ผ่านการทดสอบและมีค่าความไว (Sensitivity) 75.68% ความจำเพาะสูง 92.85% ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (PPV) = 11.41 เท่า มีความเที่ยงตรงวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงและใช้เวลาน้อย 9Q เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD-17) พบว่า มีค่า Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719

(P-value < 0.001) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95%CI=2.16-4.26) ตามลำดับ แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก ซึ่งมีความหมายดังนี้

ไม่มีเลย หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าเลย

เป็นบางวัน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า 1-7 วันต่อสัปดาห์

เป็นบ่อย หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้า > 7 วัน

เป็นทุกวัน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าทุกวัน

เกณฑ์การให้คะแนนคำตอบ ดังนี้

ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน

เป็นบางวัน ให้ 1 คะแนน

เป็นบ่อย ให้ 2 คะแนน

เป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน

มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-27 คะแนน

การแปลความหมายระดับคะแนนโรคซึมเศร้า ออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

< 7 คะแนน หมายถึง ปกติ หรือ มีอาการน้อยมาก

7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อย

13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง

≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง

**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดคุณภาพบริการของ Parasuraman et al. (1990) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ ด้านความเชื่อถือไว้วางใจในบริการพยาบาล ด้านการตอบสนองของการให้บริการ ด้านการสร้างเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วย ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก คือ ดีมาก ดีปานกลาง และปรับปรุง โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพบริการดังนี้

ดีมาก ให้ 4 คะแนน

ดี ให้ 3 คะแนน

ปานกลาง ให้ 2 คะแนน

ปรับปรุง ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพบริการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้ยังไม่ มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับคุณภาพบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดังนี้

18-35 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการระดับต่ำ

36-53 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการระดับปานกลาง

54-72 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจในคุณภาพบริการระดับสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมข้อคำถามมีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ด้านแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อที่ 1-5 และ 11-15 และข้อคำถามทางลบ คือ ข้อที่ 6-10 ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพบริการดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 2 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 4 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้ยังไม่ มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดังนี้

18-29 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

30-44 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

45-60 คะแนน หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 5** แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมเป็นแบบวัดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มาใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบคลุมทุกด้าน แบบสัมภาษณ์มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกทั้งหมด ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก คือ ตลอดเวลา เกือบตลอดเวลา บางครั้ง และไม่มี

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

ตลอดเวลา ให้ 4 คะแนน

เกือบตลอดเวลา ให้ 3 คะแนน

บ้างครั้ง ให้ 2 คะแนน

ไม่มี ให้ 1 คะแนน

**เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม** แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้ยังไม่มีการมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดังนี้

10-19 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

20-29 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

30-40 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

**ส่วนที่ 6** แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don nutbeam (2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและการใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก คือ ข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 และข้อคำถาม

ทางลบ คือ ข้อที่ 7, 9, 16, 17, 18 ข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ
ใช่	ให้ 1 คะแนน	ให้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ให้ 0 คะแนน	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การคำนวณหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดังนี้

- 0-6 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ
- 7-12 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง
- 13-18 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

**ส่วนที่ 7** แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพของ Orem (1995) ประกอบด้วย การแสวงหาการรักษาทางการแพทย์ที่มีความเหมาะสม มีความตระหนักถึงผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ปรับทัศนคติเพื่อให้ยอมรับสภาวะของตนเองในภาวะที่ต้องมีการดูแลเป็นพิเศษ เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค แบบประเมินมีข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมดข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก คือ สม่าเสมอ บ่อย นาน ๆ ครั้ง และไม่เลย โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันดังนี้

- สม่าเสมอ ให้ 4 คะแนน
- บ่อย ให้ 3 คะแนน
- นาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน
- ไม่เลย ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การคำนวณหาอันตรายภาคชั้น โดยใช้ค่าพิสัย คำนวณจากคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วเอาผลลัพธ์ที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน (ประคอง วรรณสุด, 2542) เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้ยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า สามารถกำหนดระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดังนี้

18-35 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

36-53 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง

54-72 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเอง ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 1 ท่าน

ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of item-objective congruence): IOC ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาที่มีคุณภาพ ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ส่วนแบบประเมินภาวะโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยมีค่าความไว (Sensitivity) 75.68% ความจำเพาะสูง 92.85% พบว่า มีค่า Cronbach's alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.78-0.82 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.82

#### การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ชลเวช จังหวัดชลบุรี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ แบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการ เท่ากับ 0.88 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.73 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.84 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเอง 0.63 และใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ด KR-20 หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.82

## การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารหมายเลข IRB 003/ 2561

โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจเท่านั้น และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถ ถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกขณะ โดยไม่มีผลใด ๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย และไม่สูญเสีย ประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากสถานบริการพยาบาล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการ ศึกษาวิจัย จะเซ็นหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวิจัย ภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะการเก็บข้อมูล และลักษณะการเข้าร่วมศึกษาวิจัยอย่างชัดเจนแล้ว

ในการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงก่อนการเข้าร่วมวิจัย ว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้ที่จะเข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้ศึกษาวิจัย คณาจารย์ และคณะกรรมการกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น และข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกทำลาย หลังจากการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว 1 ปี โดยใช้เครื่องย่อยกระดาษในการทำลายเอกสาร และ ในการเก็บข้อมูล แบบสัมภาษณ์ ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย การรายงานผลการวิจัย จะรายงานเป็นภาพรวมเท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดย มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561 เมื่ออนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจึง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ เพื่อชี้แจง รายละเอียดของวัตถุประสงค์ รูปแบบ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ ประโยชน์ที่ได้รับ จากงานวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการวิจัย โดยไม่กระทบต่อการ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์

3. ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัว ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ ข้อมูล การถอนตัวออกจากกรวิจัย

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย



5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เสร็จแล้วเก็บแบบสัมภาษณ์ใส่ซองให้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้
6. นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาจัดระเบียบข้อมูลและลงรหัสในกลุ่มมือลงรหัส

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คุณภาพการบริการ นำมาวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficients)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 200 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน-เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 ซึ่งผลจากการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 4 ระดับคุณภาพการบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 5 ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 6 ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 7 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 8 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ส่วนที่ 9 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมดูแลตนเอง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ( $n = 200$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	104	52.000
หญิง	96	48.000
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	23	11.500
สมรส	133	66.500
หม้าย	32	16.000
แยกกันอยู่	12	6.000
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	185	92.500
คริสต์	2	1.000
อิสลาม	13	6.500
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	95	47.500
ประกอบอาชีพ	105	52.500
รายได้เฉลี่ย ( $M = 7,086.050$ , $SD = 10,306.810$ )		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย ( $M = 714.620$ , $SD = 1,402.930$ )		
อายุ ( $M = 59.820$ , $SD = 11.950$ )		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
การศึกษาขั้นต่ำ (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)	143	71.500
การศึกษาขั้นสูง (มัธยมศึกษาขึ้นไป)	57	28.500

