

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2022

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

รัชฎาพร บุญสนอง
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

บุญสนอง, รัชฎาพร, "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน" (2022). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 6186.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6186>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน



พ.ต.ต.หญิงรัชฎาพร บุญสนอง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY BEHAVIORS AMONG PERSON WITH ACUTE
CORONARY SYNDROME



Pol.Maj. Ratchadaporn Boonsanong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน
โดย	พ.ต.ต.หญิงรัชฎาพร บุญสนอง
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สืบเดชาวัักษ์)

รศ.ภพร บุญสนอง : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. (SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY BEHAVIORS AMONG PERSON WITH ACUTE CORONARY SYNDROME) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 195 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด 3) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามแรงจูงใจ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94, 1.0, 1.0, 0.97, 1.0 และ 0.95 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76, .80, .73, .91, .96 และ .87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เฉพาะโรค ความรู้ แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง (Mean = 100.98 SD = 12.39, Mean = 16.48 SD = 2.16, Mean = 76.03 SD = 8.63, Mean = 67.43 SD = 9.09 และ Mean = 25.73 SD = 3.79 ตามลำดับ) และมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยระดับปานกลาง (Mean = 49.81 SD = 9.54)

2. แรงจูงใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .330$ และ $.324$ ตามลำดับ) และการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .178$) ส่วนความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6270011836 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: Knowledge Illness perception Motivation Social support Self-efficiency Dietary behaviors Acute coronary syndrome

Ratchadaporn Boonsanong : SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY BEHAVIORS AMONG PERSON WITH ACUTE CORONARY SYNDROME. Advisor: Assoc. Prof. RAPIN POLSOOK, Ph.D.

The objective of this descriptive correlation research was to identify selected factors related to dietary behaviors among persons with acute coronary syndrome. A multi-stage sampling of 195 persons with acute coronary syndrome were recruited from Cardiovascular outpatient department in Chulalongkorn Memorial Hospital, Police General Hospital, and Siriraj Hospital. Data were collected using seven questionnaires for persons with acute coronary syndrome: 1) Demographic data form 2) Dietary behaviors 3) Knowledge of cardiac disease 4) The Brief Illness Perception Questionnaire 5) Motivation for Healthy Eating Scale 6) Social support and 7) Self-efficiency. All questionnaires were tested for their content validity by five experts. The CVI were 0.94, 1.0, 1.0, 0.97, 1.0 and 0.95, respectively. Reliability were .76, .80, .73, .91, .96 and .87, respectively. Data were analyzed using Pearson's product correlation coefficient statistics. The findings were presented as follow:

1. Mean score of dietary behaviors knowledge, motivation, social support and self-efficiency among persons with acute coronary syndrome were at high level (Mean = 100.98 SD = 12.39, Mean = 16.48 SD = 2.16, Mean = 76.03 SD = 8.63, Mean = 67.43 SD = 9.09 and Mean = 25.73 SD = 3.79, respectively), mean score of illness perception was at moderate level (Mean = 49.81 SD = 9.54)

2. Motivation and self-efficiency were significantly positively correlated at moderate level with dietary behaviors among persons with acute coronary syndrome at the .05 ($r = .330$ and $.324$, respectively). Illness perception was significantly positively correlated at low level with dietary behaviors among persons with acute coronary syndrome at the .05 ($r = .178$). Knowledge and social support were not significantly with dietary behaviors among persons with acute coronary syndrome.

Field of Study: Adult and Gerontological Nursing Student's Signature

Academic Year: 2022 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตากรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเสียสละเวลาให้ความรู้คำแนะนำ และข้อคิดที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวคิดแก่ผู้วิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขความบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ ตลอดจนสนับสนุน ให้กำลังใจ และให้โอกาสแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความเมตตากรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษ์ณ์ เอื้อกิจ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิ์กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ความรู้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในระหว่างการศึกษาอันเป็นพื้นฐานในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช นายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ เจ้าหน้าที่และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือดทั้ง 3 โรงพยาบาล ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี บุคคลอันเป็นที่รัก ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเพื่อน ๆ ที่ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน แก่ผู้วิจัยเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทุกท่าน

