

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ¹

ลภัสรดา นาชัย พย.ม.²

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ Ph.D. (Nursing)³

จงจิต เสน่หา Ph.D. (Nursing)⁴

ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ พ.บ.,อ.ว. (อายุรศาสตร์หัวใจ)⁵

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 158 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน – กรกฎาคม 2564 ด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจแบบย่อ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยแบบย่อ แบบสอบถามภาวะเปราะบาง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 79.7 อายุเฉลี่ย 62.27 ปี (SD = 9.08) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 75.3 โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค และภาวะเปราะบางสามารถรวมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 11.6 (Nagelkerke $R^2 = 0.116$) ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคระดับสูง (OR = 5.54, 95% CI = 1.43 – 21.47, P = .013) และการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับมาก (OR = 2.45, 95% CI = 1.05 – 5.74, P = .038)

ข้อเสนอแนะ: โรงพยาบาลและทีมบุคลากรทางสุขภาพควรให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

วารสารสภากาชาด 2565; 37(3) 93-108

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดหัวใจ/ พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด/ความรู้เกี่ยวกับโรค/ ภาวะเปราะบาง/ การตอบสนองทางอารมณ์

วันที่ได้รับ 22 มี.ค. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 มิ.ย. 65 วันที่รับตีพิมพ์ 1 ก.ค. 65

¹ วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

³ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: sarinrut.sri@mahidol.edu

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁵ นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี

Factors Predicting Self-Care Behaviours in Patients with Coronary Artery Disease¹

Lapasrada Nachai, M.N.S.²

Sarinrut Sriprasong, PhD (Nursing)³

Chongjit Sanaha, PhD (Nursing)⁴

Thamarath Chantadansuwan, (Cardiologist)⁵

Abstract:

Objective: To investigate the predictive power that cognitive representation of illness, emotional response, knowledge of the disease, and frailty could have on self-care behaviours in patients with coronary artery disease

Design: Predictive correlational research

Methodology: The subjects were 158 male and female patients aged 18 and above, recruited via simple random sampling. The subjects, who were diagnosed to have developed coronary artery disease for at least 6 months, were treated at a specialised tertiary hospital. Data were collected between April and July 2021, using a personal information questionnaire, the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory, the Brief Illness Perception Questionnaire, the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (short version), and the Frailty Scale Questionnaire. Descriptive statistics and logistics regression analysis were used to analyse the data.

Results: The majority of the sample (79.7%) were male with an average age of 62.27 years (SD = 9.08). Most of the subjects (75.3%) displayed a high overall level of self-care behaviour. The analysis of predictive power revealed that cognitive representation of illness, emotional response, knowledge of the disease, and frailty were able to jointly predict 11.6% self-care behaviours in coronary artery disease patients (Nagelkerke $R^2 = 0.116$). The factors identified as having significant predictive power on self-care behaviours were high level of knowledge of the disease (OR = 5.54, 95% CI = 1.43 – 21.47, $p = .013$) and high level of cognitive representation of illness (OR = 2.45, 95% CI = 1.05 – 5.74, $p = .038$).

Recommendations: Nurses and members of a healthcare staff should educate coronary artery disease patients on the disease process and cognitive representation of the illness, to promote better self-care behaviours.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(3) 93-108

Keywords: coronary artery disease; self-care behaviours; cognitive representation of illness; knowledge of the disease; frailty; emotional response

Received 22 March 2022, Revised 11 June 2022, Accepted 1 July 2022

¹ Master thesis, Master of Nursing Science Program in Adult & Gerontological Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

² Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University Corresponding author; E-mail: sarinrut.sri@mahidol.edu

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University

⁵ Director, Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) เป็นโรคเรื้อรังที่จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากอุบัติการณ์ร่วมกับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ใน 10 ทั่วโลก¹ โดยในปี พ.ศ. 2560 พบประชากรทั่วโลกเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 126.5 ล้านคน โดยคิดอัตราส่วน 1,655 รายต่อประชากรแสนคน คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 2,228 รายต่อประชากรแสนคน² สำหรับประเทศไทย พบว่าประชากรที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 15 ขึ้นไป มีจำนวน 78,254 ราย โดยมีอัตราป่วย 160.28 รายต่อประชากรแสนคน³ รายงานในสหรัฐอเมริกา พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวน 9.0 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ⁴ สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2557 ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 6,906 ล้านบาทต่อปี โดยคิดจากผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ⁵ ดังนั้นโรคหลอดเลือดหัวใจจึงส่งผลกระทบต่อภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากการสะสมของคราบไขมันในผนังหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกคงที่ (stable angina หรือ chronic stable angina) สามารถหายได้หลังจากพักหรืออมยาใต้ลิ้น และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome)⁶ จากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน (intracoronary thrombosis) ผู้ป่วยมักจะมีอาการเจ็บหน้าอกรุนแรง ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยจึงมีทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะชะลอความก้าวหน้าของโรคเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดอาการกำเริบ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองให้เหมาะสม⁷ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกายและ

