

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Factors influencing Self-management Behaviors among Acute Myocardial Infarction Patients

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ณรงค์กร ชัยวงศ์^{1*}, สุภาภรณ์ ดวงแพง² และ เขมราดี มาสิงบุญ²

Narongkorn Chaiwong^{1*}, Supaporn Duangpaeng² and Khemaradee Masingboon²

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master Degree Nursing Student, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

² ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี

² Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi, Thailand

* ติดต่อผู้พิมพ์: narongkorn_chai54@hotmail.com

* Corresponding author: narongkorn_chai54@hotmail.com

วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2557;9(3):112-119

Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2014;9(3):112-119

บทคัดย่อ

Abstract

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะซึมเศร้า **วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการรักษาตามแพทย์นัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 155 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นและคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย multiple regression analysis **ผลการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 59.10, SD = 8.27$) เมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับสูงเพียงด้านเดียว ส่วนด้านกรบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย/การทำกิจกรรม และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 51 ($R^2 = 0.51, P < 0.001$) **สรุป:** การรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

Objective: To study factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction (AMI) patients including perceived health status, self-efficacy, family support and depression. **Method:** In this predictive study, the sample was 155 AMI patients who were followed up at the outpatient department of Rayong hospital, Prapokklao Chantaburi hospital and Buddhasothorn hospital (Chacherngsao). They were selected by proportionate stratified random sampling method from October to December, 2013. Multiple regression analysis was conducted to test the relationships. **Results:** The overall self-management behaviors score of participant was at a moderate level ($M = 59.10, SD = 8.27$). Considering subcategories of self-management behaviors, the score of adherence to care plan behavior was at a high level ($M = 19.22, SD = 2.71$), whereas other behavior scores were at moderate level. The perceived self-efficacy and family support significantly predicted self-management behaviors in AMI patients with a predicting power of 51 percent of variance explained ($r = 0.51, P < 0.001$) **Conclusion:** Perceived self-efficacy and family support significantly predict self-management behaviors in acute myocardial infarction patients.

Keywords: perception of health, depression, perceived self-efficacy, family support, self-management behaviors, acute myocardial infarction patients

คำสำคัญ: การรับรู้ภาวะสุขภาพ, การสนับสนุนจากครอบครัว, ภาวะซึมเศร้า, การรับรู้สมรรถนะตนเอง, พฤติกรรมการจัดการตนเอง, ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) นับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระหว่างปี 2553 - 2554 จำนวน 55,470 และ 62,050 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ระหว่างปี 2552 - 2554 เท่ากับ 20.7, 20.5 และ 22.5 ตามลำดับ¹ จากพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ส่งผลทำให้สมรรถภาพในการทำงานหัวใจลดลง ร้อยละ 52 และ ร้อยละ 60 ผู้ป่วยมีกิจกรรม

ลดลง² ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ตามปกติ³ ผู้ป่วยบางรายต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ต้องออกจากงานก่อนเวลาอันควรหรือเปลี่ยนงาน ทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้และต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น⁴ นอกจากนี้ยังส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่ายกับความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่และความเครียดที่เรื้อรังทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁵

ปัจจุบันถึงแม้จะมีเทคโนโลยีการรักษาที่ทันสมัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด การขยายหลอดเลือดด้วย

บอลลูนหรือใส่ชุดลดแรงกระแทก หรือการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แต่การรักษาด้วยวิธีดังกล่าวเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ เนื่องจากปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคกำเริบรุนแรง เกิดจากการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ต่อเนื่อง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย การแข่งขันเรื้อรัง และมีภาวะเครียดเรื้อรัง เป็นต้น⁶ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำหรือการกำเริบของโรคก่อนเวลาอันควร³ ซึ่งการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวกระทำหรือแสดงเพื่อลดผลกระทบการเจ็บป่วย ได้มีการนำมาใช้กว้างขวางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับการรักษา การจัดการอาการ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต และการจัดการอารมณ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง^{8,9} เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้อาการกำเริบหรือมีความรุนแรงมากขึ้น และให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ได้ คงไว้ซึ่งความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต¹⁰ จากศึกษาการจัดการตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

