



การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดใน
ผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น



มธุรพจน์ ปุริมะโน

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดใน
ผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด
ในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น"
ของ มรุรพจน์ ปุริมะโน
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรรณเดช)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
ผู้วิจัย	มธุรพจน์ ปุริมะโน
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	พฤติกรรมป้องกัน, โรคหัวใจขาดเลือด, ภาวะแทรกซ้อน, ผู้สูงอายุ, จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงผสมผสาน แบ่งขั้นตอนดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้ ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 10 คน ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากผู้ป่วยจำนวน 300 คน ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การร่างรูปแบบ ส่วนที่ 2 การยืนยันรูปแบบ โดยการประชุมกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ($Beta=0.313$) แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรง ($Beta=0.149$) และด้านความรู้ ($Beta=0.124$) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 17.5 ($Adjust R^2=17.5$) รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ ภายใต้ KIP model ซึ่งเป็นผลจากงานวิจัยนี้ โมเดลนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การส่งเสริมความรู้แก่ชุมชน (กิจกรรมใส่ใจ) 2) การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน (กิจกรรมดูแลใจ) และ 3) การกระตุ้นเตือนการรับรู้ความรุนแรงเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค (กิจกรรมสะกิดใจ)

Title	A MODEL DEVELOPMENT OF BEHAVIORAL MODIFICATION FOR PREVENTING ISCHEMIC HEART DISEASE COMPLICATIONS IN ELDERLY PATIENTS, KHON KAEN PROVINCE
Author	Maturapoj Purimano
Advisor	Associate Professor Dr. Archin Songthap, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2023
Keywords	Preventive behaviors, Ischemic heart disease, Complications, Older adults, Khon Kaen province

ABSTRACT

Mixed Methods research were employed in this study consisted of two phases. Phase 1 aimed to investigate the causes and factors affecting preventive behaviors of complications among older adults with ischemic heart disease (IHD). This phase consisted of 2 parts. Part 1 was a qualitative study. Data were collected by interviewing 10 persons including patients, caregivers, and medical personnel. Part 2 was a quantitative study. Data were collected using questionnaires from 300 patients. Phase 2 was to develop a behavioral model to prevent IHD in elderly patients involved of 2 parts. Part 1 was drafting the model, and Part 2 was confirming the model by focus group discussion of 10 persons such as patients, caregivers, and medical personnel. and village health volunteers. The result showed that factors affecting preventive behaviors of complications among older adults with IHD were information support (Beta=0.313), perceive severity (Beta=0.149) and knowledge (Beta=0.124). Behavioral model to prevent complications of IHD in the elderly under the KIP model composed of 3 components: 1) promoting knowledge to the community (Caring activity), 2) Providing information to the community (heart care activities), and 3) stimulating awareness of violence to create motivation to prevent disease. (Thrilling activity).

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศส่วสละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษาพร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และท่านคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณคณะแพทย์ พยาบาล ศูนย์หัวใจโรงพยาบาลขอนแก่น และเจ้าหน้าที่บุคลากรผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ และขอบพระคุณอาสาสมัครทุกท่านที่อนุญาตและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งตลอดการศึกษา

คุณค่าและคุณประโยชน์ที่พึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุและผู้สนใจบ้างไม่มากก็น้อย

มธุรพจน์ ปุริมะโน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	12
ผู้สูงอายุกับโรคหัวใจขาดเลือด	14
ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	15
แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด.....	45
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	53
การวิจัยระยะที่ 1	57
การวิจัยระยะที่ 2	70
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการวิจัย	79
ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น	79
ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น	98
บทที่ 5 บทสรุป	112
สรุปผลการวิจัย	115
อภิปรายผลการวิจัย	119
ข้อเสนอแนะ	122
จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย	122
ข้อเสนอแนะ	123
บรรณานุกรม	124
ภาคผนวก	129
ประวัติผู้วิจัย	155

สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แสดงการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	58
ตาราง 2 แสดงการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	71
ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=10)..	80
ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=300)....	87
ตาราง 5 แสดงข้อมูลความรู้พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง	90
ตาราง 6 แสดงข้อมูลแรงจูงใจในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด	91
ตาราง 7 แสดงข้อมูลด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	92
ตาราง 8 แสดงระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด	93
ตาราง 9 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ (n=300).....	95
ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	96
ตาราง 11 แสดงองค์ประกอบ วิธีการ และกิจกรรม ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น	103
ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=10).....	105
ตาราง 13 แสดงผลการตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (n=10).....	107

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2.....	51
ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพรวม.....	52
ภาพ 3 แสดงแผนผังความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ.....	56
ภาพ 4 แสดง KIP (ติดใจ) Model รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น.....	111



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของการวิจัย

สถานการณ์ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลกมีประชากรที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปประมาณ 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด 8,000 ล้านคน ส่งผลให้โลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ขณะนี้ในทุกทวีปยกเว้นทวีปแอฟริกาได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทวีปเอเชีย เป็นทวีปที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก คือ 586 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (80ปีขึ้นไป) มากถึง 70 ล้านคน ญี่ปุ่นเป็นประเทศในทวีปเอเชียที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกคือ ร้อยละ 32 ของประชากรทั้งประเทศ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2024) ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13.1 ล้านคน จากประชากร 65.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.08 ของคนไทยทั้งหมดในประเทศจากการสำรวจในปี 2566 เห็นได้ชัดว่ามีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากประชากรที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรไทยทั้งหมด อีกทั้งคาดว่าจะเพิ่มจำนวนทวีคูณในอีก 20 ปีข้างหน้า สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับสองของภูมิภาครองจากจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนมากถึง 364,018 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50 ของประชากร และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Completed aged society) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสภาพไปตามวัย ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพ และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว อาทิเช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease หรือ Ischemic heart disease) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ แลยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุกที่มีความมุ่งเน้นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ใน ยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้กล่าวถึงการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตัวเองเบื้องต้น (นวรรตน์ สุทธิพงศ์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พึ่งโพธิ์สม, 2564) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (cross linkage theory) ในผู้สูงอายุได้ว่า การเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนและเส้นใยอีลา สติน รวมถึงมีแคลเซียมมาเกาะในหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว กล้ามเนื้อ หัวใจและผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายหนา ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดออกจาก หัวใจใน 1 นาทีลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่ายโดยเฉพาะช่วงที่หัวใจต้องออกแรงทำ งานหนักหรือในภาวะฉุกเฉินการปิดและเปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ง่าย ระบบสื่อประสาทสัญญาณไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงจึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะ สัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์

จากรายงานองค์การอนามัยโลก ปี 2565 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อถึง 41 ล้านคน ต่อปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยพบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและ หลอดเลือดถึง 17.9 ล้านคนต่อปี เป็นสัดส่วน 2 ใน 3 ของผู้เสียชีวิตมีอายุมากกว่า 70 ปี (องค์การ อนามัยโลก WHO, 2023) ทวีปเอเชียในปี 2562 จำนวนการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดใน เอเชียสูงขึ้นเป็น 10.8 ล้านคน โดยที่เกือบร้อยละ 61 ของจำนวนการตายนี้ออกเกิดกับคนอายุมากกว่า 70 ปี (ศุนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2566) และในประเทศไทย ระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่าน มา (พ.ศ. 2560-2564) ในประเทศไทยมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 27.8, 29.9, 32.3, 31.8 และ 39.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อีกทั้งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุ มากกว่า 60 ปี จำนวน 12,996, 13,960, 15,227 14,815 และ 14,764 คน ตามลำดับ ในขณะที่ กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เสียชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุคือจำนวน 5,083, 5,457, 5,773, 5,921 และ 6,012 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease, CAD) หมายถึง โรคที่มีเลือดไหลเวียนตามเส้นเลือดแดงของหัวใจเพื่อ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจน้อยลงกว่าครึ่งของอัตราไหลเวียนปกติ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการที่มีไขมัน หรือเนื้อเยื่อเกาะอยู่บริเวณผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ส่งเลือดไปเลี้ยง กล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นเกิดการตีบตัน ทำให้ร่างกายไม่สุขสบายและมีอาการแสดงเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น จุกแน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก หน้ามืดเป็นลม เหนื่อยง่าย ทำให้เสียชีวิต ซึ่งอาการทาง คลินิก ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ อาการเจ็บหน้าอกแบบคงที่ (Stable angina) และภาวะหัวใจ

ขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

ทั่วโลกในปี 2566 พบมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคหัวใจขาดเลือดเป็น สาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคน (องค์การอนามัยโลก WHO, 2023) ทวีปเอเชียพบโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 10.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด โดยปี 2565 ประเทศในทวีปเอเชียที่มีอัตราการตายจาก โรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุด ได้แก่ จอร์เจีย (810.7 คนต่อประชากร 100,000 คน) (ศูนย์วิจัย และสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน, 2566) ประเทศไทยในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจ ขาดเลือดมีจำนวน 350,922 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 535 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิตจำนวน 20,556 ราย หรือ 31 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลมรณบัตรรายงานอัตราการตายจากโรคหัวใจ ขาดเลือดมากถึง 43.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของคนไทยอันดับที่ 4 รองจาก มะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง และปอดอักเสบ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2566)

ปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย เพศชายมีความเสี่ยง เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง 3-5 เท่า ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และเพศหญิงในวัย หมดประจำเดือน ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ขาดการออกกำลังกาย เครียด ซ้ำหูดหงิด โมโหง่าย คนในครอบครัวมีประวัติเป็น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การตรวจวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดทำได้โดยการซักประวัติ โดยละเอียด ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด ดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การวิ่งสายพาน (Exercise Stress Test, EST) และการตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiogram) เพื่อดูโครงสร้างของหัวใจ (โรงพยาบาล ศิริรินทร์, 2560)

การป้องกันและควบคุมโรคหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยการลด ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สำคัญ การรักษาด้วยการใช้ยา ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรง การขยาย หลอดเลือดหัวใจโดยบอลูน เป็นวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใช้สายสวนหัวใจผ่านทาง หลอดเลือดแดงที่โคนขาหรือข้อมือ เข้าไปจนถึงหลอดเลือดหัวใจที่ตีบและขยายหลอดเลือด การรักษา โดยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจใหม่ โดยการใช้หลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำที่ขามาต่อหลอด เลือดหัวใจ เพื่อเพิ่มทางเดินของเลือดที่จะมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (โรงพยาบาลศิริรินทร์, 2560)

โรคแทรกซ้อนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งได้ 2 ระยะ คือ โรคแทรกซ้อนในระยะแรกและ โรคแทรกซ้อนในระยะหลัง เป็นสิ่งสำคัญเพราะผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยพบว่าร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 10-15 เสียชีวิตในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นหากเราทราบเรื่อง

โรคแทรกซ้อน จะทำให้สามารถหาทางป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน โรคแทรกซ้อนแบ่งออกเป็น 1) โรคแทรกซ้อนในระยะแรก เช่น ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic Shock), กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตาย (Right ventricular infarction), กล้ามเนื้อหัวใจห้องขวาขาดเลือด (RV Infarction), ภาวะหัวใจห้องล่างล้มเหลว (Acute Left ventricular failure), ภาวะลิ้นหัวใจรั่ว (Acute Mitral Regurgitation), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด, หัวใจเต้นผิดปกติ, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Post Infarction Pericarditis) และลิ้นเลือดในหัวใจ 2) โรคแทรกซ้อนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะหลัง ได้แก่ ภาวะที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตันซ้ำ, การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ, ภาวะหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตกระทันหัน (สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557)

พฤติกรรมป้องกันการหัวใจขาดเลือดโดยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ปราศจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ดีที่สุดก็คือ การดูแลรักษาระบบหัวใจและหลอดเลือดให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพราะจะช่วยให้ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้คือ กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อยังอายุน้อยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศชายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในเพศหญิงอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยที่สามารถควบคุมได้คือ ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับของไขมันเลวหรือคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein: LDL) สูง ความดันโลหิตสูง (hypertension) พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะพบมีอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจ เพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า เนื่องจากบุหรี่มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว ภาวะอ้วน (obesity) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) พฤติกรรมป้องกันได้แก่ การออกกำลังกาย การฝึกสมาธิเพื่อทำให้จิตใจให้ผ่อนคลาย และการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นประจำ ด้วยการตรวจสุขภาพประจำปี (อิสริย์ ปัดภัย และคณะ, 2564)

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายนอกจากนี้การปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง การปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดจึงมีความสำคัญ ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดการกับความเครียด การจัดการด้านความเครียดในผู้ป่วย

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นการปรับปรุงกลไกการทำงานของร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญกับความเครียดโดยใช้สมาธิและการฝึกกลมหายใจ การฝึกการผ่อนคลายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น 2) การออกกำลังกายและการพักผ่อนควรออกกำลังกายเพื่ออุ่นเครื่อง (warm up) และก่อนหยุดออกกำลังกายควรลดความรุนแรงของการออกกำลังกายลง (cool down) ไม่ควรหยุดออกกำลังกายทันที โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจที่มากขึ้น คงอยู่ด้วยอัตราคงที่ตลอดระยะเวลาที่ออกกำลังกาย และเมื่อหยุดออกกำลังกายอัตราการเต้นของหัวใจจะค่อยๆ กลับเข้าสู่สภาวะปกติ กล่าวได้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุด โปรแกรมการออกกำลังกายควรเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโดยในระยะนี้ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่ออุ่นเครื่องและให้เดิน 500 ฟุต (150 เมตร) ในเวลาผู้ป่วยทำได้ จากนั้นค่อยเพิ่มเวลาเป็น 5 นาทีทุกสัปดาห์ จนผู้ป่วยสามารถเดินได้ในเวลา 20-30 นาที จากนั้นจึงเพิ่มความเร็วในการเดิน นอกจากนี้การพักผ่อนที่เพียงพอส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด 3) การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายโดยรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ รับประทานอาหารประเภทแป้ง และไขมันให้น้อยลง การปรุงอาหารควรใช้ไขมันจากพืช หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว กะทิ ตัมนมพว่องหรือไขมันเนย ปรุงอาหารโดยใช้วิธี นึ่ง ต้ม อบ ย่าง เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก และหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนัก เช่น เหล้า เบียร์ ชา กาแฟ หลีกเลี่ยงอาหารพวกไขแดงเครื่องในสัตว์ที่ติดมันทุกชนิด สมอสัตว์ อาหารทะเล เช่น หอยนางรม ปลาหมึก จำกัดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน (เกลือแกงไม่เกิน 1 ช้อนชาหรือน้ำปลาไม่เกิน 1.5-2 ช้อนโต๊ะ) 4) การปฏิบัติตัวด้านการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยา ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอกรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรหยุดยาด้วยตนเองนอกจากนี้ควรพักยามไต้ล้นสำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกติดตัวไปด้วยเสมอ การประเมินอาการผิดปกติเช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงทันทีทันใดนานกว่า 30 นาที โดยที่อาการไม่ทุเลาลงหลังจากการอมยาและพักผ่อนแล้ว มีอาการอาหารไม่ย่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ปัสสาวะลดลง อาการบวมบริเวณมือและเท้าหรือน้ำหนักเพิ่มมากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน การมาตรวจตามแพทย์นัด การนัดครั้งแรกประมาณสัปดาห์ที่ 8-10 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายทั้งหมด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทดสอบโดยการออกกำลังกายตรวจไขมันในเลือด และเอกซเรย์ทรวงอก แพทย์จะทำการบำบัดปัญหาต่างๆ ที่คาดว่าจะทำให้เกิดโรค เช่น แก้ไขภาวะโลหิตจาง ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ ภาวะความดันโลหิตสูง

เนื่องจากกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาตลอดชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยโดยเป็นการส่งเสริมการรักษาลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ในขณะที่การรักษาโดยทางยาหรือการทำหัตถการเป็นเพียงการรักษาที่ปลายเหตุการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดจะเป็นการรักษาที่สาเหตุโดยตรง (สุดคะนิง ดารานิชร, 2555)

จากแฟ้มข้อมูลของโรคหัวใจขาดเลือดจากสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในปี 2560 พบว่าเขตบริการสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ อัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด (ต่อแสนประชากร) จังหวัดขอนแก่นมากที่สุดคือ 23.1 (ร้อยเอ็ด 22.5, มหาสารคาม 21.4, กาฬสินธุ์ 20.81 ตามลำดับ) นอกจากนี้ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2565) รายงานว่าผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นทั้งหมด 283,552 คนป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 8,301 ราย มากที่สุดของทุกกลุ่มอายุ และอันดับหนึ่งอยู่ใน อ. เมืองขอนแก่น มีผู้ป่วย 1,666 ราย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดระยะหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประกอบด้วย ภาวะที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตัน, การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย, ภาวะหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตกะทันหัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ปี ค.ศ.2021 Peters และคณะ ได้ศึกษาการกลับมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำใน 365 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตัน หัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุจำนวนมากทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ Govender, Al-Shamsi, Soteriades, & Regmi. (2019) ทำการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า อายุ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีนัยสำคัญให้ผู้ป่วยเพิ่มความเสี่ยงของการกลับมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ในขณะที่การสูบบุหรี่ไม่เห็นผลชัดเจน โดยมีภาวะแทรกซ้อน คือ หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตันเกิดความพิการและเสียชีวิต ในประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับอิมิเรต ดังนั้นการปรับปรุง Secondary preventive ให้มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดความพิการและการเสียชีวิตของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุได้ ในปี พ.ศ.2562 สุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน ประกอบด้วย โรคเบาหวาน บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองจากการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกายและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการจัดการความเครียด การศึกษาค้นคว้าดังกล่าวข้างต้นจึงพบปัจจัยที่มีนัยยะสำคัญ 11 ประการ คือ

อายุ เพศ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมัน LDL ที่สูง พันธุกรรม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การงดดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การลดความเครียดและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ จึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ต้องนำมาปรับใช้ รูปแบบพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการพัฒนาเพื่อเป็นประโยชน์ในอนาคต

แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดแดงแข็งระดับทุติยภูมิของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA) ร่วมกับสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ถูกนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจแล้วเกิดการตีบซ้ำ โดยสุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ ในปี 2562 ภัทรสิริ พจมานพงศ์ (2562) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะผู้ป่วยนอก โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานโดยเกี่ยวข้องกับ การมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายตามคำแนะนำ การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเลิกบุหรี่ การจัดการด้านภาวะอารมณ์ การให้ความรู้และคำปรึกษา การจัดการกับความเครียดต่างๆ และวรรณ มหาศรานนท์ และคณะ (2562) ได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม รูปแบบโปรแกรมที่ถูกนำมาใช้ข้างต้นนี้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคซึ่งเน้นทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล มีแนวคิดพื้นฐานมาจากกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยมที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิดของตนเอง เช่น ค่านิยม การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ชีวิต การคิดโดยมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลจึงต้อง

มุ่งเน้นไปที่การจัด กระทำกับกระบวนการทางความคิดของบุคคลเป็นสำคัญ ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย (Cukor, 2017) ร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลและด้านการประเมินถูกนำมาใช้เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัย ผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดขอนแก่น ไปใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสุขภาพดีและมีชีวิตยืนนาน

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดบ้างที่เป็นสาเหตุและเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
3. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ด้านเพศ, อายุ, การศึกษา, รายได้, พันธุกรรม, สิทธิการรักษา, ระยะเวลาการป่วย, ชนิดของการรักษา (การรับประทานยา, ตรวจสวนหัวใจหรือผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ), ภาวะไขมันในเลือด, ความดันโลหิต, การสูบบุหรี่, ดัชนีมวลกาย, เบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตเนื้อหาของการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย หลักการป้องกันโรค แนวคิดทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ทำการศึกษาขอบเขตเชิงพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยการดำเนินการวิจัยเป็นการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เริ่มทำการศึกษ ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 – 30 มีนาคม 2567

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease, CAD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น

โรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด และอาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น เป็นเวลามากกว่า 1 ปี

ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง โรคหรือภาวะที่อาจเกิดได้หลังจากการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นอยู่โดยมีสาเหตุและปัจจัยหลักที่ทำให้เกิด เช่น เมื่อเป็นโรคแทรกซ้อนแล้วโรคหัวใจขาดเลือดที่เป็นอยู่นั้นอาจมีอาการหนักขึ้น มีผลกระทบทำให้เกิดความพิการร่างกายหรือเสียชีวิตได้ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ลิ้มเลือดในหัวใจ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น

พฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง การปฏิบัติตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุ โดยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ห่างไกลจากภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีที่สุดก็คือ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา 2) พฤติกรรมการจัดการความเครียด 3) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 4) พฤติกรรมการไปพบแพทย์ตามนัด

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง รูปแบบของกิจกรรม KIP (จิตใจ) Model ที่นำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 1) การนำความรู้สู่ชุมชนด้วยกิจกรรมใส่ใจ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารด้วยกิจกรรมดูแลใจ 3) การกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดด้วยกิจกรรมสะกิดใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดที่จะเกิดขึ้นหลังผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการรับประทานยา การตรวจสวนหัวใจ หรือผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดหัวใจไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

พันธุกรรม หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมีการถ่ายทอดลักษณะต่างๆ จากบรรพบุรุษจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง โดยจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

ภาวะไขมันในเลือดสูง หมายถึง ภาวะที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าร่างกายของผู้สูงอายุ มีระดับไขมันเลว (LDL) ในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

เบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงมากกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ที่ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้อย่างเพียงพอหรือร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือทั้ง 2 อย่างร่วมกัน จึงไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสมมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

ความดันโลหิต หมายถึง เป็นค่าความดันของกระแสเลือดที่ส่งแรงกระทบกับผนังหลอดเลือดแดง โดยเกิดขึ้นจากการกระบวนกรสูบฉีดเลือดของหัวใจในขณะที่หัวใจบีบตัวและคลายตัวเต็มที่ของผู้สูงอายุ ซึ่งความดันโลหิตปกติ คือ ความดันขณะหัวใจบีบตัวน้อยกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตสูงคือ ความดันขณะหัวใจบีบตัวมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

การสูบบุหรี่ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

การดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มที่มีเอทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่เป็นประจำที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุด้วยการที่ได้ออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกายออกกำลังกายต่อเนื่องแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) ในระยะเวลา 20-30 นาทีต่อครั้ง ความถี่สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง มีผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

ความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่ถูกบีบคั้น กดดัน ของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือดทำให้มีอาการแสดงที่ต่างกัน เช่น วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดหัว ซึมเศร้า มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ มีทำการประเมินโดยใช้แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

แรงจูงใจในการป้องกันโรค หมายถึง การกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นการประเมิน การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และให้ความสำคัญกับสิ่งที่มา คุกคาม เพื่อให้เกิดอิทธิพลในการปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะการกระทำและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้ในความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือดต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดว่ามีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต มีค่าใช้จ่ายในการรักษา และอาจทำให้เสียชีวิตได้ เป็นต้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อของผู้สูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือดเกี่ยวกับแนวโน้มที่จะทำให้ได้รับผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากน้อย เพียงใด ถ้าหากไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมและปลอดภัยได้

การรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึงความเชื่อในผลที่จะได้รับ ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดว่าการที่ตนเองมีพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว จะสามารถป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดได้มากน้อยเพียงใด

การรับรู้ในความสามารถของตนเอง หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โรคหัวใจขาดเลือดให้เหมาะสมได้

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการสนับสนุน ทางด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร จากญาติหรือผู้ดูแล บุคลากรทาง การแพทย์ และ อ.ส.ม. มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ในผู้ป่วยสูงอายุ

แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับการ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด เลือด สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปการปรับเปลี่ยนแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การวิจัยในครั้งนี้ โดยมีประเด็นดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุกับโรคหัวใจขาดเลือด
3. ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด
4. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย
 - 4.1 หลักการป้องกันโรค (Prevention)
 - 4.2 ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory)
 - 4.3 แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (Older person or Elderly person) คือ บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย สำหรับประเทศไทยตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ หมายถึง ผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (จินดารัตน์ โพธิ์นอก, 2557) องค์การสหประชาชาติ (United Nation, UN) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุว่าเป็นประชากรทุกเพศที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป แต่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ยังไม่มีการให้คำนิยามเนื่องจากบริบทแต่ละพื้นที่ของโลกมีเกณฑ์ในการแบ่งช่วงอายุแตกต่างกันตามสภาพของร่างกาย (Function markers) สังคม (Social) และวัฒนธรรม (Culture) (มัญญา ภูแก้ว, 2557) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สถานการณ์ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 ทั่วโลกมีประชากรที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปประมาณ 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด 8,000 ล้านคน ส่งผลให้โลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aged society) ขณะนี้ในทุกทวีปยกเว้นทวีปแอฟริกาได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทวีปเอเชีย เป็นทวีปที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก คือ 586 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (80ปีขึ้นไป) มากถึง 70 ล้านคน ญี่ปุ่นเป็นประเทศในทวีปเอเชียที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกคือ

ร้อยละ 32 ของประชากรทั้งประเทศ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2024) ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 13.1 ล้านคน จากประชากร 65.1 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.08 ของคนไทยทั้งหมดในประเทศจากการสำรวจในปี 2566 เห็นได้ชัดว่ามีการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เนื่องจากประชากรที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรไทยทั้งหมด อีกทั้งคาดว่าจะเพิ่มจำนวนทวีคูณในอีก 20 ปีข้างหน้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับสองของภูมิภาครองจากจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งในปี พ.ศ.2566 มีจำนวนมากถึง 364,018 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50 ของประชากร และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Completed aged society) (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากการประมาณการดัชนีการสูงวัย ซึ่งศึกษาในเขตชนบทจังหวัดขอนแก่นพบผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 12 ต้องการการดูแลระยะยาว เนื่องจากมีภาวะทุพพลภาพขั้นรุนแรง นอกจากนี้อีกร้อยละ 10 ยังเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังคนเดียว จำนวนรวม 4,997 คน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในชุมชน (ศิริภาณี ศรีหาภาค, วัชรวิ ออมโรจน์วรวิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหาภู, และทิพวรรณ ทับซ้ายม 2564)

มุมมองของแผนฉบับแรกเน้นว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่ได้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมสมควรได้รับการตอบแทน” ในขณะที่แผนฉบับนี้มีวิสัยทัศน์ว่าผู้สูงอายุเป็น “บุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้ทรงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัว และชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม”

ปัจจุบัน แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ ไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำในระบบบริการสุขภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ แลยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาและสร้างความเข้มแข็งในธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุกที่มีความมุ่งมั่นต่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ 1) เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล ชุมชน ประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ให้มีศักยภาพ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีการเรียนรู้ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพลดลง สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองและชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการสร้างและจัดการระบบสุขภาพ 2) เพื่อสร้างระบบสุขภาพเชิงรุก ที่มุ่งสร้างเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพดี มีระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและ

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และ 3) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่เกิดจากความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล ให้มีความพอเพียง และเหมาะสมต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559)

ระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ได้มีการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบริหารจัดการ โดยกำหนดให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือเรียกชื่อย่อว่า กองหลักประกันสุขภาพ อปท. มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะชุมชนและท้องถิ่นจะเป็นศูนย์รวมของการขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ต่าง ๆ ในการเพิ่ม

ประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดการจัดการระบบสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยในท้องถิ่น โดยเฉพาะประเด็นสำคัญนั้นคือ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว อาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะความร่วมมือจากภาคประชาชนในพื้นที่ ให้ได้มาซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืน และความสำเร็จของระบบสุขภาพในอนาคต เช่นเดียวกันกับนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำและร่วมรับผิดชอบ ด้วยการอภิบาลแบบเครือข่าย เอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติ เชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2558)

ผู้สูงอายุควรได้รับการสร้างเสริมและดูแลให้มีสุขภาพดี มีระบบการป้องกัน ควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในระยะยาว มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่ดี มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมผู้สูงวัยได้อย่างมีความสุข

ผู้สูงอายุกับโรคหัวใจขาดเลือด

เมื่ออายุเพิ่มขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมสภาพไปตามวัย ผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพ และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว อาทิเช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหัวใจขาดเลือด (Coronary artery disease หรือ Ischemic heart disease) แจ่มจันท์ ประทีปโนวงศ์ (2564) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถอธิบายด้วย

ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (cross linkage theory) ในผู้สูงอายุได้ว่า การเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนและเส้นใยอีลาสติน รวมถึงมีแคลเซียมมาเกาะในหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว กล้ามเนื้อหัวใจและผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายหนา ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่ายโดยเฉพาะช่วงที่หัวใจต้องออกแรงทำงานหนักหรือในภาวะฉุกเฉินการปิดและเปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ง่าย ระบบสื่อประสาทสัญญาณไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงจึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์

ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2561) ในประเทศไทยมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 27.8, 29.9, 32.3, 31.8 และ 39.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อีกทั้งผู้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 12,996, 13,960, 15,227 14,815 และ 14,764 คน ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เสียชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุคือจำนวน 5,083, 5,457, 5,773, 5,921 และ 6,012 คน ตามลำดับ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ได้กล่าวถึงการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุโดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตัวเองเบื้องต้น (นวัตน์ สุทธิพงศ์ และคณะ, 2564) เมื่อโรคหัวใจขาดเลือดเกิดในวัยผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่น จึงควรได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงเมื่อเกิดโรคแล้วมีรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดเพื่อลดการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้

ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

โรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease, IHD) หรือโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease: CAD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบร้อยละ 50 หรือ มากกว่า อาการสำคัญที่พบได้บ่อยเช่น อาการเจ็บเค้นอก ใจสั่น เหงื่อออก เหนื่อยขณะออกแรง เป็นลมหมดสติหรือเสียชีวิตเฉียบพลัน สามารถแบ่งกลุ่มอาการทางคลินิกได้ 2 กลุ่ม คือ

1. ภาวะเจ็บเค้นอกคงที่ (stable angina) หรือ ภาวะเจ็บเค้นอกเรื้อรัง (chronic stable angina) หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (chronic ischemic heart disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บเค้นอกเป็นๆ หายๆ อาการไม่รุนแรงระยะเวลาครั้งละ 3-5 นาที หายโดยการพักหรืออมยาขยายเส้นเลือดหัวใจเป็นมานานกว่า 2 เดือน

2. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญคือ เจ็บเค้นอกรุนแรง

เจ็บพลัน หรือเจ็บขณะพัก (Rest angina) นานกว่า 20 นาทีหรือเจ็บเค้นอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม จำแนกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

Non-ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบ ST segment elevation มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST segment depression และ/หรือ T wave inversion ร่วมด้วยหากมีอาการนานกว่า 30 นาที อาจจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI) หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable angina) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยและคณะ, 2557)

1. สาเหตุ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด หรือเราอาจจะได้ยินชื่อว่าโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน หรือโรคหลอดเลือดโคโรนารี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลก โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้แก่ ภาวะที่ผนังหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีเลือดไปเลี้ยงลดลงหรือไม่มีเลย ส่งผลให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนมากขึ้น จะทำให้อาการเจ็บหน้าอกและอาจรุนแรงถึงขั้นกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งการที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบหรือตัน ส่วนใหญ่แล้วเกิดจากหลอดเลือดแข็งตัวขึ้น เนื่องจากมีไขมันสะสมในผนังด้านในของหลอดเลือด เป็นผลให้ทางที่เลือดไหลผ่านแคบลง เลือดไหลไม่สะดวก กล้ามเนื้อหัวใจจึงได้รับเลือดน้อยกว่าปกติ นอกจากนั้นยังอาจเกิดจากเกร็ดเลือดและลิ่มเลือดอุดตันอีกด้วย

อาการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

จะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือกลางหน้าอก อาจร้าวไปยังหัวไหล่ แขน คอ ขากรรไกร หรือหลัง บางคนอาจมีอาการเหงื่อออกมาก ตัวเย็น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ไม่มีแรง ระยะเวลาของการเจ็บหน้าอก และความรุนแรงของอาการเจ็บ ขึ้นอยู่กับสภาพหลอดเลือดหัวใจว่าตีบน้อย ตีบมาก หรืออุดตัน อาจทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบ่งให้เข้าใจง่าย ๆ เป็น 3 ระดับ

ระดับที่ 1 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะออกแรง โดยมักจะเจ็บหน้าอกแบบแน่น ๆ บีบ ๆ หรือหนัก ๆ ที่หน้าอกตรงกลาง หรือหน้าอกด้านซ้าย โดยอาการเจ็บหน้าอกอาจร้าวไปที่ขากรรไกรล่าง กรามหรือหัวไหล่ ท้องแขนด้านซ้าย หรือทั้งสองข้างก็ได้ มักจะเป็นไม่นานประมาณ 5-10 นาที อาการก็จะดีขึ้นหรือหาย เมื่อหยุดพัก

ระดับที่ 2 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก และอาการจะรุนแรงมากขึ้น เป็นนานมากขึ้น ประมาณ 10 ถึง 20 นาที และเป็นบ่อยขึ้นกว่าเดิม โดยอาการอาจทุเลาลงได้เมื่อหยุดพัก หรืออาจจะไม่ดีขึ้น แต่ตรวจไม่พบมีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ

ระดับที่ 3 มีอาการเจ็บหน้าอกขณะพัก โดยมักมีอาการเกิดขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นรุนแรงและเป็นนานกว่า 30 นาที ขึ้นไป โดยมักมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย หากพบว่ามีอาการอยู่ในระดับที่ 3 ควรรีบนำส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เนื่องจากถือว่าเป็นอาการอยู่ในขั้นรุนแรงและอันตราย ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อาจเป็นอันตรายถึงขั้นเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้

2. ปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

2.1 กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อยังอายุน้อยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เพศชายมีความเสี่ยงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากกว่าเพศหญิง 3-5 เท่า

2.2 เพศ (sex) เพศชาย มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในเพศหญิง

2.3 อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มขึ้น

2.4 ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับของ LDL และ LDL/HDL สูง

2.5 ความดันโลหิตสูง (hypertension) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่จะพบมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

2.6 การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า

2.7 ความอ้วน (obesity) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมี metabolic syndrome ร่วมด้วยจะมีการเกาะของเกล็ดเลือดมากขึ้นในหลายตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการขยายหลอดเลือดหัวใจ ขาดการออกกำลังกาย

2.8 เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีโรคเบาหวานร่วมจะมี plaque ที่มีขนาดใหญ่ เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการปริแตกของ thrombus หลายตำแหน่ง

2.9 การตี้มแอลกอฮอล์ ผลของการตี้มแอลกอฮอล์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดพบว่า เกิดทั้งโทษและประโยชน์ ซึ่งโดยทั่วไปประโยชน์มักจะได้ในผู้ที่ตี้มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนผู้ที่ตี้มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักจะพบโทษได้เป็นส่วนใหญ่ ผลกระทบที่พบ ตัวอย่างเช่น การทำงานของหัวใจเสื่อมลง, การเกิดภาวะความดันเลือดสูง, หัวใจเต้นผิดปกติ, อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน หรือแม้แต่การเสียชีวิตเฉียบพลัน เป็นต้น (Lange et al., 2005)

2.10 ขาดการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะทำให้หัวใจมีสมรรถภาพลดลง กล้ามเนื้อหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ไม่ดี การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลง ทั้งยังไม่ช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด เพิ่มการสะสมของตะกรันที่หลอดเลือด เพิ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่ดีและมีสุขภาพใจที่อ่อนแอ เครียด ซ้ำหงุดหงิด โมโหง่าย เมื่อเกิดความเครียดต่อมไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่ใกล้กับ

2.11 สมอจะผลิตฮอร์โมนออกมา 2 ชนิด ได้แก่ ฮอร์โมนอะดรีนาลีน และคอร์ติซอล ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว เลือดสูบฉีดมากกว่าปกติ และยังทำให้ระดับผลิตคอเลสเตอรอลเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งคอเลสเตอรอลที่มากเกินไปคือตัวการสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันและนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เช่นเดียวกับคอร์ติซอล ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายผลิตน้ำตาลเพิ่มขึ้นและเมื่อไม่ได้ถูกนำไปใช้ ก็จะสะสมเป็นไตรกลีเซอไรด์หรือกรดไขมันแบบอื่นบริเวณหน้าท้อง ผลก็คือ เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ เมื่อร่างกายเกิดความเครียดยังทำให้ความดันเลือดสูงแม้จะเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แต่หากเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ก็ทำความเสียหายแก่หลอดเลือดหัวใจและไตเช่นเดียวกันกับผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจก็คือ ลดความเครียด

การตรวจวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

แพทย์จะซักประวัติโดยละเอียด ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด และดูคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเลือด : เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่ตาย ผลเจาะเลือดจะเป็นปกติ แต่หากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยที่กล้ามเนื้อหัวใจตาย ค่าเลือดที่ได้จะมีค่าสารเคมีที่สูง ซึ่งจะสามารถบอกได้ว่าอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในขั้นรุนแรงมากน้อยแค่ไหน

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จะมีทั้งการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพักและขณะออกกำลังกาย เบื้องต้นแพทย์จะให้ตรวจคลื่นไฟฟ้าขณะพัก ซึ่งจะช่วยวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ แต่กรณีที่หลอดเลือดหัวใจตีบน้อยคลื่นไฟฟ้าหัวใจมักจะปกติ ซึ่งให้ข้อมูลได้ไม่เพียงพอจะวินิจฉัยโรค แพทย์จะแนะนำให้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขณะออกกำลังกายเพิ่มเติมเรียกว่า “Exercise Stress Test” ทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ต้องการออกซิเจนมากขึ้น เมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบ ไม่สามารถนำเลือด

และออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และอาจมีอาการเจ็บหน้าอกเกิดขึ้น จึงช่วยในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้ และยังสามารถบอกความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และสมรรถภาพของหัวใจได้อีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีการตรวจวินิจฉัยอื่นๆ เช่น การตรวจอัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiogram) เป็นการตรวจหัวใจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อดูโครงสร้างภายในหัวใจ เช่น ลิ้นหัวใจ, กล้ามเนื้อหัวใจ, เยื่อหุ้มหัวใจ ตรวจการทำงานของหัวใจ ว่ากล้ามเนื้อหัวใจส่วนไหนเสียหาย จากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด รวมถึงบอกขนาดของหัวใจได้ (โรงพยาบาลวิชัยเวช, 2565)

3. การรักษา

โรคหัวใจขาดเลือดเนื่องจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดตีบหรืออุดตัน โรคนี้เมื่อเกิดขึ้นมาแล้วเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง แม้จะไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมโรคได้ ทางที่ดีที่สุดก็คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคนี้ขึ้น โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้นจะชะลอการเกิดโรคนี้ก่อนวัยอันควรจะเป็น หรืออาจไม่เป็นเลยก็ได้

ในผู้ที่มีอาการของโรคหัวใจขาดเลือดเป็นครั้งแรก คือ มีอาการเจ็บหน้าอกเวลาออกกำลังกาย หรือเหนื่อยง่ายกว่าปกติโดยหาสาเหตุไม่ได้ ควรพบแพทย์แต่เนิ่น ๆ เพื่อที่จะได้วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง พร้อมทั้งจะได้รับการรักษา และป้องกันไม่ให้เกิดโรคกลับมาไปมากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ยังดีอยู่จะได้ทำงานเป็นปกติต่อไปได้

การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดประกอบด้วย

1. การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สำคัญ
2. การรักษาด้วยการใช้ยา ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะและความรุนแรง ได้แก่ ยาเพื่อป้องกันการจับตัวของเกล็ดเลือดเข้ากับผนังของหลอดเลือดแดง ซึ่งมีผลทำให้เกิดการทำลายของผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบตันและอุดตันมากขึ้น ยาเพื่อช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก ลดการทำงานของหัวใจ ช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ยาเพื่อใช้สลายลิ่มเลือด ที่อุดตันหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะได้ประโยชน์มากถ้าใช้ได้เร็วที่สุด หลังจากที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันอย่างเฉียบพลัน ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ ยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น ยาพวกนี้จะใช้ก็ต่อเมื่อมีโรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นเท่านั้น

3. การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยบอลลูน เป็นวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยการใช้สายสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่โคนขาหรือข้อมือ เข้าไปจนถึงหลอดเลือดหัวใจที่ตีบและขยายหลอดเลือด โดยการทำบอลลูนที่ปลายของสายสวนหัวใจพองขึ้น เพื่อที่จะดันหลอดเลือดที่ตีบให้ขยายออกจะได้มีเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้มากขึ้น

4. การรักษาโดยการผ่าตัดต่อหลอดเลือดหัวใจใหม่ โดยการใช้หลอดเลือดแดงหรือหลอดเลือดดำที่ขา มาต่อหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเพิ่มทางเดินของเลือดที่จะมาเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น (โรงพยาบาลศิรินทร์, 2560)

โรคแทรกซ้อนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

โรคแทรกซ้อนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่สำคัญ

ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยพบว่าร้อยละ 50 เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล เนื่องจากหัวใจเต้นผิดปกติ ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 10-15 เสียชีวิตในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นหากเราทราบเรื่องโรคแทรกซ้อน จะทำให้เราหาทางป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน เราแบ่งโรคแทรกซ้อนออกเป็น

1. โรคแทรกซ้อนในระยะแรก
2. โรคแทรกซ้อนที่เกิดหลังออกจากโรงพยาบาล

1. โรคแทรกซ้อนในระยะแรกที่พบการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด

ภาวะช็อกจากหัวใจ (Cardiogenic Shock) หมายถึงภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายวาย หรือล้มเหลวอย่างรุนแรงจนกระทั่งหัวใจ ไม่สามารถบีบตัวไปเลี้ยงอวัยวะได้อย่างเพียงพอ เกิดการคั่งของน้ำในปอด ความดันโลหิตต่ำ เกิดอาการของอวัยวะที่เลือดไปเลี้ยงไม่พอ เช่น ผิวมีเหงื่อออก ซึมลงหรือกระสับกระส่าย การรักษา ที่สำคัญที่สุดคือการ ทำให้เลือดไหลเวียนไปยังหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุด ซึ่งมีวิธีการคือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือการใช้บอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือการผ่าตัดทำ bypass การรักษาอื่นๆ ได้แก่ ยาขยายหลอดเลือดส่วนปลาย ยาเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น หากเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงมากประมาณร้อยละ 90

กล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตาย (Right ventricular infarction) ภาวะนี้พบบ่อย เนื่องจากหัวใจห้องล่างขวาต้องการออกซิเจนน้อยกว่าห้องล่างซ้าย พบว่าผู้ป่วยที่หัวใจห้องล่างซ้ายตายจะมีหัวใจห้องล่างขวาตายร่วมด้วยร้อยละ 20 อาการที่สำคัญคือความดันโลหิตต่ำ ไม่มีการคั่งของน้ำในปอด เส้นเลือดที่คอโป่ง

กล้ามเนื้อหัวใจห้องขวาขาดเลือด RV Infarction ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตายหรือขาดเลือด (RV infarction or ischemia) เกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง inferior wall MI แพทย์ควรสงสัยกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวาตายในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง ที่มีความดันเลือดตก แต่ฟังปอดไม่มีภาวะปอดคั่งน้ำ

การวินิจฉัย

ควรทำคลื่นไฟฟ้า right-sided ECG หรือ 15-lead ECG ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจด้านล่าง inferior wall MI หากพบมี ST-elevation มากกว่า 1 mm ใน in lead V4R แสดงว่าน่าจะมี RV infarction และเป็นตัวพยากรณ์ที่ค่อนข้างแม่นยำว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายสูง ขึ้น อัตราตายในรพ.ของผู้ป่วย RV infarction ที่มีอาการกล้ามเนื้อหัวใจห้องขวาตาย RV dysfunction มีประมาณ 25% - 30% ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงควรได้รับการรักษาด้วยวิธีเปิดหลอดเลือด การฉีดยาละลายลิ่มเลือดลดการเกิด RV dysfunction ลงได้ PCI เป็นวิธีรักษาผู้ป่วย RV infarction ด้วยอีกวิธีหนึ่ง และควรเลือกวิธีทำ PCI เป็นวิธีหลักกรณีมีภาวะช็อกร่วมด้วย ผู้ป่วยช็อกที่มี RV failure มีอัตราการตายใกล้เคียงกับภาวะช็อกจาก LV failure.

ผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อหัวใจตายขวาตาย RV dysfunction และกล้ามเนื้อหัวใจด้านขวาตาย RV infarction ต้องอาศัยการให้น้ำเกลือเข้าไปจึงจะได้ cardiac output พอเพียง ดังนั้นจึงไม่ควรให้ยาขยายหลอดเลือดในเตรท ยาขับปัสสาวะ และยาขยายหลอดเลือดอื่นๆ เช่น ACE inhibitors เพราะอาจทำให้ความดันเลือดตกแรงได้ เมื่อเกิดความดันเลือดตกในกรณีนี้ ควรรักษาด้วยการให้ IV fluid แบบ bolus.

ภาวะหัวใจห้องล่างล้มเหลว (Acute Left ventricular failure) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยหลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายโดยเฉพาะผู้ป่วยที่พบแพทย์ช้าและไม่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือการขยายหลอดเลือดอย่างทันเวลา กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ อาการที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจหอบ แน่นหน้าอก หายใจลำบากนอนราบไม่ได้เนื่องจากน้ำคั่งในปอด ความดันโลหิตมักจะปกติ

การรักษา แพทย์จะให้ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Inhibitor

ภาวะลิ้นหัวใจรั่ว Acute Mitral Regurgitation ลิ้นหัวใจของคนจะมีกล้ามเนื้อชื่อ papillary muscle ยึดลิ้นไว้กับกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายกล้ามเนื้อ papillary muscle ก็อาจจะตายทำให้เกิดฉีกขาดการฉีกขาดนี้มักจะเกิดภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายใน 2-7 วันและเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วเฉียบพลันผู้ป่วยมีอาการของหัวใจวายน้ำท่วมปอด ต้องรักษาโดยการผ่าตัดซ่อมลิ้นหัวใจทันที

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายกล้ามเนื้อนั้นจะฉีกขาดเนื่องจากแรงดันของเลือดมักจะเกิดภายในวันที่ 5 หลังเกิดอาการ ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าทันที ร่วมกับความดันโลหิตต่ำลง อาจจะมีวัดความดันโลหิตไม่ได้ อัตราการเสียชีวิตสูงมาก รักษาโดยการผ่าตัด

หัวใจเต้นผิดปกติ เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจตายส่วนของกล้ามเนื้อนั้นอาจจะสร้างกระแสไฟฟ้ามาควบคุมการทำงานของหัวใจ นอกจากนั้นการที่กล้ามเนื้อหัวใจทำงานน้อยลงก็จะเป็นเหตุให้หัวใจเต้นผิดปกติ การเต้นผิดปกติบางชนิดต้องให้การรักษาทันทีเพราะจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น Ventricular fibrillation, Ventricular tachycardia การเต้นผิดปกติบางอย่างอาจจะไม่เสียชีวิตทันทีแต่ต้องควบคุมการเต้นเพื่อให้หัวใจสูบฉีดโลหิตได้อย่างเพียงพอเช่น หัวใจเต้นเร็ว หรือช้าเกินไป เป็นต้น

เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ Post Infarction Pericarditis มักจะเกิดหลังกล้ามเนื้อหัวใจตายแล้ว 24-96 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ แต่อาจจะมีอาการเจ็บหน้าอกซึ่งไม่เหมือนกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด การรักษาใช้ยาแก้ปวด

ลิ้มเลือดในหัวใจ ผู้ที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นบริเวณกว้างจะมีโอกาสเกิดลิ้มเลือดในหัวใจร้อยละ 20 และมีโอกาสที่ลิ้มเลือดจะลอยไปอุดตันหลอดเลือดในสมองทำให้เกิดอัมพาตหรืออวัยวะอื่นๆ ได้ การรักษาต้องให้ยาละลายลิ้มเลือด

2. โรคแทรกซ้อนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระยะหลัง

ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่รอดชีวิตกลับบ้านยังมีโอกาสเสียชีวิตถึงร้อยละ 10 ในปีแรก เพราะกล้ามเนื้อหัวใจมีการขาดเลือดซ้ำหรือมีการอุดตันของหลอดเลือดเส้นใหม่ ดังนั้นการตรวจประเมินผู้ป่วยหลังการเกิดการอุดตันครั้งแรกจึงมีความสำคัญ โรคแทรกซ้อนที่สำคัญหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านคือ

ภาวะที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตันซ้ำ ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดอุดตันเมื่อได้ยาละลายลิ้มเลือดทันเวลาจะมีเลือดไหลไปเลี้ยงบริเวณที่ขาดเลือด ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อบางส่วนที่ขาดเลือดสามารถทำงานได้ สำหรับผู้ที่ไม่ได้ยาละลายลิ้มเลือดนั้น ลิ้มเลือดที่อุดตันอยู่อาจจะละลายได้เองทำให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อบางส่วน แต่อย่างไรก็ตามหลอดเลือดที่อุดตันก็อาจจะมีเลือดไปเลี้ยงไม่พอต่ออวัยวะหลอดเลือดเส้นอื่นมาทดแทน ในภาวะที่มีหลอดเลือดตีบมักจะตีบหลายเส้นทำให้เลือดที่มาจากเส้นอื่นไม่พอ ผู้ป่วยจึงอาจมีอาการเจ็บหน้าอก หรือยังมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ดังนั้นการตรวจโดยการเอกซเรย์ทรวงอกหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย จึงมีประโยชน์ในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงออกมาเพื่อรักษา

การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ อาจเกิดเมื่อใดก็ได้ แต่มักจะเกิดบ่อยในช่วง 2-3 เดือนแรก ถ้าผู้ป่วยที่เคยมีกล้ามเนื้อหัวใจตายและยังมีอาการเจ็บหน้าอก ควรจะปรึกษาแพทย์

ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการ หรืออาจจะมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยจนกระทั่งหายใจหอบและอาจจะจำเป็นต้องใส่เครื่องช่วยหายใจเราแบ่งเป็น

1. ผู้ที่มีอาการหัวใจวายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายมักจะเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นบริเวณกว้าง ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะถ้ามีอาการช็อคร่วมด้วย อาจจะต้องฉีดยาเส้นเลือดหัวใจ อัตราการเสียชีวิตจะสูง

2. ผู้ที่เกิดหัวใจวายใน 2-3 วันหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย กลุ่มนี้หากอาการรุนแรงไม่มากอาจจะให้ยาขับปัสสาวะ หรือยา ACEI

การเสียชีวิตกระทันหัน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจตายมักเกิดจากการที่หัวใจขาดเลือดซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการทำงานของหัวใจลดลง ร่วมกับการที่หัวใจเต้นผิดปกติ ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตกระทันหัน และมาไม่ถึงโรงพยาบาล การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมุ่งเน้นการเปิดหลอดเลือดเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจให้พอ และการให้ยาปิดกั้น beta blocker (สยามเฮลตี้ (Siamhealth), 2565)

การวิจัยครั้งนี้จะมุ่งเน้นไปที่ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังจากออกจากโรงพยาบาลเป็นการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นยั่งยืน จึงทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ

4. พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด

ท่านสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย ภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตัน การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ ภาวะหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตกระทันหัน โดยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ห่างไกลจากภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีที่สุดก็คือ การดูแลรักษาระบบหัวใจและหลอดเลือดให้แข็งแรงอยู่เสมอ เพราะจะช่วยให้ลดความเสี่ยงกลับมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะหลังหลัก ๆ ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงที่ควบคุมไม่ได้

1. กรรมพันธุ์ (heredity) ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเมื่อยังอายุน้อยได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด และหากเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดเส้นเลือดหัวใจตีบจะพบรอยโรคบริเวณเส้นเลือดหลัก (left main coronary) โดยมีการเกาะของแคลเซียมมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้หากสมาชิกในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ก็ควรที่จะวางแผนรับมือหากสมาชิกคนอื่นเกิดอาการด้วย ควรจดรายละเอียดยาที่ใช้ยาที่แพ้และเตรียมหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินไว้ในที่ที่สามารถเห็นได้สะดวก รวมถึงผู้ป่วยควรพกข้อมูลติดต่อของคนใกล้ชิดที่สามารถติดต่อได้ทันทีหากเกิดเหตุฉุกเฉิน คนในครอบครัวควรช่วยกันดูความผิดปกติเพราะยิ่งพบเร็วก็จะทำให้รักษาได้อย่างทันท่วงทีมากขึ้น และสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้

2. เพศ (sex) เพศชาย มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงกว่าในเพศหญิง เนื่องจากเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยป้องกันการอักเสบของหลอดเลือดเพิ่มระดับ HDL และลดระดับ LDL

3. อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการแข็งตัวของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการหยุดการเจริญเติบโตของ cell อีกทั้งมี DNA damage เพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้

1. ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจะมีระดับของ LDL และ LDL/HDL สูง รวมทั้งยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วย dyslipidemia จะมีรอยโรคของการตีบของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า 1 ตำแหน่ง เนื่องจากระดับของไขมันทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ คือ LDL-C, Triglyceride ทั้งนี้ระดับ LDL-C ที่สูงเพียงปัจจัยเดียวก็ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็งตัวได้ เนื่องจาก LDL-C เป็นตัวการหลักที่ก่อให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือด โดย LDL-C เกี่ยวข้องทุกขั้นตอน ตั้งแต่หน้าที่ของเยื่อผนังหลอดเลือดผิดปกติ การเกิด plaque ไปจนกระทั่งเกิดการฉีกขาดของ plaque และมีก้อนเลือดอุดตันหลอดเลือด ดังนั้นระดับ LDL-C ที่สูงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ส่วน HDL-C ต่ำก็เป็นปัจจัยต่อการเกิดหลอดเลือดแดงแข็ง โดยตัว HDL - C จะมีบทบาทในจะเป็นตัวช่วยกำจัดไขมันบนผนังหลอดเลือดแดงโดยผ่านกลไกการนำ cholesterol กลับไปทำลายการยับยั้งขบวนการออกซิเดชันของ LDL- C การยับยั้งเกล็ดเลือดเกาะตัวกัน การยับยั้ง expression ของ adhesion molecules ชนิดต่างๆ กระตุ้นให้เยื่อหลอดเลือดผลิต nitric oxide ให้เลือดซึมเข้าสู่กล้ามเนื้อหัวใจดีขึ้น และยับยั้งการทำลายเยื่อหลอดเลือดได้ ดังนั้นระดับ HDL-C ที่สูงจะส่งผลดีกับหลอดเลือดหัวใจ (รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ในปริมาณที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยห่างไกลความเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องระบบหัวใจได้ไม่ว่าจะเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะคอเลสเตอรอลสูง โดยอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ อาหารที่มีไขมันดี ผัก ผลไม้ที่มีไฟเบอร์สูง นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันที่ไม่ดี อาหารที่มีรสเค็มจัด อาหารแปรรูปต่าง ๆ บริโภคอาหารไขมันต่ำ หรือรับประทานยาลดไขมันในรายที่จำเป็น ควบคุมเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น

2. ความดันโลหิตสูง (hypertension) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงร่วมกับการสูบบุหรี่ จะพบมีอุบัติการณ์เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวาย และภาวะช็อกจากหัวใจเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นความดันโลหิตสูงส่งผลเสียโดยตรงต่อหลอดเลือด เพิ่มความเครียดให้ผนังกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่าง และเพิ่มความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้นการลดขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจที่หนาลงอาจลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ นอกจากการรับประทานยาที่ดีแล้ว การควบคุม

ความเครียดและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสม ก็ช่วยลดความดันโลหิตอันเป็นสาเหตุใหญ่ของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

3. การสูบบุหรี่ (smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 7 เท่า เนื่องจากบุหรี่มีสารทำให้เกิด endothelial dysfunction, เพิ่มการอักเสบและอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเกิดการ oxidation ของ LDL ส่งผลให้เกิดหลอดเลือดแข็งตัว(14) กล่าวคือสารในบุหรี่ทั้งทาร์ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ โดยเฉพาะคาร์บอนมอนอกไซด์จะขัดขวางการลำเลียงออกซิเจนของ เม็ดเลือดแดงด้วยการแย่งที่ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงด้วยการไปจับฮีโมโกลบินอย่างหนาแน่นเกาะติดถาวรทำให้คุณสมบัติการยืดหยุ่นของเม็ดเลือดแดงที่จะไหลเวียนซอกแซกไปตามหลอดเลือดลดลง เกิดการครูดกับผนังชั้นในสุดของหลอดเลือดแดงทำให้เกิดรอยขรุขระ ทำให้ไขมันและเกล็ดเลือดมาพอกติดได้ง่ายและเพิ่มการใช้ ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนสารนิโคติน จะกระตุ้นประสาทอัตโนมัติและต่อมหมวกไตให้หลั่งสาร Epinephrine ทำให้ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หลอดเลือดหดตัวและนอกจากนั้นการสูบบุหรี่ยังเพิ่ม Oxidized LDL ลดการสร้าง nitric oxide ของเยื่อหลอดเลือด เพิ่มระดับ high sensitivity C-reactive protein (hsCRP), soluble intercellular adhesion molecule-1 (ICAM-1), fibrinogen, homocysteine และการจับตัวของเกล็ดเลือด รวมถึงเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีผลทำให้เลือดแข็งตัวง่ายขึ้นเล็กน้อย ทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งปอด จะทำงานได้ดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์หากไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง

4. ความอ้วน (obesity) พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและมี metabolic syndrome ร่วมด้วยจะมีการเกาะของเกล็ดเลือดมากขึ้นในหลายตำแหน่งของหลอดเลือด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาการขยายหลอดเลือดหัวใจ อีกทั้งมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี metabolic syndrome ควบคุมน้ำหนัก ให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะ ยังมีน้ำหนักมากก็ยิ่งเสี่ยงต่อโรคหัวใจชนิดต่าง ๆ เพราะเมื่อร่างกายมีไขมันสะสมเยอะก็จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบได้