ยังสูบบุหรี่อยู่ ขาดการจัดการความเครียด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ 12.7, 12.0, 8.3 และ 3.9 เท่า ตามลำดับ⁸ ดังนั้น การมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงมีความจำเป็นเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดปัจจัยเสี่ยง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึงการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วย อันเกี่ยวกับกระบวนการดูแล รักษา การส่งเสริมสุขภาพ ในภาวะปกติและการจัดการดูแลตนเอง เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ¹⁰ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอยู่เสมอและต่อเนื่อง 2) การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองในภาวะปกติ และ 3) การดูแลตนเองเมื่ออยู่ในระยะวิกฤตโดยการค้นหาแนวทางหรือปรึกษาผู้รู้และจัดการดูแลตนเองให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้¹¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังได้ผลไม่สอดคล้องกัน ดังเช่น การศึกษาของ Lu และคณะ¹² พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 84.7 มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานอย่างสม่ำเสมอ แตกต่างจากการศึกษาของ Khodaminasab และคณะ¹³ พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาเพียงร้อยละ 58.23 ขณะเดียวกันผู้ป่วยมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 42.75 เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ความเสื่อมสภาพตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมถึงการมีข้อจำกัดในภาวะหน้าที่การทำงาน¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Riegel ในประเทศไทยมีการศึกษาอย่างจำกัด พบเพียงการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร และคณะ¹⁴ ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพบว่าปัจจัยบางประการมีผลต่อพฤติกรรม การดูแล

ตนเองที่สอดคล้องกับทฤษฎี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ป่วยให้สามารถคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีต่อไป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (cognitive illness representation) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิด แปลผลและให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยประเมินจากอาการหรือประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยเอง¹⁵ พบว่า ก่อนทราบว่าตนเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีการตัดสินใจล่าช้า มีความคลุมเครือกับอาการของโรค ไม่สามารถควบคุมการดูแลตนเองและเข้ารับการรักษา แต่หากได้รับการวินิจฉัยโรคแล้วจะรับรู้ว่าเป็นภาวะรุนแรงอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต รับรู้ถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำและตามแผนการรักษา แต่เมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤตโดยที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตจะรับรู้เสมือนว่าตนหายจากโรค จึงละเลยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง¹⁶

สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional response) เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่มีผลมาจากความเจ็บป่วย เช่น ความกลัว โกรธ กังวล ซึมเศร้า¹⁵ ระยะแรกของการรับรู้ว่าเป็นโรคจะเกิดความวิตกกังวล กลัวการเสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาอย่างสม่ำเสมอ¹⁷ จากนั้นจะกังวลเกี่ยวกับอาการกำเริบ เช่น อาการแน่นหน้าอกและซึมเศร้า รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว มีปัญหาทางการเงิน¹⁸ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายไม่รู้สีกังวลเกี่ยวกับโรคของตน จึงละเลยที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น ไม่ออกกำลังกาย ยังคงสูบบุหรี่อยู่¹⁹

ความรู้เกี่ยวกับโรค (Knowledge of the disease) เป็นข้อมูลอันเกิดจากการสะสมประสบการณ์ การเรียนรู้

ของผู้ป่วย สามารถให้ความหมาย สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง อาการ การรักษาและการป้องกันได้²⁰ ผู้ป่วยบางรายรับรู้ว่าเป็นโรคแต่ไม่มีความรู้เรื่องอาหาร²¹ ไม่รู้วิธีการอมยาใต้ลิ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ระดับสูงจะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ขาดความใส่ใจในแผนการรักษาของแพทย์จึงไม่ปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์และขาดความร่วมมือในการดูแลตนเองที่ดี¹²

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นลักษณะของระบบภายในร่างกายที่มีการเสื่อมสภาพตามการดำเนินโรค²² สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะเปราะบางเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสารชีวภาพ (biomarkers) คือการเพิ่มขึ้นของสาร C-reactive protein และ cystatin C หรือการลดลงของ vitamin D และ albumin ทำให้เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อหัวใจอย่างต่อเนื่องเปลี่ยนผ่านสู่ความบกพร่องเชิงโครงสร้าง เกิดการสูญเสียหน้าที่และความไม่สมดุลของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย²² มีการศึกษาพบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ²³ จากความเสื่อมสภาพของร่างกาย อายุที่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการจัดการดูแลตนเอง²³ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วงอายุต่ำกว่า 60 ปี