รัชฎาพร บุญสนอง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย และกรอบแนวคิดการวิจัย	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	12
1.1 ความหมายกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	12
1.1.1 ST-elevation acute coronary syndrome.....	12
1.1.2 Non-ST elevation acute coronary syndrome.....	12
1.2 พยาธิสรีรวิทยากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	13

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	14
1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors)	14
1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้หรือป้องกันได้ (Modifiable risk factors)	14
1.3.3 ปัจจัยเสริม (contributing factors).....	16
1.4 อาการและอาการแสดง.....	16
1.4.1 อาการเจ็บหน้าอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris)	16
1.4.2 อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน (Atypical angina pectoris)	17
1.4.3 อาการที่ไม่ใช่ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Non-anginal chest pain)	17
1.5 การประเมินความรุนแรงของอาการ.....	17
1.6 การวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน.....	18
1.6.1 ประวัติการเจ็บหน้าอก (History)	18
1.6.2 การตรวจร่างกาย (Physical Examination).....	18
1.6.3 การตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography, ECG).....	19
1.6.4 การตรวจระดับ Cardiac enzymes.....	20
1.6.5 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจ (Echocardiography).....	21
1.6.6 การตรวจ Exercise stress test	21
1.6.7 การสวนหัวใจและการฉีดสี (Cardiac catheterization and Coronary angiography)	21
1.6.8 การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest x-ray)	21
1.7 แนวทางการรักษา.....	22
1.7.1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Pharmacoinvasive strategy).....	22
1.7.2 การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention, PCI)	22
1.7.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting)	23
1.8 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	23

1.8.1 การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน	23
1.8.2 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต	24
1.8.3 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วย	25
1.8.4 บทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	25
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	26
2.1 ความหมายของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	26
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	26
2.2.1 การเลือกชนิดของอาหาร (food choice)	26
2.2.2 ลักษณะพฤติกรรมมารับประทานอาหาร (eating behavior)	26
2.2.3 อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน (dietary intake/nutrition)	27
2.3 พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	27
2.3.1 ปัญหาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	27
2.3.2 ผลกระทบของพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	28
2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	29
2.4.1 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	29
2.4.2 แบบประเมินพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	29
2.4.3 แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	30
3. ทฤษฎีและปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	30
3.1 ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory, SCT)	30

3.1.1 องค์ประกอบของทฤษฎี.....	31
3.1.1.2 ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม.....	31
3.1.1.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย	32
3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมกับพฤติกรรมการ รับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก เฉียบพลัน	32
3.2 ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะ กลืนไม่เข้าคายไม่ออกเฉียบพลัน	32
3.2.1 ความรู้.....	32
3.2.2 การรับรู้การเจ็บป่วย.....	34
3.2.3 แรงจูงใจ.....	37
3.2.4 การสนับสนุนทางสังคม	39
3.2.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	42
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	45
5. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
ประชากร	49
กลุ่มตัวอย่าง.....	49
เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)	49
เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria).....	49
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	50
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การแปลเครื่องมือ.....	62

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	63
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล	67
วิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
สรุปผลการวิจัย.....	94
อภิปรายผลการวิจัย.....	95
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	103
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	103
บรรณานุกรม.....	104
ภาคผนวก.....	98
ภาคผนวก ก	99
ภาคผนวก ข	109
ภาคผนวก ค	119
ภาคผนวก ง.....	132
ภาคผนวก จ	149
ภาคผนวก ฉ	162
ประวัติผู้เขียน.....	176

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก.....	67
ตารางที่ 2 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	71
ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	73
ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	78
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน).....	79
ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	80
ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	80
ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	81
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน).....	82
ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนแรงจูงใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	83
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงจูงใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน).....	84
ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	85
ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน).....	85

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	86
ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่ม อาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)	86
ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	87
ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การ สนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน).....	88
ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การ สนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่ม อาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)	91

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 Bandura's (1986) model of triadic reciprocal.....	31
--	----