5. เบาหวาน (diabetes mellitus) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีโรคเบาหวานร่วมจะมี plaque ที่มีขนาดใหญ่ เกิดการตีบแคบของหลอดเลือดและมีการปริแตกของ thrombus หลายตำแหน่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

6. การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากผลของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดพบว่าเกิดทั้งโทษและประโยชน์ ซึ่งโดยทั่วไปประโยชน์มักจะได้พบได้ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลาง ส่วนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากมักจะพบโทษได้เป็นส่วนใหญ่ ผลกระทบที่พบ ตัวอย่างเช่น การทำงานของหัวใจเสื่อมลง, การเกิดภาวะความดันเลือดสูง, หัวใจเต้น

ผิดปกติ, อาการเจ็บหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน หรือแม้แต่การเสียชีวิตเฉียบพลัน เป็นต้น (Lange et al., 2005)

7. การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสำคัญ เพราะช่วยให้หัวใจมีสมรรถภาพที่ดี กล้ามเนื้อหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เพิ่มการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทั้งยังช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์เยื่อบุผนังหลอดเลือด ลดการสะสมของตะกอนที่หลอดเลือด ช่วยลดอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งผลให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี และมีสุขภาพใจที่แข็งแรง

8. ฝึกสมาธิ ทำให้จิตใจให้ผ่อนคลาย พักผ่อนเพียงพอ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดซึ่งส่งผลให้ต่อมไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่ใกล้กับสมองจะผลิตฮอร์โมนออกมา 2 ชนิด ได้แก่ ฮอรโมนอะดรีนาลีน และคอร์ติซอล ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว เลือดสูบฉีดมากกว่าปกติ และยังทำให้ตับผลิตคอเลสเตอรอลเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งคอเลสเตอรอลที่มากเกินไปคือตัวการสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดอุดตันและนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้เช่นเดียวกับคอร์ติซอล ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายผลิตน้ำตาลเพิ่มขึ้นและเมื่อไม่ได้ถูกนำไปใช้ ก็จะสะสมเป็นไตรกลีเซอไรด์หรือกรดไขมันแบบอื่นบริเวณหน้าท้อง ผลก็คือ เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ เมื่อร่างกายเกิดความเครียดยังทำให้ความดันเลือดสูงแม้จะเป็นระยะเวลาสั้น ๆ แต่หากเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ก็ทำความเสียหายแก่หลอดเลือดหัวใจและไตเช่นเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจก็คือ ลดความเครียด (สุรเดช และคณะ, 2565)

พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลลดลงส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายนอกจากนี้ การปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดทั้งขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่ายส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยลดลง การปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดจึงมีความสำคัญ ประกอบด้วย

1. ด้านการจัดการกับความเครียด การจัดการด้านความเครียดในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นการปรับปรุงกลไกการทำงานของร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญกับความเครียดโดยใช้สมาธิและการฝึกลมหายใจ การฝึกการผ่อนคลายและการจัดการความเครียดที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะส่งผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2. การออกกำลังกายและการพักผ่อนควรออกกำลังกายเพื่ออุ่นเครื่อง (warm up) และก่อนหยุดออกกำลังกายควรลดความรุนแรงของการออกกำลังกายลง (cool down) ไม่ควรหยุดออก

กำลังกายทันที โดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจที่มากขึ้น คงอยู่ด้วยอัตราคงที่ตลอดระยะเวลาที่ออกกำลังกาย และเมื่อหยุดออกกำลังกายอัตราการเต้นของหัวใจจะค่อยๆ กลับเข้าสู่สภาวะปกติ กล่าวได้ว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุด โปรแกรมการออกกำลังกายควรเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโดยในระยะนี้ให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเพื่ออุ่นเครื่องและให้เดิน 500 ฟุต (150 เมตร) ในเวลา que ผู้ป่วยทำได้ จากนั้นค่อยเพิ่มเวลาเป็น 5 นาทีทุกสัปดาห์จนผู้ป่วยสามารถเดินได้ในเวลา 20-30 นาที จากนั้นจึงเพิ่มความเร็วในการเดิน นอกจากนี้การพักผ่อนที่เพียงพอส่งผลต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด

3. การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารให้ได้ปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายโดยรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ รับประทานอาหารประเภทแป้ง และไขมันให้น้อยลง การปรุงอาหารควรใช้ไขมันจากพืช หลีกเลี่ยงน้ำมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันมะพร้าว กะทิ ตั้มนมพร่องหรือขาดมันเนย ปรุงอาหารโดยใช้วิธี นึ่ง ต้ม อบ อย่าง เลือกรับประทาน อาหารที่มีกากใยมาก และหลีกเลี่ยงอาหารหรือเครื่องดื่มที่กระตุ้นให้หัวใจทำงานหนัก เช่น เหล้า เบียร์ ชา กาแฟ หลีกเลี่ยงอาหารพวกไข่แดงเครื่องในสัตว์ที่ติดมันทุกชนิด สมอสัตว์ อาหารทะเล เช่น หอยนางรม ปลาหมึก จำกัดปริมาณเกลือในอาหารที่รับประทาน (เกลือแกงไม่เกิน 1 ช้อนชาหรือน้ำปลาไม่เกิน 1.5-2 ช้อนโต๊ะ)

4. การปฏิบัติตัวด้านการรักษาเกี่ยวกับการรับประทานยา ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ กรณีมีภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรหยุดยาด้วยตนเองนอกจากนี้ ควรพยายามได้ลิ้นสำหรับบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกติดตัวไปด้วยเสมอ การประเมินอาการผิดปกติ เช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาการเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงทันทีทันใดนานกว่า 30 นาที โดยที่อาการไม่ทุเลาลงหลังจากการอมยาและพักผ่อนแล้ว มีอาการอาเจียนไม่ย่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ปัสสาวะลดลง อาการบวมบริเวณมือและเท้าหรือน้ำหนักเพิ่มมากกว่าครึ่งกิโลกรัมต่อวัน การมาตรวจตามแพทย์นัด การนัดครั้งแรกประมาณสัปดาห์ที่ 8-10 ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายทั้งหมด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ทดสอบโดยการออกกำลังกายตรวจไขมันในเลือด และเอกซเรย์ทรวงอก แพทย์จะทำการบำบัดปัญหาต่างๆ ที่คาดว่าจะทำให้เกิดโรค เช่น แก้ไขภาวะโลหิตจาง ต่อมธัยรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ ภาวะความดันโลหิตสูง

เนื่องจากกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาตลอดชีวิต ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ การปรับพฤติกรรมจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยโดยเป็นการส่งเสริมการรักษาลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ในขณะที่การรักษาโดยทางยาหรือการทำหัตถการเป็นเพียงการ

รักษาที่ปลายเหตุการปรับพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดจะเป็นการรักษาที่สาเหตุโดยตรง (สุดคะนิง ดารานิชร, 2555)

5. สถานการณ์โรค

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery disease, CAD) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease: IHD) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี 2559 ทั่วโลกพบมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 57 ล้านคน โดยโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 มีผู้เสียชีวิตประมาณ 9.2 ล้านคน ช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกกว่า 200,000,000 คน เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดมากเป็นอันดับต้น ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2000-2019 พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตไม่น้อยกว่า 17.9 ล้านคนต่อปี และสูงถึงร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั่วโลก (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีการประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิต จากโรคหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ 12 จากสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากจำนวน 20,746 ราย อัตราตายเท่ากับ 21.8 ต่อประชากรแสนคน แบ่งเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.6 : 1 กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี มีอัตราตายประมาณ 0.1 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่กลุ่มอายุ 15-59 ปี มีอัตราตายเท่ากับ 13.6 ต่อประชากรแสนคน ส่วนกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปีเป็นกลุ่มที่มีอัตราตายสูงสุดที่ 144.1 ต่อประชากรแสนคน และเพศชายมีอัตราตายมากกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ

ขณะที่ปี พ.ศ. 2561 อัตราความชุก (Prevalence rate) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 1,396.4 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าสูงกว่าความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2557-2561 และในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนรวม 78,254 ราย อัตราป่วย (Incidence rate) เท่ากับ 160.3 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าต่ำกว่าความอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2557-2561 อีกทั้งในปี พ.ศ. 2561 อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1 : 1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี เท่ากับร้อยละ 50.3 กลุ่มอายุ 60-69 ปี เท่ากับร้อยละ 26.5 กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 5.6 กลุ่มอายุ 30-39 ปี เท่ากับร้อยละ 1.4 และกลุ่มอายุ 15-29 ปี เท่ากับร้อยละ 0.4 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดมีจำนวน 350,922 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 535 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิตจำนวน 20,556 ราย หรือ 31 ต่อประชากรแสนคน จากข้อมูลมรณบัตรรายงานอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือดมากถึง 43.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นสาเหตุการตายของคนไทยอันดับที่ 4 รองจากมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดสมอง และปอดอักเสบ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ทั้งนี้ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ 1) พฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.7 เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 12.5) ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 81.8) 2) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.8 เบาหวาน (37.8) ไขมันในเส้นเลือดสูง (54.8) และ 3) มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 31.1) และหัวใจเต้นผิดจังหวะ (ร้อยละ 21.3) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ยุทธศาสตร์แนวทางการและเป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด (ปี 2560 - 2564) คือ ลดอัตราตายอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-10 =I20-I25) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2555 โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี 2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

1. หลักการป้องกันโรค (Prevention)

การควบคุมและป้องกันโรค ได้มีการพัฒนามาโดยต่อเนื่องเริ่มด้วยการนำเอาข้อสังเกตและสมมติฐานจากลักษณะการเกิดโรค การแพร่กระจายของโรค และอาการสำคัญของผู้ป่วยในชุมชนมาใช้ประกอบการควบคุมและป้องกันโรค ต่อมาได้มีการนำความรู้ความเข้าใจที่ได้จากการค้นคว้าศึกษา และวิจัยในส่วนที่เกี่ยวกับเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค คน สัตว์ และภาวะสิ่งแวดล้อมมาพัฒนาการควบคุมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเป็นลำดับ จนสามารถกำจัดและกวาดล้างโรคติดต่อที่ร้ายแรงบางโรคให้หมดไปได้ ซึ่งสามารถแบ่งการควบคุมและป้องกันโรคออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า (Primary Prevention)

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยามีโรคเกิด (Secondary Prevention)

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (Tertiary Prevention)

1. การป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการที่ยอมรับกันทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด ประหยัดที่สุด และได้ผลมากที่สุดกว่าการป้องกันและควบคุมโรคระดับอื่น ๆ วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคล่วงหน้า คือ การปรับสภาพความเป็นอยู่

ของมนุษย์ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้เกิดภาวะที่โรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันมิให้มีพาหะและสื่อนำโรค ทั้งนี้เพื่อทำให้การแพร่กระจายของเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค โดยผ่านทางสื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนหมดไป ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันโรคล่วงหน้ามีดังนี้

1.1 การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรค การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติงานให้ถูกหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลและชุมชน

1.2 การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐาน เหมาะสมกับกลุ่มอายุและภาวะความต้องการของบุคคล เช่น ทารก เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยชรา หญิงมีครรภ์ แม่ระยะให้นมลูก หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิดที่มีความต้องการอาหารพิเศษเฉพาะโรค

1.3 การให้ภูมิคุ้มกันโรคเพื่อป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ โดยการให้วัคซีน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐานสำหรับเด็กเล็กที่จำเป็นต้องได้รับสำหรับการป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ไข้หวัดใหญ่ อหิวาต์ หรือโรคโปลิโอ และวัณโรค และการให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นเสริม ซึ่งได้แก่ กลุ่มชนอายุต่าง ๆ ตามความจำเป็นและโอกาสที่ต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไข้ไทฟอยด์ ไข้สมองอักเสบ ไข้หัด เป็นต้น

1.4 กิจกรรมที่ส่งเสริมในด้านการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง การสนใจ การสังเกตถึงการเจริญเติบโตของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งนี้เพื่อจะให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

1.5 การจัดที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การจัดหาสถานพักผ่อนหย่อนใจในชุมชนได้เพียงพอ การจัดสถานที่เล่นกีฬา สนามเด็กเล่น รวมทั้งสถานที่สำหรับประกอบอาชีพที่ปลอดภัยและเหมาะสม

1.6 การจัดหรือปรับปรุงการสุขภาพสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำสะอาด การกำจัดของเสียและสิ่งปฏิกูล การสุขภาพอาหาร เครื่องดื่ม นม การกำจัดหรือควบคุมมลพิษ การกำจัดหรือควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค และการควบคุมสิ่งที่ก่อให้เกิดความรำคาญต่าง ๆ

1.7 การจัดบริการให้ความปลอดภัยในด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ภัยจากการประกอบอาชีพ การจราจร การเดินทางท่องเที่ยว ฯลฯ

1.8 การจัดให้มีบริการด้านการตรวจสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสำหรับเด็กเล็ก หรือเด็กนักเรียนซึ่งกำลังเจริญเติบโต เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

1.9 การจัดให้มีบริการด้านให้คำปรึกษา และแนะนำเกี่ยวกับเพศศึกษา การสมรส การส่งเสริมสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับพันธุกรรม การป้องกันโรค และการโภชนาการ

2. การป้องกันในระยะมีโรคเกิด คือ การป้องกันโรคล่วงหน้าระดับที่ 2 ในกรณีที่มีการดำเนินงานระดับที่ 1 ยังไม่ได้ผล ทำให้มีโรคเกิดขึ้น ดังนั้น ความมุ่งหมายที่สำคัญของการป้องกันโรคในระยะมีโรคเกิด คือการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็วที่สุด ซึ่งกิจกรรมการป้องกันระยะมีโรคเกิด มีดังนี้

2.1 การค้นหาผู้ป่วยให้ได้ในระยะเริ่มแรก นับว่าเป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเฉพาะในกรณีโรคที่เกิดขึ้นเป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและสามารถแพร่โรคไปยังบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนได้ง่ายและรวดเร็ว เช่น ไข้ทรพิษ ไข้หวัดใหญ่ อหิวาตกโรค ไข้หัด โรคคอตีบ ไข้ซันหลังอักเสบ (โปลิโอ) และไข้รากสาดน้อย เป็นต้น การที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคเหล่านี้ได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการและโรคยังไม่แพร่กระจายไปยังบุคคลอื่น ทำให้สามารถระงับกระบวนการดำเนินของโรคได้ เพื่อให้การรักษาได้ถูกต้อง และสามารถป้องกันมิให้โรคติดต่อไปยังผู้อื่น รวมทั้งสามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจเกิดตามมา เป็นผลให้เกิดการไร้สมรรถภาพและความพิการลดน้อยลงได้

2.2 การวินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ทันที โรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหากได้รับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้การรักษาโรคถูกต้องและมีประสิทธิภาพ มีผลให้ความเจ็บป่วยหายได้รวดเร็ว และสามารถป้องกันผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้เป็นอย่างดี และการรักษายังมีผลในด้านการกำจัดแหล่งแพร่โรคหรือบ่อเกิดโรค ซึ่งอยู่ในตัวผู้ป่วยได้ด้วย

2.3 การป้องกันการแพร่เชื้อ มีความจำเป็นมากสำหรับโรคติดต่อแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่นในชุมชน โดยปะปนไปกับอาหาร น้ำ และแมลงนำโรคชนิดต่าง ๆ ดังนั้นการดำเนินการเกี่ยวกับการกำจัดเชื้อที่อยู่ในน้ำ อาหาร สิ่งแวดล้อมที่เป็นสื่อนำโรค โดยวิธีต่าง ๆ เช่น การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค การทำน้ำให้สะอาดปราศจากเชื้อ โดยเติมสารฆ่าเชื้อ เช่น คลอรีน ตลอดจนการสุขาภิบาลอาหารและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะป้องกันการแพร่เชื้อโรค

2.4 การเพิ่มความต้านทานหรือป้องกันโรคให้แก่บุคคลหรือชุมชน เพื่อให้บุคคลในชุมชนมีความต้านทานต่อโรคที่เกิดขึ้น ที่สามารถจะป้องกันได้โดยการใช้วัคซีน เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันอหิวาตกโรค วัคซีนป้องกันโรคไข้ไทฟอยด์ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในระยะที่เกิดการระบาดของโรคขึ้นควบคู่ไปกับการให้สุขศึกษาแก่ชุมชน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นในชุมชน โดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น การระมัดระวังในเรื่องอาหาร น้ำ การระวังและหลีกเลี่ยงจากการติดต่อหรือสัมผัสกับผู้ป่วย การระมัดระวังในด้านสุขภาพร่างกายเป็นพิเศษ

2.5 การใช้กฎหมายสาธารณสุข ในกรณีที่มีโรคติดต่อร้ายแรงเกิดขึ้น และแม้ว่าจะได้ใช้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคโดยวิธีการต่าง ๆ แล้วแต่ไม่ได้ผล เนื่องจากไม่ได้รับความ

ร่วมมือจากชุมชนด้วยดี จึงต้องใช้มาตรการทางกฎหมายเข้ามาช่วยสนับสนุนเพื่อให้การดำเนินงานควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้โรคสงบลงเร็วที่สุด

3. การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ คือการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การป้องกันในระดับนี้จะรวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายด้วย การดำเนินงานจะเกิดผลดีจะต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

3.1 มีวิธีการรักษาโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3.2 มีการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขกระจายอย่างทั่วถึงและมากพอที่ประชาชนจะมาใช้บริการได้สะดวก

3.3 ประชาชนมีความเข้าใจ และรู้จักใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีอยู่ให้ถูกต้อง

3.4 มีการศึกษาวิจัยและค้นคว้าถึงวิธีการใหม่ ๆ ที่ใช้รักษาโรคให้หายโดยรวดเร็ว และรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจจะเกิดตามมาให้น้อยลง

จากการควบคุมและป้องกันโรคทั้งสามระดับที่กล่าวมาแล้ว สำหรับการวิจัยในครั้ง นี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดเน้นรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ เป็นการลดความพิการและการไร้สมรรถภาพที่อาจจะเกิดตามมาให้น้อยลง (Tertiary Prevention) เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดเมื่อเป็นแล้วมักจะมีอาการรุนแรง ต้องทำการรักษาและทำให้มีภาวะแทรกซ้อน เกิดภาวะทุพพลภาพหรือเกิดความสูญเสียถึงชีวิตได้ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนล่วงหน้าจึงมีความสำคัญมากเมื่อเกิดโรคแล้ว ทั้งนี้จะดำเนินการไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการสนับสนุนและส่งเสริมจากบุคคล ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านนโยบาย การสนับสนุนด้านการบริหาร การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ และทรัพยากร รวมทั้งการสนับสนุนของชุมชนและสังคมด้วย จึงจะทำให้การควบคุมและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ

2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ความเป็นมาของทฤษฎีและผู้พัฒนาแนวคิด ทฤษฎีหรือแบบจำลองทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมี่ขึ้นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2518 โดยโรเจอร์ (Roger, 1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไข นำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ.ศ. 2526 (Dunn & Rogers 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมิน การรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และ การให้ความสำคัญกับสิ่ง

ที่มาของความวิตกกังวล และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคามอยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หรือ สิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness)
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived probability)
3. การรับรู้ผลลัพธ์ในการป้องกันโรค (Perceived outcome) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy)

และจากองค์ประกอบหรือตัวแปรที่ทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในด้าน คือ

1. ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้
2. ทำให้เกิดการรับรู้ในการทบทวนสถานการณ์ และเกิดความคาดหวังในการทบทวนสถานการณ์
3. ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ในการตอบสนองการทบทวนสถานการณ์

ทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด ต่อมาในปี พ.ศ. 2526 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 คือ ความหวังในประสิทธิผลตน

สรุปสาระสำคัญและแนวคิดหลักของแนวคิด ทฤษฎีหรือแบบจำลอง

สาระของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสียหายต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น

ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติ ตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังใน

ประสิทธิภาพของตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีประสิทธิภาพของตนเอง (Self-efficacy (Bandura 1986) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิภาพของตนเอง ประสิทธิภาพของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามความแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิภาพของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย องค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระทบทางด้านบวกกับบุคคล ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 ตัวที่เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น การหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าได้ประเมินว่าสิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไอระคายเคืองลำคอ ถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมาก และมีอาการอื่น ๆ รวมถึงมะเร็งในปอดบุคคลต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการดังกล่าว และจะมีอาการรุนแรงขึ้นถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่ การขบคิดแก้ไขปัญหของบุคคล ขบวนการแก้ไขปัญหเป็นปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าทีการตอบสนอง สิ่งนี้เป็นเรื่องของ การรับรู้ผลที่จะได้รับจากการตอบสนอง เพื่อที่จะจัดสิ่งที่มาคุกคามตนเองอยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้ หรือไม่ต่ออาการกระวนกระวายอันเกิดจากความต้องการสูบบุหรี่ เขาจะต้องใช้ความอดทนเพียงใดต่อขบวนการปรับตัวเพื่อได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของความต้องการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่านี้จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ไขปัญหของบุคคลแต่ละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่าง ๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง

ดังนั้นจุดเด่นของทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่นค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้องสร้างมาตรฐานค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี

ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง (Perceived self-efficacy) และความหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นไปได้อย่างสูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีดังนี้คือ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วย จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งสูงขึ้น แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อย การตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย โรเจอร์นำ 4 องค์ประกอบ ข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ - การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วยตัวองค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived susceptibility) - การประเมินการทนรับสถานการณ์ (coping appraisal) ประกอบด้วยองค์ประกอบความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Perceived outcome) และความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง (Perceived self-efficacy) กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี้ จะได้รับอิทธิพลจาก แหล่งข้อมูลข่าวสาร ดังนี้คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพเป็นการประเมินปัจจัยที่เพิ่มหรือลด ความน่าจะเป็นในการทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นพฤติกรรมดังนี้ เช่น เริ่มต้นสูบบุหรี่ การเริ่มกินลูกอม หรือพฤติกรรมที่พบในปัจจุบัน เช่น ไม่นิยมนั่งรถจักรยานยนต์ เป็นต้น ตัวแปรที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้แก่รางวัลจากภายใน (intrinsic rewards) เช่น สุขสบายทางกาย และรางวัลจากภายนอก (extrinsic rewards) เช่น ยอมรับจากสังคม ปัจจัยที่ลดโอกาสที่จะเกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมคือ การประเมินอันตราย การรับรู้อันตรายและการรับรู้ความน่ากลัวของอันตราย การกระตุ้นด้วยความกลัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัว แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นจริง โดยสรุปการประเมินความน่ากลัวเป็นผลบวกทางคณิตศาสตร์ ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งจะเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการวิเคราะห์ความน่ากลัว บุคคลก็จะประเมินการทนต่อสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยบางส่วนของประสิทธิผลหรือการตอบสนองทางป้องกัน ซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้ถึงความน่ากลัว (การตอบสนองประสิทธิผล) บวกกับการวิเคราะห์ความสามารถเริ่มต้นและทำให้สมบูรณ์ได้ (ประสิทธิผลตนเอง) องค์ประกอบของประสิทธิผลตนเองนั้น เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่น่ากลัวเป็นไปได้

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวัง และค่านิยมอื่น ๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญคือ ทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดการกับ

พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้ว จะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่า ในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกจากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูง จะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรค (ความไม่สบาย ราคาแพง) ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองต่ำ ก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนองการทบทวนสถานการณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค

การวัดผลประสิทธิผลการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูง ขึ้นค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (response cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย การไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียง สิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวัน เป็นต้น การประเมินการทบทวนสถานการณ์นั้น เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเอง ลบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่เหมาะสม ผลรวมของการประเมินความน่ากลัวและการทบทวนสถานการณ์ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปร ที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จะริเริ่ม ประคับประคองและชี้้นำให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนองการทบทวนสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม (เช่น เริ่มออกกำลังกาย เริ่มแปรงฟันอย่างสะอาด) หรือเป็นการหยุดการกระทำ (เช่น หยุดการสูบบุหรี่ หยุดการกินของหวาน เป็นต้น) ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรค อาจจะวัดได้หลาย ๆ วิธีแต่จากสมมุติฐานในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (intention behavior) จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันนั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและวิธีวัดพฤติกรรมนั้น ใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิดทฤษฎีนี้ ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจขึ้นกับเงื่อนไขของกิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำหรือหลาย ๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อ - บุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรง - บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น - การตอบสนองที่เหมาะสมนั้น เป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ - บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้ - ผลดีที่ได้จากการการกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก - ราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

กันยารัตน์ ลาสุธรรม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และอรสา พันธุ์ภักดี (2561) ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดโดยทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคของหลอดเลือดแดงที่มีการตีบแคบจากคราบไขมันอุดตัน ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก การรักษามีทั้งการใช้ยา การทำหัตถการ และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์มีอายุระหว่าง 37- 90 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ โรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด คะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าพระสงฆ์บางส่วนขาดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่รู้วิธีจับชีพจรหรือวิธีการอมยาอมใต้ลิ้น ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของพระสงฆ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ จากงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยเน้นย้ำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางด้านเมตาบอลิก การใช้ยาอมใต้ลิ้น แนะนำการมีกิจกรรมทางกายตามสมรรถนะและไม่ขัดกับพระธรรมวินัย และจัดทำโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ด้วยเทคนิคสร้างเสริมแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ดังนั้นการช่วยให้พระสงฆ์สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดจะทำให้พระสงฆ์ปฏิบัติดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีขึ้น

ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงใจเพื่อป้องกันโรคและจะได้ผลตามคือ ทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสมหรือการตอบสนองที่ทนต่อสถานการณ์ ในทฤษฎีแรงจูงใจนี้ได้ทำให้เกิดสมมุติฐานเพิ่มขึ้นภายในกระบวนการประเมินคือ เมื่อรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมินความน่ากลัวและการทนรับสถานการณ์ก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันขึ้น ซึ่งสมมุติฐานนี้คาดเดาว่า ถ้าประสิทธิผลของการตอบสนองและ/หรือประสิทธิผลในตนเองสูงแล้ว การเพิ่มความรุนแรง และ/หรืออันตรายจะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจ ในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิผลการตอบสนองและ/หรือประสิทธิผลในตนเองนั้นต่ำ การเพิ่มความรุนแรงและ/หรือ ความเป็นอันตรายจะไม่มีทั้งผล หรือผลจากการสะท้อนกลับ (boomerang effect) (ผลจากการสะท้อนกลับ ได้แก่ คนสูบบุหรี่อยู่ แล้วตั้งใจจะเพิ่มการสูบบุหรี่ หรือคนดื่มเหล้าอยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการดื่มเหล้า เป็นต้น) แต่จะลดความตั้งใจที่จะยินยอมทำตามการแนะนำทางสุขภาพ ดังนั้น ทฤษฎีนี้จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ทำลายกระบวนการตัดสินใจ โดยใช้เหตุผล (rational decision making process) อย่างสมบูรณ์ มีเงื่อนไขอยู่ 2 เงื่อนไขที่บุคคลจะรู้สึกไม่สามารถจะปกป้องตนเองเมื่อ 1) การตอบสนองการทนรับสถานการณ์ที่มีอยู่นั้นไม่มี

ผล (ประสิทธิผลการตอบสนองต่ำ) 2) ถ้าบุคคลเชื่อว่าเขาไม่สามารถสร้างการตอบสนอง การทนรับสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ มีงานวิจัยที่ยืนยันปฏิสัมพันธ์ที่คาดเดาได้ ระหว่างอันตรายและประสิทธิผลของการตอบสนอง ถ้าการตอบสนองการทนต่อสถานการณ์ที่แนะนำให้นั้นมีผลต่อการตอบสนองทางป้องกันสูง จะทำให้เพิ่มความเชื่อในอันตราย ซึ่งทำให้เพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม แต่ถ้าเชื่อว่าการตอบสนองนั้น ไม่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มความรู้สึกว่าการมีอันตรายนั้นลดลง ทำให้ลดความตั้งใจที่จะยอมรับการตอบสนอง ทำให้เกิดผลจากการสะท้อนกลับ

โดยสรุปแล้วทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ซึ่งเป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลมีแนวคิดพื้นฐานมาจากกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยมที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากกระบวนการทางความคิดของตนเอง เช่น ค่านิยม การรับรู้ แรงจูงใจ ประสบการณ์ชีวิต การคิดโดยมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลจึงต้องมุ่งเน้นไปที่การจัดกระทำกับกระบวนการทางความคิดของบุคคลเป็นสำคัญ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) ทั้งนี้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด ๆ ยังมีส่วนของปัจจัยภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้นำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่น

3. แนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นเครือข่ายทางสังคมของบุคคลซึ่งมีผลต่อการให้และรับการช่วยเหลือและภาระผูกพันจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า การรับรู้ผลของภาวะความเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิตอีกด้วย (Cukor, 2017) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยทำให้มีเพิ่มความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณค่าในตัวเอง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตที่ดี และทำให้การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาดีขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพอีกด้วย (Cherry, 2018) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หลังกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา (Ndemera & Bhengu, 2017)

1. ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ระดับเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคลที่ให้แก่และได้รับความรัก การช่วยเหลือ และภาระผูกพัน จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน สมาชิก

ในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์แรงสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งที่ความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การรักษา และลดอัตราการตาย (Cukor, 2017)

Towey (2017) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีเพื่อนและบุคคลอื่น รวมถึงครอบครัว ที่มีเวลาที่จำเป็นหรือมีภาวะวิกฤติที่ชี้ให้เห็นภาพลักษณ์ที่กว้างขึ้น ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตและช่วยเหลือเมื่อเกิดสิ่งที่ไม่คาดคิดในชีวิต ประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) หมายถึง การกระทำของคนที่ทำให้คนบางความรู้สึกว่าได้รับการดูแล 2) ด้านเครื่องมือ (Instrumental) หมายถึง การสนับสนุนทางกายภาพ เช่น เงิน และช่วยงานบ้าน 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึง การจัดหาข้อมูลคำแนะนำเพื่อช่วยเหลือบางคน

Gans (2018) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง องค์กรประกอบที่สำคัญของความสัมพันธ์และสุขภาพจิต รวมถึงเครือข่ายครอบครัว เพื่อน ที่มีเวลาให้เมื่อจำเป็น เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติหรือต้องการความช่วยเหลือ หรือ ต้องการเวลาในการดูแลกัน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการใช้ชีวิตประจำวัน

Dong & Simon (2010) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีคนดูแล มีคนให้ความรัก และมีคนเห็นคุณค่า

จากที่กล่าวมา จึงพอสรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับการเอาใจใส่ทั้งในด้านที่มองเห็น เช่น เงิน สิ่งของ แรงกาย และสิ่งที่มองไม่เห็น คือ คำแนะนำ กำลังใจ จากบุคคลที่ตนให้กำเนิดมาหรือบุคคลอื่นที่ตนไม่ได้ให้กำเนิด รวมถึงเครือข่ายครอบครัว เพื่อน ที่มีเวลาให้เมื่อจำเป็น เมื่อต้องเผชิญภาวะวิกฤติหรือต้องการความช่วยเหลือ หรือ ต้องการเวลาในการดูแลกัน ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการดำรงชีวิต

2. ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยาได้ให้ความสำคัญกับแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อเกิดภาวะวิกฤติจะมีการร้องขอการสนับสนุนจากเพื่อนและครอบครัว มีงานวิจัยมากมายที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับแง่มุมที่แตกต่างของสุขภาพและความผาสุก การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและโดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การใช้สุรา โรคหัวใจและหลอดเลือด และความผิดปกติทางสมอง จากการศึกษา พบว่า ผู้ชายวัยกลางคนที่ไม่มีแรงสนับสนุนและอารมณ์ที่เข้มแข็งจะการเสียชีวิตน้อยกว่าคนที่ขาด

แรงสนับสนุนทางสังคม ในทางสุขภาพแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญใน 2 ประเด็น ดังนี้ (Gans, 2018)

1. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง แหล่งทรัพยากรทางด้านจิตใจและวัสดุ อุปกรณ์ ที่จัดหาโดยเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้บุคคลจัดการรับมือกับความเครียดได้

ซึ่งอาจจะมาในรูปแบบที่แตกต่างกัน บางครั้งเป็นการช่วยงานในแต่ละวันเมื่อเจ็บป่วยหรือต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน หรือบางสถานการณ์อาจเป็นการให้คำแนะนำจากเพื่อนเมื่อต้องเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ยาก บางครั้งอาจเป็นการดูแล การเอาใจใส่ ความรักสำหรับใครบางคนที่ต้องการ

2. การบูรณาการทางสังคม (Social Integration) การมีส่วนร่วมที่แท้จริงในความสัมพันธ์ทางสังคมที่หลากหลาย ตั้งแต่ คู่ชีวิตที่โรแมนติกจนถึงเพื่อน ซึ่งการบูรณาการนี้เกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความใกล้ชิด และความรู้สึก ในกลุ่มทางสังคมที่แตกต่างกัน เช่น การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว คู่ชีวิต กิจกรรมทางสังคม หรือ กลุ่มทางศาสนา ซึ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

นอกจากนี้ แรงสนับสนุนทางสังคมยังมีความสำคัญเป็นขวัญกำลังใจให้สามารถเผชิญกับปัญหาทั้งด้านกายและจิตใจ เช่น ความชราภาพของผู้สูงอายุ หรือด้านจิตใจ ที่หากเกิดความขัดแย้งของสมาชิกในครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมจากครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จะมีสุขภาพที่ดีกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวและอาจมีปัญหาด้านกายและจิตใจได้ แรงสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งสำคัญและสามารถส่งผลกระทบทางตรงทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ หากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอก็จะเกิดสุขภาพที่ดี (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2561ข)

3. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2561ข) ได้แบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลด้วยเงินเท่านั้น ซึ่งถือว่ามีค่าสำคัญเพราะเงินถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งรวมถึงรายได้ที่รัฐบาลจัดสรรให้ด้วย หากได้รับการสนับสนุนด้านการเงินน้อยลงจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ดังนั้นเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีจึงควรมีผู้สนับสนุนหลักด้านการเงิน

2. แรงสนับสนุนด้านการแรงกาย (Instrumental support) หมายถึง การดูแลช่วยเหลือด้วยแรงกาย เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด หรือ การดูแลด้านอื่น ๆ ด้วยแรงกาย ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนด้านแรงกายส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดกัน รวมทั้ง ญาติและเพื่อนบ้านในละแวกชุมชนเดียวกันก็มีส่วนช่วยด้านแรงกาย แต่มักจะเกิดในสังคมชนบทมากกว่าชุมชนเมือง เพื่อนบ้านและหน่วยงานรัฐมีส่วนในการให้การสนับสนุนด้านนี้ด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการมี อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข)

3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านอาหาร เสื้อผ้า หรือ สิ่งของอื่น ๆ ทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐ และ เอกชน เช่น การได้รับของฝากจากเพื่อนบ้าน หรือ ส่งมาทางพัสดุ แรงสนับสนุนด้านนี้เกิดขึ้นได้ 2 ทิศทาง ทั้งบุตรหลานให้พ่อแม่และพ่อแม่ให้กับบุตรหลาน

4. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การปลอบใจ แรงสนับสนุนด้านนี้มีอิทธิพลด้านจิตใจ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนด้านนี้ คือ บุตร รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้เพื่อนบ้านและตัวแทนจากหน่วยงานขององค์กรและเอกชนยังสามารถให้แรงสนับสนุนด้านนี้ได้ด้วย ซึ่งหากได้รับแรงสนับสนุนด้านนี้ไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดความเครียดหรืออาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ สำหรับบุตรที่อยู่ไกลสามารถให้การสนับสนุนด้านนี้ได้ในลักษณะของการสื่อสารทางไกล เช่น การใช้โทรศัพท์ การสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งจะมีประสิทธิภาพเมื่อสถานการณ์สื่อสารที่เพียงพอ นอกจากนี้บุคคลอื่นสามารถให้การสนับสนุนด้านนี้ได้ เช่น หน่วยงานรัฐที่จัดงานผู้สูงอายุเป็นการแสดงความเคารพ ดังนั้น แรงสนับสนุนด้านอารมณ์นอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพจิตแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพกายด้วยเพราะเมื่อสุขภาพจิตดี สุขภาพกายก็จะดีไปด้วย

Health Behavior and Health Education (2017) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความเอาใจใส่ ความรัก ความซื่อสัตย์และการดูแล เช่น เพื่อนสนิทและคนในครอบครัวให้ความหวังและรับฟัง
2. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่สัมผัสได้และการบริการ เช่น สามีหยุดงาน 2 วันเพื่อช่วยเหลือยุงระหว่างที่ภรรยาไปรักษาเคมีบำบัด
3. ด้านข้อมูล (Information Support) หมายถึง ข้อเสนอแนะ คำปรึกษาและข้อมูล เช่น แพทย์ให้คำแนะนำแนวปฏิบัติการรักษา
4. ด้านการประเมินผล (Appraisal Support) หมายถึง ข้อมูลที่ใช้ในการประเมินตนเอง เช่น เพื่อนสนิทเตือนให้ดูแลตนเอง กระตุ้นให้ประเมินสภาพของตนเอง

Gans (2018) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนเมื่อคุณรู้สึกอยากร้องไห้ซึ่งมีความสำคัญมากในระหว่างที่เกิดความเครียดหรือโดดเดี่ยว
2. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เป็นการสนับสนุนทางกายภาพเมื่อจำเป็นหรือต้องการ อาจจะเป็นอาหารร้อนๆ เมื่อคุณป่วย หรือการขับรถพาไปซื้อของ

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลรวมทั้งแนวปฏิบัติ คำแนะนำ คำปรึกษา ซึ่งมีความสำคัญในการตัดสินใจครั้งใหญ่ในชีวิต เมื่อได้รับการสนับสนุนจะทำให้ลดความวิตกกังวลและความเครียดเกี่ยวกับปัญหาที่พยายามแก้ไข

4. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2561ก) ได้แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 2 กลุ่ม ได้แก่

1. คนผู้ที่ให้กำเนิดมา (people who have bond by nature) ได้แก่ บุตรซึ่งถือเป็นบุคคลสำคัญของผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด และถือเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ

2. คนผู้ซึ่งดูแล (other people who can give care) หมายถึง คนที่ดูแลซึ่งเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่บุตร ได้แก่ คู่ครอง บุตร สะใภ้ บุตรเขย หรือบุคคลอื่นรวมถึงหน่วยงานรัฐและเอกชน ซึ่งถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นทางการ

กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ (2548) ได้แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มปฐมภูมิ เป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็น อย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากคู่สมรส

2. กลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งใน ระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจาก แหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่น ๆ เช่น ครูพระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

5. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบ ดังนี้ (กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ, 2548)

1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้น จะต้องประกอบด้วย 1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในสังคมอย่างจริงจัง 2) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม 3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือด้านจิตใจ จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

6. ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

Gottlieb, 1985 อ้างอิงใน กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทยทหารเรือ (2548) ได้แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วม หรือการมีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ และการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มต้านภัยเอตส์กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้าง และหน้าที่ของเครือข่ายสังคม ด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคล ใกล้ชิดในสังคมเสมือนญาติชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ ความเป็นมิตรแรงสนับสนุนทางอารมณ์และการยกย่อง

3. ระดับแคบ หรือระดับลึก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อกันว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์มากในเชิง ปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย ในการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ สามภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ การสนับสนุนทางจิตใจ และ แสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

7. ประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ

Gans (2018) กล่าวว่าประโยชน์ของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ มีดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถกระตุ้นให้เกิดทางเลือกและพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคมมีผลกระทบต่อพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ ใช้สารผิดกฎหมายต่าง ๆ บางครั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคมก็มีผลกระทบทางลบ เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้เช่นกัน ถ้าบุคคลเหนี่ยวยกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี เช่น สูบบุหรี่ การมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อน หรือ ครอบครัวจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยากเพื่อไปสู่เป้าหมายได้

2. แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่า ความเครียดจนทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงและความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น ถ้ารอบตัวมีคนคอยดูแล และให้ความช่วยเหลือก็จะช่วยให้ความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้ชีวิตสว่างไสวขึ้น จาก

การศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในเวลาวิกฤติสามารถช่วยลดผลที่จะตามมาจากการกระทบกระเทือนด้านจิตใจได้

3. แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถพัฒนาแรงจูงใจ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจในการบรรลุเป้าหมาย เช่น คนที่ลดน้ำหนัก หรือ เลิกบุหรี่ ที่ได้รับแรงจูงใจจากคนที่มีความหมายเดียวกัน การพูดคุยกับคนที่มีความประสงค์เดียวกันเป็นทั้งการช่วยเหลือ การเอาใจใส่ และแรงจูงใจ

จากแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว พอสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดก็เช่นกัน เอกพล พลเดช เดชแก้ว และคณะ (2564) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน ที่มาตรวจติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง สังกัดมหาวิทยาลัย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71, p < .001$; $r = .64, p < .001$ ตามลำดับ) และความเครียดในการดำเนินชีวิตสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.66, p < .001$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรออกแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และลดความเครียดในการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการศึกษาของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์การปรับพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับสูงจะทำให้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนลดลงด้วย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของสுகาภรณ์ สุตหนองบัว (2561ก) ประกอบด้วย 1) แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support) 2) แรงสนับสนุนด้านการร่างกาย (Instrumental support) 3) แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support) 4) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Health Behavior and Health Education (2017) และแนวคิดของ Gans (2018) แต่มีความครอบคลุมการมีส่วนร่วมมากกว่าและมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ บริบทพื้นที่งานวิจัย สอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังเป็นแนวคิดที่มีความทันสมัยเหมาะสมกับการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน

โดยการวิจัยนี้ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ โดยใช้แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหัวใจ ได้แก่ ญาติหรือผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับแรงสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย แรงสนับสนุนด้านการดูแลร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงสนับสนุนด้านจิตใจ อย่างเพียงพอหลังกลับไปในชุมชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด

1. ทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ (2557) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ภาวะที่หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตัน, การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ, ภาวะหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิต กระทั่งนั้น มีความสัมพันธ์กับ อายุ เพศ พันธุกรรม และพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมัน LDL ที่สูง และโรคอ้วน

จรีพร คงประเสริฐ (2558) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ (Macro vascular complication) ที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและตีบตันสูงกว่าประชากรทั่วไป และมีความรุนแรงขึ้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตได้ตามค่าเป้าหมาย หรือมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia) ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะมีการพยากรณ์โรคเลวร้ายกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวาน ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น

McPherson (2015) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าความอ้วนเป็นภาวะความผิดปกติของการเผาผลาญ ในประชากรผู้ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริการ้อยละ 35 มีปัญหานี้ โรคอ้วนมีผลให้มี LDL สูง ความดันโลหิตสูง รวมถึงน้ำตาลในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุดของโลก

Fujisue et al. (2017) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการรักษาระดับไขมัน LDL ในเลือดสูงในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและควบคุมระดับไขมัน LDL ให้อยู่ในระดับต่ำ เป็นผลให้ลดจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดกลับมาเป็นซ้ำ ภาวะหัวใจวายและเสียชีวิตหลังการติดตามผลการรักษาใน 2 ปี

Govender et al. (2019) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า อายุ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีนัยสำคัญให้ผู้ป่วยเพิ่มความเสี่ยงของการกลับมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือด ในขณะที่การสูบบุหรี่ไม่เห็นผลชัดเจน โดยมีภาวะแทรกซ้อน คือ หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตันทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ในประเทศสหรัฐอเมริกาหรืออิมิเรต ส่วนภาวะดังนั้นก็การปรับปรุง Tertiary preventive ให้มีประสิทธิภาพจะทำให้ลดความพิการและการเสียชีวิตของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุได้

สุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ (2562) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน ประกอบด้วย โรคเบาหวาน บุคคลในครอบครัวเป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ เส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองจากการบริโภคอาหาร ด้านกิจกรรมทางกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการจัดการความเครียด การศึกษาค้นคว้าดังกล่าวข้างต้นจึงพบปัจจัยที่มีนัยยะสำคัญ 11 ประการ คือ อายุ เพศ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมัน LDL ที่สูง พันธุกรรม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นรูปแบบพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับผู้สูงอายุ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำการพัฒนาเพื่อเป็นประโยชน์ในอนาคต

แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ (2564) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (cross linkage theory) ในผู้สูงอายุได้ว่าการเชื่อมกันตามขวางของเส้นใยคอลลาเจนและเส้นใยอีลาสติน รวมถึงมีแคลเซียมมาเกาะในหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว กล้ามเนื้อหัวใจและผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายหนา ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่ายโดยเฉพาะช่วงที่หัวใจต้องออกแรงทำ งานหนักหรือในภาวะฉุกเฉินการปิดและเปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและ

ตีปได้ง่าย ระบบสื่อ นำ สัญญาณไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงจึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะสัญญาณไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์

Peters et al. (2021) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ากลับมาเป็นโรคหัวใจขาดเลือดซ้ำใน 365 วัน หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจอุดตัน หัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุจำนวนมากกว่าทุกกลุ่มอายุ

Angela Difeng Wu (2022) ทำการศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่ามีหลักฐานความแน่นอนปานกลางว่าการเลิกบุหรี่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจและหลอดเลือดลงประมาณหนึ่งในสามในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เมื่อวินิจฉัย ความเชื่อมโยงนี้อาจเป็นสาเหตุโดยอิงจากความเชื่อมโยงระหว่างการเลิกบุหรี่กับการฟื้นฟูการทำงานของบุผนังหลอดเลือดและการทำงานของเกล็ดเลือด ซึ่งความผิดปกติของทั้งสองอย่างนี้อาจส่งผลให้มีโอกาสเกิดเหตุการณ์ CVD เพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ให้หลักฐานว่ามีความเสี่ยงที่ลดลงของเหตุการณ์ CVD ทุกชนิดในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่และน่าจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นอันเป็นผลมาจากการเลิกบุหรี่ การศึกษาเพิ่มเติมที่คำนึงถึงตัวกวน เช่น การใช้ยาป้องกัน CVD แบบทุติยภูมิ จะช่วยเสริมความแน่นอนของหลักฐานในด้านนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีนัยยะสำคัญประกอบด้วย อายุ เพศ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ระดับไขมัน LDL ที่สูง พันธุกรรม การสูบบุหรี่ โรคอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด เป็นสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด

2. ทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และรัตนศิริ ทาโต (2560) ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่/การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสม (Mean = 63.93, S.D. = 7.54) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และเพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร ได้ร้อยละ 41.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจได้โดยเน้น

การส่งเสริมมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ลดอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และจะต้องมีความเหมาะสมตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง

กันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ (2561) ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นโรคของหลอดเลือดแดงที่มีการตีบแคบจากคราบไขมันอุดตัน ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก การรักษามีทั้งการใช้ยา การทำหัตถการ และการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือด โดยทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์มีอายุระหว่าง 37- 90 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ โรคประจำตัวที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด คะแนนความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าพระสงฆ์บางส่วนขาดความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายน้อย ไม่รู้วิธีจับชีพจรหรือวิธีการอมยาอมใต้ลิ้น ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานของพระสงฆ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยเน้นย้ำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางด้านเมตาบอลิก การใช้ยาอมใต้ลิ้น แนะนำการมีกิจกรรมทางกายตามสมรรถนะและไม่ขัดกับพระธรรมวินัย และจัดทำโปรแกรมเลิกสูบบุหรี่ด้วยเทคนิคสร้างเสริมแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ดังนั้นการช่วยให้พระสงฆ์สามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดจะทำให้พระสงฆ์ปฏิบัติดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีขึ้น

พรภิมล กรกฎกำจร และคณะ (2563) ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สัมพันธ์กับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เอกพล พลเดช เตชแก้ว และคณะ (2564) ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ 6-12 เดือน ที่มาตรวจติดตามอาการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

สังกัดมหาวิทยาลัย ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .71, p < .001$; $r = .64, p < .001$ ตามลำดับ) และความเครียดในการดำเนินชีวิตสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.66, p < .001$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลควรออกแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และลดความเครียดในการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า การรับประทานอาหารและยา การงดดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การลดความเครียดและการพักผ่อน ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีขึ้น ผลจากการทบทวนวรรณกรรมใน ข้อ 1 กับ 2 นำมาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1

3. ทบทวนวรรณกรรมรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

สุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษารูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดแดงแข็งระดับทุติยภูมิของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA) ร่วมกับสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ถูกนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจแล้วเกิดการตีบซ้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

วรพรรณ มหาศรานนท์ และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษารูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด โดยได้ทำการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้กรอบแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่ การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการดูแลตนเอง แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยไทยโรคหัวใจขาดเลือด โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการ

ส่งเสริมการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้ รูปแบบโปรแกรมที่ถูกนำมาใช้ข้างต้นนี้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภัทรสิริ พจมานพงศ์ (2562) ได้ทำการศึกษาในรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลาผู้ป่วยนอก โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานโดยเกี่ยวข้องกับการมาตรวจตามนัด การออกกำลังกายตามคำแนะนำ การเลือกรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การเลิกบุหรี่ การจัดการด้านภาวะอารมณ์ การให้ความรู้และคำปรึกษา การจัดการกับความเครียดต่างๆ โดยแบ่งเป็นระยะ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่ขณะอยู่ในโรงพยาบาล โดยเริ่มตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล และระยะที่ 2 ช่วงแรกหลังการจำหน่าย ระยะที่ 3 ระยะกลางหลังจำหน่าย และระยะที่ 4 ระยะยาวตลอดไป ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดการกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

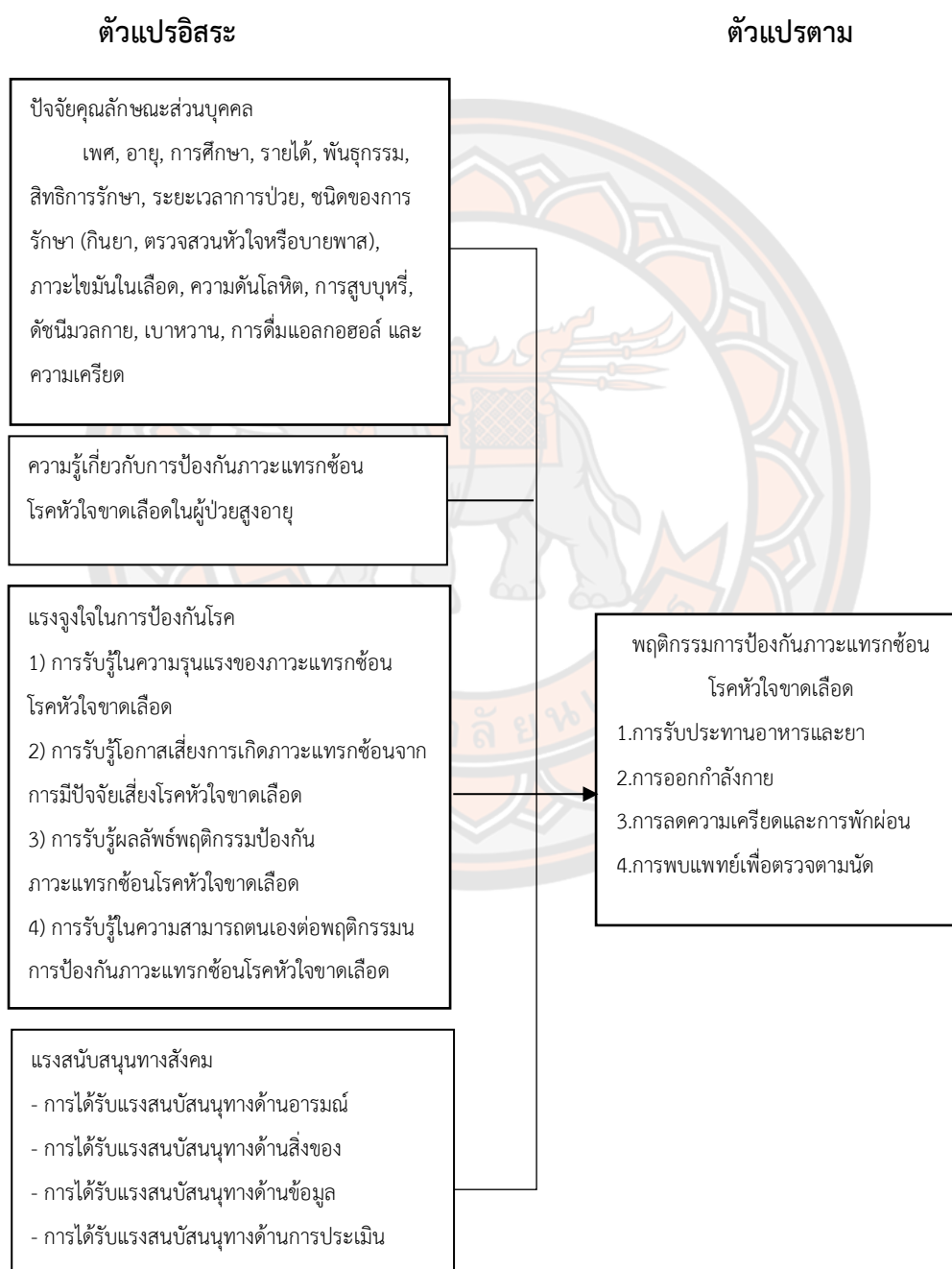
จิราพร มณีพราย (2563) ได้ทำการศึกษาในรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้น ทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อการรักษา การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการสูบบุหรี่แตกต่างกันระหว่างก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน และระยะติดตามผล 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$; $p.000$; $p.000$ ตามลำดับ) รวมถึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้คือ การเลิกสูบบุหรี่ ความดันโลหิตซิสโตลิก และระดับไขมันในเลือดเอชดีแอล โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มประสิทธิภาพโดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจซ้ำของผู้ป่วยลดลง ควรนำไปใช้ทางคลินิกต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตามแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจแล้วเกิดการตีบซ้ำของสุภาวธรรม ชินพันธุ์ และคณะ รูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดตามโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของวรวรรณ มหาศรานนท์ และคณะ รูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุตามโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของภัทรสิริ พจมานพงศ์ และรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดตามโปรแกรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของจิราพร มณีพราย มีประสิทธิผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย

1. กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2

2. กรอบแนวคิดการวิจัยภาพรวม

กรอบแนวคิดการวิจัยในภาพรวมเรื่องการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีเชิงระบบของแคสและโรเซนเวียง (Kast, & Rosenzweig, 1985) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย เชิงระบบเพื่อให้เห็นภาพรวมของการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ สาเหตุและปัจจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด เลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากนั้นนำสู่กระบวนการ (Process) ได้แก่ การพัฒนา รูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น 1) การร่างรูปแบบ 2) ยืนยันรูปแบบ 3) ประเมินรูปแบบ ได้ผลผลิต (Output) ได้แก่ รูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพรวม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

รูปแบบการวิจัย

กระบวนทัศน์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีมุมมอง แนวความคิด และความเชื่อในกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งเป็นกระบวนทัศน์ที่ไม่ได้ยึดถือแนวคิดปรัชญาในการ ค้นหาความจริงเพียงวิธีเดียว แต่เป็นการผสมผสานวิธีวิจัยในการหาคำตอบจากแนวคิดเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยจะต้อง การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีการ เพื่อให้ได้มาซึ่งความจริงบนพื้นฐานของปัญหา การวิจัย ที่เชื่อว่าความรู้ที่มีอยู่หากไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จะไร้ค่า สามารถใช้วิธีวิจัยแบบใดก็ได้ ที่ตอบคำถามการวิจัยได้ดีที่สุด และข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียด ของ สถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของ ข้อมูล ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีวิจัยที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธี วิจัย มีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งให้เกิดการปฏิบัติในโลกจริง (Creswell, 2014) กระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยมมีมุมมองประเด็นเชิงปรัชญาที่เกี่ยวข้องกัน 3 ด้านคือ 1) ภาววิทยา (Ontology) เป็นการแสวงหาความจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมุ่งผลลัพธ์จาก การปฏิบัติ 2) ญาณวิทยา (Epistemology) ยอมรับธรรมชาติของความจริงทั้งปฏิฐานนิยม (Positivism) และ ปราบกฏการณ์นิยม (Constructivism) ความรู้ที่ถูกต้องมาจากแบบปรวิสัย (Objectivity) และอัตวิสัย (Subjectivity) และการให้เหตุผลแบบนิรนัย (Deduction) และแบบอุปนัย (Induction) และ 3) วิธีการ (Method) ให้ความสำคัญกับปัญหาในโลกแห่งความเป็นจริง และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ จริง มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มาผสมผสานร่วมกันและมีการใช้การเก็บข้อมูล หลากหลายวิธี

จากกระบวนการค้นคว้าขั้นต้น ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ชนิด Convergent Parallel Design ทั้งระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional study) เก็บข้อมูลไปพร้อมกันกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ชนิด Multiple case study ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยเครื่องมือจะมีคำถามลึกลับซึ่งครอบคลุมมากที่สุด พร้อมทำแบบสอบถามจากการศึกษาเชิงปริมาณ ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จังหวัดขอนแก่น และบูรณาการข้อมูล (Integration of data) ด้วยวิธีการนำผลของทั้ง 2 การศึกษามารวมกันหรือเปรียบเทียบกันด้วยข้อมูล (Merging data) โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ

ระยะการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 2 ระยะตามกระบวนการวิจัยดังต่อไปนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) ลักษณะการวิจัยแบบคู่ขนาน (Convergent Parallel Design) โดยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณพร้อมกันกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าเทียมกันและนำผลการวิจัยมารวมกัน (Merging data) ในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 วิธีการวิจัย คือ

การวิจัยส่วนที่ 1.1 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ชนิด Multiple case study ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