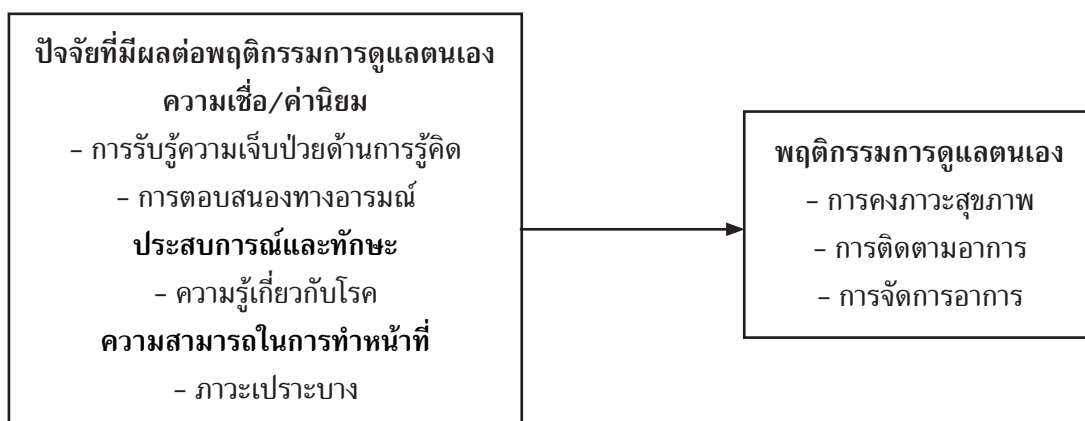
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ยังมีความขัดแย้งกันอยู่โดยไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองและเป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับภาวะเปราะบางยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ช่วงอายุต่ำกว่า 60 ปี ดังนั้น การศึกษาดังนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย

ดังกล่าวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมและเป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์ทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (self-care of chronic illness ของ Riegel และคณะ¹¹ ซึ่งได้กล่าวถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือการคงภาวะสุขภาพ (self-care maintenance) การติดตามอาการ

(self-care monitoring) และการจัดการอาการ (self-care management) โดยเชื่อว่ากระบวนการดูแลตนเองมีความเชื่อมโยงกัน โดยการติดตามอาการเป็นกระบวนการต่อเนื่องระหว่างคงภาวะสุขภาพและการจัดการอาการ โดยปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ คือปัจจัยด้านความเชื่อ/ค่านิยม ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด และการตอบสนองทางอารมณ์ ประสบการณ์ และทักษะ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค และความสามารถในการทำหน้าที่ ได้แก่ ภาวะเปราะบาง¹¹ ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดวิจัยประยุกต์จากทฤษฎี Self-care of Chronic Illness ของ Riegel และคณะ¹¹

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบาง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และมาตรวจตามนัดในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและคลินิกผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI clinic) โรงพยาบาล ตติยภูมิ จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างน้อย 6 เดือน 2) กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุ 60 ปีขึ้นไปต้องมีระดับการรู้คิดปกติ โดยใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ฉบับภาษาไทย ผ่านเกณฑ์ 3 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีอาการและอาการแสดงไม่คงที่ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก อัตราชีพจรมากกว่า 150 ครั้ง/นาที ภาวะความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 80 มิลลิเมตร.ปรอทหรือมากกว่า 180 มิลลิเมตร.ปรอท 2) เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว 4) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย 5) เป็นโรคจิตเภทกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง 6) มีความผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคสมองเสื่อม

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tails test) อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ค่ากำลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้การศึกษาที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่า Odds ratio เท่ากับ 2.85²⁴ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 158 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง Mini-cog ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย Borson และคณะ²⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร ตรงสกุลและคณะ²⁶ ใช้คัดกรองสมรรถภาพทางสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่

