

Factors Predicting Fear of Activity in Patients with Coronary Artery Disease after Percutaneous Coronary Intervention*

Netnapa Srimora, RN, MNS¹, Sarinrut Sriprasong, RN, PhD¹, Sarunya Kositamongkon, RN, PhD¹, Supapak Phetrasuwan, RN, PhD¹, Pornwalee Porapakkham, MD²

Abstract

Purpose: To determine the factors predicting fear of activity in patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention.

Design: A cross-sectional research design.

Methods: The sample consisted of 108 patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention who received follow-up care at the outpatient department of a super tertiary hospital. Data were collected using a personal data questionnaire, Tampa Scale for Kinesiophobia Heart, Frail Scale Questionnaire, Brief-Illness Perception Questionnaire, Family Support Questionnaire, and Neighborhood Scales. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple linear regression.

Main findings: All study factors could together explain 57.3% ($R^2 = .573$) of the variance in the fear of activity in patients with coronary artery disease who had undergone percutaneous coronary intervention. The significant predictors of fear of activity were family support ($\beta = .41$, $p < .001$), illness perception ($\beta = .27$, $p = .007$), frailty ($\beta = .24$, $p = .001$), and neighborhood ($\beta = .19$, $p = .048$).

Conclusion and recommendations: Nurses should develop guidelines for managing fear of activity among patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention, reduce frailty, provide education to reduce threatening illness perceptions, promote the appropriate involvement of family members in care, and foster a safe environment that facilitates activity.

Keywords: family support, fear of activity, frailty, percutaneous coronary intervention

Nursing Science Journal of Thailand. 2026;44(1):36-48.

Corresponding Author: Associate Professor Sarinrut Sriprasong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Central Chest Institute of Thailand, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Received: 4 September 2025 / Revised: 25 October 2025 / Accepted: 3 November 2025

ปัจจัยทำนายความกลัวการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ*

เนตรนภา ศรีโมรา, พย.ม¹ ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, ปร.ด.¹ ศรัณยา ไพลิตะมงคล, ปร.ด.¹ สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ, PhD¹
พรวลี ประปักษ์ขาม, พ.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบตัดขวาง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง จำนวน 108 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล แบบประเมินความกลัวการทำกิจกรรม แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่ศึกษาทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 57.3 ($R^2 = .573$) ปัจจัยที่มีอำนาจทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .41, p < .001$) การรับรู้ความเจ็บป่วย ($\beta = .27, p = .007$) ภาวะเปราะบาง ($\beta = .24, p = .001$) และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย ($\beta = -.19, p = .048$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการจัดการความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ จัดการภาวะเปราะบาง ให้ความรู้เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บป่วยในแง่ลบ ส่งเสริมบทบาทครอบครัวในการดูแลอย่างเหมาะสม และส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เอื้อต่อการทำกิจกรรม

คำสำคัญ: การสนับสนุนจากครอบครัว ความกลัวการทำกิจกรรม ภาวะเปราะบาง การขยายหลอดเลือดหัวใจ

วารสารพยาบาลศาสตร์. 2569;44(1):36-48.

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์ศรีนรินทร์ ศรีประสงค์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วันที่รับบทความ: 4 กันยายน 2568 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 25 ตุลาคม 2568 / วันที่ตอบรับบทความ: 3 พฤศจิกายน 2568

ความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease, CAD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากสถิติของสมาคมโรคหัวใจแห่งอเมริกา ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณ 20.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ 605,000 รายต่อปี โดยจะมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุก ๆ 40 วินาที¹ สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 0.56 และปี พ.ศ. 2567 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 14.52 ต่อแสนประชากร² วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) หลังขยายหลอดเลือดหัวใจภายใน 24-48 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถเริ่มทำกิจกรรมเบา ๆ หลังจากนั้น 5 สัปดาห์ ถึง 3 เดือนสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ การทำกิจกรรมเป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอช่วยลดการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ ลดความเสี่ยงการเสียชีวิต และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี³⁻⁵ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยหลังขยายหลอดเลือดหัวใจมีความกลัวสูงในการทำกิจกรรม⁶ โดยมีความกลัวต่อเนื่องถึง 1 ปีหลังจำหน่าย^{4,6-7} เนื่องจากกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อต้องทำกิจกรรม ส่งผลให้เวลาทำกิจกรรมจะมีความรู้สึกกังวลระหว่างความต้องการที่จะกลับไปเคลื่อนไหวและความกลัวที่จะเกิดอันตราย จึงหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือกิจกรรมนั้น⁵ ส่งผลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมลดลง⁴⁻⁵ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Engel⁸ ได้เสนอแนวคิดชีวิตสังคม อธิบายว่าภาวะสุขภาพประกอบด้วย ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีความกลัวการทำกิจกรรมเป็นภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ เกิดจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยด้านร่างกายที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะประสาธพบได้บ่อยในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง เป็นภาวะที่ร่างกายเสื่อมถอย ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายและการทำงานของระบบต่าง ๆ ลดลง อาจก่อให้เกิดความกลัวการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาวะประสาธในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจพบว่า ภาวะประสาธมีความสัมพันธ์กับความกลัวการทำกิจกรรม และสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมได้ ในทางตรงกันข้ามบางการศึกษาพบว่า ภาวะประสาธในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่มีอิทธิพลต่อความกลัวการทำกิจกรรมเลย¹⁰ และปัจจัยด้านจิตใจพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับมาก⁶ ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความกลัวการทำกิจกรรม และสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมได้ โดยเมื่อมีการรับรู้ความเจ็บป่วยมากจะยิ่งทำให้มีความกลัวการทำกิจกรรมมากขึ้น^{6,11}

ปัจจัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม พบว่าแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ คือ ครอบครัว ที่คอยให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้สามารถเพิ่มหรือลดความกลัวในการทำกิจกรรมได้⁵ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า การได้รับสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และบุคคลพิเศษ จะทำให้ความกลัวการทำกิจกรรมลดลง^{6,12} เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม ส่งผลให้สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยมีผลต่อความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม⁶ จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่าสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความกลัวการทำกิจกรรม⁶ ในทางตรงกันข้ามบางการศึกษาพบว่าสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการทำกิจกรรมเลย^{4,11}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา บางการศึกษา
ไม่มีความสอดคล้องกัน และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษา
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด ไม่ได้เจาะจงเฉพาะกลุ่ม
ผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ
ที่ต้องกลับไปทำกิจกรรมเมื่อออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งการศึกษา
ที่พบส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างกับ
ประเทศไทยในเรื่องของบริบทวัฒนธรรมไทย ความเชื่อ อาชีพ
รวมทั้งพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้
ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัย ได้แก่ ภาวะเปราะบาง การรับรู้ความเจ็บป่วย
การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย
ต่อความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
หลังขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริม
การจัดการความกลัวการทำกิจกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไป
ทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตประจำวัน
ได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรค
หลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของภาวะเปราะบาง
การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และ
สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย ต่อความกลัวการทำกิจกรรม
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง
(cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือด
หัวใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับ
บริการในแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยาย
หลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ และคลินิกผู้ป่วย
หลังทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ (PCI clinic) ใช้วิธีเลือก
กลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ได้รับ
การวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วย
การขยายหลอดเลือดหัวใจและใส่ขดลวด ไม่มีอาการกำเริบ
ภายใน 8 สัปดาห์หลังจากออกจากโรงพยาบาล 2) มีการรับรู้
และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ถ้าผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
ต้องได้รับการประเมินการรู้คิดใช้แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด
(Mini-Cognitive assessment, Mini-Cog) โดยต้องมีคะแนน
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีโรค
ในระยะสุดท้าย หรือโรคร่วมที่รุนแรง เช่น ไตวายระยะสุดท้าย
ที่ต้องได้รับการล้างไต โรคมะเร็งระยะสุดท้าย 4) ไม่เป็นโรคจิตเวช
และมีอาการกำเริบทางจิต เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia)
โรคกลัวขั้นรุนแรง (phobia) 5) ไม่มี New York Heart
Association (NYHA) classification ใน class III-IV และ
6) สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม
G*Power 3.1 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจ
การทดสอบที่ระดับ .90 ตัวแปรในการทำนาย 4 ตัวแปร จากการ
ทบทวนวรรณกรรมยังขาดข้อมูลสำรองที่ตรงกับบริบท จึงกำหนด
effect size กลาง ($f^2 = .15$) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย ได้แก่ แบบประเมิน
สมรรถภาพการรู้คิด (Mini-Cognitive assessment, Mini-Cog)
แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับ โดย สุภาพร ตรงสกุล
และคณะ¹³ มีคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการ
วาดรูปนาฬิกา โดยคะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน หมายถึง
อาจมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิด และแบบประเมิน New York
Heart Association (NYHA) Classification แปลเป็นภาษาไทย
ด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับ โดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
ในพระบรมราชูปถัมภ์¹⁴