การวิจัยส่วนที่ 1.2 เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

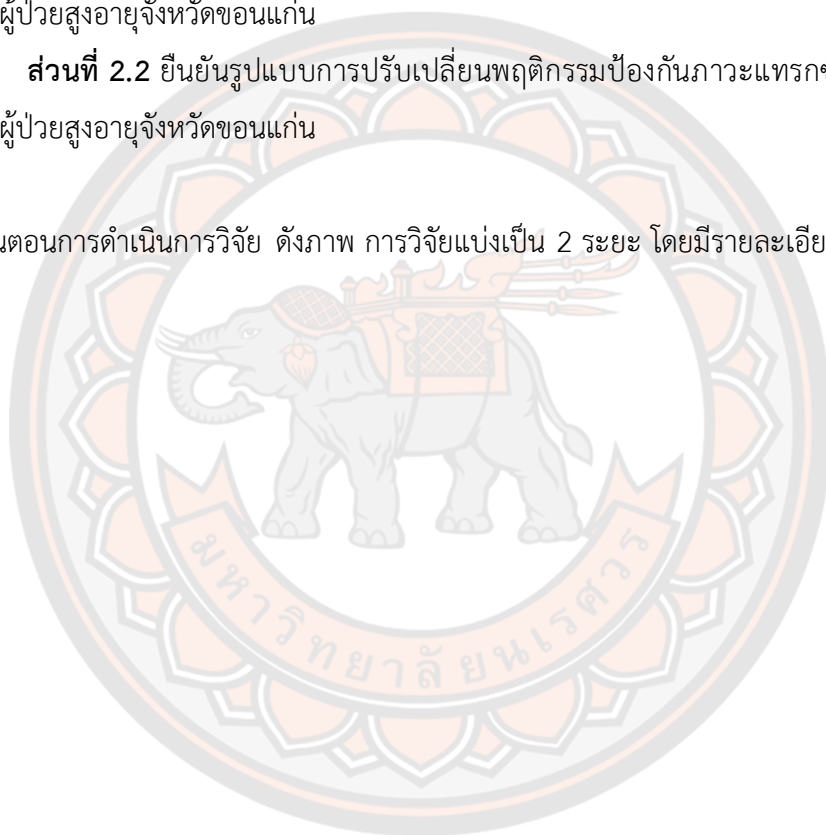
การวิจัยเชิงปริมาณดำเนินการไปพร้อมกันกับการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการให้ความสำคัญของการวิจัยทั้งสองแบบเท่าๆ กัน โดยการพัฒนาเครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ผล แยกจากกันเป็นอิสระและสุดท้ายนำผลการวิจัยทั้งสองส่วนมาสรุปรวมกันหรือการรวมผล (Merge) ในส่วนของการแปลผล เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นและนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 นี้ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพนำผลที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้สร้างรูปแบบและยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการประเมินเพื่อตรวจสอบยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 2.1 ร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดขอนแก่น

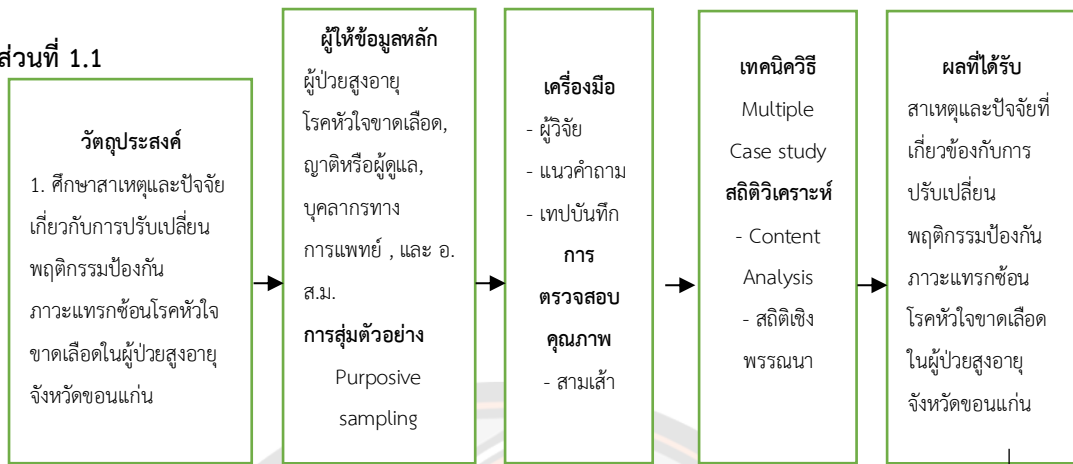
ส่วนที่ 2.2 ยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดขอนแก่น

โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังภาพ การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังนี้

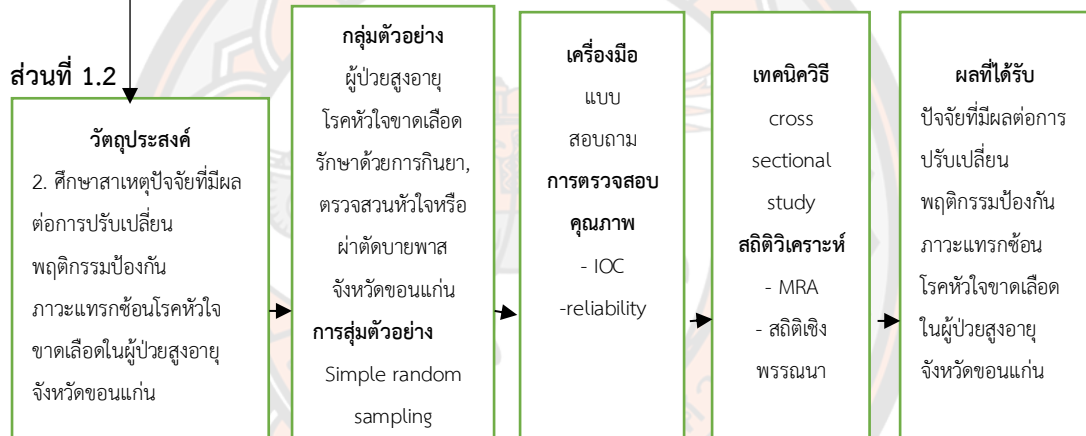


ระยะที่ 1

ส่วนที่ 1.1

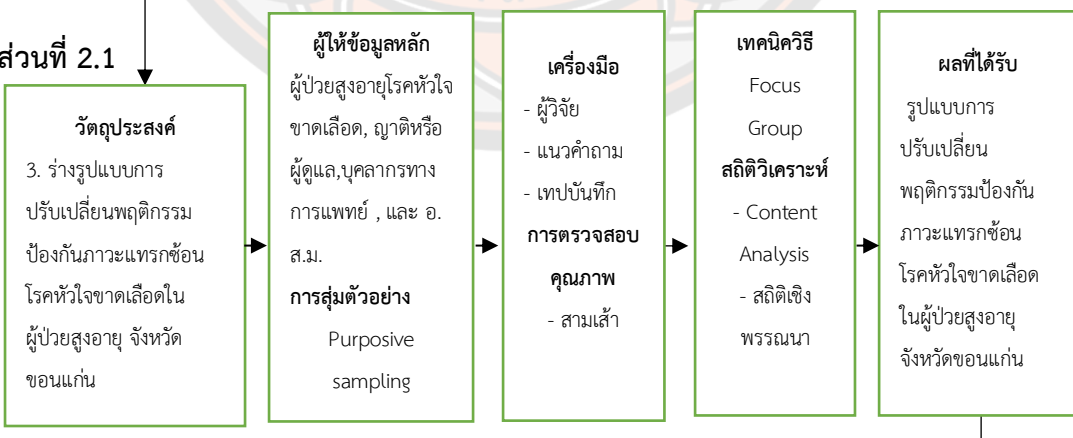


ส่วนที่ 1.2



ระยะที่ 2

ส่วนที่ 2.1



ภาพ 3 แสดงแผนผังความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ

ส่วนที่ 2.2



ภาพ 3 แสดงแผนผังความสัมพันธ์ในการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ (ต่อ)

การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

ศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น การวิจัยระยะนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent design) โดยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ชนิด Multiple case study ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีรายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยในระยะที่ 1 มี 2 ส่วน ได้แก่ การวิจัยเชิงคุณภาพ (ส่วนที่ 1.1) และ การวิจัยเชิงปริมาณ (ส่วนที่ 1.2)

วัตถุประสงค์

ศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 1.1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัย เชิงคุณภาพ case study ชนิด Multiple case study ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่ง Multiple case study เป็นการศึกษา

ใน case ที่มีจำนวนมาก คือ หลาย ๆ cases ทำให้สามารถเชื่อมโยงสืบเสาะไปถึงแบบกรณีศึกษา (case) ที่ต้องการศึกษาได้ (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2563) ทำให้เข้าใจในสิ่งที่ต้องการศึกษาได้มากขึ้น โดยได้วางแผนการวิจัยเกี่ยวกับพื้นที่ในการศึกษาประชากร และกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา การกำหนดขนาดตัวอย่างการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักและวิธีการคัดเลือก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants) ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 คน 2)ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คน 3) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และ อ.ส.ม. จำนวน 4 คน จำนวนรวม 10 คน และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกดังนี้

ตาราง 1 แสดงการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants)	เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม ตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิง ลึก (Inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Exclusion Criteria)
1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาด เลือด	1. เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาด เลือด อายุ 60 ปี ขึ้นไป อาศัย อยู่ใน จังหวัดขอนแก่น อย่าง น้อย 1 ปี 2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ สามารถ สื่อสารได้และการรับฟังยัง ปกติ 3. ยินดีให้ความร่วมมือในการ วิจัย	1. อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือ เหนื่อยหอบเจ็บหน้าอกระหว่าง สัมภาษณ์เทคนิค 2. ผู้ป่วยสูงอายุย้ายที่อยู่หรือไป ทำงานต่างจังหวัด 3. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการ สัมภาษณ์ไปแล้วขอถอน ตัวระหว่างการสัมภาษณ์

ตาราง 1 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants)	เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่ม ตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิง ลึก (Inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Exclusion Criteria)
2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด	1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจขาดเลือด 2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ สามารถ สื่อสารได้และการรับฟังยัง ปกติ 3. ยินดีให้ความร่วมมือในการ วิจัย	1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการ สัมภาษณ์ไปแล้วขอถอน 2. ระยะเวลาการสัมภาษณ์
3. บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม.	1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือ อ.ส.ม. ผู้ดูแลผู้ป่วย สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด 2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ สามารถ สื่อสารได้และการรับฟังยัง ปกติ 3. ยินดีให้ความร่วมมือในการ วิจัย	1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการ สัมภาษณ์ไปแล้วขอถอนตัว ระหว่างการสัมภาษณ์

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการ
สัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (individual interviews)

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structural interview) โดยทบทวนข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์สกัดหาตัวอย่างคำถามหรือตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์หลังจากนั้นจึงนำมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้ประเด็นคำถามที่มีกรอบกว้าง ๆ หรือเป็นการใช้คำถามปลายเปิดในการซักถามโดยอาจมีแนวทางคำถามไว้เป็นแนวทางสัมภาษณ์ไว้บ้าง เหมาะกับผู้วิจัยที่มีประสบการณ์ไม่มากนัก (นฤมล จิตรเอื้อ, และประสพชัยพสุนนท์ 2561) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถาม

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในธรรมชาติของการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลมีคุณภาพอันจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

2.3 แบบสมุดจดบันทึก (Filed note)

2.4 เครื่องอัดเทปบันทึกเสียง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 หลังจากผ่านการอนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดหนังสือขอความร่วมมือจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อประสานงานไปยังพื้นที่เป้าหมายได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่นและสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยมีการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมีการเซ็นใบยินยอมในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยความสมัคร ไม่ได้มีการบังคับในการให้ข้อมูลใด ๆ ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

3.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว จนได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นั้นซ้ำ ๆ กัน จึงหยุดการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตอย่างเหมาะสม มีการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและทัศนคติของตนเองออกมาอย่างเปิดเผยและจริงใจ มีการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล สร้างบรรยากาศการสนทนาที่เป็นกันเองให้ความเคารพเจ้าของบ้านหรือสถานที่ที่มีการจดบันทึกข้อมูลรายละเอียดข้อมูลพร้อมทั้งมีการบันทึกอัดเสียง (Record) โดยห้ามมีการเอ่ยชื่อของผู้ให้ข้อมูลและมีการสังเกต (Observation) ที่ละเอียดเกี่ยวกับอารมณ์ สีหน้าท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

3.4 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงประเด็น (Content analysis) ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

4. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากการสัมภาษณ์

4.1 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า ดังนี้ (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2563)

4.1.1 ตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) พิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้อาจถูกต้องหรือไม่ ตรวจสอบแหล่งข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา คือ ข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งสถานที่ คือ ข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และแหล่งบุคคล คือ บุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

4.1.2 ตรวจสอบด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้หลายวิธีในการเก็บข้อมูล แต่เป็นข้อมูลชนิดเดียวกัน เช่น การสังเกตควบคู่กับการถามพร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย

4.1.3 การตรวจสอบด้านทฤษฎี (Theory triangulation) คือ การตรวจสอบว่าผู้วิจัยใช้ แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Content analysis) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำแนกโดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Content analysis) โดยขั้นการวิเคราะห์ Content analysis มี 6 ประเด็น ดังนี้

5.1 การสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล ได้แก่ การถอดเทป การตรวจสอบ การสะกดคำ จากข้อความการถอดเทป การฟังคำพูดทุกคำ พร้อมกับการใส่อารมณ์ความรู้สึกลงไปด้วย

5.2 การสร้างรหัสข้อมูล เพื่อแสดงลักษณะของข้อมูล มีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลเป็นหมวดหมู่

5.3 การสร้างประเด็น วิเคราะห์รหัสข้อมูลและจัดกลุ่มรหัสข้อมูลที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน จัดหมวดหมู่เพื่อเชื่อมโยงโดยการใส่ลูกศรทำเป็น mind map

5.4 ทบทวนประเด็น ขั้นตอนการกลั่นกรองประเด็น ประเด็นที่อยู่ในขั้นตอนนี้อาจไม่ใช่ประเด็นแท้ อาจยังมีประเด็นซ้อนซ่อนอยู่บางประเด็นสามารถแตกออกเป็นประเด็นใหม่ได้ รวมประเด็นที่เป็นประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกันและประเด็นต่างกันแยกออกไปรวมกลุ่มกัน

5.5 กำหนดและตั้งชื่อประเด็น เป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจ แล้วกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่และเชื่อมโยงประเด็นอย่างชัดเจน ซึ่งการเชื่อมโยงเป็นการบอกเรื่องราวทั้งหมดของข้อมูลได้สอดคล้องและเห็นภาพรวม

5.6 การจัดทำรายงานในการวิเคราะห์เชิงประเด็นทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยงมีความ เป็นเหตุเป็นผลและไม่ซ้ำซ้อนของข้อมูล

ส่วนที่ 1.2 การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น การศึกษาชั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยการศึกษาจากตัวแปรอิสระ ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่นต่อไป

1. วิธีการศึกษา ในระยะนี้ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและเข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธีการรับประทานยา หรือการตรวจสวนหัวใจ หรือการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 1,053 คน (งานบริการข้อมูล โรงพยาบาลขอนแก่น, 2566)

2.2 การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดจากโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 300 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ข้างต้น ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการนำผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่รับการรักษาด้วย การรับประทานยา การตรวจสวนหัวใจ และการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ที่เข้ามารับการติดตามผลการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและแผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น จนกระทั่งตัวอย่างครบ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ทำแบบสอบถาม (Inclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1. อายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดและเข้ารับการรักษาดูแลด้วยวิธีการรับประทานยา หรือการตรวจสวนหัวใจ หรือการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ โรงพยาบาลขอนแก่น อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น อย่างน้อย 1 ปี
2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารได้และการรับฟังยังปกติ
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ทำแบบสอบถาม(Exclusion Criteria)

เกณฑ์การถอดถอนผู้ให้ข้อมูล

1. อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือเหนื่อยหอบเจ็บหน้าอกระหว่างสัมภาษณ์เทคนิค
2. ผู้ป่วยสูงอายุย้ายที่อยู่หรือไปทำงานต่างจังหวัด
3. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วขอถอนตัวระหว่างการสัมภาษณ์

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 300 คน ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 1,053 คน นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรกรณีที่ทราบจำนวน (Wayne, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2}$$

เมื่อ

N = 1,053 คน (งานบริการข้อมูล โรงพยาบาลขอนแก่น, 2566)

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนหัวใจขาดเลือด คือ 0.36 (สุรพล ช่วยบุตตา, 2558)

d = ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า กำหนดไม่เกิน 0.05 (สุรพล ช่วยบุตตา, 2558)

$z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ของการแจกแจง กำหนดที่ระดับ $\alpha = 0.05$ เท่ากับ 1.96

แทนค่าจากสูตร ใช้คำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป (n4Studies)

$$n = \frac{(1,053) \times (0.36)^2 \times (1.96)^2}{(0.05)^2 \times (1,053 - 1) + (0.36)^2 \times (1.96)^2}$$

$$= 266 \text{ คน}$$

และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Missing Data) จึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณตามสูตร (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ดังนี้

$$n = \frac{n}{1-R}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

R = Response rate โดยกำหนดให้ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับ ร้อยละ 10

$n = 292.6$ คน

จากการแทนค่าในสูตรเพิ่มขนาดตัวอย่าง ดังกล่าวข้างต้น ได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 292 คน หรือ 300 ราย

4. เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 เครื่องมือที่ใช้ศึกษาในตอนที่ 1.2 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ในการเก็บข้อมูลซึ่งกำหนดให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยและนิยามศัพท์เฉพาะ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเครื่องมือวิจัย แบบสอบถามประกอบด้วย 8 ตอน มีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร

แบบสอบถามคุณลักษณะประชากร เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อความปลายปิดที่มีตัวเลือกตอบ และข้อความปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่าง มีข้อความเกี่ยวกับ คุณลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พันธุกรรม สิทธิบัตร ระยะเวลาในการรักษา ชนิดของการรักษา ภาวะไขมันในเลือด ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย เบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และความเครียด จำนวน 22 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน แล้วนำคะแนนที่ได้มาจัดระดับความรู้

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, Hastings, & Madaus, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 – 100.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 10 คะแนน

คะแนนระหว่างร้อยละ 60.00 – 79.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนอยู่ระหว่าง 6 – 7 คะแนน

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ คะแนนอยู่
ระหว่าง 0 – 5 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เป็นแบบ
ประมาณค่า (Rating scale) แบ่ง 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1
คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 5
ข้อ

ส่วนที่ 3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เป็น
แบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่ง 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย
และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ
1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ จำนวน
7 ข้อ

ส่วนที่ 3.3 การรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด
เลือด เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่ง 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5,
4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน
ตามลำดับ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3.4 การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
โรคหัวใจขาดเลือด เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่ง 5 ระดับ ได้แก่ ทำได้แน่นอน ทำได้ ไม่
แน่ใจ ทำไม่ได้ และทำไม่ได้แน่นอน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5,
4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน
ตามลำดับ จำนวน 8 ข้อ

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์
ของเบส ของเบส (Best, 1981, p.17) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด
และนำมาหาร ด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\text{ระดับช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม จากเกณฑ์ของเบส (Best, 1981, p.17) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68 - 5	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนระหว่าง 2.34-3.67	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1-2.33	หมายถึง ระดับต่ำ

ตอนที่ 4 คำถามเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) แบ่ง 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับ

การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส ของเบส (Best, 1981, p.17) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำ มาหาร ด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\text{ระดับช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม จากเกณฑ์ของเบส (Best, 1981, p.17) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68 - 5	หมายถึง ระดับสูง
คะแนนระหว่าง 2.34-3.67	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนระหว่าง 1-2.33	หมายถึง ระดับต่ำ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด แบ่งเป็น พฤติกรรมป้องกันก่อนการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยมีการให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การวิเคราะห์และการแปลความหมายของระดับคะแนน ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เกณฑ์ของเบส (Best,

1981, p.17) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำ มาหาร ด้วยระดับ การวัดที่ต้องการ 3 ระดับ

$$\text{ระดับช่วงคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{ต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}}$$

$$= \frac{5 - 1}{3}$$

$$= 1.33$$

$$= 1.33$$

การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม จากเกณฑ์ของเบส (Best, 1981, p.17) กำหนดให้ช่วงคะแนนห่าง เท่ากับ 1.33 จึงแปลความหมายได้ดังนี้

คะแนนระหว่าง 3.68-5 หมายถึง ระดับสูง

คะแนนระหว่าง 2.34-3.67 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 1-2.33 หมายถึง ระดับต่ำ

4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการวิจัยที่มีความสำคัญ เนื่องจากต้องนำไปเก็บข้อมูลให้ได้ความจริง และถูกต้องมากที่สุดจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปสู่ ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ซึ่งการหาคุณภาพเครื่องมือมีรายละเอียดดังนี้ (นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, 2560, น. 215 – 228)

4.2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้

1) อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญทางการวิจัยสาธารณสุขและสถิติ จำนวน 1 ท่าน 2) แพทย์ ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน 3) แพทย์อายุรกรรมหัวใจชำนาญการ พิเศษ จำนวน 1 ท่าน 4) พยาบาลผู้จัดการรายนกรณีชำนาญการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน 5) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือเชิงเนื้อหา โดย การคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่องความถูกต้อง ความชัดเจน ของเนื้อหาและหาความสอดคล้อง ระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) โดยใช้สูตรของโรวินेलลี และแฮมเบิลตัน (Rovinelli, & Hambleton, 1977) สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{จากสูตร IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

กำหนด IOC = ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและ
วัตถุประสงค์ (index of congruence)

R = คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ = 3-4

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ = 5

Σ = ผลรวม

พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อความถามไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความถามได้ตรงตาม

วัตถุประสงค์หรือไม่

พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อความถามในแบบสอบถามทุกข้อมีค่า 0.8 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อความถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

4.2.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เป็นคุณสมบัติของเครื่องมือที่ความคงที่ ความคงเส้นคงวาของค่าที่วัดได้โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรงเชิงเนื้อหาแล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามตอนที่ 2 โดยใช้สูตร KR-21 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ 0.93 และ แบบสอบถามตอนที่ 3 - 5 โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของและแรงงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 0.97, 0.91, 0.96, 0.88, 0.70, 0.77, 0.79 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ แบบสอบถามที่มีคุณภาพค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป (ณัฐภรณ์ หลาวทอง, 2559)

5. การเก็บรวบรวมข้อมูลการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ดำเนินตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 หลังจากผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำหนังสือขอความร่วมมือจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประสานไปยังพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ อว 0603.22.04/0152 เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยชี้แจงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ ลงวันที่ 24 มกราคม 2567

5.2 จัดเตรียมสถานที่สำหรับเก็บข้อมูล โดยใช้ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขอนแก่น ที่จัดเตรียมให้และทำการจัดโต๊ะนั่งในการตอบแบบสอบถาม

5.3 ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยพร้อมแนะนำตัวเองและผู้ช่วยทำวิจัย อธิบายโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยการลงลายมือชื่อและอธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดทราบว่าในการตอบแบบสอบถามผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดไม่ต้องใส่ชื่อ - สกุล ของ ตนเองแต่อย่างใด และการรายงานข้อมูลเป็นไปในลักษณะภาพรวม ทั้งนี้ในการตอบแบบสอบถาม หากผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดมีความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ สามารถข้ามข้อคำถามนั้น ๆ ได้หรือยุติการตอบ แบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด และจะทำลายแบบสอบถามทิ้งทันทีหลังจบโครงการวิจัย

5.4 ให้เวลาในการทำแบบสอบถาม 50 นาทีโดยประมาณ ระหว่างทำแบบสอบถามจะไม่มีกรรบกวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบข้อมูล

5.5 หากจำนวนตัวอย่างยังไม่ครบผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ครบ

5.6 เก็บแบบสอบถามให้ครบและทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS มีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และ ค่าต่ำสุด (Minimum) เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทางประชากรที่ศึกษา ในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พันธุกรรม ภาวะไขมันในเลือด ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกาย เบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และความเครียด ความรู้ แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ การวิเคราะห์หัตถิพสร่วมระหว่าง ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression) แบบ Stepwise ที่ระดับความ เชื่อมั่นเท่ากับ 95% กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.05$)

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพและวิจัยเชิงปริมาณนำผลมา แปลความหมายและสรุปลงร่วมกัน (Merge) จะทำให้ทราบถึงตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในกระบวนการร่างรูปแบบ และยืนยันรูปแบบพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ในการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2

การพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดใน ผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.1 การร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรับฟังข้อมูลและความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาารูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

1. พื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยใช้จังหวัดขอนแก่นเป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจาก มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจเป็นอันดับ 1 ของเขตบริการสุขภาพที่ 7 ลำดับที่ 2 ในเขตภาคอีสาน

2. เทคนิควิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัย ดังนี้

2.1 ยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด เลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำข้อค้นพบในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการอภิปราย กลุ่ม (Focus group discussion) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 3 คน 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ Homogeneous group

2.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้เก็บข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยในขอบเขตประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนในการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.1 จำนวน 10 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

ตาราง 2 แสดงการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants)	เกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Exclusion Criteria)
1. ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด อายุ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น อย่างน้อย 1 ปี 2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารได้และการรับฟังยังปกติ 3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ในวันและเวลาดังหมาย 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. อาการของโรครุนแรงขึ้นหรือเหนื่อยหอบเจ็บหน้าอกระหว่างสัมภาษณ์เทคนิค 2. ผู้ป่วยสูงอายุย้ายที่อยู่หรือไปทำงานต่างจังหวัด 3. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วขอถอนตัวระหว่างการอภิปรายกลุ่ม
2. ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด 2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารได้และการรับฟังยังปกติ 3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ในวันและเวลาดังหมาย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้วขอถอนตัวระหว่างการอภิปรายกลุ่ม

ตาราง 2 (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Participants)	เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Inclusion criteria)	เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Exclusion Criteria)
	4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	
3. บุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม.	1. เป็นบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่น หรืออ.ส.ม. 2. มีสติสัมปชัญญะ อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารได้และการรับฟังยังปกติ 3. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ในวันและเวลาดังหมาย 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย	1. เป็นผู้ที่เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์ไปแล้ว ขอลอนตัวระหว่างการอภิปรายกลุ่ม

3. เครื่องมือในการวิจัย

3.1 เครื่องมือเป็นประเด็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการอภิปรายความคิดเห็นหรือสนทนากลุ่ม (Group discussion) โดยทบทวนข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์สกัดหาตัวอย่างคำถามหรือตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์หลังจากนั้นจึงนำมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้ประเด็นคำถามที่มีกรอบกว้าง ๆ หรือเป็นการใช้คำถามปลายเปิดในการซักถามโดยอาจมีแนวทางคำถามไว้เป็นแนวทางสัมภาษณ์ (นฤมล จิตรเอื้อ, และประสพชัยพสุนนท์ 2561) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถาม

3.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในธรรมชาติของการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลมีคุณภาพอันจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

3.3 แบบสมุดจดบันทึก (Filed note)

3.4 เครื่องอัดเทปบันทึกเสียง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 หลังจากผ่านการอนุมัติจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการจัดหนังสือขอความร่วมมือจาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อประสานงานไปยังพื้นที่เป้าหมายได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่นและสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอ อนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยมีการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์คือการพัฒนา รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พร้อมทั้งบอกผลการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมีการเซ็นใบยินยอมในการให้ข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัคร ไม่ได้มีการบังคับในการให้ข้อมูลใด ๆ ไม่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

4.3 ดำเนินการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กระตุ้นให้อาสาสมัครได้ออกแบบกิจกรรม ในแต่ละองค์ประกอบเพื่อให้ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับวิถีชีวิตผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 1-2 ชั่วโมง

4.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการสัมภาษณ์จนกว่าข้อมูล จะอิ่มตัว จนได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์นั้นซ้ำ ๆ กัน จึงหยุดการสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตอย่าง เหมาะสม มีการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและทัศนคติของตนเองออกมาอย่างเปิดเผยและ จริงใจ มีการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล สร้างบรรยากาศการสนทนาที่ เป็นกันเองให้ความเคารพเจ้าของบ้านหรือสถานที่ที่มีการจดบันทึกข้อมูลรายละเอียดข้อมูลพร้อมทั้งมี การบันทึกอัดเสียง (Record) โดยห้ามมีการเอ่ยชื่อของผู้ให้ข้อมูลและมีการสังเกต (Observation) ที่ละเอียดเกี่ยวกับอารมณ์ สีหน้าท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูลและตรวจสอบความเข้าใจระหว่าง ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล

4.5 ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากการสนทนาทั้ง 3 กลุ่ม มาสรุปข้อมูลและ ประเด็นสำคัญเพื่อนำไปเป็นข้อมูลสนับสนุนสำคัญในการร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

4.6 นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงประเด็น (Content analysis) ตามวัตถุประสงค์ของ การศึกษา

4.7 จัดทำร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด เลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

5. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากการสัมภาษณ์

5.1 ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้า ดังนี้ (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2563)