60 ขึ้นไป ค่าคะแนน 0-2 หมายถึง มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ค่าคะแนน ≥ 3 คะแนน หมายถึง มีภาวะการรู้คิดปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะด้านสุขภาพ รวบรวมจากเวชระเบียน ได้แก่ ระยะเวลาการเกิดโรค โรคร่วม ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล อาการเจ็บหน้าอกประเมินจาก Canadian Cardiovascular Society (CCS) classification ผลการตรวจคลื่นสั่นหัวใจ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory: SC-CHDI) พัฒนาโดย Dickson และคณะ⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดยนฤเบศร์โกศล และคณะ²⁷ มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ การจัดการอาการ มีจำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า นำคะแนนรวมปรับเป็นฐานร้อยทั้งรายด้านและโดยรวมเท่ากับ 100 คะแนน โดยค่าจุดตัด cut-off point มากกว่าหรือเท่ากับ 70⁷ ค่าคะแนน < 70 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับไม่ดี ค่าคะแนน ≥ 70 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี

3. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย ฉบับย่อ (The Brief-Illness Perception Questionnaire: Brief-IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ²⁸ แปลเป็นภาษาไทยโดยนภาพร ไสวณางกูร²⁹ มีคำถามจำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด มีข้อคำถาม 7 ข้อ คำถามข้อที่ 1 - 5,

7 ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่าเชิงเส้น คะแนนรวม 0-60 คะแนน ข้อที่ 9 เป็นคำถามปลายเปิด ไม่นำมาคิดคะแนน ข้อที่ 3, 4 และ 7 ต้องกลับการคิดคะแนน นำคะแนนรวมหาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 - 10 คะแนน เมื่อเทียบกับค่ากลางเท่ากับ 5 (Neutral point = 5) ค่าคะแนน < 5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับน้อย ค่าคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับมาก 2) ประเมินการตอบสนองทางอารมณ์ มีคำถาม 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่าเชิงเส้น คะแนนรวม 20 คะแนน นำคะแนนรวมหาค่าเฉลี่ย 0 - 10 คะแนน เมื่อเทียบกับค่ากลางเท่ากับ 5 (Neutral point = 5) ค่าคะแนน < 5 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองทางอารมณ์ระดับน้อย ค่าคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง มีการตอบสนองทางอารมณ์ระดับมาก

4. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease Education Questionnaire-Short Version; CADE-Q SV) พัฒนาโดย Ghisi และคณะ²⁰ คณะผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทย ด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ของ Brislin³⁰ จากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (face validity) โดยปรับรายละเอียดบางส่วนและภาษาให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะให้เลือกตอบ “ถูก” “ผิด” หรือ “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ” ตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ/ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน ค่าคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน คิดคะแนนเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 0 - 100 แปลผลคะแนนได้ 3 ระดับ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับต่ำ ตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79 มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับปานกลางและร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับสูง

5. แบบสอบถามภาวะเปราะบาง (Frail Scale Questionnaire) พัฒนาโดย Morley และคณะ³¹ คณะผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยด้วยกระบวนการแปลย้อนกลับ (back translation) ของ Brislin³⁰ จากนั้นนำมาตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (face validity) โดยปรับรายละเอียดบางส่วนและภาษาให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำถามมี 5 ข้อ ค่าคะแนนรวม 0-5 คะแนน เมื่อเทียบกับค่ากลางเท่ากับ 3 (Neutral point = 3) ค่าคะแนน < 3 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง ค่าคะแนน ≥ 3 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

แบบสอบถามทั้งหมดได้รับการอนุญาตใช้จากผู้พัฒนาเครื่องมือและได้นำแบบสอบถามตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ก่อนนำไปใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .830 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อและแบบสอบถามภาวะเปราะบางโดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (Intraclass Correlation Coefficient; ICC) เท่ากับ .948 และ .892 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้วิธีคูเดอร์ริชาร์จสันได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .814

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS 2021/604. 1902 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลตติยภูมิ เลขที่ 023/2564 โดยผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจาก

กลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการมาตรฐานภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ที่กำหนด โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล เก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ 5 ปีและนำเสนอข้อมูลแบบภาพรวม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์โรงพยาบาลตติยภูมิ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกแฟ้มเวชระเบียนด้วยตนเอง แผนกคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและคลินิกผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจตั้งแต่ 08:00 -12:00 น. โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาทีโดยเป็นช่วงก่อนหรือหลังพบแพทย์สำหรับผู้ป่วยร่วมวิจัยที่มีปัญหาการมองเห็น ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านข้อความของแบบสอบถามและทำการบันทึกจากคำตอบในแบบสอบถาม โดยปราศจากการชักจูงให้ตอบคำถามไปในทิศทางใด ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามใด ๆ ก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้โปรแกรมสถิติคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์

ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติสถิติไคสแควร์ (chi-square)