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.000) มีอายุเฉลี่ย 59.820 ปี ( $SD = 11.950$ ) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.500) รองลงมา คือ หม้าย (ร้อยละ 16.000) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 92.500) รองลงมาคือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 6.500) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.500) มีรายได้เฉลี่ย 7,086.050 บาท ( $SD = 10,306.810$ ) มีระดับการศึกษาขั้นต่ำ

(ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า) (ร้อยละ 71.500) และระยะเวลาในการเจ็บป่วยเฉลี่ย 714.620 วัน ( $SD = 1,402.930$ )

**ส่วนที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แสดงไว้ในตารางที่ 2**

ตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคะแนนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $n = 200$ )

ตัวแปร	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ภาวะซึมเศร้า	0.000	15.000	4.800	3.690	ปกติ
คุณภาพการบริการ	36.000	72.000	70.000	4.090	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	13.000	40.000	34.160	7.300	สูง
ความเชื่อด้านสุขภาพ	36.000	60.000	55.070	4.470	สูง
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	13.000	18.000	17.180	1.260	สูง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	43.000	71.000	60.740	5.140	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.800 คะแนน ( $SD = 3.690$ ) คุณภาพการบริการอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.000 คะแนน ( $SD = 4.090$ ) ด้านการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.160 คะแนน ( $SD = 7.300$ ) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 55.070 คะแนน ( $SD = 4.470$ ) ด้านความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.180 ( $SD = 1.260$ ) และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.740 ( $SD = 5.140$ )

### ส่วนที่ 3 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $n = 200$ )

ช่วงคะแนน ภาวะซึมเศร้า	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ระดับ
< 7	152	76.000	ปกติ
7-12	39	19.500	น้อย
13-18	9	4.500	ปานกลาง
$\geq 19$	0	0.000	รุนแรง
ค่าเฉลี่ย = 4.800		$SD = 3.690$	ปกติ

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ ( $M = 4.800$ ,  $SD = 3.690$ ) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 76.000 รองลงมา มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 19.500 และมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.500

### ส่วนที่ 4 คุณภาพการบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพการบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $n = 200$ )

ช่วงคะแนน คุณภาพบริการ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ระดับ
18-35	0	0.000	ต่ำ
36-53	1	0.500	ปานกลาง
54-72	199	99.500	สูง
ค่าเฉลี่ย = 70.000		$SD = 4.090$	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับคุณภาพการบริการของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M = 70.000$ ,  $SD = 4.090$ ) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพการบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 99.500 และรองลงมา มีระดับคุณภาพการบริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 0.500

### ส่วนที่ 5 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $n = 200$ )

ช่วงคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ระดับ
18-29	0	0.000	ต่ำ
30-44	5	2.500	ปานกลาง
45-60	195	97.500	สูง
ค่าเฉลี่ย = 55.070		$SD = 4.474$	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M = 55.070$ ,  $SD = 4.474$ ) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.500 และรองลงมา มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.500

## ส่วนที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 6 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $n = 200$ )

ช่วงคะแนน			
การสนับสนุนทางสังคม	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ระดับ
10-19	13	6.500	ต่ำ
20-29	30	15.000	ปานกลาง
30-40	157	78.500	สูง
ค่าเฉลี่ย = 34.160		$SD = 7.300$	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M = 34.160$ ,  $SD = 7.300$ ) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.500 รองลงมา มีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.000 และมีระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 6.500

## ส่วนที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $n = 200$ )

ช่วงคะแนน			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ระดับ
0-6	0	0.000	ต่ำ
7-12	0	0.000	ปานกลาง
13-18	200	100.000	สูง
ค่าเฉลี่ย = 17.180		$SD = 1.260$	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M = 17.180$ ,  $SD = 1.260$ ) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.000

## ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 8 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $n = 200$ )

ช่วงคะแนน			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ	ระดับ
18-35	0	0.000	ต่ำ
36-53	15	7.500	ปานกลาง
54-72	185	92.500	สูง
ค่าเฉลี่ย = 60.740		$SD = 5.140$	สูง



จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด  
 เฉียบพลันภาพรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M = 60.740$ ,  $SD = 5.140$ ) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด  
 เฉียบพลันส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.500 และรองลงมา  
 มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.500

### ส่วนที่ 9 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ

การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า  
 คุณภาพการบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ  
 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product  
 moment correlation coefficient) แสดงไว้ในตารางที่ 9 และการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย  
 ได้แก่ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้วิจัยใช้  
 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficients) แสดงไว้ใน  
 ตารางที่ 10

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $n = 200$ )

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเอง	อายุ	รายได้	ระยะเวลาการเจ็บป่วย	ด้านภาวะซึมเศร้า	ด้านคุณภาพการบริการ	ด้านการสนับสนุนทางสังคม	ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ	ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1.000								
อายุ	0.004	1.000							
รายได้	0.099	-0.457**	1.000						
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	0.151*	0.127	-0.023	1.000					
ด้านภาวะซึมเศร้า	-0.004	0.349**	-0.257**	-0.008	1.000				
ด้านคุณภาพการบริการ	-0.073	-0.042	0.001	-0.043	0.049	1.000			
ด้านการสนับสนุนทางสังคม	0.145*	-0.116	0.098	0.039	-0.344**	0.133	1.000		
ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ	0.185**	-0.221**	0.169*	-0.037	-0.307**	0.044	0.283**	1.000	
ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-0.060	-0.223**	0.038	-0.080	-0.211**	0.129	0.051	0.250**	1.000

\*\*  $p < 0.010$  \*  $p < 0.050$   $r =$  Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

จากตารางที่ 9 พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และ ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ( $r = 0.151, 0.145, 0.185$  ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลระหว่าง เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา และอาชีพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $n = 200$ )

ตัวแปร	พฤติกรรม การดูแล ตนเอง	เพศ	สถานภาพ	ศาสนา	ระดับ การศึกษา	อาชีพ
พฤติกรรมการ ดูแลตนเอง	1.000					
เพศ	0.247**	1.000				
สถานภาพ	-0.020	0.160*	1.000			
ศาสนา	0.035	-0.049	-0.023	1.000		
ระดับการศึกษา	0.111	-0.074	-0.133	-0.066	1.000	
อาชีพ	0.050	0.313**	0.081	0.046	-0.220**	1.000

\*\*  $p < 0.010$  \*  $p < 0.050$   $r_{pb}$  = Point Biserial Correlation Coefficients

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ( $r_{pb} = 0.247$ )

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบหาความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพการบริการ การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care) ของ Orem (1995) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์โรคหัวใจว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย อาการเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่ (UA), กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI, NSTEMI) ที่มารับการตรวจรักษา ณ ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์อาการโรคซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์คุณภาพบริการ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนเมษายน – มิถุนายน 2561 วิเคราะห์ผล โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient และ Point biserial correlation coefficients

#### สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ จำนวน 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 52.000) อายุเฉลี่ย 59.820 ปี ( $SD = 11.950$ ) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.500) รองลงมา มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 16.000) นับถือพุทธศาสนา (ร้อยละ 92.500) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 6.500) มีระดับการศึกษาขั้นต่ำ (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า) (ร้อยละ 71.500) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงาน (ร้อยละ 52.500) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 7,086.050 บาท ( $SD = 10,306.810$ ) และระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 714.620 วัน ( $SD = 1,402.930$ )
2. ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย เท่ากับ 4.800 คะแนน ( $SD = 3.690$ ) ด้านคุณภาพการบริการเฉลี่ย เท่ากับ 70.000 คะแนน ( $SD = 4.090$ ) ด้านการ

สนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย เท่ากับ 34.160 คะแนน ( $SD = 7.300$ ) ด้านความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย เท่ากับ 55.070 คะแนน ( $SD = 4.470$ ) ด้านความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย เท่ากับ 17.180 ( $SD = 1.260$ ) ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเฉลี่ย เท่ากับ 60.740 ( $SD = 5.140$ )

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด เขียนพลัน ได้แก่

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือด เขียนพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 ( $r_{pb} = 0.247$ )

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ( $r = 0.151$ )

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ( $r = 0.145$ )

ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 ( $r = 0.185$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ สามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

**พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนพลัน** ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 60.740 ( $SD = 5.140$ ) จากการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็น ความผิดปกติจากโรคหัวใจ ร้อยละ 98.000 หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างจะขอคำปรึกษาจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 99.500 กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการรักษาโรคของแพทย์ และยอมรับผลลัพธ์ของการรักษา ร้อยละ 99.500 และกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับอาการหรือโรคที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอยู่ ร้อยละ 99.500 ซึ่งแสดงถึงทิศทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงอธิบายได้ว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพ และทราบว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญที่สุดของชีวิตโดยการได้รับคำแนะนำและคำอธิบายต่าง ๆ ก่อนให้การรักษาจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งซึ่งเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนพลันได้รับการวินิจฉัยว่ามี ความผิดปกติเกิดขึ้นที่หัวใจ ผู้ป่วยจึงให้ความสำคัญในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นอย่างดีเสมอ

ตามแนวทางที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ประกอบกับผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ในการช่วยอำนวยความสะดวกต่าง ๆ หรือช่วยเหลือในขณะที่ผู้ป่วยต้องการ จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่มีภาวะซึมเศร้า จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตัวตามแผนในการรักษา เพื่อให้ตนเองปลอดภัยและมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของโอเรม (Orem, 1985) ที่กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของพรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา (2552) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ในระดับดี ( $M = 64.340, SD = 12.280$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรพรรณ เทอดสุทธิธณภูมิ (2558) พบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจหลังจากได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง พบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.050$ )

#### **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมี ดังนี้**

**เพศ** จากผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 104 คน (ร้อยละ 52.00) ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 ( $r_{pb} = 0.247$ ) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเพศเป็นปัจจัยทางชีวภาพของบุคคลซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคลและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลได้ (Pender, 1996) เป็นข้อบ่งชี้ถึงความแตกต่างของความสามารถทางร่างกายในการริเริ่มหรือจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกายและสวัสดิภาพ (Orem, 2001) โดยเพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทของมนุษย์ในสังคม เพศชายได้รับการยกย่องเป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้สืบสกุลจึงได้รับการสนับสนุนให้มีการศึกษาในชั้นสูงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจึงมีความพยายามแสวงหาความรู้ที่จะนำ มาปฏิบัติให้ชีวิตปลอดภัย และเมื่อเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อบทบาทใน

ครอบครัวความสามารถในการทำกิจกรรม ถูกจำกัด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า เกิดความรู้สึกไม่พอใจในตนเอง ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เป็นเพศที่อ่อนแอจะเป็นผู้ตามมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำปฏิบัติกิจกรรมประจำวันมากกว่าเพศชายและไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนในการศึกษาเมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงคาดว่าเป็นอะไรไม่มาก บางรายปล่อยให้การดำเนินโรครุนแรง (Maas & Appelman, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2013) พบว่า การมีเพศที่แตกต่างกันมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของอรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทร์แย้ม (2557) พบว่า เพศชายมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เมื่อตนเองเจ็บป่วยจึงอยากที่จะหายเพราะไม่อยากเป็นภาระของครอบครัว โดยจะแสวงหาแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้ตนเองหายจากโรค ประกอบกับขณะที่ป่วยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จะแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ และปัจจุบันมีกระแสสังคมที่รณรงค์ให้มีการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่เพศหญิงจะออกกำลังกายประเภทแอโรบิคมากกว่าประเภทอื่น ในขณะที่เพศชายสามารถออกกำลังกายได้หลากหลายประเภท จึงทำให้เพศชายมีแนวโน้มในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

**อายุ** จากผลการศึกษาพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 59.820 ( $SD = 11.950$ ) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ยังไม่มีการเสื่อมถอยของร่างกายมากนัก แต่ช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยที่มีความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยจึงยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองได้ดี ร่วมกับวัยนี้เป็นวัยที่มีวุฒิภาวะ พัฒนาการ ประสบการณ์ และระดับความคิดวิเคราะห์ตัดสินใจที่ดีเมื่อบุคคลมีอายุและวุฒิภาวะสูงขึ้นจะสามารถประเมินสถานการณ์ ตัดสินใจเลือกแนวทางในการดูแลตนเอง และมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองตามแนวทางที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์แนะนำอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจในการเจ็บป่วย และกระบวนการรักษาของแพทย์มากกว่าบุคคลที่มีวุฒิภาวะต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ พรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา (2552) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lauck et al. (2009) เรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีสวนหัวใจ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

**สถานภาพ** จากผลการศึกษาพบว่า สถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส

(ร้อยละ 66.500) อธิบายได้ว่าสังคมไทยเป็นสังคมที่มีการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะญาติพี่น้อง หรือคนในครอบครัว เมื่อทราบว่ามีคนในครอบครัวหรือมีญาติเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวก็จะมีความเป็นห่วงเป็นใยซึ่งกันและกัน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลและสนับสนุนเป็นอย่างดีเพื่อให้หายจากภาวะที่เผชิญในขณะนั้น อาจจะสามารถกล่าวได้ว่าสถานภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยตรง แต่สถานภาพเป็นสถานะที่ทำให้ทราบถึงโอกาสในการที่ผู้ป่วยจะมีผู้คอยดูแลและสนับสนุน ซึ่งการมีสถานภาพที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการสนับสนุนในการดูแลตนเองที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณ เทิดสุทธิธรรณภูมิ (2558) เรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.300) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนทดลองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.050$ ) จากงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยอาจได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวหรือญาติพี่น้องเป็นอย่างดี ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความสะดวกสบาย ไม่มีความเครียดความกังวล ผู้ป่วยจึงสามารถดูแลตนเองและทำให้สุขภาพกลับมาปกติได้อย่างรวดเร็ว

**ศาสนา** จากผลการศึกษาพบว่า ศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างนับถือพุทธศาสนา (ร้อยละ 92.500) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่ว่าจะนับถือศาสนาอะไร เมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้วว่ามีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพตนเองและทราบว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่มีความสำคัญที่สุดของชีวิต ผู้ป่วยจึงมีการดูแลเอาใจใส่สุขภาพเป็นอย่างดีสม่ำเสมอ เพื่อให้ตนเองปลอดภัยและมีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข จากการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ค้วงแพง และเขมรติ มาสิงบุญ (2557) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือพุทธศาสนา (ร้อยละ 95.500) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวระหว่างเจ็บป่วย รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองและจัดการตนเองได้อย่างดี ศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ทุกคนมีความโอบอ้อมอารีและมีจิตใจที่เมตตาต่อกัน จึงทำให้คนในครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือกันในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