5.1.1 ตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) พิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องหรือไม่ ตรวจสอบแหล่งข้อมูล ได้แก่ แหล่งเวลา คือ ข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ แหล่งสถานที่ คือ ข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ และแหล่งบุคคล คือ บุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

5.1.2 ตรวจสอบด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) คือ การใช้หลายวิธีในการเก็บข้อมูล แต่เป็นข้อมูลชนิดเดียวกัน เช่น การสังเกตควบคู่กับการถามพร้อมกันนั้นก็ศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย

5.1.3 การตรวจสอบด้านทฤษฎี (Theory triangulation) คือ การตรวจสอบว่าผู้วิจัยใช้ แนวคิดทฤษฎีที่ต่างไปจากเดิมจะทำให้การตีความข้อมูลแตกต่างกันมากน้อยเพียงใด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Content analysis) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำแนกโดย การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Content analysis) โดยขั้นการวิเคราะห์ Content analysis มี 6 ประเด็น ดังนี้

5.1 การสร้างความคุ้นเคยกับข้อมูล ได้แก่ การถอดเทป การตรวจสอบ การสะกดคำ จากข้อความการถอดเทป การฟังคำพูดทุกคำ พร้อมกับการใส่อารมณ์ความรู้สึกลงไปด้วย

5.2 การสร้างรหัสข้อมูล เพื่อแสดงลักษณะของข้อมูล มีการจัดกลุ่มคำของข้อมูลเป็นหมวดหมู่

5.3 การสร้างประเด็น วิเคราะห์รหัสข้อมูลและจัดกลุ่มรหัสข้อมูลที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน จัดหมวดหมู่เพื่อเชื่อมโยงโดยการใส่ลูกศรทำเป็น mind map

5.4 ทบทวนประเด็น ขั้นตอนการกลั่นกรองประเด็น ประเด็นที่อยู่ในขั้นตอนนี้อาจไม่ใช่ประเด็นแท้ อาจยังมีประเด็นซ้อนซ้อนอยู่บางประเด็นสามารถแตกออกเป็นประเด็นใหม่ได้ รวมประเด็นที่เป็นประเด็นเดียวกันไว้ด้วยกันและประเด็นต่างกันแยกออกไปรวมกลุ่มกัน

5.5 กำหนดและตั้งชื่อประเด็น เป็นประเด็นที่ผู้วิจัยรู้สึกพอใจ แล้วกลั่นกรองและจัดเป็นหมวดหมู่และเชื่อมโยงประเด็นอย่างชัดเจน ซึ่งการเชื่อมโยงโยงเป็นการบอกเรื่องราวทั้งหมดของข้อมูลได้สอดคล้องและเห็นภาพรวม

5.6 การจัดทำรายงานในการวิเคราะห์เชิงประเด็นทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน เชื่อมโยงมีความ เป็นเหตุเป็นผลและไม่ซ้ำซ้อนของข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2 การยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากส่วนที่ 2.1 เข้าสู่กระบวนการกลุ่มส่วนที่ 2.2 เพื่อยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น หาความสอดคล้อง (Consensus) ความเหมาะสมของกิจกรรมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ 1) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คน 2) กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 3 คน 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม. จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างเดิมจากการร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ในระยะที่ 2.1

1.2 การสุ่มตัวอย่าง ใช้เก็บข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างทุกหน่วยในขอบเขตประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนในการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2 จำนวน 10 คน คัดเลือกผู้ให้ผลหลักโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

2. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินตรวจสอบร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ย และประเภทของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้วิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎีเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของตรวจสอบร่างรูปแบบ

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถามโดยพิจารณาจาก CIPP Model ตามแนวคิด ของ Stufflebeam 4 ด้าน คือด้านบริบท (Context evaluation: C) ด้านปัจจัยป้อน (Input evaluation: I) ด้านกระบวนการ (Process evaluation: P) และด้านผลผลิต (Product evaluation: P) (Stufflebeam, 2007)

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1) อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญทางด้านกรวิจัยสาธารณสุขและสถิติด้านผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 1 ท่าน 2) แพทย์ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน 3) แพทย์อายุรกรรมหัวใจชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน 4) พยาบาลผู้จัดการรายกรณีชำนาญการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน 5) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการด้านผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบเครื่องมือเชิงเนื้อหา โดยการคำนวณดัชนีความสอดคล้องในเรื่อง ความถูกต้อง ความชัดเจน ของเนื้อหาและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ของข้อคำถามแล้วนำข้อบกพร่องของเนื้อหามาปรับปรุงแก้ไขแล้วจึงนำไปใช้จริง โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item-objective congruence: IOC) โดยใช้สูตรของโรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน (Rovinelli, & Hambleton, 1977) สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{จากสูตร } IOC = \frac{\sum R}{N}$$

กำหนด IOC = ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์
(index of congruence)

R = คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

Σ = ผลรวม

พิจารณาให้คะแนนดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามถามไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามถามได้ตรงตามวัตถุประสงค์

หรือไม่

พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่า 0.8 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง (Rovinelli & Hambleton, 1977)

3.6 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขโดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - objective congruence: IOC) จำนวน 5 คน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - objective congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อมีค่า 0.8 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือเกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป

3.7 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้จากการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 3 คน ญาติหรือผู้ดูแลจำนวน 3 คน บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 3 คน และอ.ส.ม. จำนวน 1 คน รวมทั้งหมด 10 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.824 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ควรจะมากกว่า 0.70

3.8 จัดทำแบบประเมินเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทุกคนในการวิจัยระยะที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 จำนวน 10 คน

4.3 หลังจากที่ได้รับแบบประเมินคืน ผู้วิจัยนำแบบประเมินมาตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพ, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ย และประเภทของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความเป็นประโยชน์ 2) ความเป็นไปได้ 3) ความเหมาะสมและ 4) ความถูกต้องครบคลุม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลที่ได้รับในระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2 คือ ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งยืนยันรูปแบบจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและได้มีการขออนุญาตผู้ป่วยในการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ก่อนดำเนินการวิจัยได้นำเสนอโครงร่างผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์รับรองการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1-2 และความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รับรองการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 1-2 เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานให้ผู้ให้ข้อมูลรับทราบโดยเน้นความสมัครใจในการร่วมโครงการโดยที่ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและผู้เข้าร่วมโครงการสามารถขอยุติการให้ข้อมูลและสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาตามความต้องการ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการวิจัยสิ้นสุด

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) แบบแผนเชิงสำรวจบุกเบิก (Exploratory Sequential Design) แบ่งขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ โดยผลการวิจัยในแต่ละระยะ ได้แก่ การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น และการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยผลการวิจัยนำเสนอ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ในระบะนี้มี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methodology Research) ลักษณะการวิจัยแบบคู่ขนาน (Convergent Parallel Design) โดยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณพร้อมกันกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าเทียมกันและนำผลการวิจัยมารวมกัน (Merging data) ในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งพบผลการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ชนิด Multiple case study ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ในเดือนมีนาคม 2567

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด (Older Adult: OA) 3 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแล (Care Giver: CG) จำนวน 3 คน 3) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Care Provider: HCP) จำนวน 3 คน และ 4) อ.ส.ม. (Village Health Volunteer: VHV) จำนวน 1 คน โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุ 40-49 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 71 ปี และอายุเฉลี่ย 52.2 ปี มีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60.0 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 40.0 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยสูงสุด 150,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ย 44,490 บาทต่อเดือน ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=10)

คุณลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		3	30.0
หญิง		7	70.0
อายุ			
30-39 ปี		1	10.0
40-49 ปี		4	40.0
50-59 ปี		1	10.0
60 ปี ขึ้นไป		4	40.0
(Mean = 50.6 ± 6.6, Median = 52.2, Min = 30.0, Max = 71.0)			
สถานภาพ			
โสด		3	30.0
คู่		5	50.0
แยกกันอยู่		1	10.0
หม้าย		1	10.0
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา		2	20.0
อนุปริญญา/เทียบเท่า		2	20.0
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป		6	60.0

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรกรม	1	10.0
แม่บ้าน	2	20.0
พนักงานสาธารณสุข	2	20.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	10.0
รับราชการ	4	40.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1-10,000 บาทต่อเดือน	3	30.0
10,001-20,000 บาทต่อเดือน	2	20.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	5	50.0
(Mean = 44,490.0 ± 3,939.8, Min = 600.0, Max = 150,000)		

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structural interview) โดยทบทวนข้อมูลจากงานวิจัยที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์สกัดหาตัวอย่างคำถามหรือตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์หลังจากนั้นจึงนำมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ที่ใช้ประเด็นคำถามที่มีกรอบกว้าง ๆ หรือเป็นการใช้คำถามปลายเปิดในการซักถามโดยมีแนวทางคำถามไว้เป็นแนวทางสัมภาษณ์เหมาะสมกับผู้วิจัยที่ (นฤมล จิตรเอื้อ, และประสพชัยพสุนนท์ 2561) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบข้อคำถาม

2.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในธรรมชาติของการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลมีคุณภาพอันจะทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

2.3 แบบสมุดจดบันทึก (Filed note)

2.4 เครื่องอัดเทปบันทึกเสียง

3. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อน

โรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน คือ 1) ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด (Older Adult: OA) 3 คน 2) ญาติหรือผู้ดูแล (Care Giver: CG) จำนวน 3 คน 3) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Care Provider: HCP) จำนวน 3 คน และ 4) อ.ส.ม. (Village Health Volunteer: VHV) จำนวน 1 คน พบจำนวน 8 ปัจจัย รายละเอียด ดังนี้

3.1 อายุ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า อายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นหัวใจและหลอดเลือดมีการเสื่อมสภาพลงทำให้เลือดไปเลี้ยงมีปริมาณลดลง โดยผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

นี่พออายุมากโรคก็เริ่มเรื้อรังแรกตอนแรกหมอบอกเจอแค่หัวใจล้มเหลวแล้วก็ตรวจสวนหัวใจเจอได้โรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่ม

(รหัส OA01 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

เรานั้นแก่เกษียณอะเนอะ เบาหวานก็เป็น โรคหลอดเลือดหัวใจก็ตามมาเหม็ด

(รหัส OA03 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

3.2 ภาวะไขมันในเลือดสูง

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกำบังภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การมีประวัติภาวะไขมันในเลือดสูงจะมีความเสี่ยงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

ผมกินหมูกระทะ มีไขมันพอกตับ ตรวจเลือดเจอไขมันในเลือดสูงแล้วหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำเส้นเดิมแต่จุดใหม่ ได้ไปใส่สแตนท์อีกรอบ

(รหัส OA03 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

มีคนไข้โรคหัวใจขาดเลือดที่ยังรับประทานของทอดมีไขมันทราน ค่า LDL ในเลือดสูง
คุมได้ไม่ดีจะมีหลอดเลือดตีบซ้ำต้องกลับมาอนโรงพยาบาล

(รหัส HCP01 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

3.3 โรคเบาหวาน

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ญาติสายตรงป่วยเป็น
เบาหวานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วย
สูงอายุ การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดความผิดปกติและ
เสื่อมสภาพลงอย่างรวดเร็วและตีบซ้ำได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

ตอนคนไข้มาพอลโล้อัปเดตะ พยาบาลเคสเมเนเจอร์จะคอยเตือนเรื่องการควบคุม
ระดับน้ำตาลทุกครั้ง คนไข้จะได้ไม่เสี่ยงภาวะแทรกซ้อนค่ะ

(รหัส HCP01 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

ต้องบอกคนไข้ว่าข้าวเหนียวก็มีน้ำตาลสูง ไม่ได้ครับ สำคัญมากต้องผ่าตัดอวัยวะ

(รหัส HCP02 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

3.4 ความดันโลหิตสูง

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็น
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การ
ปล่อยให้ความดันโลหิตสูงอยู่เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดมาเลี้ยง
ร่างกาย กล้ามเนื้อหัวใจจะหนาขึ้น หัวใจจะโตขึ้น หลอดเลือดตีบแข็งและอุดตัน กล้ามเนื้อหัวใจตาย
และนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

เป็นความดันก่อนเจอหัวใจตีบจ้า วัดความดันทุกเช้า กินยาลดความดัน กลัวสูงเกิน
สโตรกแทรกอีกไปกันใหญ่ ไม่ไหวแน่ๆ

(รหัส OA01 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

ผมก็บอกนะว่าป้า....ถ้าความดันสูงขนาดนี้หัวใจตีบแล้วยังหลอดเลือดสมองแตกอีก
ลำบากเด้อ

(รหัส HCP02 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

3.5 การสูบบุหรี่

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า บุหรี่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ บุหรี่ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ทำให้เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบ หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ดังนั้น บุหรี่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารพิษหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อหลอดเลือดและหัวใจ ได้แก่ นิโคติน และคาร์บอนมอนอกไซด์ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

คนไข้หลอดเลือดตีบเยอะๆ เส้นฝอยๆ มีแคลเซียมแข็งๆ เจอได้บ่อยในคนที่มีประวัติ
การสูบบุหรี่
(รหัส HCP03 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

ก่อนเป็นสามีก็สูบบุหรี่จัดเลยวันละ 20 มวน พอหลังรู้ว่า เป็นหัวใจตีบใส่สแตนท์มาก็
เลิกเด็ดขาด
(รหัส CG03 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

3.6 สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยสูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์ หรือ อ.ส.ม. เกี่ยวกับการปฏิบัติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

ก่อนออกจากโรงพยาบาลอยู่หวอดผู้ป่วยเค้าก็มี VDO ดูแลตัวเองให้ดู และแผ่นพับ
กลับบ้านหลังใส่สแตนท์
(รหัส CG03 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

อ.ส.ม. ก็เข้าไปเยี่ยมบ้านกะกลุ่มหมอพอที่จะให้ข่าวใหม่ๆ กับคนไข้โรคหัวใจขาด
เลือดที่บ้านเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนกับคนไข้และญาติให้ดูแลเบื้องต้น
กันได้

(รหัส VHV01 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

3.7 สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดที่ดี จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

อยู่ๆ มันก็เหมือนโลกดับไปไม่รู้สึกรู้สึกละ มาตื่นอีกที่ญาติพามาอนโรงพยาบาล หมอให้ยาเครื่องมือเยอะแยะไปหมด สงสัยเบาหวานกับความดันขึ้น ต้องคุมให้ดีละ

(รหัส OA02 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

เที่ยวเขื่อนอยู่ดีๆ ก็วูบหมดสติจนเค้าต้องช็อตหัวใจ โชคดีที่ยังฟื้นขึ้นมาจนถึงทุกวันนี้เลยไม่กล้าไปไหนคนเดียวเลย กลัวเป็นอีก ไม่เอาอีกแล้ว เช็ดแล้ว ต่อไปจะดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้

(รหัส OA03 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

3.8 สาเหตุจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า การได้รับความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพยาบาล แพทย์ และ อ.ส.ม. จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักสอดคล้องกับปัจจัย ดังนี้

ตอนกินต้มไก่กึ่งเหล้ากับเพื่อนเจ็บหน้าอกคิดว่าเป็นเพราะกัญชาที่ใส่ ภรรยาทำงานโรงพยาบาลพาไปฉุฉิน หมอตรวจเลือดแล้วบอกบอกว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

(รหัส OA03 สัมภาษณ์เมื่อ 5/3/2567)

คนไข้โรคหัวใจอะไม่รู้ว่าจะกินข้าวเหนียวมีน้ำตาลเยอะเลยกินมากก่อนนอน ยิ่งเบาหวานนะมันมาเจาะเลือดน้ำตาลพุ่งปรืด ผมต้องให้ความรู้ไป บอกป่า...ห้ามกินนะ

(รหัส HCP02 สัมภาษณ์เมื่อ 1/3/2567)

จากการรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า 1) อายุ 2) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ความดันโลหิตสูง 5) การการสูบบุหรี่ 6) สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 7) สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด 8) สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากผลการศึกษาในระยะที่ 1.1 นี้ ผู้วิจัยนำไปสังเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อยืนยันผลในเชิงปริมาณในการศึกษาในระยะที่ 1.2 ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นการดำเนินการด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ด้วยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บกับตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 300 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่รับประทานยา ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่ได้รับการตรวจสวนหัวใจ และผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดหลังการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แบบสอบถามคืนและข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 300 ชุด จากนั้นนำมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 300 คน จากจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ วิธีการรักษา พันธุกรรม สิทธิการรักษาระยะเวลาในการป่วย ภาวะไขมันในเลือด ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ ความอ้วน โรคเบาหวาน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ดูแล การดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.7 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.7 รายได้ 1-10,000 บาท ร้อยละ 62.3 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 39.0 โดยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ร้อยละ 26.3 ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 46.0 ประเภทการรักษามีทั้งรับประทานยา ตรวจสวนสวนหัวใจ และผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดไป

เลี้ยงกล่อมเนื้อหัวใจเท่าๆ กัน ร้อยละ 33.3 มีโรคร่วม ร้อยละ 83.3 ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วนและไขมันในเลือดสูง ประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.0 ไม่มี ความเครียด ร้อยละ 93.3 และระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 84.3 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=300)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	197	65.7
หญิง	103	34.3
2. อายุ (ปี)		
60 – 70	186	62.0
71 - 80	102	34.0
81-90	12	4.0
Mean 68.45 S.D. 6.19		
3. สถานภาพ		
โสด	30	10.0
คู่	216	72.0
แยกกันอยู่	8	2.7
หม้าย	39	13.0
หย่าร้าง	7	2.3
4. การศึกษา		
ประถมศึกษา	193	64.4
มัธยมศึกษา	64	21.3
อนุปริญญา	15	5.0
สูงกว่าปริญญาตรี	28	9.3

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	64	21.3
รับราชการ	73	24.3
พนักงานรับวิสาหกิจ	21	7.0
รับจ้าง	15	5.0
เกษตรกรรม	98	32.7
ค้าขาย	29	9.7
6. รายได้ (บาท)		
ไม่มีรายได้	64	21.3
1-10,000	187	62.3
10,001-20,0000	20	6.7
มากกว่า 20,000	29	9.7
Mean 7307.67 S.D. 16324.93		
7. ภาวะแทรกซ้อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=300)		
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	183	61.0
เกิดภาวะแทรกซ้อน	117	39.0
- ภาวะแทรกซ้อน 1 ชนิด	73	24.3
- ภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 ชนิด	44	14.7
8. ชนิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=208)		
ภาวะช็อคจากหัวใจ	41	20.0
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย	15	7.3
ภาวะหายใจล้มเหลว	31	5.1
ภาวะลิ่มหัวใจรั่ว	33	16.1
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด	3	1.5
ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	54	26.3
ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ	5	2.4
ภาวะลิ่มเลือดในหัวใจ	13	6.3

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อื่นๆ	13	6.3
9. ผู้ดูแล (relative care giver) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=300)		
ไม่มีผู้ดูแล	25	8.3
คู่สมรส	138	46.0
ลูก	107	35.7
หลาน	16	5.3
ญาติ	14	4.7
10. ประเภทการรักษา		
กินยา	100	33.3
สวนหัวใจ	100	33.3
ผ่าตัด	100	33.4
11. โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=300)		
ไม่มีโรคร่วม	50	16.7
มีโรคร่วม	250	83.3
ชนิดโรคร่วม (n=568)		
เบาหวาน	191	63.7
ความดันโลหิตสูง	172	57.3
ไขมันในเลือดสูง	90	30.0
อ้วน	115	38.3
12. ประวัติสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	20	6.7
ไม่สูบบุหรี่	212	70.6
เคยสูบบุหรี่	68	22.7
13. ประวัติดื่มสุรา		
ดื่มสุรา	30	10.0
ไม่ดื่มสุรา	270	90.0

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
14. ความเครียด		
มีความเครียด	20	6.7
ไม่มีความเครียด	280	93.3
15. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ปี)		
1-5 ปี	253	84.3
6-10 ปี	38	12.7
มากกว่า 10 ปี	9	3.0
Mean 1.21 S.D. 0.59		

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.4 มีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้น ที่มีความรู้ระดับต่ำ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงข้อมูลความรู้พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ต่ำ (0-5.99 คะแนน)	4	1.3
ปานกลาง (6-7.99 คะแนน)	49	16.3
สูง (8-10 คะแนน)	247	82.4
Mean 2.81 S.D. 0.43		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3 ด้านในระดับสูง โดยด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 84.0 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 75.0 และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 92.3 ส่วนด้านการรับรู้ผลลัพธ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7 ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงข้อมูลแรงจูงใจในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
ต่ำ (1-2.33)	4	1.3
ปานกลาง (2.34 -3.67)	44	14.7
สูง (3.68-5.00)	252	84.0
Mean 2.91 S.D 0.33		
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
ต่ำ (1-2.33)	4	1.3
ปานกลาง (2.34 -3.67)	71	23.7
สูง (3.68-5.00)	225	75.0
Mean 2.90 S.D 0.29		
ด้านการรับรู้ผลลัพธ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
ต่ำ (1-2.33)	0	0.0
ปานกลาง (2.34 -3.67)	161	53.7
สูง (3.68-5.00)	139	46.3
Mean 2.81 S.D 0.39		

ตาราง 6 (ต่อ)

แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกัน		
ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
ต่ำ (1-2.33)	0	0.0
ปานกลาง (2.34 -3.67)	23	7.7
สูง (3.68-5.00)	277	92.3
Mean 2.97 S.D 0.18		

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับระดับสูงทั้ง 3 ด้าน โดยด้านอารมณ์ ร้อยละ 39.3 ด้านสิ่งของ/แรงงาน ร้อยละ 82.3 และด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 39.0 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงข้อมูลด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอารมณ์		
ต่ำ (1-2.33)	74	24.7
ปานกลาง (2.34 -3.67)	108	36.0
สูง (3.68-5.00)	118	39.3
Mean 2.30 S.D 0.69		
ด้านสิ่งของ/แรงงาน		
ต่ำ (1-2.33)	36	12.0
ปานกลาง (2.34 -3.67)	17	5.7
สูง (3.68-5.00)	247	82.3
Mean 2.77 S.D 0.55		
ด้านข้อมูลข่าวสาร		
ต่ำ (1-2.33)	81	27.0
ปานกลาง (2.34 -3.67)	102	34.0
สูง (3.68-5.00)	117	39.0
Mean 2.35 S.D 0.67		

ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในระดับสูงทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหารและยา ร้อยละ 70.7 ด้านออกกำลังกาย ร้อยละ 69.4 ด้านความเครียด ร้อยละ 83.0 ด้านตรวจตามนัด ร้อยละ 87.4 และด้านพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 74.0 ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 แสดงระดับพฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

พฤติกรรมกำบังกันภาวะแทรกซ้อน	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอาหารและยา (ข้อ 2+4+5+6)		
ต่ำ (1-2.33)	16	5.3
ปานกลาง (2.34 -3.67)	72	24.0
สูง (3.68-5.00)	212	70.7
Mean 2.84 S.D 0.37		
ด้านออกกำลังกาย (ข้อ 3)		
ต่ำ (1-2.33)	22	7.3
ปานกลาง(2.34 -3.67)	70	23.3
สูง(3.68-5.00)	208	69.4
Mean 1.93 S.D 2.61		
ด้านความเครียด (ข้อ10)		
ต่ำ (1-2.33)	12	4.0
ปานกลาง (2.34 -3.67)	39	13.0
สูง (3.68-5.00)	249	83.0
Mean 1.96 S.D 0.19		
ด้านตรวจตามนัด (ข้อ1และ7)		
ต่ำ (1-2.33)	7	2.3
ปานกลาง (2.34 -3.67)	31	10.3
สูง (3.68-5.00)	262	87.4
Mean 2.95 S.D 0.22		
ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (ข้อ 8 และ 9)		
ต่ำ (1-2.33)	62	20.7
ปานกลาง (2.34 -3.67)	14	4.7
สูง (3.68-5.00)	224	74.6
Mean 2.85 S.D 0.35		

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุ

1. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด 40 ตัวแปร พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.749 ถึง 0.576 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (เกณฑ์ คือ ไม่เกิน 0.80)

2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยครั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น จำนวน 5 ข้อ

2.1 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดยพิจารณาค่า Dubin-Watson เท่ากับ 2.059 (เกณฑ์ คือ 1.50-2.50)

2.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residual statistic ค่า Standard residual มีค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์ คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.99 (เกณฑ์ คือ S.D. เข้าใกล้ 1) สอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

2.4 ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

2.5 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ -0.749 ถึง 0.576 (เกณฑ์ คือ ไม่เกิน 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.00 ถึง 1.30 (เกณฑ์ คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.77 ถึง 1.00 (เกณฑ์ คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จากตาราง 1 นำตัวแปรทดสอบการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณเพื่อศึกษาอำนาจพยากรณ์ของตัวแปรอิสระ (ตัวแปรพยากรณ์) ที่มีต่อตัวแปรตามคือพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยวิธีการ Stepwise โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นผ่านทั้ง 5 ข้อ ผลการวิเคราะห์พบตัวแปร 3 ตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (Beta=0.313)

รองลงมา ได้แก่ แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงและความรู้ (Beta=0.149, 0.124) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 17.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงตาราง 9

ตาราง 9 แสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ (n=300)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	Beta	P-Value
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	0.168	0.313	0.000**
แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคด้านการรับรู้	0.145	0.149	0.006**
ความรุนแรง			
ความรู้	0.550	0.124	0.024*

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Constant=2.566 R²=0.175 (อ่านค่า R² เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 30 เท่าของตัวแปร),
adjust R²=0.167, F=20.946, P<0.001

การผสมผสานผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาปัจจัยและสาเหตุที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน (Mixed method research design) แบบคู่ขนาน (Concurrent parallel design) ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพพร้อมกันกับเชิงปริมาณ โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าๆ กัน การเก็บข้อมูลแบบเป็นอิสระต่อกัน ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่แยกออกจากกัน โดยการวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยที่การวิจัยเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ (Statistical analysis) การสรุปผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการรวมผล (Merge) การวิจัยทั้ง 2 วิธีเข้าด้วยกัน โดยใช้วิธีการผสมผสานแบบฐานคู่ขนาน (The Parallel Databases Variant) ด้วยการคัดเลือกเอาผลการวิจัยที่เหมือนกันมาวิเคราะห์ เพื่อแสดงถึงความสอดคล้องกันของผลการวิจัยและนำข้อมูลที่ต่างกันมาเปรียบเทียบเพื่อสังเคราะห์เป็นผลการวิจัยและอภิปรายผล ดังตาราง 8 ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า 1) อายุ 2) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ความดันโลหิตสูง 5) การการสูบบุหรี่ 6) สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 7) สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด 8) สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

2. การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า 1) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ 2) แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งตัวแปร ทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุได้ร้อยละ 17.50

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ตัวแปรเชิงคุณภาพ	ตัวแปรเชิงปริมาณ	ความเหมือน	ความแตกต่าง
1) สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของพฤติกรรมป้องกันการ	1) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของพฤติกรรมป้องกันการ	1) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของพฤติกรรมป้องกันการ	1) อายุ
ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด	ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	
2) สาเหตุจากแรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด	2) แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด	2) แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด	2) ภาวะไขมันในเลือดสูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปรเชิงคุณภาพ	ตัวแปรเชิงปริมาณ	ความเหมือน	ความแตกต่าง
3) สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน	3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน	3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน	3) โรคเบาหวาน
ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	
4) อายุ			4) ความดันโลหิตสูง
5) ภาวะไขมันในเลือดสูง			5) การสูบบุหรี่
6) โรคเบาหวาน			
7) ความดันโลหิตสูง			
8) การสูบบุหรี่			

จากตาราง 10 การเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น พบว่า สาเหตุที่เกี่ยวข้องและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ มีความสอดคล้อง ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เป็นจำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ 2) แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่มีผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพไม่สอดคล้องกันจำนวนทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) อายุ 2) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ความดันโลหิตสูง 5) การสูบบุหรี่

ผลการวิจัยในส่วนนี้ เป็นส่วนสำคัญตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นการผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพดำเนินการไปพร้อมกันกับวิจัยเชิงปริมาณโดยให้ความสำคัญของการวิจัยทั้งสองแบบเท่าๆ กัน เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหรือทำให้

ผลการวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และนำผลการวิจัยที่ได้จากระยะที่ 1 ไปใช้เพื่อพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยในระยะนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methodology research) แบบแผนเชิงสำรวจ (Exploratory) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในส่วนของ 2.1 การยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แล้วนำผลมาต่อด้วยส่วนของ 2.2 การยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามยืนยันรูปแบบ ในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม โดยผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.1 การยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้าและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มาดำเนินการยกร่างรูปแบบให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มๆ ละ 3-4 คนประกอบด้วย ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด กลุ่มที่ 2 ญาติหรือผู้ดูแล และกลุ่มที่ 3 บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. รวมทั้งหมด 10 คน ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคัดเลือกแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา (Note taker) เครื่องบันทึกเสียง และแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพทั้งระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และผู้ร่วมสนทนากลุ่มด้วยกันเอง เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ใกล้ชิด เป็นกันเอง โดยให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มได้แนะนำตนเอง ทำให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มรู้จักกันเอง และผู้วิจัยจะได้มีข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมสนทนากลุ่มเพิ่มเติม ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และขอบข่ายของการสนทนากลุ่ม ตลอดจนกระบวนการและวิธีที่จะดำเนินการสนทนากลุ่ม การรักษาความลับ สิทธิ และสอบถามความสมัครใจในการร่วมสนทนา