ในปี ค.ศ. 2009 Ryan and Sawin⁷ ได้นำเสนอทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (The Individual and Family Self-management Theory) ซึ่งมีจุดเน้นให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถเกิดการจัดการตนเองได้ โดยมองว่าครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีอิทธิพลต่อกันในการเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การที่จะให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและปฏิบัติต่อเนื่องนั้น ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนจากครอบครัว (Family support) เป็นส่วนสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการพัฒนาความรู้ทักษะและความสามารถในการกำกับตนเอง (Knowledge, self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-efficacy) ว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจัดอยู่ในมิติของกระบวนการจัดการตนเอง (Process of self-management) ตามกรอบทฤษฎี ปัจจัยในมิตินี้ได้แก่ ความรู้ความเชื่อของบุคคล ทักษะในการกำกับตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยในมิติบริบท (Context) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการจัดการตนเองอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วยเงื่อนไขที่เฉพาะเจาะจงกับการเจ็บป่วย (Condition specific) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม (Physical & social environment) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว (Individual & family) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในมิตินี้ได้แก่

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงการบริการ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น จากปัจจัยทั้งหมดในมิติต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ (Outcomes) ทางสุขภาพ ได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ที่เฉพาะเจาะจง การมีภาวะสุขภาพ รวมถึงคุณภาพชีวิตและความผาสุก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001¹² และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลในครอบครัวจะมีความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคมากขึ้น¹³

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมจัดการตนเองในเรื่องการดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำของโรค เช่น ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองระดับไม่ดีในด้านการออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และการรับประทานยาตามแผนการรักษาไม่สม่ำเสมอ¹⁴ มีความเครียดค่อนข้างบ่อย (ร้อยละ 66.70) ไม่ออกกำลังกาย (ร้อยละ 39.70)¹⁵ และยังสูบบุหรี่ประจำซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 13.3³ เป็นต้น จากพฤติกรรมดังกล่าว นำมาสู่การเกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำใน 30 วันแรก (ร้อยละ 12.70) กลับมาพบแพทย์ก่อนนัด (ร้อยละ 17.50)¹⁵ มีอาการหอบเหนื่อย และกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปอดบวม น้ำ ซึ่งพบบ่อยในช่วง 3 - 6 เดือนหลังจำหน่าย¹⁴ นอกจากนี้ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 35 มีการกลับเป็นซ้ำของโรคภายใน 6 ปี หลังจากเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันครั้งแรก¹⁶ จากการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมทั้งในระยะภายหลังการจำหน่ายและในระยะยาว ซึ่งอาจมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองระหว่างปี 2538 ถึงปัจจุบัน พบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลกับการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ซึ่งพบปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีของ Ryan & Sawin (2009) จากการศึกษา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดง โคโรนารี ($r = 0.72, P = 0.001$)¹⁷ ส่วนภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.496, P < 0.05$)¹⁸ และจากการศึกษา

ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550)¹⁹ พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.26, P < 0.01$) นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ดีที่สุด ($Beta = 0.39, P < 0.001$)²⁰ ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่มีแนวโน้มของการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มมากขึ้น¹ และพบว่าการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันยังมีจำกัด ซึ่งยังไม่สามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ชัดเจน ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัย คาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์จำเพาะดังนี้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีสมมติฐานการวิจัยว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถรวมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

การศึกษานี้มีประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ ของโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2556 ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มาตรวจรักษาตามแพทย์นัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งมีคุณสมบัติคือ มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

เฉียบพลัน และได้รับการรักษาด้วยวิธี การช้ยา การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนหรือโคโรนาราย หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือนไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย หากมีโรคร่วมต้องเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมีอาการคงที่ และสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบกำหนดตามสถิติ Multiple Regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล²¹ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Analysis ผู้วิจัยกำหนดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยมีค่า $r = 0.26$ คำนวณตามสูตร $f^2 = R^2 / 1 - R^2$ ได้ค่าเท่ากับ 0.08 กำหนดค่าความเชื่อมั่น ($\alpha = .05$) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 มีตัวแปรทั้งหมดจำนวน 4 ตัวแปร แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 155 ราย

ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นและคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละชั้น (Proportionate stratified random sampling) ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งหมด 7 โรงพยาบาล โดยสุ่มมาทั้งหมด 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพุทธโสธร คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 59, 53, และ 43 รายตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากจากเลขที่บัตรคิวที่เป็นเลขคู่หรือเลขคี่ในแต่ละวันจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่มารับการตรวจตามนัดแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจของแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยดำเนินการสุ่มแบบนี้ทุกวัน จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 6 ชุดดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา การเบิกจ่ายค่ารักษา บุคคลที่พักอาศัยด้วย ระยะเวลาเจ็บป่วย ประสบการณ์การเจ็บป่วย ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ วิธีการรักษา

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตาม Guideline for cardiac rehabilitation and secondary prevention (ACC/AHA, 2007) ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมที่เหมาะสม ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ เอสเอฟ-12 (Short Form Health Survey; SF-12) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated โดยแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 2 ด้านได้แก่คะแนนรวมทางด้านร่างกาย (physical component score: PCS) และคะแนนรวมทางด้านจิตใจ (mental component score: MCS)²² (ใบอนุญาตเลขที่ QM019740)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ซึ่งพัฒนาโดย The Center for Epidemiologic Studies ที่แปลเป็นภาษาไทยและเรียบเรียงโดย อุมพร ตรังคสมบัติ และคณะ (2540)²³ ใช้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ใหญ่ในชุมชนเป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการไม่ใช่การวินิจฉัยค้นหาโรคจำนวน 20 ข้อ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 17 ข้อ

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ มาลิน มาลาอี (2549)¹² สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (1974) และ Cobb (1976) มีข้อคำถาม 27 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำค่าที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 1.00 และ 0.92 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาประมาณความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่ามีความเชื่อมั่นในระดับสูง โดยพบค่า Cronbach' alpha coefficient ของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.87 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเอง เท่ากับ 0.93 และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว เท่ากับ 0.97

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 08-08-2556 วันที่รับรอง 12 กันยายน 2556 โดยผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ์และเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบถึงสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใดๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับ โดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้นำบันทึกจากคณะ คณาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับฉลากจากเลขที่บัตรคิว (เลขคู่-เลขคี่) ในแต่ละวันของผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ภายหลังจากได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนาโดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (stepwise multiple regression)

ผลการศึกษา

ตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.5) มีอายุเฉลี่ย 58.92 ($SD = 11.10$) อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 30 และ 82 ปีตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.3) การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 68.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.5) ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 75.5) ใช้สิทธิสวัสดิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) (ร้อยละ 74.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 95.5) ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 20.6) ระยะ 1 – 6 ปี (ร้อยละ 63.8) มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง (ร้อยละ 51.6) นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยสูบบุหรี่

(ร้อยละ 56.8) ยังคงสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 30.7) เคยดื่มสุรา/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 52.9) และยังคงดื่มอยู่ (ร้อยละ 23.2) ส่วนวิธีการรักษาที่ได้รับครั้งล่าสุด คือ การรักษาด้วยยา (ร้อยละ 60.6) การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน/ขดลวดโครงตาข่ายร่วมกับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 32.3) และการผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจร่วมกับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตัวแปรทางจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (ตารางที่ 1) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 91.61 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 56.67 (SD = 6.75) และจากการประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.48 ไม่มีภาวะซึมเศร้า อยู่ในข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.35 และมีภาวะซึมเศร้าสูงเพียงร้อยละ 5.17 ส่วนการรับรู้สมรรถนะตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 65.83 (SD = 8.86) รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 103 (SD = 16.70)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (N = 155)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับ
	ช่วงที่เป็นไปได้	ที่พบในกลุ่มตัวอย่าง			
การรับรู้สมรรถนะตนเอง (โดยรวม)	17 - 85	33 - 84	65.83	8.86	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัว (โดยรวม)	27 - 135	35 - 135	103.00	16.70	สูง

จากการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูงเพียงด้านเดียวคือ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 19.22 (SD = 2.71) ส่วนด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย/การทำกิจกรรมที่เหมาะสม และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N = 155)