**ระดับการศึกษา** จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาขั้นต่ำ (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า) ร้อยละ 71.500 อธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนา



ความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมและ กิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำการศึกษาทำให้เกิดสติปัญญาสามารถเข้าใจข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เรียนรู้เรื่อง โรค เข้าใจแผนการรักษาและสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ถูกต้อง (Orem, 2001) ไม่ ว่าจะมีการศึกษาขั้นต่ำหรือการศึกษาขั้นสูง โดยส่วนใหญ่แล้วบุคคลจะเกิดความกลัว รับรู้ถึงภาวะ คุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึง ประโยชน์ที่ตนจะได้รับ (สุปรียา ดันสกุล, 2550) เช่นเดียวการศึกษาของจรรยาพล แพ่งโยธา (2548) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอาการ กลวิธีการจัดการอาการเจ็บ หน้อกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ( $P < 0.050$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ De Araújo et al. (2015) เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจช่วงก่อนการผ่าตัด บายพาส ซึ่งพบว่า ระดับของการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคหัวใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kamrani et al. (2014) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า ระดับของการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว

**อาชีพ** จากผลการศึกษาพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 52.500) ซึ่งเมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ จะพบว่า มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่แล้วกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจพร้อมทั้งมีประสิทธิภาพในการเจ็บป่วย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ยัง ประกอบอาชีพมีการดูแลตนเองในระดับสูง และสามารถปฏิบัติตามตามกระบวนการดูแลที่แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์แนะนำได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่แล้วได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวหรือมีผู้ดูแล ซึ่งทำให้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการสนับสนุนเพื่อ ช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดี ดังนั้นจึงทำให้อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล ช่วยบุคคา (2558) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการ เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ

รายได้ จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 7,086 บาท เนื่องจากรายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เป็นตัวแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ไปจนถึงมีรายได้มากที่สุดคือ 50,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล โดยเฉพาะเมื่อเกิดเจ็บป่วยบาง ด้วยนโยบายของรัฐบาลที่เอื้อประโยชน์ให้ประชาชนมีสิทธิ์ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของภาครัฐ ซึ่งครอบคลุมถึงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2555) จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีรายได้สูง ได้รับสิทธิ์ขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกัน จึงทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hassani et al. (2010) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจล้มเหลว

**ระยะเวลาการเจ็บป่วย** จากผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 714.620 วัน ( $SD = 1,402.930$ ) หรือประมาณ 2 ปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการเจ็บป่วยมากกว่า 1-5 ปี และจะต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสม ผู้ป่วยจึงสามารถปรับตัวให้ดำเนินชีวิตตามแบบแผนที่ต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการศึกษาของจรรยาพล แพ่งโยธา (2548) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 เช่นเดียวกับการศึกษาของ จอม สุวรรณ โณ และคณะ (2551) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อการคงภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

**ภาวะซึมเศร้า** จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.800 ( $SD = 3.690$ ) ซึ่งข้อที่กลุ่มตัวอย่างให้สัมภาษณ์แล้วพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า คือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง ร้อยละ 93.000 กลุ่มตัวอย่างสมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ ร้อยละ 91.5 และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี ร้อยละ 93.5

อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง และยอมรับในการปรับพฤติกรรมเพื่อดูแลตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล อ่ำพิจิต,ชนกพร จิตปัญญา (2552) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.050$  ( $r = -0.496$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 ( $r = -0.440$ )

**คุณภาพบริการ** จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพการบริการไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพการให้บริการได้คะแนนเฉลี่ย 70.000 ( $SD = 4.090$ ) ซึ่งอธิบายว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในคุณภาพการบริการอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะเรื่องที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์อธิบายผลการตรวจและวางแผนการรักษาชัดเจน ดีมาก ร้อยละ 92 ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนร่วมกับทีมรักษา ดีมาก ร้อยละ 91.5 และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน ดีมาก ร้อยละ 97 เนื่องจากปัจจัยสำคัญของคุณภาพบริการในโรงพยาบาล คือ แพทย์มีความรู้ความสามารถ มีจรรยาบรรณ ดูแลเอาใจใส่ ให้ความรู้ความเข้าใจในแผนการรักษา กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วน ควบคู่กับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือด้วยความจริงใจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (พรชัย ดีไพศาลสกุล, 2556) ซึ่งโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์ เป็นโรงพยาบาลที่ได้การรับรองมาตรฐาน Joint commission international (JCI) ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับโลก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เท่าเทียมและเสมอภาคตามสิทธิ์ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเผชิญกับภาวะที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจและใส่ใจในการดูแลตนเองเป็นอย่างดีเสมอ คุณภาพของบริการจึงอาจไม่มีผลกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

**ความเชื่อด้านสุขภาพ** จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 ( $r = 0.185$ ) ซึ่งในด้านการรับรู้ถึงประโยชน์กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ การรับประทานยาตรงตามที่แพทย์แนะนำ ช่วยป้องกันอาการกำเริบได้ ร้อยละ 90.500 และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัดช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น ร้อยละ 88.000 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคกลุ่มตัวอย่างมีความไม่เห็นด้วย คือ การรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งผลทำให้เกิด

ความยากลำบากต่อการดำรงชีวิต ร้อยละ 85.000 และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากแพทย์พยาบาล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามแผนการรักษาเป็นเรื่องยุ่งยากและรู้สึกว่าการปฏิบัติไม่ได้ ร้อยละ 83.000 และด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นด้วยอย่างยิ่ง คือ การที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการหายจากโรคและจะได้มีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 90.000 และการที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่เคยขาดยาเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้หายจากโรคและจะได้มีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 88.500 แสดงว่าการมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดี เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการปรับตัวในทิศทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของ Rosenstock (1974) ซึ่งกล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ถึงภาวะคุกคามที่จะถึงตัว บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Shin et al. (2013) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการสวนหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.010 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Baghianimoghdam et al. (2013) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพกับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพตาม โปรแกรมส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น

**การสนับสนุนทางสังคม** จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ( $r = 0.145$ ) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคนที่พร้อมจะให้ความรักกับกลุ่มตัวอย่างตลอดเวลา ร้อยละ 95.500 และกลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อกับคนใกล้ชิด เชื่อใจและไว้วางใจได้เมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการตลอดเวลา ร้อยละ 86.500 ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหรืออาศัยอยู่กับครอบครัวและญาติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยทั้งด้านการช่วยเหลือ การประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาวิจัยของ Shin et al. (2013) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังจากได้รับการสวนหัวใจพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ มีกำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตนเองเช่นเดียวกับการศึกษาของ พรพิมล อ่ำพิจิตร, ชนกพร จิตปัญญา (2552) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.050$