กลุ่ม ร่วมกันกำหนดกติกาในการสนทนากลุ่ม เช่น การพูดทีละคน การแสดงความคิดเห็นได้แม้ว่าจะมีความเห็นที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเริ่มต้นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามนำ ก่อนเข้าสู่การสู่การสนทนา (Small talk) เป็นประเด็นการสนทนาในเรื่องทั่วไปอภิปรายในประเด็นหลักอย่างอิสระเกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยใช้คำถามที่เตรียมไว้ ทั้งคำถามหลัก และคำถามรอง โดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้พูดคุยกันเอง ไม่จำเป็นต้องพูดคุยกับผู้วิจัยเท่านั้น ให้กำลังใจผู้ร่วมสนทนากลุ่มที่เขินอายหรือไม่กล้าพูด ลดบทบาทของผู้ที่ครอบงำกลุ่มโดยการใช้คำพูดและภาษาท่าทาง เปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นพูดหรือเข้าไปแทรกแซงอย่างสุภาพ การสนทนากลุ่มใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 10 นาที ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสร้างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้าการสนทนากลุ่ม

ปัจจัยนำเข้าการสนทนากลุ่ม เพื่อยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้ผลจากการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research design) ดังนี้

1.1 การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า อายุ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การการสูบบุหรี่ สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 8 ปัจจัย/ตัวแปร

1.2 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ
พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 3 ปัจจัย/ตัวแปร

1.3 การร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด
เลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการประชุมกลุ่ม (Focus
group) ที่เห็นว่าจากสาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด
จากปัจจัยนำเข้าจำนวน 8 ปัจจัย/ตัวแปร ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเห็นว่ามี 3 ปัจจัย/ตัวแปร ที่ได้มีความ
เป็นประโยชน์ มีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสมและถูกต้องครอบคลุม มีผลต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ถ้าได้มีโอกาสออกไปให้ความรู้กับ อ.ส.ม. ถึงหมู่บ้านที่คนไข้อยู่ซัก 6 ครั้ง น่าจะดี
คาดว่าภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดได้จะลดลง

(พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง,
26 มีนาคม 2567)

...ดี ๆ ได้สิ นานๆ ที่ค่อยไปโรงพยาบาล ถ้ามีหมอหรือ อ.ส.ม. มาหาให้ดูวีดีโอเตือนๆ กัน
หน่อยว่าภาวะแทรกซ้อนโรครุนแรงแค่ไหน ก็จะไม่ลืมกินยา จะขยันออกกำลังกายอยู่นะ

(ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 26 มีนาคม 2567)

...ผมว่าเราควรตั้งกลุ่มไลน์นะครับจะได้ให้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เต็มนี้แม่ๆ แะชอบเล่น
ไลน์ ดีๆ ตักตอก เราหาคนตั้งมาบอกรูปแบบการเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน
โรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ให้ลูกส่งแม่ๆ เต็มก็แชร์กันเองครับ

(ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 26 มีนาคม 2567)

...กิจกรรมหนึ่งต้องให้ทดลองทำจริงด้วยไม่งั้นคนแก่ก็ลืมง่าย ถ้าได้เล่นเกมได้รางวัล
รับรองจะปรับพฤติกรรมกันดีเลย

(อ.ส.ม., ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 26 มีนาคม 2567)

2. องค์ประกอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

จากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด (Focus group discussion with patients) ญาติหรือผู้ดูแล (Focus group discussion with care giver) บุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม. (Focus group discussion with Public health) รวมทั้งหมด 10 คน เพื่อยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จากปัจจัยนำเข้า 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การการสูบบุหรี่ สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด โดยคัดเลือกปัจจัยนำเข้าที่สามารถพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงได้นำมาพิจารณาในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม พร้อมทั้งปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า 1) ปัจจัยนำเข้าที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การการสูบบุหรี่ และ 2) ปัจจัยนำเข้าที่ได้รับการคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือด และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

3. กิจกรรมของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

3.1 องค์ประกอบที่ 1

กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมใส่ใจ (Learn by Heart) บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้ แจกแผ่นพับ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

กิจกรรมย่อยที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดแสดงบทบาทสมมติจากความรู้ที่เพิ่งได้รับไป เช่น ฝึกปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการออกกำลังกาย ภายบริหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย จากขอรับประทานผลไม้สุกตามฤดูกาลเปลี่ยนเป็นรับประทานผักใบเขียวทดแทน

3.2 องค์ประกอบที่ 2

กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมสะกิดใจ (Induce Heart) บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการให้ดู VDO เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

กิจกรรมย่อยที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อเตือนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดด้วยการให้รางวัลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่ตอบคำถามถึงความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดได้ถูกต้องและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดจนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง

3.3 องค์ประกอบที่ 3

กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมดูแลใจ (Care Heart) บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตั้งกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร แชร์เรื่องราว หนังสือข้อความเตือนใจ คลิป VDO จากผู้ทรงอิทธิพลด้านโซเชียลมีเดีย YouTube ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือบทความเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดที่ทันสมัยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ

ตาราง 11 แสดงองค์ประกอบ วิธีการ และกิจกรรม ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

องค์ประกอบ	กิจกรรม/วิธีการ	ผู้ดำเนินการ
องค์ประกอบที่ 1 การสร้างความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	<p>กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมใส่ใจ (Learn by Heart) บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้ แจกแผ่นพับ ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด</p> <p>กิจกรรมย่อยที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง ให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดแสดงบทบาทสมมติจากความรู้ที่เพิ่งได้รับไป เช่น ฝึกปฏิบัติการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการออกกำลังกาย ภายบริหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย จากชอบรับประทานผลไม้สุกตามฤดูกาลเปลี่ยนเป็นรับประทานผักใบเขียวทดแทน</p>	บุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม.
องค์ประกอบที่ 2 การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด เสริมทักษะด้านการปฏิบัติ	<p>กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมสะกิดใจ (Induce Heart) บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อกระตุ้นเตือนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการให้ดู VDO เกี่ยวกับความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด</p> <p>กิจกรรมย่อยที่ 2 บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. ออกหน่วยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริม</p>	บุคลากรทางการแพทย์ และ อ.ส.ม.

ตาราง 11 (ต่อ)

องค์ประกอบ	กิจกรรม/วิธีการ	ผู้ดำเนินการ
	ตำบล 6 เดือน ต่อ 1 ครั้ง เพื่อเตือนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ด้วยการให้รางวัลต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่ตอบคำถามถึงความรุนแรงของโรคหัวใจขาดเลือดได้ถูกต้องและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดจนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง	
องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรมดูแลใจ (Care Heart) บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ตั้งกลุ่มไลน์แอปพลิเคชันเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร แชนร์เรื่องราว หนังสือ ข้อความเตือนใจ คลิป VDO จากผู้ทรงอิทธิพลด้านโซเชียลมีเดีย YouTube ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือบทความเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดที่ทันสมัยให้ผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดได้รับแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นประจำ	บุคลากรทางการแพทย์ อ.ส.ม. และ ญาติ หรือ ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2 ยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจากขั้นตอนที่ 2.1 ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 3 คนญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 3 คน บุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. จำนวน จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คน ตรวจสอบร่างรูปแบบในด้านประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดย

ใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุ 40-49 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 71 ปี และอายุเฉลี่ย 52.2 ปี มีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60.00 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 40.0 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยสูงสุด 150,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ย 44,490 บาทต่อเดือน ดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=10)

คุณลักษณะทางประชากร		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	3	30.0
	หญิง	7	70.0
อายุ	น้อยกว่า 30 ปี	0	0.0
	30-39 ปี	1	10.0
	40-49 ปี	4	40.0
	50-59 ปี	1	10.0
	มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	4	40.0
(Mean = 50.60 ± 6.59, Median = 52.2, Min = 30.0, Max = 71)			
สถานภาพ			
	โสด	3	30.0
	คู่	5	50.0
	แยกกันอยู่	1	10.0
	หม้าย	1	10.0
	หย่าร้าง	0	0.0

ตาราง 12 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0	0.0
ประถมศึกษา	2	20.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	0	0.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	0	0.0
อนุปริญญา/เทียบเท่า	2	20.0
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	6	60.0
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	0	0.0
เกษตรกรกรรม	1	10.0
แม่บ้าน	2	20.0
พนักงานสาธารณสุข	2	20.0
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	10.0
รับราชการ	4	40.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
1-10,000 บาทต่อเดือน	3	30.0
10,001-20,000 บาทต่อเดือน	2	20.0
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน	5	50.0
(Mean = 44,490 ± 3,939, Min = 600, Max = 150,000)		

2. การตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.33 (\bar{X} = 4.67, S.D. = 0.54) ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.00 (\bar{X} = 4.70, S.D. = 0.51) ด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.67 (\bar{X} = 4.63, S.D. = 0.66) ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.00 (\bar{X} = 4.70, S.D. = 0.55) ด้าน

ความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.67 ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.53) รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงผลการตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (n=10)

ด้าน/รายการประเมิน	\bar{X}	S.D.	ร้อยละ	การแปลผล
1. ด้านความเป็นประโยชน์	4.70	0.51	94.00	มากที่สุด
1.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ทำให้ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุลดลง	4.60	0.70	92.00	มากที่สุด
1.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่กำลังดูแล	4.80	0.42	96.00	มากที่สุด
1.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ	4.70	0.48	94.00	มากที่สุด
2. ด้านความเป็นไปได้	4.63	0.66	92.67	มากที่สุด
2.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.50	0.85	90.00	มากที่สุด
2.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีความคุ้มค่าและสอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	4.70	0.67	94.00	มากที่สุด

ตาราง 13 (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	ร้อยละ	การแปลผล
2.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยาก และซับซ้อนจนเกินไป	4.70	0.67	94.00	มากที่สุด
3. ด้านความเหมาะสม	4.70	0.55	94.00	มากที่สุด
3.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมสอดคล้องตามการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด	4.70	0.67	94.00	มากที่สุด
3.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสม สอดคล้องตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคหัวใจ	4.60	0.70	92.00	มากที่สุด
3.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้องและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	4.80	0.42	96.00	มากที่สุด
4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม	4.63	0.53	92.67	มากที่สุด
4.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เป็นรูปแบบที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคหัวใจ	4.60	0.52	92.00	มากที่สุด

ตาราง 13 (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	ร้อยละ	การแปลผล
4.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีความถูกต้องตามบทบาทหน้าที่และสภาพการเป็นอยู่จริงของผู้ป่วยโรคหัวใจ	4.70	0.67	94.00	มากที่สุด
4.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจนสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้	4.60	0.70	92.0	มากที่สุด
รวมทุกด้าน	4.67	0.54	93.33	มากที่สุด

นอกจากนี้การยืนยันการปฏิบัติตามแนวทางของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีรายละเอียดข้อคิดเห็นเพิ่มเติมจากการระดมสมองที่เห็นว่า รูปแบบที่ได้มีความเป็นประโยชน์ มีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสมและถูกต้องครอบคลุม มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...โปรแกรมนี้ดีมากทุกด้าน สร้างได้แบบนี้โรงพยาบาลเราจะได้อำนาจไปใช้กับคนไข้ปฏิบัติตัวตาม ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดได้จะลดลง เห็นด้วยมากที่สุด

(พยาบาลผู้จัดการรายการรายกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง,

26 มีนาคม 2567)

...ดี ๆ ได้สิ ฟังแล้วคนไข้อย่างเราทำได้ไม่ยากหรอก ขอให้คนหมอบอกให้ทำเลยนะเต็มที่ (ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ คนที่ 1, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 26 มีนาคม 2567)

...รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ในความเห็นของหมอผ่าตัดนะครับ ผมว่าเหมาะให้คนไข้สูงอายุโรคหัวใจและเจ้าหน้าที่เรานำไปปฏิบัติร่วมกันครับ

(ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 26 มีนาคม 2567)

...ถามผม ผมว่าก็ครบถ้วนแล้วครับ โปรแกรมที่สร้างขึ้นครอบคลุมทุกมิติ นำไปปฏิบัติได้ ไม่ยากทั้งทางผู้ที่จะไปจัดกิจกรรมและผู้ป่วยสูงอายุก็ทำได้ไม่ยากด้วยครับ

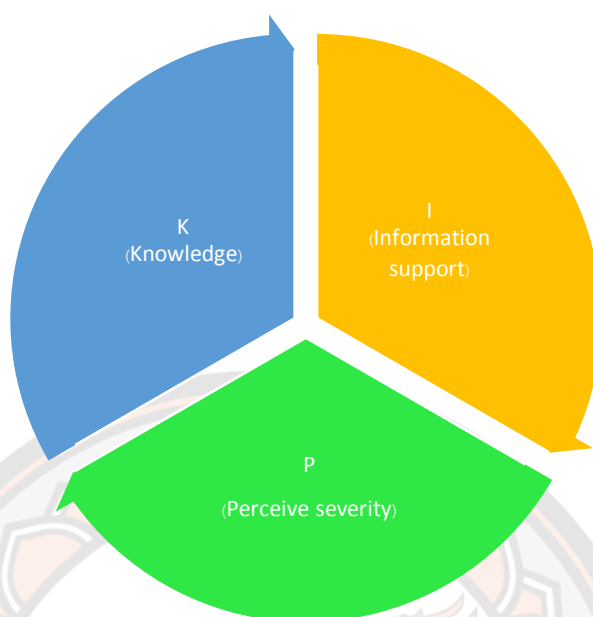
(อายุรแพทย์โรคหัวใจ, ผู้ให้ข้อมูลการระดมสมอง, 26 มีนาคม 2567)

จากการพัฒนาและยืนยันรูปแบบ ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุทั้ง 3 องค์ประกอบ 3 กิจกรรม เมื่อได้รูปแบบการมีส่วนร่วมครบองค์ประกอบและกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยให้อาสมัคร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงานของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ข้อสรุปโดยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า KIP (ตั้งใจ) Model ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎี ดังนี้ ทฤษฎีความรู้ในการป้องกันโรค (Knowledge) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) และทฤษฎีแรงจูงใจด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceive severity) ดังภาพภาพ 4 แสดง KIP (ตั้งใจ) Model รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยมีกิจกรรมดังนี้

K (Knowledge) ประกอบด้วย กิจกรรมใส่ใจใจ (Learn by Heart)

I (Information support) ประกอบด้วย กิจกรรมดูแลใจ (Care Heart)

P (Perceive severity) ประกอบด้วย กิจกรรมสะกิดใจ (Induce Heart)



ภาพ 4 แสดง KIP (ตั้งใจ) Model รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methodology research) แบบแผนเชิงสำรวจจุกเบิก (Exploratory Sequential Design) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) 2) เพื่อสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยนำเสนอการสรุปผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed method research design) แบบคู่ขนาน (Concurrent parallel design) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะที่ 2 ต่อไปประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) แบบ Multiple case study ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบ Purposive sampling ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและผู้มีส่วนร่วมในการดูแลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์และสังเกตด้วยตนเองทุกราย ทันทีกี่สัมภาษณ์เสร็จผู้วิจัยได้ฟังเทปซ้ำและบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ จากนั้นจึงทำการถอดเทปและทบทวนคำพูดจากการถอดเทปอย่างละเอียด ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายๆ จนข้อมูลอ้อมตัวจากผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน ซึ่งได้จากการ

คัดเลือกตัวอย่างแบบมีเกณฑ์กำหนด (Purposive sampling) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ด้วยวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลจาก คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาด้วยการรับประทานยา การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด หรือได้รับการผ่าตัดบายพาสเส้นเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จำนวน 300 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยในระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methodology research) แบบแผนเชิงสำรวจ (Exploratory) เพื่อยกร่างและยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในส่วนที่ 1 การยกร่างรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (การวิจัยเชิงคุณภาพ) ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แล้วนำผลมาต่อด้วยส่วนที่ 2 การยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (การวิจัยเชิงปริมาณ) โดยใช้แบบสอบถามยืนยันรูปแบบ ในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ประกอบด้วย 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.1 การร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาสเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดใน

ผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มาดำเนินการยกร่างรูปแบบให้กับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โรคหัวใจ กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และอ.ส.ม. รวมทั้งหมด 10 คน ผู้ร่วมสนทนากลุ่มคัดเลือกแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนา (Note taker) เครื่องบันทึกเสียง และแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยเริ่มต้นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามนำก่อนเข้าสู่การสนทนา (Small talk) เป็นประเด็นการสนทนาในเรื่องทั่วไปอภิปรายในประเด็นหลักอย่างอิสระเกี่ยวกับ 8 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) อายุ 2) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ความดันโลหิตสูง 5) การสูบบุหรี่ 6) สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 7) สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด 8) สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

ผู้วิจัยใช้คำถามที่เตรียมไว้ ทั้งคำถามหลัก และคำถามรอง โดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้พูดคุยกันเอง การสนทนากลุ่มใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 10 นาที ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสร้างรูปแบบ ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

การวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2 การยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น การวิจัยส่วนนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจ จำนวน 3 คน กลุ่มญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 3 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และ อ.ส.ม. จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 10 คน ตรวจสอบรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่อรวบรวมความคิดเห็นนำไปพัฒนาเป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ครั้งนี้ โดยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัย ส่วนที่ 1.1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุ 40-49 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 71 ปี และอายุเฉลี่ย 52.2 ปี มีสถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60.00 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 40.0 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยสูงสุด 150,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ย 44,490 บาทต่อเดือน

2. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) พบว่า สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ 8 ตัวแปร ประกอบด้วย 1) อายุ 2) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ความดันโลหิตสูง 5) การการสูบบุหรี่ 6) สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 7) สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด 8) สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัย ส่วนที่ 1.2 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน จากจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ วิธีการรักษา พันธุกรรม สิทธิการรักษาระยะเวลาในการป่วย ภาวะไขมันในเลือด ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ ความอ้วน โรคเบาหวาน โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ผู้ดูแล การดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด รายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.7 อายุเฉลี่ย

68.5 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 32.7 รายได้ 1-10,000 บาท ร้อยละ 62.3 เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 39.0 โดยมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ร้อยละ 26.3 ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส ร้อยละ 46.0 ประเภทการรักษาที่รับประทานยา ตรวจสอบหลอดเลือดสวนหัวใจ และผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจเท่าๆ กัน ร้อยละ 33.3 มีโรคร่วม ร้อยละ 83.3 ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วนและไขมันในเลือดสูง ประวัติไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.0 ไม่มีความเครียด ร้อยละ 93.3 และระยะเวลาป่วยน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 84.3

2. ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.4 แรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.0 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.0 และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.3 ด้านการรับรู้ผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.3 ด้านสิ่งของ/แรงงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.3 และด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.0 ด้านอาหารและยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.7 ด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.4 ด้านความเครียดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.0 ด้านตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.4 และด้านพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.6

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ ผลการวิเคราะห์พบตัวแปร 3 ตัวแปรร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (Beta=0.313) รองลงมา ได้แก่ แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดและความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด (Beta=0.149, 0.124) โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัวร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 17.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น และส่วนที่ 1.2 การศึกษาสาเหตุที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น โดยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. การศึกษาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า 1) อายุ 2) 3) ภาวะไขมันในเลือดสูง 3) โรคเบาหวาน 4) ความดันโลหิตสูง 5) การการสูบบุหรี่ 6) สาเหตุจากแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 7) สาเหตุจากการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด 8) สาเหตุจากความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด ทั้ง 8 ตัวแปร เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

2. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 17.50

3. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ที่สอดคล้องกันทั้งจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยสามารถรวมผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) จำนวน 12 ตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน จำนวน 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.1 การยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มสามารถสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น คือ KIP (ตั้งใจ) model 3 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมใส่ใจ (Learn by Heart) กิจกรรมดูแลใจ (Care Heart) กิจกรรมสะกิดใจ (Induce Heart)

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2 การยืนยันรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุ 40-49 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 40.0 อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 71 ปี และอายุเฉลี่ย 52.2 ปี มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 50.0 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 60.0 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด ร้อยละ 40.0 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด ร้อยละ 50.0 รายได้เฉลี่ยต่ำสุด 600 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ยสูงสุด 150,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ย 44,490 บาทต่อเดือน

2. การตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

ผลการตรวจสอบรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.33 (\bar{X} = 4.67, S.D. = 0.54) ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.00 (\bar{X} = 4.70, S.D. = 0.51) ด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.67 (\bar{X} = 4.63, S.D. = 0.66) ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.00 (\bar{X} = 4.70, S.D. = 0.55) ด้านความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 92.67 (\bar{X} = 4.63, S.D. = 0.53)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) แบบการประเมินผลหลายขั้นตอน (Multistage evaluation design) ครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายผลตามสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น 3 ประเด็น สอดคล้องตามวัตถุประสงค์โดยเรียงลำดับ ดังนี้

1. แร่งสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ผลการวิจัยตรงกับวิจัยของ Coker (2017)

จากผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารระดับปานกลางร้อยละ 34.0 และระดับสูงร้อยละ 39.0 และเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายสูงที่สุด (Beta=0.313) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งจำเป็นต้องมีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค เพราะแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นเครือข่ายทางสังคมของบุคคลซึ่งมีผลต่อการให้และรับการช่วยเหลือและการระดมทุนจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน สมาชิกในชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ ถ้าบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีความสัมพันธ์ทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นและลดอัตราการตาย นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้า การรับรู้ผลของภาวะความเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิตอีกด้วย (Cukor, 2017) ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมยังมีประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยทำให้มีเพิ่มความสามารถในการเผชิญและแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น เพิ่มคุณค่าในตัวเอง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวิถีชีวิตที่ดี และทำให้การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาดีขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพอีกด้วย (Cherry, 2018) ดังนั้น แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น หลังกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวและชุมชนซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมา (Ndemera and Bhengu, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของเอกพลพลเดช เดชแก้ว และคณะ (2564) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการออกแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาของภัทรสิริ พงษ์มานพงศ์ (2562) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะผู้ป่วยนอก โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นโปรแกรมที่ผสมผสานพบว่าช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้เช่นกัน

2. แรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ตรงกับผลวิจัยของ Prentice-Dunn และ Rogers (1986)

ผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แรงจูงใจในการป้องกันโรค 3 ด้านในระดับสูง โดยด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง มีการรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 84.0, 75.0, และ 92.3 ตามลำดับส่วนด้านการรับรู้ผลลัพธ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.7 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนาย $Beta=0.149$ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแรงจูงใจในการป้องกันโรคด้านการรับรู้ความรุนแรงช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดได้สอดคล้องตาม ทฤษฎีหรือแบบจำลองทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Roger R.W. 1975; Dunn and Rogers,1986) ที่กล่าวว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร มณีพราย (2563) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยเพิ่มประสิทธิผลโดยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้ ส่งผลให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจซ้ำของผู้ป่วยลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของจรรย์รัตน์ สุทธิพัฒนางกูรและรัตน์ศิริ ทาโต (2560) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้จึงควรนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจได้โดยเน้นการส่งเสริมมั่นใจในตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ลดอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

3. ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ตรงกับผลการวิจัยของ กันยารัตน์ และคณะ (2018)

จากผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 82.4 มีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้น ที่มีความรู้ระดับต่ำและมีขนาดอิทธิพล (Beta=0.124) ซึ่งความรู้ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีความรู้จะสามารถทำพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น การออกกำลังกาย การลดความเครียด การกินอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของวรพรรณ มหาศรานนท์ และคณะ (2562) ที่ได้ทำการศึกษารูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของพรภิมล กรกฎกิจจร และคณะ (2563) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของกันยารัตน์ ลาสุธรรม และคณะ (2561) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ดังนั้นจากงานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดโดยเน้นย้ำการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดจะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจขาดเลือดได้ดีขึ้น

4. รูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น KIP (ติดใจ) Model 3 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมใส่ใจ (Learn by Heart) กิจกรรมดูแลใจ (Care Heart) กิจกรรมสะกิดใจ (Induce Heart) พบว่า สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจตาม แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังใส่ขดลวดค้ำยันหลอดเลือดหัวใจแล้วเกิดการตีบซ้ำของสุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ รูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดตามโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของวรพรรณ มหาศรานนท์ และคณะ รูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุตามโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของภักดิ์สิริ พงมานพงศ์ และรูปแบบพฤติกรรมป้องกันป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดตามโปรแกรมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของจิราพร มณีพราย โดยมีประสิทธิผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อเสนอแนะ

1. เจริญนโยบาย

1.1 หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ นำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และขยายผลให้ครอบคลุมเขตจังหวัดขอนแก่น

1.2 หน่วยงานระดับสำนักงานสาธารณสุข สามารถนำไปกำหนดเป้าหมาย และทิศทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ความเป็นจริง

2. เจริญปฏิบัติการ

2.1 ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด สามารถนำองค์ความรู้และกิจกรรมต่างๆ ไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ภาควิชาหรือขยายภายในชุมชน สามารถนำข้อมูลการมีส่วนร่วมไปใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

จุดแข็ง และข้อจำกัดงานวิจัย

จุดแข็ง

รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุได้มาจากการศึกษาปัจจัยที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบันแล้วนำผลวิจัยนั้นมาพัฒนาเป็นรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพื้นที่ ดังนั้นจึงได้รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุจากสภาพปัญหาภายใต้สถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้เก็บข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาล ทำให้อาจส่งผลกระทบต่อข้อมูลมีความจำกัด นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดเรื่ององค์ประกอบและกิจกรรมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น อาจจะยังไม่ลึกซึ้ง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจเรื่องใหญ่ของชุมชนและยังไม่สามารถให้ชุมชนควบคุม (Citizen control) ได้ทั้งหมด และรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ยังไม่ได้รับการประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. นักวิจัยควรนำรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ไปทดลองใช้เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิผลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

2. ศึกษาวิจัยผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว (outcome) และผลกระทบ (impact)จากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของชุมชน ได้แก่ คุณภาพชีวิต อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอัตราการรอดของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด (patient survival rate)

3. ศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้แอปพลิเคชันเพื่อให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยมีความรวดเร็วและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น



บรรณานุกรม

- กันยารัตน์ ลาสุธรรม, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, และอรสา พันธุ์ภักดี. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคหัวใจขาดเลือด. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 24(3), 313-327.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุปี 2566*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ Coronary Artery Disease (CAD) ปี พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองเวชกรรมป้องกัน กรมแพทย์ทหารเรือ. (2548). *คู่มือการพยาบาลส่งเสริมและป้องกันโรค*. กรุงเทพฯ: กรมยุทธศึกษาทหารเรือ.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- งานบริการข้อมูล โรงพยาบาลขอนแก่น. (2566). *ข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จังหวัดขอนแก่น ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น.
- จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกูร และ รัตน์ศิริ ทาโต. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2): p111-125.
- จินดารัตน์ โพธิ์นอก. (2557). *กลุ่มอายุ*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสภา.
- จิราพร มณีพราย. (2563). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดซ้ำ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 15-31.
- จूरिพร คงประเสริฐ, สุมณีวัชรสินธุ์ และณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง. (2558). *การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

- แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์. (2564). การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
เฉียบพลันชนิดเอสทีไม่ยก. *วารสารพยาบาลสหภาพวิชาชีพไทย*, 14(1), 66-81.
- ณัฐภรณ์ หลาวทอง. (2559). *การสร้างเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวรรตน์ สุทธิพงศ์, อังคินันท์ อินทรกำแหง, นริสรา พิงโพธิ์สภ. (2564). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
ของกระบวนการสู่การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง
ต่อโรคหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(1), 90-105
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2558). *นโยบายและแนวทางการดำเนินงาน*. สืบค้น 10 มีนาคม 256, จาก
<http://ddcenter.ddc.moph.go.th/infoc/document.php?id=26238>
&s=26238&pg=2&uid=40.
- พรภิมล กรกฎกำจร, รัชณี นามจันทร์ และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. (2563). ความรู้ ความเสี่ยงต่อกลุ่ม
อาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน
โลหิตสูง ในเขตอำเภอเมืองเชียงราย. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 46-61.
- ภัทรสิริ พจมานพงศ์. (2562). *การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วย
สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจในระยะผู้ป่วยนอก*. *วารสาร
สาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(1), 63-73.
- มนัญญา ภูแก้ว. (2557). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2563 , จาก
[https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?%20](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?%20nid=1536)
[nid=1536](https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?%20nid=1536)
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและ
หลอดเลือด (Cardiovascular disease)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- โรงพยาบาลวิชัยเวช. (2565). *โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพราะอะไรถึงเป็น*. สืบค้น 5 มีนาคม 2566,
จาก <https://vichaivej-nongkhaem.com/health-info>.
- โรงพยาบาลศิครินทร์. (2560). *โรคหัวใจขาดเลือด*. สืบค้น 5 มีนาคม 2566, จาก
<https://www.sikarin.com/doctor-articles>.
- วรพรรณ มหาศรานนท์, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, และรุ่งนภา ชัยรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมการ
พยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
โรคหัวใจขาดเลือด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(1), 102-116.
- ศิริภาณี ศรีหาคาศ, วชิรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒนี ศรีโอบุษฐ์, พลอยลดา ศรีทานู, &
ทิพวรรณ ทับซ้าย. (2021). สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
ในชุมชน ภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*.