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes, ACS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยพบว่ากลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจำนวนมากถึง 1.8 ล้านคนต่อปี (James & Bueno, 2018) และพบว่าในปี พ.ศ. 2561 ประชากรทั่วโลกได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากถึง 1.2 ล้านคน (American Heart Association, 2022) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2561 พบอัตราการเสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 10.0 และเมื่อติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 ปี พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 39.0 (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ, 2563) และพบว่าผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอายุน้อยที่สุดที่พบในประเทศไทยคือ อายุ 22 ปี (Tungsabutra et al., 2007) ดังนั้นกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2563)

กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ประกอบด้วยอาการที่สำคัญ คือ เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงเฉียบพลันคล้ายมีของหนักกดทับ หรือเจ็บขณะพัก (resting angina) นานกว่า 20 นาที หรือเจ็บแน่นหน้าอกที่เกิดขึ้นใหม่หรือรุนแรงกว่าเดิม ประกอบด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มี ST-segment (ST-elevation myocardial infarction, STEMI) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มี ST-segment ไม่ยกขึ้น (non-ST elevation myocardial infarction, non-STEMI) และภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) (วรรณต บำรุงสุข, 2548; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ, 2563) ซึ่งทั้ง 3 ประเภท มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดหัวใจตีบจากการมีก้อนไขมัน (Plaque) มาเกาะที่ผนังด้านในของหลอดเลือด เมื่อก้อนไขมันมีการแตกตัวหรือปริแตกที่ด้านในของผนังหลอดเลือด เกิดเลือดจะเกาะกลุ่มอย่างรวดเร็วตรงบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดลิ่มเลือดอย่างรวดเร็วในบริเวณดังกล่าว หากลิ่มเลือดอุดตันบางส่วนทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) แต่ยังไม่มีการกล้ามเนื้อหัวใจตาย หากลิ่มเลือดอุดตันโดยสมบูรณ์จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นจะเห็นว่าภาวะเจ็บแน่นหน้าอกไม่คงที่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มี STEMI และ

non-STEMI เกิดจากพยาธิสภาพที่เหมือนและต่อเนื่องกัน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ, 2563; Amsterdam et al., 2014)

ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีการรักษา โดยการใช้ยาและการขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการรักษามีการพัฒนาและมีความก้าวหน้าอย่างมาก ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลดลง (Hammer et al., 2018; Wang et al., 2020) แต่ ภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต (Piepoli et al., 2016) เพราะการรักษาดังกล่าวเป็นเพียงการเปิดหลอดเลือดแต่ตำแหน่งที่เกิดรอยโรคยังคงอยู่ (Andrés et al., 2012) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบซ้ำ (Piepoli et al., 2016) และพบว่าภายใน 1 ปีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจที่รุนแรงมากถึงร้อยละ 50.0 (Briffa et al., 2013) ดังนั้นเพื่อป้องกันความรุนแรงและชะลอการเกิดโรคซ้ำ (Brinks et al., 2017) ผู้ป่วย ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยา และการรับประทานอาหาร (Ibanez et al., 2017; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ, 2563) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่ม อาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 87.5 ควบคุมความดันโลหิตได้ ร้อยละ 57.0 ออกกำลังกายสม่ำเสมอร้อยละ 45.5 มีความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 96.0 (Ergatoudes et al., 2016) แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังไม่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารร้อยละ 19.5-26.0 (Andrikopoulos et al., 2013; Proença Vieira et al., 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ รับประทานอาหารเพียงระยะสั้นเพียง 6 เดือน จากนั้นผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ เหมือนเดิม (Costa et al., 2019; Greco et al., 2020; Twardella et al., 2006) พบว่าผู้ป่วยยัง รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 32.7 และอาหารที่มีโซเดียมสูงร้อยละ 46.7 (Brunori et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารคนไทยเปลี่ยนไป เนื่องจากความเจริญทางอุตสาหกรรมและความมั่งคั่งของสังคม โดยเฉพาะวิถีชีวิตของคนเมืองที่มีการ ใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบและต้องการความสะดวกสบาย รวมถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เริ่มเข้ามากระทบต่อ กิจกรรมต่างๆ ในชีวิตมากยิ่งขึ้น ร่วมกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) ทำให้เกิด มาตรการทางสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติวิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ (New Normal) และรณรงค์ให้ทุกคน อยู่ในบ้านแทนการออกมาใช้ชีวิตด้านนอกเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีผลให้ พฤติกรรมของผู้บริโภคปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ (สุทิพย์ ประทุม และสร้อยณี อุเสินยาง, 2565) โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่มีพฤติกรรมการซื้อของออนไลน์ และกักตุนสินค้าประเภทอาหารกระป๋อง