#### ความรู้ด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยที่คะแนนเฉลี่ย 17.180 ( $SD = 1.260$ ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ หากมีข้อสงสัยกลุ่มตัวอย่างจะ สอบถามทันที ร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และ บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100 และกลุ่มตัวอย่างรู้ว่า โรคหัวใจเป็น โรคที่มีความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างจึงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 100 อธิบาย ได้ว่าอาจจะเกิดจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษา 1-5 ปี ซึ่งได้รับคำแนะนำจาก แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถ ปรับตัว จึงทำให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยกับข้อมูลที่ได้รับ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ ในคะแนนสูง ทำให้งานศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร และ คณะ (2552) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน พบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง ด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chen et al. (2011) เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและการดูแล ตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล ตนเองของผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าถ้าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีการ ดูแลตนเองเป็นอย่างดี

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต่อไป

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
เชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเชิงลึก  
ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือการพัฒนามาตรฐานในการดูแลทางสังคมจิตใจการดูแลทางสังคม*.  
นนทบุรี: องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q). ใน *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง* (หน้า 13). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต.
- กองสุศึกษา. (2559). *การสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (กลุ่มเด็กวัยเรียน, กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน)*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา.
- เกรียงไกร เสงรัมย์, วิรัช เกษสุขเจริญ, เอนก กนกศิลป์, ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, จรินทร์ อัสวหาญฤทธิ์, พรวลี ปรปักษ์ขาม, และคนอื่น ๆ. (2557). โรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน *การแพทย์ไทย 2555-2557* (หน้า 10-23). กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- จรรวมด แพ่งโยธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพการมีอากาการกลวิธีการจัดการอาการเจ็บหน้าอก กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณ โฉ, เรวดี เพชรศิราพันธ์, ถัดดา เกียมวงศ์ และจุก สุวรรณ โฉ. (2552). การจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(1), 36-48.
- จอม สุวรรณ โฉ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, Riegel และแสงอรุณ อิศระมาลัย. (2551). A model predicting the health status of patients with heart failure. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(3), 239-251.
- จิตติพร วิชิตธงไชย และสุวดี โล่วิกรณ์. (2556). ผลของโภชนศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 221-228.
- จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 340-346.
- จิตติรัตน์ ทองขาว. (2551). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3), 54-65.

- ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ค้วงแพง และเขมมาดี มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม  
การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *ไทยเภสัชศาสตร์และ  
วิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 112-119.
- ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมก่อนจำหน่ายออกจาก  
โรงพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 27(1),  
83-91.
- ทีนุชา ทันวงศ์, นิตยา เพ็ญศิริินภา และพรทิพย์ ภิระพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมา  
รับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาชัย จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*,  
9(31), 26-36.
- ชรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, สุพัตรา สุขาวห, รุ่งมณี ยั่งยืน  
และศักดิ์ ขำคม. (2555). *ความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงของแบบประเมินอาการโรค  
ซึมเศร้าด้วย 9 คำถามเมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression  
(HRSD-17)*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- ชีวาสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย และช่อลดดา พันธุเสนา. (2551). การประเมินความสามารถใน  
การดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ.  
*สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 141-150.
- ธีรศักดิ์ เหลืองมั่นคง. (2554). *ยาก่อนอาหาร ยาหลังอาหาร ลืมกินยาอันตรายหรือไม่*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.pharmacy.mahidol.ac.th>
- นงลักษณ์ ทองอินทร์, ภิรพร ดำนธีระภากุล และเพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา. (2554). ผลของโปรแกรม  
การจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่  
ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วชิรเวชสาร*, 55(1), 77-86.
- นันทยา จงใจเทศ, ปิยนันท์ อึ้งทรงธรรม, ภัทธีรา ยิ่งเลิศรัตนกุล และกานดาวิ มาลีวงศ์. (2554).  
*ปริมาณโซเดียมคลอไรด์ในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีเกลือเป็นส่วนประกอบ*. กรุงเทพฯ:  
กรมอนามัย.
- นิตญา ฤทธิเพชร และชนกพร จิตปัญญา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย  
โรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยไทย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*,  
23(2), 2-16.



- นียดา อกนิษฐ์, สุชาตา วิภวกันต์, และ สุภาณี สิทธิสาร. (2556). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(3), 70-84.
- นุชนาถ สุวรรณประทีป. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ประกาย จิโรจน์กุล. (2556). *แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมและการนำมาใช้*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ประคอง กรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอก และพรฤดี นิธิรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษานานาโปร่ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี*, 8(2), 96-111.
- ปิยะนุช รักพานิชย์. (2551). การฟื้นฟูสภาพหัวใจเมื่อกลับบ้าน Outpatient cardiac rehabilitation. ใน วิชาล คันธารัตนกุล, และ ระพีพล กุญชรณอยุธยา, *เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ* (หน้า 117-138). กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจ สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พรชัย ดีไพศาลสกุล. (2556). ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาล. *Veridian E-Journal*, 6(1), 573-592.
- พรชัย ประเสริฐวชิรากุล. (2554). *แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรพิมล อ่ำพิจิตร และชนกพร จิตปัญญา. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 20(1), 2-16.

- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และเรณูการ์ ทองคารอด. (2555). *วิวัฒนาการของการจัดการคุณภาพระบบสาธารณสุขในสากล ในประมวลสาระชุดวิชา การจัดการคุณภาพการพยาบาล หน่วยที่ 1*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- รัชสุริย์ จันทเพชร. (2536). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยคัดสรรบางประการกับความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ลัดดา อุษะอาด. (2546). *ปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม จังหวัดนครปฐม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วรรณิ จิวสืบพงษ์. (2550). *ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าและแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วาสนา นัยพัฒน์. (2553). *ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านพักข้าราชการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. การพยาบาลและการศึกษา*, 3(1), 2-14.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์ และ ศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิศาล คันธารัตนกุล. (2543). *เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. ใน วิศาล คันธารัตนกุล, และ ภาวิศ วงศ์แพทย์ (บ.ก.), *คู่มือเวชศาสตร์ฟื้นฟู* (หน้า 305-317). กรุงเทพฯ: ชมรมฟื้นฟูหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2554). *กึ่งทศวรรษแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา: รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในบริบทที่หลากหลายในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- สกุณฑลา รอดไม้. (2548). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *ประเด็นสารธรรมรงค์วันหัวใจโลก ปี พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). *จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (I20-I25) ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2550-2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สุนีย์ เขียมศิริณกุล. (2540). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาลี พรหมพราย. (2549). *ผลของการจัดทำแผนร่วมกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปากต่ออาการหายใจลำบากในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ. (2543). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ สุนทรธรรม. (2553). *Coronary artery disease: The new frontiers*. เชียงใหม่: ทรिक ซิงค์.
- อมรา ทองหงส์, ภาคภูมิ จงพิริยะอนันต์, กมลชนก เทพสิทธิ์า และชนวันต์ กาบภิรมย์. (2553). *รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา*.
- อมราวดี บุญยรัตน์. (2550). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจ*. กรุงเทพฯ: อมราวดี บุญยรัตน์.
- อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อารีย์ เขียมพุก. (2544). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่มารับบริการ ณ คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลนครปฐม*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- American College of Cardiology Foundation American Heart Association. (2009). Focused updates: ACCAHA Guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. *Circulation*, *121*(2), 2271-2306.
- American Heart Association. (2005). ACCAHA Guidelines update for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult-summary article. *Circulation*, *112*(2), 1825-1852.
- American Heart Association. (2015). Heart disease and stroke statistics-2015 update. *Circulation*, *131*(4), 29-322.
- American Heart Association. (2016). *Cardiovascular diseases in India*. *Circulation*, *133*(16), 1605-1620.
- American Heart Association. (13 April 2018). *What is cardiovascular disease?*. Retrieved from What is Cardiovascular Disease?: <http://www.heart.org>
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., et al. (2012). Critical review: Vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr*, *51*(6), 637-663.
- Buapan, A. (2008). *Factors influencing adaptation in heart failure patients*. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science (Adult Nursing), Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Chau, S., Jansen, A. P., van de Ven, P. M., Hoogland, P., Elders, P. J., & Hugtenburg, J. G. (2016). Clinical medication reviews in elderly patients with polypharmacy: a cross-sectional study on drug-related problems in the Netherlands. *Int J Clin Pharm*, 46-53. doi:10.1007/s11096-015-0199-8
- Chen, A. H., Yehle, K., Plake, K., Murawski, M., & Mason, H. (2011). Health literacy and self-care of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*, 446-451.
- Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson, B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *ScienceDirect*, *33*(6), 345-353.
- Colonna, P., Sorino, M., D'Agostino, C., Borenzi, F., De Luca, L., & Arrigo, F. (2003). Nonpharmacologic care of heart failure: counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *Am J Cardiol*, *91*(9A), 41F-50F.