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 15(36), 44-62.

ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. (2566). รายงานการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย ปี 2566. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, สมาคมศิษย์แพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, ชมรมคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจแห่งประเทศไทย, ชมรมช่างไฟฟ้าหัวใจแห่งประเทศไทย, ชมรมคาร์ดิแอกอิมเมจจิงแห่งประเทศไทย, ชมรมมันชนาการหลอดเลือดหัวใจแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, แพทยสภา, กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สยามเฮลตี้ (Siamhealth). (2565). โรคแทรกซ้อนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. สืบค้น 0 มีนาคม 2565, จาก https://www.siamhealth.net/public_html/Disease/heart_disease/ami/complication.html.

สุดคะนึง ดารานิช. (2555). การศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรพล ช่วยบุตตา. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(4), 548-560.

สุภาวรรณ ชินพันธุ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, สมบัติ อ่อนศิริ, และเอมอชฌา วัฒนบุรานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. วารสารพยาบาลพยาบาลทหารบก, 20(3), 218-226.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561ก). การวิเคราะห์เชิงประเด็น.เอกสารประกอบการสอนเรื่อง เทคนิคการวิเคราะห์เชิงประเด็น. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2561ข). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ:มิติทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์.

สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2563). การวิเคราะห์เชิงประเด็น.เอกสารประกอบการสอนเรื่อง เทคนิคการวิเคราะห์เชิงประเด็น. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, พรทิพย์ วชิรดิถก, และธีระ ศิริสมุด. (2565). รายงานการศึกษาศาสนาการณบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนาคุณภาพบริการฉุกเฉินผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย

- เขียนปล้นชนิด STEMI. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานวิจัย สำนักงานวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2560). อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือด (ต่อแสนประชากร) เขตพื้นที่สุขภาพที่ 7. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
- อิสริย์ ปัดภัย, ดวงฤดี โชติกลาง, และอัจฉรา ชนะบุญ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับไขมันในเลือดดี ของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(3), 125-137.
- เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ และเขมรติ มาสิงบุญ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเขียนปล้นภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 29(2), 73-80.
- Wu, A. D., Lindson, N., Hartmann-Boyce, J., Wahedi, A., Hajizadeh, A., Theodoulou, A., Thomas, E. T., Lee, C., & Aveyard, P. (2022). Smoking cessation for secondary prevention of cardiovascular disease. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), CD014936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD014936.pub2>
- Cherry, K. (2018). *How social support contributes to psychological health*. Retrieved March 14, 2019, from <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>.
- Cukor, D. (2017). Psychosocial issue in dialysis patients. *Science direct*. Denzin, N. K. (Ed.), *Sociological methods: A source book*. Chicago: Aldine.
- Dong, X., & Simon, M. A. (2010). Gender variations in the levels of social support and risk of elder mistreatment in a chinese community population. *Journal of Applied Gerontology*, 29(6), 720-739.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). *Situation of the Thai Elderly 2017*. N.p.: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute.
- Gans, S. (2018). *How social support contributes to psychological health*. Retrieved March 2, 2019, from <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>
- Govender, R. D., Al-Shamsi, S., Soteriades, E. S., & Regmi, D. (2019). Incidence and risk factors for recurrent cardiovascular disease in middle-eastern adults: a

- retrospective study. *BMC cardiovascular disorders*, 19, 1-7.
- Fujisue, K., & Tsujita, K. (2017). Current status of lipid management in acute coronary syndrome. *Journal of Cardiology*, 70(2), 101-106.
- Lange, R. A, Hillis, L. Toxins and the heart. In D. P. Zipes, P. P., R. O., Libby, B. E Braunwald (eds). (2005). *Braunwalds Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine* (7th ed. pp. 1731-1740.) Philadelphia: Elsevier Saunders.
- McPherson, R. (2015). Obesity and ischemic heart disease: defining the link. *Circulation Research*, 116(4), 570-571.
- Health Behavior and Health Education. (2017). Social support. Retrieved March 14, 2019, from <https://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>.
- Ndemera, H., & Bhengu, B. (2017). Motivators and barriers to self-management among kidney transplant recipients in selected state hospitals in south africa: A qualitative study. *Health Science Journal*, 11(5), 1-13.
- Peters, S. A., Colantonio, L. D., Dai, Y., Zhao, H., Bittner, V., Farkouh, M. E., ... & Woodward, M. (2021). Trends in recurrent coronary heart disease after myocardial infarction among US women and men between 2008 and 2017. *Circulation*, 143(7), 650-660.
- Towey, S. (2017). *Social support*. Retrieved March 13, 2019, from <https://www.takingcharge.csh.umn.edu/social-support>.
- World Health Organization. (2016). Governance for health in the 21st century. Ilona Kickbusch, Director, Global Health Programme, Graduate Institute of International and Development Studies. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Cardiovascular Disease*. Retrieved May 20, 2024, from https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1



ภาคผนวก

ภาคผนวก ข เอกสารอนุมัติการทำวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง อนุมัติให้นิสิตระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย
ครั้งที่ ๐๒๓/๒๕๖๗

.....

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน รหัสประจำตัว ๖๑๐๓๐๘๗๗ นิสิตระดับ
ปริญญาเอก หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอ
เรื่อง ภาษาไทย “การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วย
สูงอายุ จังหวัดขอนแก่น”
ภาษาอังกฤษ “A MODEL DEVELOPMENT FOR PREVENTING BEHAVIORS OF ISCHEMIC HEART
DISEASE COMPLICATIONS IN ELDERLY PATIENTS, KHON KAEN PROVINCE”
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย

COA No. 036/2023
IRB No. P3-0001/2567



AF 11/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 หมายเลขโทรศัพท์ 05596 5296

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (เฉพาะระยะที่ 1 และ 2 เท่านั้น)

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรุณพจน์ ปุริมะโน คณะสาธารณสุขศาสตร์


ผู้ร่วมวิจัย : รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีบทวน : แบบเร่งรัด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี

เอกสารรับรอง

- IF 01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 02 Conflict of interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- IF 03 (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดอายุ 60 ปีขึ้นไป (สำหรับ try out เครื่องมือวิจัย)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 03 (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข อายุ 20 ปีขึ้นไป (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วน 1)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 03 (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด อายุ 60 ปีขึ้นไป (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วน 2)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 03 (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข อายุ 20 ปีขึ้นไป (การวิจัยระยะที่ 2.1)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 03 (กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด ญาติผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข อายุ 20 ปีขึ้นไป (การวิจัยระยะที่ 2.2)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- IF 05 CV Principal Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- IF 05 CV Co-Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- โครงการวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 มกราคม 2567
- แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- แบบสอบถาม (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- แนวทางการสนทนากลุ่ม (การวิจัยระยะที่ 2) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566
- แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ (การวิจัยระยะที่ 2) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 25 ธันวาคม 2566

ลงนาม 

(นายแพทย์สมบุรณ์ ดินสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 01 กุมภาพันธ์ 2567

วันหมดอายุ : 01 กุมภาพันธ์ 2568


ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น

<p>ชื่อคณะกรรมการ: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>ที่อยู่คณะกรรมการ: 54, 56 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000</p> <p>ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวสุรพจน์ ปุริมะโน</p> <p>หน่วยงาน : หน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น</p> <p>ผู้ร่วมโครงการวิจัย : รศ.ดร.อาจินต์ สงทับ หน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์</p> <p>ชื่อเรื่อง: การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น A Model Development for Preventing Behaviors of Ischemic heart disease Complications in Elderly patients, Khon Kaen Province.</p> <p>รหัสโครงการวิจัย: KEF66049</p> <p>สถานที่ทำวิจัย: ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจ, ห้องตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, ห้องผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก, ห้องผู้ป่วยอายุรกรรมโรคหัวใจ, ห้องประชุมห้องผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น</p>	
รายการเอกสาร	การอ้างอิง
แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	เวอร์ชัน 3 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567
โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์	เวอร์ชัน 2 วันที่ 25 มกราคม 2567
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยในขั้นตอนการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)	เวอร์ชัน 3 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยในขั้นตอนการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2 การศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)	เวอร์ชัน 3 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยในขั้นตอนการวิจัย ระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.1 และ 2.2 การร่างรูปแบบและยืนยันรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุโดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)	เวอร์ชัน 3 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567
เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยในขั้นตอนการวิจัย ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับบุคลากรที่มสุขภาพ	เวอร์ชัน 3 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2567



หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ(อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป) สำหรับผู้ป่วยและญาติ	เวอร์ชัน 2 วันที่ 25 มกราคม 2567
หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ(อายุตั้งแต่ 18ปีขึ้นไป) สำหรับบุคลากรที่มสุขภาพ	เวอร์ชัน 2 วันที่ 25 มกราคม 2567
แบบสอบถาม - แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 - แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 - แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม - แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 2.1 แบบสอบถามตรวจสอบร่างรูปแบบ - แบบสอบถามการวิจัยระยะที่ 3	เวอร์ชัน 1 วันที่ 15 ธันวาคม 2566
ประวัติความรู้ความชำนาญของนักวิจัย	
การพิจารณา: [] แบบเร็ว [✓] แบบปกติ	
เสนอรายงานความก้าวหน้า: ทุกๆ <input type="checkbox"/> 3 เดือน <input type="checkbox"/> 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> 12 เดือน	
<p>วันที่เริ่มอนุมัติ: 16 กุมภาพันธ์ 2567 วันหมดอายุ: 15 กุมภาพันธ์ 2568</p> <p>ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น โดยอ้างอิงปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) แล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้ หากจะมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใดๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่นก่อน</p> <p style="text-align: center;">  (นางสาวทุมวดี ตั้งศิริวัฒนา) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น </p>	

ภาคผนวก ง เอกสารขออนุมัติผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ งานบริการการศึกษา หน่วยบัณฑิตศึกษา โทร. ๗๓๔๔

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒.๐๔/ ๐๗๕๕

วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.ปัทมา สุพรรณกุล

ด้วย นางสาวธรรพจน์ ปุริมะโม นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๑๐๓๐๘๗๗ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขออนุมัติเคราะห้จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

พรทิพย์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ หินหุ้มเพชร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/ว ๐๒๙๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์เอ็ดส จิระเวตกุล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๑๐๓๐๘๗๗ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดมหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

พริษฐ์ทิพย์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พริษฐ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

๑. งานบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๕๖ ๗๓๔๔

๒. นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน

โทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๘๒ ๘๗๔๔



ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/ว ๐๒๙๕

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร ๖๕๐๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์ธวัชวันน์ ชื่อสัตย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๑๐๓๐๘๗๗ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

พริษฐ์ทิพย์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พริษฐ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

๑. งานบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๕๖ ๗๓๔๔

๒. นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน

โทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๘๒ ๘๗๔๔

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/ว ๐๕๙๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณปนิดา มีระเกตุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวอรุพจน์ ปุริมะโน นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๑๐๓๐๘๗๗ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

พิริทธิ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิริทธิ์ทิพย์ หินหุ้มเพชร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

๑. งานบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๙๖ ๗๓๔๙

๒. นางสาวอรุพจน์ ปุริมะโน

โทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๘๒ ๘๗๔๙

ที่ อว ๐๖๐๓.๒๒/ว ๐๒๙๕



คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบขออนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คุณเขวลิต ผักฝ้าย

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ ฉบับ
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ฉบับ
	๓. แบบตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน นิสิตระดับปริญญาเอก รหัส ๖๑๐๓๐๘๗๗ ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนาแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเนื้อหาสาระของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงขอขอบพระคุณจากท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดังกล่าวที่แนบมาพร้อมนี้ คณะฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พันธ์ทิพย์ หินหุ่มแพ็ชร)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการและประกันคุณภาพการศึกษา
ปฏิบัติราชการแทน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

๑. งานบริการการศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

โทรศัพท์ ๐ ๕๕๙๖ ๗๓๔๙

๒. นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน

โทรศัพท์ ๐๘ ๙๗๘๒ ๘๗๔๙

ภาคผนวก จ คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
นิตินระดับปริญญาเอก
.....

เพื่อให้การสอบวิทยานิพนธ์ของ นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน รหัสประจำตัว ๒๑๐๓๐๘๗๗ นิตินระดับปริญญาเอก หลักสูตรสาขารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต ดำเนินไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ฉะนั้นอาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. ๒๕๓๓ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน ดังต่อไปนี้

- | | | |
|--|------------------|-----------------------------|
| ๑. รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช | วรเดช | ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ |
| ๒. รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ | สงทับ | ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ |
| ๓. รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ | วงศ์สวัสดิ์ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน |
| ๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน | แสงเงิน | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน |
| ๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ | เมฆรุ่งเรืองวงศ์ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน |

ให้คณะกรรมการฯ ดำเนินการสอบวิทยานิพนธ์ นางสาวมธุรพจน์ ปุริมะโน ในวันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๒.๐๐ น. โดยระบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Microsoft Teams

แล้วให้คณะกรรมการฯ รายงานผลการสอบวิทยานิพนธ์ให้บัณฑิตวิทยาลัยทราบภายใน ๒ สัปดาห์หลังวันสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อให้เป็นไปตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยนเรศวร ว่าด้วย การศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ. ๒๕๕๔ ข้อ ๒๖(๗) การสอบวิทยานิพนธ์และการรายงานผลการสอบ เพื่อบัณฑิตวิทยาลัย จะได้ดำเนินการต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ฉ การวิเคราะห์ประเด็นในระยยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1

บันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indept interview) ในระยยะที่ 1 ส่วนที่ 1.1

ลำดับ	code	อายุ	เพศ	อาชีพ	ความเกี่ยวข้อง	จังหวัด	วันที่ สัมภาษณ์	เวลา	ผู้ สัมภาษณ์
1	CG01	42	หญิง	พนักงาน กระทรวง สาธารณสุข	บุตร	ขอนแก่น	1/3/2567	9.00- 9.25	มธุรพจน์
2	OA01	65	หญิง	เกษตรกร	ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาด เลือด	ขอนแก่น	1/3/2567	9.30- 10.00	มธุรพจน์
3	HCP01	30	หญิง	รับราชการ	ผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วย โรคหัวใจ	ขอนแก่น	1/3/2567	10.10- 10.30	มธุรพจน์
4	HCP02	40	ชาย	รับราชการ	ศัลยแพทย์โรคหัวใจ	ขอนแก่น	1/3/2567	10.50- 11.00	มธุรพจน์
5	HCP03	46	ชาย	รับราชการ	อายุรแพทย์โรคหัวใจ	ขอนแก่น	1/3/2567	11.30- 12.00	มธุรพจน์
6	CG02	44	หญิง	รับราชการ	ผู้ดูแล	ขอนแก่น	5/3/2567	9.00- 9.25	มธุรพจน์
7	OA02	69	หญิง	งานบ้าน	ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาด เลือด	ขอนแก่น	5/3/2567	9.30- 10.00	มธุรพจน์
8	OA03	60	ชาย	พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	ผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาด เลือด	ขอนแก่น	5/3/2567	10.10- 10.30	มธุรพจน์
9	CG03	55	หญิง	พนักงาน กระทรวง สาธารณสุข	ภรรยา	ขอนแก่น	5/3/2567	10.50- 11.00	มธุรพจน์
10	VHV01	71	หญิง	แม่บ้าน	อ.ส.ม	ขอนแก่น	5/3/2567	11.30- 12.00	มธุรพจน์

ภาคผนวก ข แบบสอบถามในการศึกษาระยะที่ 1 ส่วนที่ 1.2

เลขที่แบบสอบถาม □ □ □

ชื่อโครงการวิจัย: การพัฒนารูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด
ในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์: แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัด
ขอนแก่น แบ่งออกเป็น 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 19 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด จำนวนรวม 29 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 3.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3.3 การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาด
เลือด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 3.4 การรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 8
ข้อ

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 7
ข้อ

ตอนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. แยกกันอยู่ 4. หม้าย 5. หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> 2) ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3) มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า
<input type="checkbox"/> 5) อนุปริญญา/เทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6) ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (ระบุ)
5. อาชีพปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ทำงาน	<input type="checkbox"/> 2. รับราชการ	<input type="checkbox"/> 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 6. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....		
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. วิธีการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1) รับประทานยา	<input type="checkbox"/> 2) ตรวจสอบหัวใจ
<input type="checkbox"/> 3) ผ่าตัดบายพาส	<input type="checkbox"/> 4) อื่น ๆ ระบุ)
- 8.ญาติสายตรง ที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. พ่อ	<input type="checkbox"/> 2. แม่	<input type="checkbox"/> 3. ปู่-ย่า
<input type="checkbox"/> 4. ตา-ยาย	<input type="checkbox"/> 5. พี่	<input type="checkbox"/> 6. น้อง
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ ระบุ.....		
9. สิทธิการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดในโรงพยาบาลขอนแก่น

£ 1) เบิกได้ (กรมบัญชีกลาง)	£ 2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)
£ 3) ประกันสังคม	£ 4) ชำระเงินเอง
£ 5) อื่น ๆ ระบุ)	
10. ระยะเวลาการป่วยโรคหัวใจขาดเลือด รวมปี.....เดือน
11. ภาวะไขมันในเลือด (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล)

<input type="checkbox"/> 1) LDL = มิลลิโมล/เดซิลิตร	<input type="checkbox"/> 2) HDL = มิลลิโมล/เดซิลิตร
---	---
12. ความดันโลหิต = มิลลิเมตรปรอท (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูล)

<input type="checkbox"/> เป็นโรคความดันโลหิตสูง นานปี	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
---	--

13. การสูบบุหรี่

£ 1) ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ = มวน/วัน

£ 2) ไม่สูบบุหรี่ £ 3) เคยสูบบุหรี่ ระยะเวลาสูบบุหรี่ = ปี มวน/วัน

14. น้ำหนัก กิโลกรัม (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกจากการวัด)

15. ส่วนสูง เซนติเมตร (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกจากการวัด)

16. รอบเอว นิ้ว (..... เซนติเมตร) (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกจากการวัด)

17. โรคเบาหวาน (ผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลจากผลการตรวจเลือด)

1) เป็น ระดับน้ำตาล =กรัม/เดซิลิตร 2) ไม่เป็น

18. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

£ 1) โรคไต

£ 2) โรคหลอดเลือดสมอง

£ 3) มะเร็ง

£ 4) โรคทางเดินอาหาร

£ 5) โรคตับ

£ 6) โรคเก๊าท์

£ 7) อื่น ๆ ระบุ)

19. ท่านมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดต่อไปนี้บ้างหรือไม่

1. ภาวะช็อกจากหัวใจ ไม่เคย เคย

2. กล้ามเนื้อหัวใจตาย ไม่เคย เคย

3. ภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่เคย เคย

4. ภาวะลิ้นหัวใจรั่ว ไม่เคย เคย

5. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจฉีกขาด ไม่เคย เคย

6. หัวใจเต้นผิดปกติ ไม่เคย เคย

7. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ไม่เคย เคย

8. มีลิ้มเลือดในหัวใจ ไม่เคย เคย

£ 9. อื่น ๆ ระบุ)

20. คนในครอบครัวที่ให้การดูแลช่วยเหลือและพาท่านมาพบแพทย์คือบุคคลใด

1. ไม่มี (ดูแลตัวเอง) 2. คู่สมรส 3. ลูก

4. หลาน 5.ญาติ 6. เพื่อนบ้าน

7. อื่นๆ ระบุ)

21. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ 1. ไม่ดื่ม 2. ดื่ม

22. ความเครียด 1. ไม่เครียด 2. เครียด

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตามความเป็นจริง

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด	ใช่	ไม่ใช่
1. การไปพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำทำให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
2. การรับประทานยาสม่ำเสมอไม่ป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
3. การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
4. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงเช่น ข้าวขาหมู ทำให้เสี่ยงเป็นโรคหัวใจขาดเลือด		
5. การควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดีทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
6. โรคเบาหวานเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
7. การออกกำลังกายจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
8. การสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
9. การดื่มแอลกอฮอล์ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		
10. ผู้ป่วยที่จัดการความเครียดได้จะป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด		

ตอนที่ 3 แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

เห็นด้วยอย่างยิ่ง (เป็นจริง) หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกของท่านมีต่อสิ่งนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือ ความรู้สึกของท่าน มีต่อสิ่งนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับข้อความในประโยคนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือ ความรู้สึกของท่าน มีต่อสิ่งนั้นมาก

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือ ความรู้สึกของท่านมีต่อสิ่งนั้นมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (เป็นจริง) (5)	เห็น ด้วย(4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
ส่วนที่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3.1					
1. ภาวะช็อกจากหัวใจเป็นภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดที่จะทำให้เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล					
2. หลังเกิดหัวใจขาดเลือดทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย					
3. ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลให้ลิ้นหัวใจรั่วจนต้องเข้ารับการผ่าตัด					
4. ในผู้ป่วยมีโรคหัวใจขาดเลือดหากหัวใจเต้นผิดจังหวะทำให้เกิดลิ้นเลือดส่งผลให้เป็นอัมพาตได้					
5. โรคหัวใจขาดเลือดมีภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจล้มเหลว น้ำท่วมปอด ความดันโลหิตต่ำ จนเสียชีวิตได้					
ส่วนที่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด 3.2					
1. การไม่มาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
2. การหยุดยาเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
3. อายุไม่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (เป็นจริง)	เห็น ด้วย(4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (เป็นจริง) (5)	เห็น ด้วย(4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
	(5)				
4. ผู้ป่วยที่มีไขมันสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
คนที่เป็โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหัวใจขาดเลือด .5					
6. การออกกำลังกาย 20-30 นาที ทุกวันช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
7. โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
8. การลดความเครียดช่วยลดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
ส่วนที่ การรับรู้ผลลัพธ์ของพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3.3 โรคหัวใจขาดเลือด					
1. การไปพบแพทย์ตามนัดจะทำให้โรคหัวใจขาดเลือดไม่รุนแรงขึ้น					
2. การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
3. การออกกำลังกายอย่างน้อย นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน จะทำให้ 30-20 หัวใจของท่านเต้นดีขึ้น					
4. การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้หลอดเลือดหัวใจไม่ตีบซ้ำ					
5. การทานรสเค็มและหวานจะทำให้ไม่เกิดภาวะหัวใจวาย					
6. การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ลดการทำงานของหัวใจ					
7. การไม่สูบบุหรี่จะทำให้ปอดและหัวใจแข็งแรง					
8. การไม่เครียดและนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดี หัวใจได้พักจึงเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					

ส่วนที่ 3.4 การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ท่านเห็นด้วยกับข้อความต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ทำได้แน่นอน หมายถึง ท่านมั่นใจในระดับมากที่สุดว่าจะกระทำการกิจกรรมตามข้อความที่ระบุได้

ทำได้ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นหรือ ความรู้สึกของท่าน มีต่อสิ่งนั้นมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย กับข้อความในประโยคนั้น

ทำไม่ได้ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือ ความรู้สึกของท่าน มีต่อสิ่งนั้นมาก

ทำไม่ได้แน่นอน หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือ ความรู้สึก
ของท่าน มีต่อสิ่งนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน (5)	ทำได้ (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ทำไม่ได้ (2)	ทำไม่ได้ แน่นอน (1)
1. ท่านจะไปพบแพทย์ตามนัด					
2. ท่านจะรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ					
3. ท่านจะออกกำลังกายอย่างน้อย 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน					
4. ท่านจะไม่รับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง					
5. ท่านจะไม่ทานรสเค็มและหวานจัด					
6. ท่านจะไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
7. ท่านจะไม่สูบบุหรี่					
8. ท่านจะไม่เครียดและนอนหลับ พักผ่อนอย่างเพียงพอ					

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ท่านได้รับการเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ต่อเนื่องทุกวันหรืออย่างน้อย 5-6 วันต่อสัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นไม่เกิน 3 วันต่อสัปดาห์

นานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ไม่เกิน 2 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลยแม้แต่ครั้งเดียว

ข้อความ	เป็นประจำ (5)	บ่อยครั้ง (4)	บางครั้ง (3)	นานๆ ครั้ง (2)	ไม่ เคย (1)
การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์					
1. ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากบุคลากรด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
2. ท่านได้รับการยกย่อง ชมเชย ยอมรับนับถือและกำลังใจจากครอบครัว ญาติหรือเพื่อนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด					
3. ท่านได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความเครียดในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่วิชาการสาธารณสุข					
การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของและแรงงาน					
4. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากญาติ หรือเพื่อนในการรับประทานยา					
5. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากญาติ หรือเพื่อนในการพาไปพบแพทย์					
การได้รับแรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร					
ท่านได้รับแผ่นพับและ 6VDO การดูแลตนเองจากโรงพยาบาล					
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดจากญาติ เพื่อนหรือบุคลากรทางการแพทย์					

ตอนที่ 5 พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือด

คำชี้แจง ท่านได้ปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ต่อเนื่องทุกวันหรือ
อย่าง น้อย 5-6 วันต่อสัปดาห์

บ่อยครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น อย่างน้อย 3-5 วันต่อ สัปดาห์

บางครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นไม่เกิน 3วันต่อสัปดาห์

นานๆ ครั้ง หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้น ไม่เกิน 2วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง มีการปฏิบัติตามข้อความในประโยคนั้นซึ่งไม่เคยปฏิบัติเลยแม้แต่
ครั้ง เดียว

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ (5)	ปฏิบัติ บ่อยๆครั้ง (4)	ปฏิบัติ บางครั้ง (3)	ปฏิบัติ นานๆครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ เลย (1)
1. ท่านไปพบแพทย์ตามนัด					
2. ท่านรับประทานยาอย่าง สม่ำเสมอ					
3. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย วัน 5-3 นาที สัปดาห์ละ 30-20					
4. ท่านไม่รับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง					
5. ท่านไม่รับประทานรสหวานจัด					
6. ท่านไม่รับประทานรสเค็มจัด					
7. ท่านวัดความดันโลหิตเป็น ประจำ					
8. ท่าน ไม่ ดื่ ม เ ค รื่ อ ง ดื่ ม แอลกอฮอล์					
9. ท่านไม่สูบบุหรี่					
10. ท่านไม่เครียดและนอนหลับ พักผ่อนอย่างเพียงพอ					

ภาคผนวก ข แบบประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ
ขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ในการศึกษาระยะที่ 2 ส่วนที่ 2.2

ตอนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ตรวจสอบรูปแบบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. แยกกันอยู่ 4. หม้าย 5. หย่าร้าง
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1) ไม่ได้เรียน 2) ประถมศึกษา
 3) มัธยมศึกษาตอนต้น 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า
 5) อนุปริญญา/เทียบเท่า 6) ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
 7) อื่น ๆ ระบุ)
5. อาชีพปัจจุบัน
 1. ไม่ได้ทำงาน 2. รับราชการ 3. งานบ้าน
 4. รับจ้าง 5. เกษตรกรรม 6. ค้าขาย
 7. อื่นๆ ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. ประเภทของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
 1) บุคลากรด้านสุขภาพ
 2)ญาติหรือผู้ดูแล
 3) ตัวแทนผู้สูงอายุโรคหัวใจ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดใน
ผู้ป่วยสูงอายุ
จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงความคิดเห็น

- | | | |
|---|---------|--------------------|
| 5 | หมายถึง | เห็นด้วยมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | เห็นด้วยมาก |
| 3 | หมายถึง | เห็นด้วยปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อย |
| 1 | หมายถึง | เห็นด้วยน้อยที่สุด |

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ความเป็นประโยชน์					
1.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ทำให้ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ ลดลง					
1.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่กำกับดูแล					
1.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ ขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ					
2. ความเป็นไปได้					
2.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้					
2.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วย					

<p>สูงอายุ</p> <p>จังหวัดขอนแก่น มีความคุ้มค่าและสอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์</p>					
--	--	--	--	--	--

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อร่างรูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น (ต่อ)

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
<p>2.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>จังหวัดขอนแก่น สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยาก และซับซ้อนจนเกินไป</p>					
3. ความเหมาะสม					
<p>3.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสมสอดคล้องตามการใช้ชีวิตผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด</p>					
<p>3.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>จังหวัดขอนแก่น มีความเหมาะสม สอดคล้องตามบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดำเนินการเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคหัวใจ</p>					
<p>3.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>จังหวัดขอนแก่น มีความสอดคล้องกับระเบียบที่เกี่ยวข้องและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>					
4. ความถูกต้องครอบคลุม					
<p>4.1 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>จังหวัดขอนแก่น เป็นรูปแบบที่เป็นระบบและน่าเชื่อถือส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุโรคหัวใจ</p>					

<p>4.2 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีความถูกต้องตามบทบาทหน้าที่และสภาพการเป็นอยู่จริงของผู้ป่วยโรคหัวใจ</p>					
<p>4.3 รูปแบบพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น มีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจนสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้</p>					