3. วิเคราะห์อำนาจทำนายของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (binary logistic regression) แบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในระดับขั้นตอนเดียว (enter method) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทดสอบความถูกต้องเหมาะสมของสมการด้วยวิธี Hosmer and Lemeshow test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.7 มีอายุเฉลี่ย 62.27 ปี (SD = 9.08) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 83.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.8 ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 47.5 ระยะเวลาการเกิดโรคเฉลี่ย 2.91 ปี (SD = 1.54) มีระดับอาการเจ็บหน้าอก Class I (Canadian Cardiovascular Society Classification; CCS) ร้อยละ 75.9

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม 3-4 โรค ร้อยละ 51.8 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 98.1) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 88.6) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 44.3) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีอาการเจ็บหน้าอกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 74.7 และพบว่า มีประสบการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 52.5 ส่วนใหญ่การบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดี ($\geq 50\%$) ร้อยละ 75.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประวัติการรักษาในโรงพยาบาล ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โรคร่วม (n = 158)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการเข้ารักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาช่วง 1 ปี		
ไม่เคย	2	1.3
เคย	156	98.7
1 ครั้ง	82	52.5
2 ครั้ง	58	37.1
มากกว่า 2 ครั้ง	16	10.2
($\bar{X}$ = 1.57, SD = 0.67, Range = 1 - 3)		
ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (%)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40	10	6.3
41-49	29	18.4
50 ขึ้นไป	119	75.3
($\bar{X}$ = 58.40, SD = 11.31, Range = 30 - 85)		
โรคร่วม		
≤ 2 โรค	68	33.0
3 - 4 โรค	82	51.8
≥ 5 โรค	8	5.1

3. ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดีร้อยละ 75.3 (Mean = 73.24, SD = 15.64) โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการคงภาวะสุขภาพเท่ากับ 75.80 (SD = 12.69) รองลงมาคือด้านการติดตามอาการเท่ากับ 74.82 (SD = 21.39) และด้านการจัดการอาการเท่ากับ 69.09 (SD = 20.35) ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับมาก ร้อยละ 69.6 (SD = 4.36) มีการตอบสนองทางอารมณ์ระดับมาก ร้อยละ 58.9 (SD = 3.07) มีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับต่ำ ร้อยละ 29.7 กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะเปราะบางร้อยละ 79.1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 158)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง		
ระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน)	119	75.3
ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 70 คะแนน)	39	24.7
($\bar{X}$ = 73.24, SD = 15.64, Range = 37 - 94)		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ความเจ็บป่วย ด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 158) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด		
ระดับน้อย (<5 คะแนน)	48	30.4
ระดับมาก (≥ 5 คะแนน)	110	69.6
($\bar{X} = 5.40$, $SD = 1.18$, $Range = 2.33 - 8.67$)		
การตอบสนองทางอารมณ์		
ระดับน้อย (< 5 คะแนน)	65	41.1
ระดับมาก (≥ 5 คะแนน)	93	58.9
($\bar{X} = 5.22$, $SD = 2.81$, $Range = 0 - 10$)		
ความรู้เกี่ยวกับโรค		
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	47	29.7
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79)	82	51.9
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	29	18.4
($\bar{X} = 12.43$, $SD = 3.45$, $Range = 6 - 18$)		
ภาวะเปราะบาง		
ไม่มีภาวะเปราะบาง	125	79.1
มีภาวะเปราะบาง	33	20.9
($\bar{X} = 1.61$, $SD = 1.44$, $Range = 0 - 5$)		

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ กลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับมาก มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับน้อย ($\chi^2 = 4.272$,

$p = .039$) และกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับต่ำและสูงตามลำดับ ($\chi^2 = 8.222$, $p = .016$) ในขณะที่การตอบสนองทางอารมณ์ และภาวะเปราะบาง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (N = 158)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการดูแลตนเอง			χ^2	p-value
	รวม n (%)	ดี n (%)	ไม่ดี n (%)		
การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด				4.272	.039*
ระดับน้อย	48(100)	31(64.6)	17(35.4)		
ระดับมาก	110(100)	88(80.0)	22(20.0)		

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (N = 158) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการดูแลตนเอง			χ^2	p-value
	รวม n (%)	ดี n (%)	ไม่ดี n (%)		
การตอบสนองทางอารมณ์				.000	.987
ระดับน้อย	65(100)	49(75.4)	16(24.6)		
ระดับมาก	93(100)	70(75.3)	23(24.7)		
ความรู้เกี่ยวกับโรค				8.222	.016*
ระดับต่ำ	47(100)	29(61.7)	18(38.3)		
ระดับปานกลาง	82(100)	64(78.0)	18(22.0)		
ระดับสูง	29(100)	26(89.7)	3(10.3)		
ภาวะเปราะบาง				.150	.698
ไม่มี	125(100)	95(76.0)	30(24.0)		
มี	33(100)	24(72.7)	9(27.3)		

5. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะเปราะบางสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 11.6 (Nagelkerke R^2 = 0.116) โดยกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับต่ำ 5.54 เท่า (OR = 5.54; 95% CI = 1.43,

21.47) และกลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านรู้คิดระดับมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านรู้คิดระดับน้อย 2.45 เท่า (OR = 2.45; 95% CI = 1.05, 5.74) สำหรับการตอบสนองทางอารมณ์ และภาวะเปราะบางไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ และการศึกษาครั้งนี้ได้ทดสอบความเหมาะสมของโมเดล ด้วยวิธี Hosmer and Lemeshow test เท่ากับ 3.0 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติถดถอยโลจิสติกของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (N = 158)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Wald	df	OR	95% CI		p-value
						lower	upper	
การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด								
ระดับน้อย ^{Ref.}								
ระดับมาก	.89	.43	4.30	1	2.45	1.05	5.74	.038*
การตอบสนองทางอารมณ์								
ระดับน้อย ^{Ref.}								
ระดับมาก	-.23	.43	.30	1	.79	.34	1.83	.585

ตารางที่ 4 ค่าสถิติถดถอยโลจิสติกของการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค ภาวะเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (N = 158) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	S.E.	Wald	df	OR	95% CI		p-value
						lower	upper	
ความรู้เกี่ยวกับโรค								
ระดับต่ำ ^{Ref.}			6.90	2				.032
ระดับปานกลาง	.68	.41	2.70	1	1.97	.87	4.46	.100
ระดับสูง	1.71	.69	6.15	1	5.54	1.43	21.47	.013*
ภาวะเปราะบาง								
ไม่มีภาวะเปราะบาง ^{Ref.}								
มีภาวะเปราะบาง	-.09	.48	.04	1	.91	.35	2.32	.845
ค่าคงที่	0.95	.460	.043	1	1.100			.836

* p < .05, Ref. = Reference group, OR = Odd ratio, 95% CI = 95% confidence interval, Predictive correct = 74.7%, Hosmer & Lemeshow test = .809, Cox & Snell R² = .078, Nagelkerke R² = .116

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 79.7) และส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุเฉลี่ย 62.27 ปี (SD = 9.08) สอดคล้องกับการศึกษาของ Roth และคณะ³² ซึ่งพบว่าหลอดเลือดหัวใจเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้เกิดความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงส่งผลต่อเยื่อผนังหลอดเลือดและเกิดลิ้นเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ Gao และคณะ³³ พบว่าเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระในการป้องกันกระบวนการอักเสบ การขยายหลอดเลือดของเยื่อผนังหลอดเลือด ป้องกันความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าเพศชาย เป็นไปได้ว่าเพศชายที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยทำงานและเป็นเพศหญิง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองระดับดี ร้อยละ 75.3 สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล อ่ำพิจิตร และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเนื่องจากระยะเวลาการดำเนินของโรคไม่เกิน 3 ปี

(ร้อยละ 50.6) ช่วงเวลาดังกล่าว เป็นช่วงที่ทีมบุคลากรทางสุขภาพยังต้องติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ และมีความถี่มากกว่าผู้ป่วยที่มีการปรับตัวและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เบื้องต้นด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยจดจำข้อมูลในการปฏิบัติตัวได้มากขึ้นและถูกต้อง เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจึงเกิดความใส่ใจ เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นได้

การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับมาก มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเกิดโรคน้อยกว่า 3 ปี (ร้อยละ 50.6) รวมถึงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.7 มีประวัติการเข้ารักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี เป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองเป็นแบบเรื้อรัง เป็นโรคที่ไม่หายขาด ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการเกิดโรค ยิ่งนานวัน

ผลกระทบต่อภาวะคุณภาพของชีวิตยิ่งมากขึ้น จึงปฏิบัติตามคำแนะนำตามคำสั่งของแพทย์และทีมสุขภาพโดยไม่มีเงื่อนไข แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในความสามารถการควบคุมการรักษาของตนรวมถึงการรักษาของทางแพทย์มากขึ้น จึงอาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosleh และคณะ¹⁷ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ อธิบายได้ว่าการเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนรับรู้ถึงความเสี่ยงของโรค ผู้ป่วยจะยอมรับและเผชิญกับความเจ็บป่วยด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะปกติให้มากที่สุด¹⁷