- Connell, A. M.-O., DeWalt, D., Broucksou, K., Hawk, V., Baker, D., Schillinger, D., et al. (2011). Relationship between literacy, knowledge, self-care behaviors, and heart failure-related quality of life among patients with heart failure. *J Gen Intern Med*, 26(9), 979-986.
- Doungrut, W. (2009). Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care. *J Nurs Sci*, 27(2), 22-31.
- Dracup, K., Moser, K. D., Eisenberg, M., Meischke, H., Alonzo, A. A., & Braslow, A. (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Soc Sci Med*, 40(3), 379-392.
- Dunderdalc, K., Thomson, R. D., Miles, V. J., Beer, F. S., & Furze, G. (2005). Quality-of-life measurement in chronic heart failure: do we take account of the patient perspective. *European Journal of Heart Failure*, 7(4), 572-582.
- Fateme, S., Sedighe, A., & Meisam, E. S. (2011). Self-care behavior and affecting factors among patients with heart failure in Iran. *Saudi Med J*, 1034-1038. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/0b89/ad934dd0bb8633d2ea26c8e72501d82c864e.pdf>
- Goldston, K., & Baillie, J. A. (2008). Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev*, 28(2), 288-306.
- Grace, L. S., Abbey, E. S., Kapral, K. M., Fang, J., Nolan, P. R., & Stewart, E. D. (2005). Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. *American Journal of Cardiology*, 9, 1179-1185.
- Gurwitz, H. J., McLaughlin, J. T., Willison, J. D., Guadagnoli, E., Hauptman, J. P., Gao, X., et al. (1997). Delayed hospital presentation in patients who have had acute myocardial infarction. *Ann Intern Med*, 122(16), 593-599.
- He, F. J., Li, J., & MacGregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, 3, 1-15.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley: Reading, MA.

- Kamrani, A. A., Mahshid, F., Zohreh, T., & Razieh, M. (2014). Self care behaviors among elderly with chronic heart failure and related factors. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 17(11), 1161-1169.
- Levin, L. (1976). Self-care: An international. *Social Policy*, 7(2), 70-76.
- Lin, M.-J., Chen, C.-Y., Lin, H.-D., & Wu, H.-P. (2017). Impact of diabetes and hypertension on cardiovascular outcomes in patients with coronary artery disease receiving percutaneous coronary intervention. *BMC Cardiovascular Disorders*, 1-9.  
doi: 10.1186/s12872-016-0454-5
- Maas, A., & Appelman, Y. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18(12), 598-603.
- Marino, B. L., & Kooser, A. J. (1981). *The psychosocial care of cancer clients and their families: periods of high risk*. St. Louis: The C.V. Mosby company .
- Moleerergpoom, W., Kanjanavanit, R., Jintapakorn, W., & Sritara, P. (2007). Costs of payment in thai acute coronary syndrome patients. *J Med Assoc Thai*, 90(Suppl 1), 21-31.
- National Center for Health Statistics. (2014). *Health, United States, 2013: With special feature*. Hyattsville: National Center for Health Statistics.
- Nemeth, A. M., Coulter, S., & Flamm, D. S. (2003). Pericarditis after myocardial infarction. *Heart Institute Journal*, 30, 246-247.
- Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2012). *European cardiovascular disease statistics*. Sophia antipolis: European heart network and european society of cardiology.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 15(3), 349-364.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Orem, E. D. (1985). *Nursing: Concepts of practice 3rd*. New York: McGraw-Hill.
- Orem, E. D. (1991). *Nursing: Concepts of practice (4<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc.
- Orem, E. D. (2001). *Nursing: Concept of practice*. St. Louis: Mosby.
- Orem, F. D. (1995). *Nursing Concept of practice (5thed.)*. St. Louis: Mosby-Year Book.

- Parasuraman, A., Zeithaml, A. V., & Berry, L. L. (1990). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Pender, J. N. (1996). *Health promotion in nursing practice*. U.S.A: Appleton & Lange.
- Peterson, P. N., Shetterly, S. M., Clarke, C. L., Bekelman, D. B., Chan, P. S., Allen, L. A., et al. (2011). Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*, 305(16), 1695-1701.
- Pogosova, N., Kotseva, K., De, D. B., von, K. R., De, D. S., Bruthans, N., et al. (2017). Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*, 24(13), 1371-1380.
- De Araújo, A., Telma Marques da, S., & Vânia Pinheiro, R. (2015). Self-care during the coronary artery bypass graft preoperative period. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 499-507. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/5e42/10d94935724384bdb752af82395ebb2cb6c9.pdf>
- Riegel, B., Carlson, B., Moser, D. K., Sebern, M., Hicks, F. D., & Roland, V. (2004). Psychometric testing of the self-care of heart failure index. *J Card Fail*, 10(4), 350-360.
- Romanelli, J., Fauerbach, A. J., Bush, E. D., & Ziegelstein, C. R. (2002). The significance of depression in older patients after myocardial infarction. *American Geriatrics Society*, 50(5), 817-822.
- Rosenstock, M. I. (1974). *The health belief model and preventive health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Roy, C. (2009). *The roy adaptation model*. New Jersey: Prentice Hall.
- Salim, Y., Steven, H., Stephanie, Ô., Tony, D., Alvaro, A., Fernando, L., et al. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. *ScienceDirect*, 937-952. Retrieved from [https://www.researchgate.net/scientific-contributions/39833111\\_Stephanie\\_Ounpuu](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/39833111_Stephanie_Ounpuu)
- Santos, L. F., Esteves, S. S., Pereira, A., Yancy, S. W., & Nunes, J. (2013). Systematic review and metaanalysis of clinical trials of the effects of low carbohydrate diets on cardiovascular risk factors. *PubMed Health*, 13(11), 1048-1066.