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มกาแฟ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย หรือผู้ดูแลหลัก ลักษณะที่อยู่อาศัย บริเวณรอบ ๆ ที่อยู่อาศัย และข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ได้แก่ น้ำหนักและส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย สถานที่เก็บข้อมูล ชนิดของการทำ PCI ครั้งล่าสุด วันที่ discharge ล่าสุด ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (echocardiography, Echo) ครั้งล่าสุด ผลการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery angiography, CAG) ครั้งล่าสุด ผลการขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous coronary intervention, PCI) ครั้งล่าสุด และการได้รับการฟื้นฟูหัวใจ (cardiac rehabilitation)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความกลัวการทำกิจกรรม (Tampa Scale for Kinesiophobia Heart, TSK-SV Heart) พัฒนาโดย Back และคณะ¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับ โดย เตือนใจ โพธิ์ประดับ และคณะ⁷ คำถามมี 17 ข้อ คือ การรับรู้ถึงอันตราย 4 ข้อ การหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว 5 ข้อ ความกลัวการบาดเจ็บ 4 ข้อ และการรับรู้ความผิดปกติ 4 ข้อ ให้คะแนนตามแบบมาตราวัดของลิเคิร์ท 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 17-68 ถ้าคะแนน 17-37 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการทำกิจกรรมน้อย และ 38-68 คะแนน หมายถึง มีความกลัวการทำกิจกรรมมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะเปราะบาง (Frail Scale Questionnaire) พัฒนาโดย Morley, Malmstrom และ Miller¹⁶ แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับโดย ลภัสรดา นาชัย และคณะ¹⁷ คำถามมี 5 ข้อ ได้แก่ การประเมินความเหนื่อยล้า

การเดิน การเดินขึ้นบันได โรคประจำตัว และน้ำหนักที่ลดลง ให้คะแนน 2 ระดับ คือ 0-1 คะแนน คะแนนรวม 0-5 ถ้าคะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะเปราะบาง และ 3-5 คะแนน หมายถึง มีภาวะเปราะบาง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย (Brief-Illness Perception Questionnaire, Brief-IPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ¹⁸ แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับโดย พิมพ์ เทพวัลย์ และคณะ¹⁹ คำถามมี 9 ข้อ (มี 8 ข้อที่ให้คะแนน และมีคำถามปลายเปิด 1 ข้อ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ) ให้คะแนนตาม rating scale 11 ระดับ คือ 0-10 คะแนน คือ 1 หมายถึง น้อยที่สุด ถึง 10 หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวม 0-10 ถ้าคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเจ็บป่วยน้อย และ 6-10 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเจ็บป่วยมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว พัฒนาโดย Glasgow และคณะ²⁰ แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับโดย สุภาพร เพ็ชรอร่าม, นันทิยา วัฒนา และ นันทวัน สุวรรณรูป²¹ คำถามมี 20 ข้อ ให้คะแนนตามแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยเลย ถึง 5 หมายถึง มากที่สุด คะแนนรวม 20-100 ถ้าคะแนน 20-46 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย 47-73 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง และ 74-100 คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

ส่วนที่ 6 แบบประเมินสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย (Neighborhood Scales) พัฒนาโดย Auchincloss และคณะ²² แปลเป็นภาษาไทยด้วยเทคนิคแปลย้อนกลับโดย ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ²³ คำถามมี 9 ข้อ (ใช้เฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการเดิน จำนวน 6 ข้อ) ให้คะแนนตามแบบมาตราวัดของลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 6-30 คะแนน ถ้า 6-14 คะแนน หมายถึง สภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมต่อการเดินระดับมาก 15-22 คะแนน หมายถึง สภาพแวดล้อม