ความรู้เกี่ยวกับโรคระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับต่ำ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง แตกต่างจากการศึกษาของ Lu และคณะ¹² พบว่า กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคสูงมีอิทธิพลต่อการไม่ให้ความร่วมมือในพฤติกรรมดูแลตนเอง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความรู้จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพโดยไม่มีคำถาม สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพอย่างไม่มีเงื่อนไข¹² สำหรับการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.6) รวมถึงระยะการเกิดโรค 2.91 ปี เป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยอาจมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมบุคลากรสุขภาพโดยเป็นข้อมูลที่ไม่ซับซ้อนและอาศัยประสบการณ์เดิมจึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีได้

การตอบสนองทางอารมณ์เป็นปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Mosleh และคณะ¹⁷ พบว่า ความกังวลส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในแง่ดีขึ้น เช่น กังวลการกลับมาเป็นซ้ำ กังวลการเกิดความเสี่ยงต่อชีวิตของตนรวมถึงครอบครัว จึงพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อช่วยให้ตนเองมีชีวิตที่ดีขึ้น¹⁷ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปได้ว่าระยะการเกิดโรคเฉลี่ย 2.91 ปี ระยะเวลาในการเผชิญกับความเจ็บป่วยเป็นช่วงระยะสั้น ๆ และผลการรักษามีแนวโน้มไปในทางที่ดีเห็นได้จากหลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ เป็นไปได้ว่าความกังวลใจเกี่ยวกับโรคยังคงน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ผ่านเหตุการณ์เลวร้ายและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากรวมถึงข้อมูลในการศึกษานี้ไม่มีการกระจายตัวที่ดี จึงอาจเป็นเหตุผลได้ว่า การตอบสนองทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ภาวะเปราะบาง เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Son และคณะ³⁴ พบว่า ภาวะเปราะบางไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเปราะบาง (ร้อยละ 79.1) และมีอายุเฉลี่ย 62.27 ปี (SD = 9.08) มีประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 75.3) และส่วนใหญ่ร้อยละ 77.2 มีระดับอาการเจ็บหน้าอกอยู่ในระดับปกติ (CCS Class I) อาจเป็นได้ว่าความบกพร่องเชิงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายยังน้อย กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ แตกต่างจากการศึกษาของภรปภา จัทรศรีทอง และคณะ²³ พบว่าภาวะเปราะบางสามารถร่วมทำนายต่อพฤติกรรมดูแลตนเองได้ร้อยละ 68.2 ทั้งนี้

อธิบายได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากบุคคลในครอบครัว คอยช่วยเหลือให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ สามารถตัดสินใจในการใช้ชีวิตได้มากขึ้น และรวมถึงการมีพฤติกรรมดูแลตนเองเช่นกัน จึงเป็นเหตุผลได้ว่า ภาวะเปราะบางส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้²³

ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจและคลินิกผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ โรงพยาบาลตติยภูมิ เพียงแห่งเดียว อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยในภาพรวมได้ ดังนั้น อาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการศึกษาไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะและบริบทแตกต่างจากการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดระดับมากและการมีความรู้เกี่ยวกับโรคระดับสูงสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิดของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านการรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรค และภาวะเปราะบางร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพียงร้อยละ

11.6 ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เช่น ลักษณะอาการ แรงจูงใจ เป็นต้น ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

References

1. world health organization 2019. [cited 2020 June 14]. Available from file:///C:/Users/User/Downloads/9789241565707-eng.pdf
2. Khan MA, Hashim MJ, Mustafa H, Baniyas MY, Al Suwaidi S, AlKatheeri R, et al. Global epidemiology of ischemic heart disease: results from the global burden of disease study. Cureus. 2020;12(7):1–12. doi: 10.7759/cureus.9349
3. Division of Epidemiology. Department of disease control. [cited 2020 August 2]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/doe/news.php?news=10811>
4. Virani Salim S, Alonso A, Benjamin Emelia J, Bittencourt Marcio S, Callaway Clifton W, Carson April P, et al. Heart disease and stroke statistics – 2020 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2020;141(9):e139–e596. doi: 10.1161/CIR.0000000000000950
5. Division of non-communicable disease. coronary artery disease (CAD) 2018. [cited 2020 June 12]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>
6. Guideline for ischemic heart disease 2014. [cited 2020 June 11]. Available from: <http://www.thaiheart.org>
7. Riegel B, Moser DK, Buck HG, Dickson VV, Dunbar SB, Lee CS, et al. Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the american heart association. J Am Heart Assoc. 2017;6(9):e006997. doi:10.1161/JAHA.117.006997