ปัจจัย	ช่วงคะแนน		Mean	SD	ระดับ
	ที่เป็นไปได้	ที่พบในกลุ่มตัวอย่าง			
พฤติกรรมจัดการตนเอง (โดยรวม)	20 - 80	35 - 78	59.10	8.27	ปานกลาง
ด้านการบริโภคอาหาร (5)	5 - 20	6 - 20	14.30	2.85	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย (5)	5 - 20	5 - 20	14.05	2.70	ปานกลาง
ด้านการจัดการความเครียด (4)	4 - 16	4 - 16	11.51	2.46	ปานกลาง
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา(6)	6 - 24	10 - 24	19.22	2.71	สูง

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการตนเอง กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว

เมื่อพิจารณาตัวแปรต้นแต่ละตัวแปรต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นตัวแปรต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.167, P < 0.05$; $0.700, P < 0.00$ และ $0.610, P < 0.01$, ตามลำดับ) ส่วนภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ($r = -0.440$)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

เมื่อพิจารณาตัวแปรต้นทั้งหมด (การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว) ที่คาดว่ามามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองพร้อมกันทั้งหมด พบว่าทั้งสี่ตัวแปรนี้สามารถรวมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้มากที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = 0.55 และ 0.21 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สมการถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N = 155)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	R	R ²	R ² change	F
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	0.51	0.55	0.70	0.49	0.49	146.62
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.10	0.21	0.71	0.51	0.02	78.81

Std. Error = 3.56, Intercept = 14.89, R² = 0.51, F_(2,153) = 78.81

* = P < 0.05; ** = P < 0.01; *** = P < 0.001

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูงเพียงด้านเดียว คือ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่วนพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย/การทำกิจกรรม และด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 65.83, 103.00 ตามลำดับ) รวมถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับดี มากกว่าไม่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (M = 60.53,

64.06) (SD = 7.55, 9.11) ตามลำดับ แต่พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่เพียงระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรืออาการรบกวนต่าง ๆ จากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ก็อาจจะเลยการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองตามที่คุณค่าการทางการแพทย์แนะนำ สอดคล้องกับ ศิริพร สามสี (2547)²⁴ พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดจากการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในช่วงภาวะวิกฤติในชีวิตเท่านั้น ถ้าโรคไม่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือกำเริบ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะไม่แสดงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่เคร่งครัด อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างยังมีการรับรู้สมรรถนะตนเองและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเอาใจใส่จากครอบครัว มีกำลังใจและเกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเป็นระยะ ๆ จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 63.6) ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย มีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ จิวสืบพงษ์ (2550)²⁵ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.460, P = 0.001$) ส่วนอาชีพก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่ทำงานต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน ต้องแบ่งเวลาในการปฏิบัติงานประจำ จึงมีข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมหรืออาจปฏิบัติได้ไม่เต็มที่ เหตุผลดังกล่าวสนับสนุนผลการศึกษานี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประกอบอาชีพต่าง ๆ รวมกันร้อยละ 76.5 ซึ่งอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ไม่เต็มที่ เช่นเดียวกับระดับการศึกษาที่ต่ำจะทำให้การเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ น้อยลง รวมถึงการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเผชิญอยู่ไม่ถูกต้อง นำไปสู่การมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมเท่าที่ควร จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 68.6) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ระดับการศึกษาที่ต่ำ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเพียงระดับปานกลาง สอดคล้องกับเหตุผลด้านอื่น ๆ ที่กล่าวมา

ส่วนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับสูงเพียงด้านเดียวอาจเนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมด้านดังกล่าวเป็นวิธีการที่สามารถกระทำได้ง่ายและไม่ยุ่งยาก โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะเชื่อว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยการรับประทานยา การตรวจตามนัด เป็นวิธีที่สามารถควบคุมอาการและจะทำให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาสถานบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองกับความเชื่อและการรับรู้ที่เกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันมีระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้

ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะมียาใช้ได้มากหรือน้อยก็สามารถเข้าถึงบริการได้จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) มากถึงร้อยละ 74.8 ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่ามี 2 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว ($R^2 = 0.51, F_{(2,153)} = 78.81, P < 0.001$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้มากที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = 0.547 และ 0.207 ตามลำดับ) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นส่วนสำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ บุคคลในครอบครัวยังมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self efficacy) ว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ ประสพผลสำเร็จ รวมถึงคอยประคับประคองและสร้างความมั่นใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยดังกล่าวจัดอยู่ในมิติด้านกระบวนการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin (2009)⁷ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.167$) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 91.61 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 56.67 (SD = 6.75) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 39.4 ได้รับการรักษาด้วยการถ่ายขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) และ การผ่าตัด (CABG) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการรักษาดังกล่าวสามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดี ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ (re-infarction) และลดอัตราการตายได้ดีกว่าทั้งในระยะสั้นและระยะยาว²⁶ ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร้อยละ 53 ใน 3 เดือนหลังได้รับการรักษาและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น²⁷ แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่

เหมาะสม โดยพบว่าภายหลังได้รับการทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะใช้อาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจความเจ็บป่วยของตนเอง หากไม่มีอาการเจ็บหน้าอกซ้ำจะเกิดการรับรู้ว่าตนเองหายจากโรค²⁸ เมื่อมีอาการดีขึ้น ไม่เจ็บหน้าอก ก็จะกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิม และละเลยการปฏิบัติตนตามที่บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้

ภาวะซึมเศร้าเป็นอีกปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.440$) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นความเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้สึกอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคล ไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะมีความคิดทางลบต่อตนเอง ต่อสังคมและอนาคตทำให้เกิดความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ มีความรู้สึกเศร้า หดหู่ใจ ประเมินตนเองต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดสติปัญญา แรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ลดลง แยกตัวจากสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือไม่อยากปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ในสังคมไทยลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเอาใจใส่ดูแลทั้งจากคู่สมรส บุตรหลานหรือบุคคลรอบข้าง จึงส่งผลช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย¹⁸ จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 81.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 95.5 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 75.48 ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

สรุปผลการศึกษา

การรับรู้สมรรถนะตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (ร้อยละ 51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้มากที่สุด รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว (Beta = 0.55 และ 0.21 ตามลำดับ) ดังนั้นพยาบาลควรสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะตนเอง เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง รวมถึงการนำปัจจัยทำนายไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันให้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

สำหรับด้านการปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ระดับปานกลางในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมที่เหมาะสม และการจัดการความเครียด ดังนั้น เจ้าหน้าที่พยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีขึ้น โดยการนำปัจจัยศึกษาที่มีค่าอำนาจการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว มาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่องต่อไป

ในการสอนนักศึกษาพยาบาลนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนด้านการวิจัยอนาคต นักวิจัยหรือพยาบาลควรนำปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายให้มีประสิทธิภาพต่อไป นอกจากนี้ควรมีการศึกษาลึกลับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันทั่วทุกภาคในประเทศไทย เพื่อยืนยันผลการวิจัยในครั้งนี้ หรือศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การกำกับตนเอง หรือรูปแบบการรักษาที่ได้รับ เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดของ Ryan and Sawin (2009)

ผลการวิจัยนี้ยังมีประโยชน์ด้านการบริหารการพยาบาล ผู้บริหารทางการพยาบาล โดยนำผลการวิจัยไปประกอบการกำหนดแนวปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยเน้นการใช้แนวคิดการสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้สมรรถนะตนเอง มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวปฏิบัติดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

References

1. Bureau of policy and strategy. Ministry of Public Health. Statistic Thailand. Bangkok; Office of the Permanent Secretary for Public Health, 2011. (in Thai)
2. Bunker SJ, Colquhoun DM. Stress and coronary heart disease: psychosocial risk factor. *Med J Am* 2003;178:17-21.
3. Tongin N, Sareewatana P, Dantearapakul P. Results of self-managment program on health status and quality of life in post percutaneous coronary intervention patients. *Vajira Med J* 2011;55(1):77-86. (in Thai)