มีความเหมาะสมต่อการเดินระดับปานกลาง และ 23-30 คะแนน หมายถึง สภาพแวดล้อมมีความเหมาะสมต่อการเดินระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านพบว่า แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว มีค่า content validity index หรือ CVI เท่ากับ 1 และแบบประเมินสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย มีค่า CVI เท่ากับ 0.97 ส่วนแบบประเมินความกลัวการทำกิจกรรมภาวะเปราะบาง และการรับรู้ความเจ็บป่วยฉับย้อย เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากขั้นตอนการพัฒนาแบบประเมิน และมีการนำไปใช้ในงานวิจัยเป็นที่แพร่หลาย จึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบบประเมินความกลัวการทำกิจกรรม การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90, 0.79, 0.92, และ 0.82 ตามลำดับ และแบบประเมินภาวะเปราะบาง มีค่า Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.72 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2025/920.1002) และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก (COA No.040/2568) การศึกษาดำเนินการตามคำประกาศหลักการและมาตรฐานทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของเฮลซิงกิ หลังจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับทราบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครบถ้วน ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยระหว่างการวิจัยมีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจ และคลินิกผู้ป่วยหลังทำหัตถการผ่านสายสวนหัวใจ ในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่งระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความกลัวการทำกิจกรรม แบบประเมินภาวะเปราะบาง แบบประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย แบบประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลาประมาณ 40-50 นาที ส่วนข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย ผู้วิจัยขออนุญาตตามระเบียบของโรงพยาบาลในเก็บรวบรวมจากเวชระเบียน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุล และจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS โดย 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะเปราะบาง การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย และความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของภาวะเปราะบาง การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยต่อความกลัวการทำกิจกรรม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ 3) วิเคราะห์อำนาจการทำนาย โดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณแบบนำเข้าสมการพร้อมกัน (enter method) ซึ่งตัวแปรทั้งหมดได้ผ่านการทดสอบ และเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linear relationship) ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระจากกัน (no autocorrelation) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ (homoscedasticity) และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์

พหุร่วมเชิงเส้น (no multicollinearity) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 75 มีอายุเฉลี่ย 62.22 ปี (SD = 8.46) อยู่ในวัยผู้สูงอายุร้อยละ 63 จบประถมศึกษา ร้อยละ 53.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพโดยมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.4 สถานภาพสมรสร้อยละ 78.7 มีผู้ดูแลหลัก เป็นสามีหรือภรรยา ร้อยละ 70.4 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.27 kg/m² (SD = 4.35) ส่วนใหญ่อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 37 มีประวัติสูบบุหรี่ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ชนิด triple vessel disease (TVD) ร้อยละ 54.6 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 2 ปีหรือน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 61.1 และทั้งหมดมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 100 โรคความดัน

โลหิตสูงร้อยละ 92.6 และโรคเบาหวานร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 4 โรคขึ้นไปร้อยละ 65.7 และ left ventricular ejection fraction (LVEF) มากกว่าหรือเท่ากับ 50 เปอร์เซ็นต์ ร้อยละ 72.2 ส่วนใหญ่ได้รับการ elective PCI ร้อยละ 81.5 ส่วนใหญ่ได้รับการขยายหลอดเลือด left anterior descending artery (LAD) ร้อยละ 47.2 ใส่ขดลวด 1 อัน ร้อยละ 65.7 ได้รับยา มากกว่า 5 ชนิด ร้อยละ 88.9 ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น ร้อยละ 43.5 และอยู่ใกล้สวนสาธารณะ ร้อยละ 75.9

2. ความกลัวการทำกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ความกลัวการทำกิจกรรม 54.09 คะแนน (SD = 11.28) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.9) มีความกลัวการทำกิจกรรมมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความกลัวแต่ละด้าน มีคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานใกล้เคียงกัน และความกลัวทุกด้านอยู่ในระดับมาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ (N = 108)