- Sha, L., Yan, Z., Yuan-Lin, G., Cheng-Gang, Z., Na-Qiong, W., Ping, Q., et al. (2016). Effect of glycemic and lipid achievements on clinical outcomes type 2 diabetic, Chinese patients with stable coronary artery disease. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 4(1), 115-120.
- Shin, E. S., Hwang, S. Y., Jeong, M. H., & Lee, E. S. (2013). Relationships of factors affecting self-care compliance in acute coronary syndrome patients following percutaneous coronary intervention. *Asian Nursing Research*, 7(4), 205-211.
- Sigal, A. E., Sinai, T., Yosefy, C., & Henkin, Y. (2013). Nutritional recommendations for cardiovascular disease prevention. *Nutrients*, 5(9), 3646-3683.
- Stephen, B. J., David, C. M., Murray, E. D., Ian, H. B., David, H., V, J. M., et al. (2003). Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J*, 51(13), 272-276.
- Sue, C., Janet, S., Margaret, K., Michelle, L., Susan, R., Joanne, L., et al. (2014). Cardiovascular disease medication health literac yamong Indigenous peoples. *BMC Public Health*, 2-7. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/304584277\\_Facilitators\\_and\\_Barriers\\_to\\_the\\_Implementation\\_of\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Interventions\\_for\\_Aboriginal\\_and\\_Torres\\_Strait\\_Islander\\_People\\_with\\_Chronic\\_Diseases](https://www.researchgate.net/publication/304584277_Facilitators_and_Barriers_to_the_Implementation_of_Primary_Health_Care_Interventions_for_Aboriginal_and_Torres_Strait_Islander_People_with_Chronic_Diseases)
- Tantikosoom, P. (2010). *The effect of behavioral management program on blood cholesterol in patients with coronary revascularization*. Degree Doctor of Philosophy Program Nursing Science Faculty of Nursing Chulalongkorn University.
- The European Society of Cardiology. (2008). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 29(23), 2909-2945.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation Procedures for Research*. New York: Gardner Press.
- Webster, A. R., Thompson, R. D., & Davidson, M. P. (2003). The first 12 weeks following discharge from hospital: the experience of Gujarati South Asian survivors of acute myocardial infarction and their families. *Contemp Nurse*, 288-299. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.833.6393&rep=rep1&type=pdf>



World Health Organization. (2009). *Concepts and examples in the eastern mediterranean region.individua empowerment conference working document*. Kenya: Nairobi.

World Health Organization. (2017). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en>

World Heart Federation. (2018). *Cardiovascular disease*. Retrieved from <https://www.world-heart-federation.org>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย



### แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### คำชี้แจง

1. คำถามแบ่งออกเป็น 7 ส่วน
  - ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล
  - ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์อาการ โรคซึมเศร้า
  - ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพการบริการ
  - ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ
  - ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม
  - ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ
  - ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. โปรดตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบที่เป็นจริงและสมบูรณ์เท่านั้น จะช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่
3. คำตอบของท่านผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และจะประมวลผลเป็นรายงานในภาพรวม

### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [ ] หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน

#### 1. เพศ

1.ชาย  2.หญิง

#### 2. อายุ [.....ปี]

#### 3. สถานภาพสมรส

1. โสด  2. สมรส  
 3. หม้าย  4. แยกกันอยู่

#### 4. ศาสนา

1. พุทธ  2. คริสต์  
 3. อิสลาม  4. อื่น ๆ .....

#### 5. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ  2. ประถมศึกษา  
 3. มัธยมศึกษา/ ปวช  4. ปวส/ อนุปริญญา  
 5.ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี

#### 6. อาชีพ

1.ข้าราชการ  2. พนักงานวิสาหกิจ  
 3. ธุรกิจส่วนตัว  4. เกษตรกรรม  
 5. ค้าขาย  6. รับจ้างทั่วไป  
 7. อื่น ๆ .....

#### 7. ระดับรายได้ [.....บาท]

ระยะเวลาในการเจ็บป่วย [.....ปี.....เดือน]



### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพการบริการ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน

- \*\*\* ดีมาก หมายถึง พึงพอใจในคุณภาพการบริการเป็นอย่างมาก
- \*\*\* ดี หมายถึง พึงพอใจในคุณภาพการบริการระดับดี
- \*\*\* ปานกลาง หมายถึง พึงพอใจในคุณภาพการบริการระดับปานกลาง
- \*\*\* ปรับปรุง หมายถึง ไม่พึงพอใจในคุณภาพการบริการ ต้องทำการปรับปรุง

การบริการ	ระดับความพึงพอใจ			
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ปรับปรุง
1. บุคลากรทางการแพทย์อธิบายผลการตรวจและวางแผนการรักษาชัดเจน				
2. ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนร่วมกับทีมรักษา				
3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองก่อนกลับบ้าน				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

#### ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเชื่อด้านสุขภาพของท่าน

\*\*\* เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความเป็นอย่างมาก

\*\*\* เห็นด้วย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น

\*\*\* ไม่แน่ใจ หมายถึง มีความรู้สึกไม่แน่ใจกับข้อความนั้น

\*\*\* ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วยอย่าง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefits)				
1.1 การเลิกสูบบุหรี่ และเลิกดื่มแอลกอฮอล์ช่วยชะลอการตีบตันของหลอดเลือด				
1.2 การควบคุมอาหารให้เหมาะกับโรคทำให้ร่างกายแข็งแรงและลดการตีบซ้ำ				
1.3				
1.4				
1.5				
2. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers)				
2.1 การที่ท่านต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นความยากลำบากต่อการดำรงชีวิตของท่าน				
2.2 การที่ท่านไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ทำให้ท่านรู้สึกว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความยุ่งยาก				
2.3				
2.4				
2.5				
3. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)				
3.1 การที่ท่านเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นเพราะว่าท่านต้องการหายจากโรคและจะได้มีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว				



ความเชื่อด้านสุขภาพ	เห็นด้วยอย่าง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
3.2 การที่ท่านลดการทำงานปกติลง เป็นเพราะว่าท่านต้องการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้หายจากโรคและจะได้มีชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว				
3.3				
3.4				
3.5				

### ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับ

การสนับสนุนทางสังคมของท่าน

- \*\*\* ตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 7 วัน/ สัปดาห์  
 \*\*\* เกือบตลอดเวลา หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 4-6 วัน/ สัปดาห์  
 \*\*\* บ้างครั้ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้น 1-3 วัน/ สัปดาห์  
 \*\*\* ไม่มี หมายถึง ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นเลย

การสนับสนุนทางสังคม	ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บ้างครั้ง	ไม่มี
1. ท่านมีคนที่พร้อมจะพูดคุยด้วยเมื่อท่านต้องการ				
2. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้คำแนะนำในเวลาที่ท่านพบปัญหา				
3. ท่านมีคนที่พร้อมจะให้ความรักกับท่าน				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

### ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้ด้านสุขภาพของท่าน

\*\*\*ใช่ หมายถึง ปฏิบัติหรือเข้าใจตรงกับข้อความนั้น

\*\*\*ไม่ใช่ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติหรือเข้าใจไม่ตรงกับข้อความนั้น

ความรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ		
1.1 เมื่อท่านอยากทราบสิทธิในการเข้ารับบริการ ท่านสามารถสอบถามจากบุคลากรทางการแพทย์ได้ทันที		
1.2		
1.3		
2. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ		
2.1 เมื่อท่านฟังคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ หากมีข้อสงสัยท่านจะสอบถามทันที		
2.2		
2.3		
3. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ		
3.1 เมื่อท่านเห็นโฆษณาอาหารเสริมที่สามารถรักษาโรคหัวใจ ท่านมีความต้องการที่จะทดลองรับประทาน		
3.2		
3.3		
4. การจัดการตนเอง		
4.1 ท่านเลือกที่จะดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพมากที่สุด		
4.2		
4.3		
5. การตัดสินใจ		
5.1 ท่านรู้ว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่มีความรุนแรง ท่านจึงเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง		

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
5.2		
5.3		
6. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ		
6.1 ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ไม่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของผู้ป่วย		
6.2		
6.3		

### ส่วนที่ 7 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาตามความเป็นจริงโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของท่าน

- \*\*\* ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย  
 \*\*\* นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 1-2 วัน/ สัปดาห์  
 \*\*\* บ่อย หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 3-5 วัน/ สัปดาห์  
 \*\*\* เสมอ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมนั้นประมาณ 6-7 วัน/ สัปดาห์

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	บ่อย	เสมอ
1. ท่านลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน โดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย				
2. ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้				
3. ท่านลดปริมาณเกลือ น้ำปลา และเครื่องปรุงรส				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย



**เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
**(Participant Information Sheet)**

รหัสโครงการวิจัย: IRB 003/ 2561

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส นิสิต ระดับปริญญาโท สาขา การสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัย ขอเรียนเชิญท่านทราบรายละเอียดของโครงการ ดังนี้

โครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย และการวางแผนในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันก่อนกลับบ้าน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตเฉียบพลัน หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล, อาการ โรคซึมเศร้า, คุณภาพการบริการ, ความเชื่อด้านสุขภาพ, การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยใช้เวลา ประมาณ 30 นาที

การสัมภาษณ์ในครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะตอบคำถามหรือขอถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านทั้งสิ้น รวมถึงไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของแพทย์หรือการให้บริการของโรงพยาบาล

ผลการวิจัยนี้จะประโยชน์ในการนำไปพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และร่วมไปถึงการต่อยอดเพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ต่อไป โดยข้อมูลต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่าน การนำเสนอข้อมูลจะเป็นในภาพรวม ทั้งนี้ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่านของคณะผู้วิจัยเท่านั้น ส่วนการเอกสารจะเก็บไว้ใน

ผู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี หลังเผยแพร่ผลการวิจัยและจะถูกนำไปทำลายหลังจากนั้น

หากท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยประการใดสามารถติดต่อ ข้าพเจ้า นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส  
นิติระดับปริญญาโท สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร 080-749-6485 ข้าพเจ้ายินดีตอบคำถาม และข้อสงสัยของท่านทุกเมื่อ และถ้าผู้วิจัยไม่ปฏิบัติ  
ตามที่ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัย โครงการ สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณา  
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขโทรศัพท์  
038-102745

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในใบยินยอม  
ร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส  
ผู้วิจัย





**เอกสารแสดงความยินยอม  
ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)**

รหัสโครงการวิจัย: IRB 003/ 2561

โครงการวิจัยเรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาด  
เลือดเฉียบพลัน

ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ .....

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่าง ๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้น ไม่มีผลกระทบต่อ การรักษาพยาบาล หรือการดูแลตามสิทธิ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอมให้แก่อข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี แล้วข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม .....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม .....พยาน  
(.....)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

AF 06-13.1  
ที่ ๐๐๓/๒๕๖๑

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย IRB ๐๐๓/๒๕๖๑  
โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  
(FACTOR RELATED TO SELF - CARE BEHAVIORS OF ACUTE CORONARY SYNDROME PATIENT)

หัวหน้าโครงการวิจัย นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส รหัสสนិត ๕๗๙๒๐๓๒๙  
หลักสูตร หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา การสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า  
เป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์  
ไม่มีการละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวอย่งการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

๑. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑
๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑
๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑
๔. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริง  
จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒
๕. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒

การรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้ มีผลถึงวันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๒

ออกให้ ณ วันที่ ๒๓ เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑

ลงนาม.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทงศักดิ์ ยิ่งรัตนสุข)

ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## ภาคผนวก ง

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและขอความร่วมมือในการวิจัย



ที่ ศธ ๖๒๑๙/๐๓๕๓

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๓ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓ อินเตอร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส รหัสนิสิต ๕๗๙๒๐๓๒๙ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา  
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ดร.ไพบุลย์  
พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในกรณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอ  
ความอนุเคราะห์อนุญาตให้นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้ป่วยโรคหัวใจ  
ที่มีภาวะขาดเลือดเฉียบพลัน ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามนัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)  
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา  
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๔๓



ที่ ศธ ๖๒๑๘/ ๑๕๓๗

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

เรียน นายแพทย์ยุทธชัย มาตระกูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส รหัสนิสิต ๕๗๙๒๐๓๒๙ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา  
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ดร.ไพบุลย์  
พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในกรณีนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้กับนิสิตดังกล่าว  
เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามนัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา  
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๔๓



ที่ ศธ ๖๒๑๘/ ๑๕๓๖

คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

เรียน นายแพทย์ปิยพงษ์ ชินสุทธิ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส รหัสนิสิต ๕๗๙๒๐๓๒๙ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา  
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ดร.ไพบุลย์  
พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ในกรณีนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือให้กับนิสิตดังกล่าว  
เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีคุณภาพต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามนัยดังกล่าวด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

*CP Sorn*

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ฝ่ายวิชาการบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐ ๓๘๑๐ ๒๗๔๓



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ บัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ โทร. ๒๗๔๓  
 ที่ ศธ ๖๒๑๙/ ๑๑ ๕๔ วันที่ ๖ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๐  
 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

เรียน ดร.พวงทอง อินใจ

ด้วย นายณัฐพงษ์ ยาวะโนภาส รหัสบัณฑิต ๕๗๙๒๐๓๒๙ นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา  
 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติ  
 ให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาด  
 เลือดเฉียบพลัน ซึ่งอยู่ในความควบคุมดูแลของ ดร.ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
 ในกรณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตรวจสอบความตรงของ  
 เครื่องมือให้กับนิสิตดังกล่าว เพื่อนิสิตจะได้นำไปปรับปรุงเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้มีคุณภาพ  
 ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ตามนัยดังกล่าวด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)  
 คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์