4. Nuawapanit A. Handbook for care of patients with acute coronary syndrome after dilation of the coronary artery with percutaneous coronary intervention. Medical and Psychiatry Nursing. Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, 2009. (in Thai)
5. Wattanakitkriearat D. Psychosocial problems in patients with heart and lung disease and nursing care, *J Nurs Sci* 2009;27(2):22–31.
6. Tantitum J. Critical care nursing, 2nd ed. Bangkok. Nitibunakan, 2004. (in Thai)
7. Ryan P, Sawin K. The individual and Family Self-Management Theory: Background and perspective on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* 2004;57:217-225.
8. Richard AA, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholar* 2011;43:255–264.
9. Lorig K, Holman H. Self-management education: History, definition, outcome and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26(1):1–7.
10. Schulman G, Jaser S, Martin F, et al. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholar* 2012;44(2):136–144.
11. Yeesakul C. Self-management and quality of life in patients with ischemic heart disease in Songklanagarind hospital. *Songklanagarind J Nurs* 2010;30(2):1-16. (in Thai)
12. Malaee M. Effects of family social support program on perceived family social support and health promoting behaviors in ischemic heart patients. Master of nursing science thesis (Family Nursing). Graduate School, Burapha university, 2006. (in Thai)
13. Lotrakul N. Social support and health promoting behaviors among elderly with coronary artery disease. Master of nursing science Thesis in gerontological nursing. Graduate School, Chaingmai University, 2000. (in Thai)
14. Suwannasri A. Self-care behaviors of myocardial infarction patients before and after discharge from the hospital to home. Master of nursing science thesis (Adult nursing). Graduate School, Khon Kaen University, (2005). (in Thai)
15. Nasoongchon J. Self-care behaviors of post percutaneous transluminal coronary angioplasty and stenting patients. Master of nursing science thesis (Adult nursing). Graduate School, Khon Kaen University, (2009).
16. Srimorakot P. Medical-surgical nursing clinical management for positive outcomes. Bangkok. I Group Place Ltd, 2010. (in Thai)
17. Pringpurd S. Relationship between health perception, social support and self-care behavior of the patients undergoing coronary artery bypass grafting. Master of nursing science thesis (Adult nursing). Graduate School, Mahidol University, 1995. (in Thai)
18. Umpichit P. Factors related to self-care in acute coronary syndrome patients. *Cardiovasc Thorac Nurs J* 2011;10(2):35-45. (in Thai)
19. Boonmeesrisap A. Determinants of eating behavior of patients with coronary artery heart disease. Master of nursing science thesis (Adult nursing). Graduate School, Burapha university, 2007. (in Thai)
20. Kim N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nurs Res* 2010;4(1):45-55.
21. Faul F, Erdfelder E, Buchaner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(4):1149-1160.
22. Ware JE Jr, Kosinski M, Turner-Bowker D, Sundaram M, Gandek B., Maruish ME. SF-12v2 health survey: Administration guide for clinical trial investigators. Lincoln, RI. Quality Metric Incorporated, 2009.
23. Trangkasombat U, Larpboonsarp V, Hawanon P. Using the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). 1997. (Accessed on Jan. 5, 2012, at <http://www.dmh.go.th/test/cesd/cesd/>)
24. Samsee S. Family support in self-care of myocardial infarction patients after dilation of the coronary artery. Master of arts thesis (Medical and health social sciences). Graduate School, Mahidol University, 2005. (in Thai)
25. Jeiwsubpong W. The relationship between personal factors, severity level, depression, social support and functional status of myocardial infarction patients in Nakohn Sawan province. Master of nursing science thesis (Adult nursing). Graduate School, Burapha University, 2007.
26. Sukontason A. Coronary artery disease: The new frontiers. Chaingmai. Trick Think, 2010.
27. Weintraub WS, Jonh AS, Paul K, et al. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary disease. *New Eng J Med* 2008;395(7): 677-687.
28. Keawon W. Perception about illness and information regarding self care of patients with coronary artery disease underwent coronary artery intervention. Master of nursing science thesis (Adult nursing). Graduate School, Khon Kaen University, 2009. (in Thai)

Editorial note
*Manuscript received in original form on March 7, 2014;
 accepted in final form on December 24, 2014*