และอาหารแห้ง (ประเสริฐศักดิ์ โพธิ์ทอง, 2565) และเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อทำให้การใช้บริการส่งอาหาร (Food Delivery) ได้รับความนิยมสูงขึ้นเป็นอย่างมาก (ณัฏฐกร เฉลิมแดน, 2563) ส่งผลให้ครัวเรือนประสบปัญหาด้านอาหาร พบปัญหาการไม่ได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 10.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสจัด ทั้งรสหวาน มัน เค็ม ได้แก่ รับประทานอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ ร้อยละ 18.9 และอาหารไขมันสูง ร้อยละ 16.1 ซึ่งเป็นอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ที่นิยมบริโภคกันในปริมาณสูงและมีความถี่บ่อยครั้งมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 19.3 (สุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ, 2562) เนื่องจากผู้ป่วยชอบอาหารหวาน อาหารมัน อาหารรสเค็ม และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา (จินตนา นาคพิน, 2564; สมคิด เผ่าผา, 2562) รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิร้อยละ 52.0 (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552) รับประทานอาหารประเภทไขมันจากสัตว์ร้อยละ 22.0 และรับประทานอาหารจานด่วนร้อยละ 19.0 (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง กระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบ ทำให้ผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหาย ไขมันไม่ดีที่อยู่ในกระแสเลือดจะเข้าไปอยู่ใต้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด (Ruangpratheep, 2019) ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและตีบแคบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ (Bergheanu et al., 2017; Konidari et al., 2014; Kouvari et al., 2015) เกิดอาการเจ็บหน้าอก และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Mosleh & Darawad, 2015; Rymer et al., 2019) เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก (Bloom et al., 2012; Khot et al., 2018; Salminen-Tuomaala et al., 2013) แต่ถ้าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของโรค (Edwards et al., 2018; Konidari et al., 2014; Yehle et al., 2012) เพราะอาหารเพื่อสุขภาพมีคุณสมบัติต้านการอักเสบ (Brandhorst & Longo, 2019) และมีคุณสมบัติปกป้องหัวใจ (Martínez-González et al., 2019) จึงช่วยลดความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 29.0-69.0 (Horn et al., 2016; Wu et al., 2015) ลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 8.5-20.0 (Buckland et al., 2009; Tong et al., 2016) และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Sofi et al., 2010)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นเป็นประจำเกี่ยวกับการเลือกอาหารและการเตรียมอาหารเพื่อรับประทาน (Kumanyika et al., 2000) สอดคล้องกับ