ความกลัวการทำกิจกรรม	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	การแปลผลระดับ ความกลัวการทำกิจกรรม
การรับรู้ถึงอันตราย	3.20 (0.68)	มาก
ความกลัวการบาดเจ็บ	3.18 (0.72)	มาก
การรับรู้ความผิดปกติ	3.18 (0.71)	มาก
การหลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว	3.17 (0.72)	มาก

3. ข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ภาวะเปราะบางพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 2.80 คะแนน (SD = 1.66) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68.5) มีภาวะเปราะบาง การรับรู้ความเจ็บป่วยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 7.09 คะแนน (SD = 1.89) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยคุกคามมาก (ร้อยละ 78.7) การสนับสนุนจากครอบครัว

พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 83.42 คะแนน (SD = 12.28) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.6) มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 13.46 คะแนน (SD = 5.79) โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) มีสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยเหมาะสมมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของปัจจัยที่ศึกษา (N = 108)

ปัจจัยที่ศึกษา	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยคะแนนที่ได้	$\bar{X} \pm SD$	การแปลผล
ภาวะเปราะบาง	0-5	3-5	2.80 ± 1.66	มีภาวะเปราะบาง
การรับรู้ความเจ็บป่วย	0-10	6-10	7.09 ± 1.89	มาก
การสนับสนุนจากครอบครัว	20-100	75-100	83.42 ± 12.28	มาก
สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย	6-30	6-14	13.46 ± 5.79	เหมาะสมมาก

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ภาวะประสาบ (r = .39, p < .01) การรับรู้ความเจ็บป่วย (r = .55, p < .01) การสนับสนุนจากครอบครัว (r = .61, p < .01) และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย

(r = - .46, p < .01) มีความสัมพันธ์กับความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยที่ศึกษา (N = 108)

ปัจจัย	1	2	3	4	5
1. ภาวะประสาบ	1				
2. การรับรู้ความเจ็บป่วย	.07	1			
3. การสนับสนุนจากครอบครัว	.31**	.33**	1		
4. สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย	-.01	-.72**	-.20*	1	
5. ความกลัวการทำกิจกรรม	.39**	.55**	.61**	-.46**	1

*p < .05, **p < .01

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจจากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอนเดียวพบว่า ภาวะประสาบ การรับรู้ความเจ็บป่วย การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้ร้อยละ 57.3 (R² = .573)

และปัจจัยที่สามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ภาวะประสาบ (β = .24, p = .001) การรับรู้ความเจ็บป่วย (β = .27, p = .007) การสนับสนุนจากครอบครัว (β = .41, p < .001) และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย (β = -.19, p = .048) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณของปัจจัยทำนายต่อความกลัวการทำกิจกรรม (N = 108)

ปัจจัย	B	SE _b	β	t	p-value	95%CI
ค่าคงที่	12.00	7.17		1.67	.097	- 2.22, 26.23
ภาวะประสาบ	1.65	.46	.24	3.56	.001	.73, 2.56
การรับรู้ความเจ็บป่วย	1.58	.58	.27	2.73	.007	.43, 2.72
การสนับสนุนจากครอบครัว	.37	.07	.41	5.67	< .001	.24, .51
สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย	-.36	.18	-.19	-2.00	.048	-.72, -.003

R = .76, R² = .573, Adjusted R² = .56, F_(4,103) = 34.50, p < .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงกว่าเพศหญิง เช่น การสูบบุหรี่ หรือยาเส้นเป็นประจำ²⁴ โดยกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 61.1 และกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่

ทั้งหมดเป็นเพศชาย รวมถึงอายุที่มากขึ้นจะส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ รวมไปถึงหลอดเลือดหัวใจมีประสิทธิผลการทำงานลดลงจนหลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ง่ายมากขึ้น²⁵ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด TVD ร้อยละ 54.6 เพราะกลุ่มตัวอย่างถึงสองในสาม

มีโรคประจำตัว 4 โรคขึ้นไป จึงอาจจะส่งผลต่อการเกิดหลอดเลือดตีบในหลายตำแหน่งเพิ่มสูงขึ้น²⁶

จากการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 88.9 ที่มีความกลัวการทำกิจกรรมในระดับมาก ปัจจัยหนึ่งอาจอธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาที่ต่ำ (ประณศศึกษาร้อยละ 53.7) ซึ่งส่งผลต่อความรู้ ความเข้าใจ และการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจ มีงานวิจัยระบุว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ มักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) จำกัด จึงมีแนวโน้มเกิดความกังวลและความกลัวการทำกิจกรรมมากขึ้น^{11,27} อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุเฉลี่ย 62.22 ร้อยละ 63) ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Zhu และคณะ⁶ ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี มีความกลัวการทำกิจกรรมสูง เนื่องจากสมรรถภาพร่างกายและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงตามวัย รวมทั้งประสบการณ์การล้ม หรือเจ็บป่วยอาจเสริมความรู้สึกลัว และนำไปสู่การหลีกเลี่ยงกิจกรรม^{11,25} ผลลัพธ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการพยาบาลที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีการศึกษาต่ำ เช่น การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .41, p < .001$) สอดคล้องกับแนวคิดชีวิตสังคม ที่กล่าวว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวในระดับมาก ส่งผลต่อความกลัวในการทำกิจกรรมได้ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 78.7 ได้รับการดูแลจากคู่สมสร้อยละ 70.4 และเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด TVD ร้อยละ 54.6 ซึ่งมีความรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้บุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรส เกิดความวิตกกังวลมากกว่าปกติ อาจนำไปสู่การแสดงออกในรูปแบบการปกป้องมากเกินไป

(overprotection) จะทำกิจกรรมทางกายลดลง ($\beta = -.28, p < .05$)

การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .27, p = .007$) สอดคล้องกับแนวคิดชีวิตสังคมที่กล่าวว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยที่เป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่มีความรุนแรง เป็นอันตราย และควบคุมได้ยาก ส่งผลให้เกิดความกลัวว่าการทำกิจกรรมอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือทำให้อาการทรุดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu และคณะ⁶ ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยที่มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวการทำกิจกรรมมากขึ้น ($\beta = .26, p < .01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 0-2 ปี ร้อยละ 61.1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น TVD ร้อยละ 50.9 ซึ่งมีความรุนแรงและอันตราย มีโอกาสที่อาการจะกำเริบได้ง่าย ทำให้เกิดการรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมโรค หรือไม่สามารถควบคุมอาการที่อาจเกิดขึ้นได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 62.22 ± 8.46 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุร้อยละ 63 ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับสมรรถภาพร่างกายของตนเองที่เสื่อมโทรม และภาวะสุขภาพที่ถดถอย โดยเฉพาะการรับรู้ในเชิงลบเกี่ยวกับสุขภาพและสมรรถภาพร่างกาย ส่งผลให้ระดับความกลัวการทำกิจกรรมยิ่งเพิ่มสูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chen และคณะ¹¹ ที่พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .25, p < .01$)

ภาวะเปราะบางสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .24, p = .001$) สนับสนุนแนวคิดชีวิตสังคม ที่กล่าวว่า ภาวะเปราะบางทำให้ร่างกายเริ่มเสื่อมถอย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ส่งผลต่อความกลัวการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ Sentandreu-Mano และคณะ⁹ ที่พบว่า ภาวะเปราะบางทำให้ความกลัวการทำกิจกรรมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น

($p < .01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ร้อยละ 63 และเป็น TVD ร่วมด้วยมากถึงร้อยละ 54.6 ซึ่งเป็นภาวะที่มีความรุนแรง ทำให้การไหลเวียนเลือดสู่กล้ามเนื้อหัวใจลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง รวมทั้งผู้ป่วยที่เป็น TVD ยังมีโรคร่วมหลายโรค และต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (ร้อยละ 88.9) ส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมถอย โดยเฉพาะระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว จึงเกิดภาวะเปราะบางได้ง่าย ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้ม บาดเจ็บ หรืออาจเกิดอาการเหนื่อยง่ายได้ง่าย จึงทำให้รู้สึกกลัวเมื่อต้องทำกิจกรรม

สภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยสามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจได้ ($\beta = -.19, p = .048$) สอดคล้องกับแนวคิดชีวิตสังคม ที่กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต และส่งเสริมการทำกิจกรรม ส่งผลให้ความกลัวการทำกิจกรรมลดลง อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมในประเทศไทย โดยเฉพาะบริเวณทางเดินหรือทางเท้าริมถนนเป็นหลุมเป็นบ่อ ไม่เรียบ และไม่ปลอดภัย อาจเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความกลัวการทำกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมนอกบ้าน เนื่องจากมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหกล้ม หรือบาดเจ็บได้ง่าย³⁰ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.9 อาศัยอยู่ใกล้สวนสาธารณะ ทำให้เอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรม ส่งผลให้มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น ทำให้ความกลัวการทำกิจกรรมลดลง⁴ ผลการศึกษาสอดคล้องกับ Zhu และคณะ⁶ ที่พบว่าการใช้ทรัพยากรจากสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความกลัวการทำกิจกรรม ($r = -.61, p < .01$) และสามารถร่วมทำนายความกลัวการทำกิจกรรมได้ร้อยละ 78 ($F_{(6,344)} = 73.88, p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจทุกด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายความกลัวการทำกิจกรรมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ภาวะเปราะบาง การรับรู้ความเจ็บปวด การสนับสนุนจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย จึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินภาวะเปราะบาง การรับรู้ความเจ็บปวด การสนับสนุนของครอบครัว และลักษณะที่อยู่อาศัย เพื่อหาแนวทางในการลดความกลัวการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. พยาบาลควรพัฒนาแนวทางการพยาบาล ที่มุ่งจัดการความกลัวการทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อหาแนวทางการดูแลที่เหมาะสม
2. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ทำที่โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง จึงควรศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัย การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเปราะบาง และการรับรู้ความเจ็บปวดต่อความกลัวการทำกิจกรรม ในโรงพยาบาลระดับชุมชนหรือระดับอื่น ๆ เพื่อครอบคลุมกลุ่มประชากรเพิ่มขึ้น

References

1. Martin SS, Aday AW, Allen NB, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, et al. 2025 Heart disease and stroke statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. *Circulation*. 2025;151(8):e41-e660. doi: 10.1161/CIR.0000000000001303.

2. Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Summary of morbidity report, 2023 [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2023 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/11/ill_2023_full_07112567.pdf. (in Thai).
3. Yang Y, Sun L, Feng W, Sun D. Observation of the effect of a 7-day gradual early functional exercise program in middle-aged and young patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. *Ann Palliat Med*. 2021;10(1):258-65. doi: 10.21037/apm-20-22434.
4. Dabek J, Knapik A, Gallert-Kopyto W, Brzek AM, Piotrkowicz J, Gasior Z. Fear of movement (kinesiophobia) - an underestimated problem in Polish patients at various stages of coronary artery disease. *Ann Agric Environ Med*. 2020;27(1):56-60. doi: 10.26444/aaem/106143.
5. Back M, Caldenius V, Svensson L, Lundberg M. Perceptions of kinesiophobia in relation to physical activity and exercise after myocardial infarction: a qualitative study. *Phys Ther*. 2020;100(12):2110-9. doi: 10.1093/ptj/pzaa159.
6. Zhu Y, Wang Z, Su T, Fang Z, Pang X, Tang X. Kinesophobia and its related factors in patients after percutaneous coronary intervention: a cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2024;33(12):4692-707. doi: 10.1111/jocn.17126.
7. Popradab T, Saneha C, Sriprasong S, Chantadansuwan T. Factors influencing sexual function among male patients with acute coronary syndrome post percutaneous coronary intervention. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2023;41(2):33-45. (in Thai).
8. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.
9. Sentandreu-Mano T, Deka P, Almenar L, Tomas JM, Ferrer-Sargues FJ, Lopez-Vilella R, et al. Kinesiophobia and associated variables in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2024;23(3):221-9. doi: 10.1093/eurjcn/zvad072.
10. Kluszczynska M, Mlynarska A, Mikulakova W. Influence of frailty syndrome on kinesiophobia according to the gender of patients after coronary artery bypass surgery. *Healthcare*. 2021;9(6):730. doi: 10.3390/healthcare9060730.
11. Chen L, Li H, Gou X, Dong H, Yang S, Dong F, et al. Coping as a mediator of the relationship between kinesiophobia and illness perception in atrial fibrillation patients: a cross-sectional mediation analysis. *J Adv Nurs*. 2025;81(2):848-59. doi: 10.1111/jan.16262.
12. Liu Y, Ye F, Liu J, Yu J, Fan L, Yang Q. Study of factors influencing early kinesiophobia in older patients after coronary artery bypass grafting in China. *Heart Surg Forum*. 2024;27(5):504-10. doi: 10.59958/hfsf.7377.