8. Chinphan S, Sirisopon N, Onsiri S, Wattanaburanon A. Factors correlated with instent restenosis in coronary heart disease patients. *JRTAN*. 2019;20(3):218–26. (in Thai)
9. Vaughan Dickson V, Lee CS, Yehle KS, Mola A, Faulkner KM, Riegel B. Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory (SC-CHDI). *Res Nurs Health*. 2017;40(1):15–22. doi:org/10.1002/nur.21755
10. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2012;35: 194–204. Doi: 10.1097/ANS.0b013e 318261b1ba
11. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Strömberg A. Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(3):206–15. doi: 10.1097/ANS.0000000000000237
12. Lu M, Xia H, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, et al. Relationship between adherence to secondary prevention and health literacy, self-efficacy and disease knowledge among patients with coronary artery disease in China. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(3):230–7. doi: 10.1177/1474515119880059
13. Khodaminasab A, Reisi M, Vahedparast H, Tahmasebi R, Javadzade H. Utilizing a health-promotion model to predict self-care adherence in patients undergoing coronary angioplasty in Bushehr, Iran. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:409–17. doi: 10.2147/PPA.S181755
14. Umpichit P, Jitpanya C. Factors related to self-care in acute coronary syndrome patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2552;20(2):2–16. (in Thai)
15. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *J Behav Med*. 2016;39(6):935–46. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2
16. Kaewon W, Ruaisungnoen W. Perception about illness and information regarding self care of patients with coronary artery disease underwent coronary artery intervention. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience*. 2009;27(2):33–40. (in Thai)
17. Mosleh SM, Almalik MMA. Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2016;15(4):223–230. doi: 10.1177/1474515114563885
18. Stafford L, Jackson HJ, Berk M. Illness beliefs about heart disease and adherence to secondary prevention regimens. *Psychosom Med*. 2008;70(8):942–8. doi: 10.1097/PSY.0b013e318187e22e
19. Talitha Sya'banah Fajrin S, Sali Rahadi A, editors. The impact of illness perception on adherence in coronary heart patient: the mediating role of heart-focused anxiety and depression. 2nd international conference on intervention and applied psychology (ICIAP 2018). Atlantis Press. 2019;229:475–84. doi:org/10.2991/iciap-18.2019.39
20. Ghisi GLdM, Sandison N, Oh P. Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Educ Couns*. 2016;99(3):443–7. doi:10.1016/j.pec.2015.11.002
21. Srichaya P, Nunthaitaweekul P, Aunguroch Y. Predicting factors of dietary behaviors in patients with coronary artery disease. *RTNMDJournal*. 2018;45(3):527–43. (in Thai)
22. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview. *Clin Interv Aging*. 2014;9:433–41. doi: 10.2147/CIA.S45300

23. Jansrithong P, Choowattanapakorn T. Factors predicting self-management in older persons with acute coronary syndrome in tertiary hospitals, Bangkok. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2018; 30(2):81-95. (in Thai)
24. Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. from the patients' point of view. *PloS one*. 2019;14(2):e0211768-e. doi: 10.1371/journal.pone.0211768
25. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(10):1451-4. doi:org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x
26. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the thai version of mini-cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(5):594-600. doi: 10.1111/ggi.12318
27. Koson N, Srisuk N, Rattanam A, Thompson DR, Ski CF. Psychometric evaluation of the thai version of the self-care of coronary heart disease inventory version 3 (SC-CHDIV3). (under review). [cited 2020 June 4]. Available from <https://self-care-measures.com/project/patient-version-schdi-thai-3-2-2/>
28. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60(6):631-7. doi: org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
29. Sowattanangoon N, Kotchabhakdi N, Petrie KJ. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Res. Clin Pract*. 2009;84(3): 245-51. doi:10.1016/j.diabres.2009.02.011
30. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross Cult Psychol*. 1970;1(3):185-216. doi:10.1177/135910457000100301
31. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging*. 2012; 16(7):601-8. doi: <http://doi.org/10.1007/s12603-012-0084-2>
32. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: update from the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982-3021. doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010
33. Gao Z, Chen Z, Sun A, Deng X. Gender differences in cardiovascular disease. *Med Technol Device*. 2019;4:1-6. doi.org/10.1016/j.medntd.2019.100025
34. Son Y-J, Shim DK, Seo EK, Seo EJ. Health literacy but not frailty predict self-care behaviors in patients with heart failure. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):1-10. doi: 10.3390/ijerph15112474