Marijn Stok et al. (2018) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่า เป็นกระบวนการที่กระทำตั้งแต่ก่อนรับประทานอาหารจนถึงการดูดซึมอาหาร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกอาหาร เช่น รายได้ ราคาอาหาร ความชอบ ความตั้งใจ เป็นต้น 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น นิสัย ความเคยชิน โรคประจำตัว เป็นต้น และ 3) อาหารที่รับประทาน ได้แก่ รูปแบบอาหารที่รับประทาน ส่วนประกอบอาหาร เป็นต้น และ Lichtenstein et al. (2006) กล่าวว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน คอเลสเตอรอล จำกัดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและโซเดียม และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติเป็นประจำในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน ลักษณะพฤติกรรมการกิน และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ประเมินจากการประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วย ความรู้ (Al Hamarneh et al., 2011) การรับรู้การเจ็บป่วย (Mosleh & Almalik, 2016) แรงจูงใจ (Guertin et al., 2015) การสนับสนุนทางสังคม (Teleki et al., 2019) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Rokhmah et al., 2020) สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงแหล่งอาหาร (พนารัตน์ ศรีฉายา และคณะ, 2561) การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค (จิตติพร วิชิตธงไชย, 2555) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ (อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ, 2552) และการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (ปาริชาติ คงเสือ, 2556) ส่วนการพยาบาลตามปกติพยาบาลมีบทบาทในการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ประสานงานและวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ ผู้ดูแล และผู้ป่วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการหยุดสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด (รัตนา นิลเลื่อม และคณะ, 2560; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ, 2563) และให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารโดยการทอดหรือผัด ควรใช้การต้มหรือการนึ่ง จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม รสหวานจัด และควรรับประทานอาหารที่มีกากใย (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ และคณะ, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเหมือนเดิม และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่ครอบคลุมการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะรวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) ที่ต้องมีการดูแลรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยกขึ้น (STEMI) และผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยกขึ้น (Non-STEMI) จะต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยต้องรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและแรงจูงใจในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดกระทำได้และการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจได้

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นอย่างไร
2. ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวเหตุผล สมมติฐานการวิจัย และกรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจช่วยลดความเสี่ยงของ หลอดเลือดหัวใจขาดเลือดได้มากถึงร้อยละ 29.0-69.0 จะลดการเกิดกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือดซ้ำ ลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 8.5-20.0 และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ใน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory, SCT) ของ Bandura (1986) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การ กระทำหรือการแสดงออกของบุคคล 2) ปัจจัยภายในบุคคล (Cognitive and other personal factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการควบคุมกำกับพฤติกรรม ตนเอง ยกตัวอย่างเช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความรู้ เป็นต้น 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ทางสังคม เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจจัยภายในบุคคลกับปัจจัยด้าน สังคมสิ่งแวดล้อม โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัต (reciprocal determinism) จากแนวคิด ดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ รับประทานอาหาร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงจูงใจ เป็นตัวแทนปัจจัยด้าน ปัจจัยภายในบุคคล การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแทนปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ส่วนตัวแปร การรับรู้การเจ็บป่วย ได้คัดเลือกจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ รับประทานอาหาร ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ ดังนี้

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สะสมมาจากประสบการณ์ การศึกษา และได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับ อาหาร ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมอาหาร (Greiner et al., 2019) สอดคล้องกับ Khodaveisi et al. (2018) พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการยอมรับการรักษาและการควบคุม โรค ส่งผลต่อความสามารถในการเลือกอาหารที่มีคุณภาพ และความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Al Hamarneh et al., 2011) นอกจากนี้ Alm-Roijer et al. (2006) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารโดยทำให้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น และ Edwards et al. (2018) พบว่า ความรู้ส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยั่งยืน ดังนั้น ความรู้จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การ รับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรับรู้การเจ็บป่วย คือ การแปลผลความเข้าใจหรือความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยของตน (Kaptein & Broadbent, 2007; Petrie et al., 2007) โดยบุคคลจะตอบสนองเมื่อ ถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย (Diefenbach & Leventhal, 1996) ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บหน้าอก รับรู้การเจ็บป่วยว่าสาเหตุของโรคมาจากอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Mosleh & Almalik, 2016; Zobernienė & Skarbalienė, 2019) รับรู้การเจ็บป่วยว่ากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรัง รับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย รับรู้เกี่ยวกับการรักษาและการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน (Al-Smadi et al., 2016; Alsén et al., 2008) ซึ่งจากการศึกษาของ Nur (2018) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับ 7 มิติของการรับรู้การเจ็บป่วย สอดคล้องกับ Mosleh and Almalik (2016) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แรงจูงใจ คือ การรับรู้การชักจูง โน้มน้าว ผลักดันให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากถึงร้อยละ 47.0-62.0 (Carter & Kulbok, 2002) การศึกษาของ (Guertin et al., 2015) พบว่า แรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น เนื่องจากแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Senécal et al., 2000) สอดคล้องกับ Toft et al. (2006) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจสูงจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Ofstedal et al., 2011) ดังนั้น แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การสนับสนุนทางสังคม คือ การรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการยอมรับ การดูแล และการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Laiou et al., 2020) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการประเมินผล ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลและสามารถโน้มน้าวความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ (Heaney & Israel, 2008) การศึกษาของ Doyle et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรกหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ Yehle et al. (2012) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดี นอกจากนี้ Teleki et al. (2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโดยมีประสิทธิภาพการทำนายร้อยละ 21.0 และการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจและวางแผนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ (Schoenthaler et al., 2009) ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูง โดยกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ แต่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตน และพยายามหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญปัญหา (Bandura, 1997) การศึกษาของ Castillo-Mayén et al. (2020) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Rokhmah et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดี และ Steca et al. (2015) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI) และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติเป็นประจำในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ปริมาณอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร เป็นต้น และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ได้แก่ รูปแบบอาหารที่รับประทาน ส่วนประกอบอาหาร ประเมินจากการประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ (2550)

ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และการได้รับการรักษากลุ่มอาการกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลัน ประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลันของ Kayaniyil et al. (2009) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2013)

การรับรู้การเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผลข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับสุขภาพที่ผ่านกระบวนการรู้คิดของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ 1) การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (cognitive illness representation) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรค ด้านลักษณะอาการของโรค และด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย 2) การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (emotional illness representation) 2 ด้าน คือ ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย และ ส่วนที่ 3) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (illness comprehensibility representation) ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ (2553)

แรงจูงใจ หมายถึง การรับรู้การชักจูง โน้มน้าว ผลักดันให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลันมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายใน 2) การกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง 3) การกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง 4) การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม 5) การกำกับจากภายนอก และ

6) การขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง ประเมินได้จากแบบสอบถามแรงจูงใจ Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES) ของ Kato et al. (2021)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงอาหารที่คิดว่าได้รับการยอมรับ การดูแล และการช่วยเหลือ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากคนรอบข้าง และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ ประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงอาหารที่คิดว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความร่วมมือในการรักษา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรู้จำอาการ ประเมินได้จากการประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Cardiovascular management self-efficacy scale ของ Steca et al. (2015)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อค้นพบที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ระบุถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
2. พยาบาลและทีมสุขภาพสามารถนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงอาหารที่คิดว่าตน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการจัดการตนเอง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- 1.1 ความหมายกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 1.2 พยาธิสรีรวิทยาของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 1.4 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 1.5 การประเมินความรุนแรงของอาการ
- 1.6 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 1.7 แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ
- 1.8 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- 2.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- 2.4 การประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3. ทฤษฎีและปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

1.1 ความหมายกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome, ACS) หมายถึง อาการที่รู้สึกไม่สบายบริเวณทรวงอกที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เช่น อาการเจ็บหน้าอกคล้ายของหนักกดทับ อาการแน่นหน้าอก แสบร้อนกลางอก เจ็บแน่นหน้าอกคล้ายกับอาการหายใจลำบาก จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ และปวดร้าวไปไหล่ซ้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น คลื่นไฟฟ้าหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ และอาจเกิดภาวะช็อก (cardiogenic shock, CS) จากภาวะขาดเลือดหรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ สามารถจำแนกกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันออกเป็น 2 ชนิดดังนี้

1.1.1 ST-elevation acute coronary syndrome คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกเฉียบพลันนานมากกว่า 20 นาที ร่วมกับพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST-segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดหรืออุดตันบางส่วน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิด ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI)