13. 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.
14. The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage of H.M. The King. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) 2019 heart failure guideline [Internet]. Samut Prakan: Nextstep d-sign; 2019 [cited 2025 Jan 16]. Available from: http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/2019%20HFCT%20Heart%20Failure%20Guideline%20Thai%20Version.pdf. (in Thai).
15. Back M, Cider A, Herlitz J, Lundberg M, Jansson B. The impact on kinesiophobia (fear of movement) by clinical variables for patients with coronary artery disease. *Int J Cardiol.* 2013;167(2):391-7. doi: 10.1016/j.ijcard.2011.12.107.
16. 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: 10.1007/s12603-012-0084-2.
17. Nachai L, Sriprasong S, Saneha C, Chantadansuwan T. Factors predicting self-care behaviours in patients with coronary artery disease. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council.* 2022;37(3):93-108. (in Thai).
18. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res.* 2006;60(6):631-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
19. Thepphawan P, Watthnakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Dumavibhat C. Cognitive representation, emotional responses and hospitalization experience in predicting decision making for receiving treatment among patients with acute coronary syndrome. *Nursing Science Journal of Thailand.* 2011;29(2): 111-9. (in Thai).
20. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin EG. A social-ecology approach to assessing support for disease self-management: the chronic illness resources survey. *J Behav Med.* 2000; 23(6):559-83. doi: 10.1023/a:1005507603901.
21. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. *Nursing Science Journal of Thailand.* 2011;29(4):18-26. (in Thai).
22. Auchincloss AH, Diez Roux AV, Mujahid MS, Shen M, Bertoni AG, Carnethon MR. Neighborhood resources for physical activity and healthy foods and incidence of type 2 diabetes mellitus: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Arch Intern Med.* 2009;169(18): 1698-704. doi: 10.1001/archintermed.2009.302.

23. Jariyasakulwong P, Wattanakitkrileart D, Pongthavornkamol K, Piaseu N, Roubsanthisuk W. Factors influencing self-care practices and blood pressure among individuals with uncontrolled hypertension: a cross-sectional study. *Patient Prefer Adherence*. 2025;19:1-17. doi: 10.2147/PPA.S497555.
24. Timmis A, Aboyans V, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Kavousi M, et al. European Society of Cardiology: The 2023 atlas of cardiovascular disease statistics. *Eur Heart J*. 2024;45(38):4019-62. doi: 10.1093/eurheartj/ehae466.
25. Tao S, Yu L, Yang D, Yao R, Zhang L, Huang L, et al. Development and validation of a clinical prediction model for detecting coronary heart disease in middle-aged and elderly people: a diagnostic study. *Eur J Med Res*. 2023;28(1):375. doi: 10.1186/s40001-023-01233-0.
26. He H, Wang J, Wang Y, Gu R, Sun D, Zheng L, et al. Predictive factors for multivessel disease in patients with acute coronary syndrome: analysis from the CCC-ACS project in China. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):617. doi: 10.1186/s12872-024-04300-4.
27. Knapik A, Dabek J, Brzek A. Kinesiophobia as a problem in adherence to physical activity recommendations in elderly Polish patients with coronary artery disease. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:2129-35. doi: 10.2147/PPA.S216196.
28. Liljeroos T, Humphries S, Puthooppambal SJ, Norlund F, Olsson EMG. Management of emotional distress following a myocardial infarction: a qualitative content analysis. *Cogn Behav Ther*. 2023;52(1):47-64. doi: 10.1080/16506073.2022.2135591.
29. Bertoni A, Rapelli G, Parise M, Pagani AF, Donato S. “Cardiotoxic” and “cardioprotective” partner support for patient activation and distress: are two better than one? *Fam Relat*. 2022;72(3):1335-50. doi: 10.1111/fare.12694.
30. Che Had NH, Alavi K, Md Akhir N, Muhammad Nur IR, Shuhaimi MSZ, Foong HF. A scoping review of the factor associated with older adults' mobility barriers. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):4243. doi: 10.3390/ijerph20054243.