การปริแตกของรอยโรค (plaque) อย่างรุนแรงและเฉียบพลันนำไปสู่การก่อตัวของลิ่มเลือดจำนวนมาก เกิดการอุดตันหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์ ทำให้เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทั้งหมดและเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ตรวจค่าเลือดจะพบค่า cardiac biomarker สูงกว่าปกติ และลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ คือจะพบ ST-segment elevation ร่างกายจะมีกระบวนการสลายลิ่มเลือดทำให้การไหลเวียนกลับคืนมา แต่ถ้าการสลายลิ่มเลือดไม่สามารถทำได้ทันที การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะเริ่มที่ชั้น subendocardial และขยายไปสู่ชั้น myocardial และ epicardial ซึ่งถ้ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจทั้งสามชั้นเรียกว่า transmural myocardial infarction กล้ามเนื้อหัวใจที่ตาย (necrosis) จะใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง หลังจากมีการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีทันที บริเวณที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจแบ่งเป็น 3 ชั้น คือ ชั้นที่มีการขาดเลือด (ischemia) ชั้นที่มีการบาดเจ็บ (injury) และชั้นที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ (infarction) กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดและบาดเจ็บสามารถรักษาให้หายได้ก่อนเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้

1.1.2 Non-ST elevation acute coronary syndrome คือ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกไม่สบายบริเวณหน้าอกที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน แต่ไม่พบ ST-segment ยกขึ้น รวมถึงการที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงชั่วคราว อาจพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST-segment depression และ/หรือ T-wave inversion และ/หรือ flat T-waves คลื่นไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลงชั่วคราว หรือลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (Collet et al., 2021)

พยาธิสภาพที่เกิดจากเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากการอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยถูก thrombus หรือ fibrous clot อุดตันการไหลเวียนเลือดบางส่วน ผลการตรวจเลือดจะพบค่า cardiac biomarker สูงขึ้นเล็กน้อยและลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI or Non-Q wave MI) คือ ไม่มี persistent ST-elevation โดยอาจมี persistent หรือ transient ST-segment depression, T-wave inversion, flat T-wave, pseudo-normalization ของ T-wave หรือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจในระยะแรก หรือถ้าอาการไม่รุนแรงกล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้รับความเสียหาย อาจเกิดเพียงภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina)

ภาวะเจ็บแน่นอกไม่คงที่ (Unstable angina) หมายถึง การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายขณะพักหรือกล้ามเนื้อหัวใจได้รับบาดเจ็บหรือขาดเลือดขณะออกแรงเพียงเล็กน้อย โดยที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจไม่ได้รับความเสียหาย สามารถตรวจสอบได้จากการที่ค่า Troponin ปกติ (Collet et al., 2021)

1.2 พยาธิสรีรวิทยากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเสื่อมสภาพหรือแข็งตัว (Coronary atherosclerosis) ซึ่งมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน และพันธุกรรม กระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบ ทำให้ผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายและสูญเสียหน้าที่ ส่งผลให้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือดเพิ่มสภาพซึมผ่านได้ ไขมัน (lipoprotein) ขนาดเล็ก เช่น LDL-C ผ่านจากกระแสเลือดเข้าไปสะสมอยู่ที่เนื้อเยื่อเกี่ยวพันซึ่งอยู่ใต้เซลล์บุผนังชั้นในของหลอดเลือด จากนั้นรวมตัวกับคอลลาเจน เซลล์กล้ามเนื้อเรียบและอีลาสตินกลายเป็นเนื้อเยื่อที่คลุมก้อนไขมัน (Fibrous cap) ซึ่งเคลือบอยู่บนผนังด้านในของหลอดเลือดแดง และอนุภาคของ LDL-C ในผนังหลอดเลือดถูก oxidize โดยอนุมูลอิสระได้เป็น oxidized LDL-C ซึ่งกระตุ้นให้ monocyte ในกระแสเลือดเคลื่อนย้ายเข้ามาสู่ผนังหลอดเลือดและเปลี่ยนเป็น macrophage เอนไซม์ใน macrophage ส่งเสริมการเกิด oxidation ให้เพิ่มขึ้น เกิดการสะสมของไขมันภายในเซลล์ เรียก macrophage ที่มีไขมันสะสมอยู่ในเซลล์ในปริมาณมากกว่า Foam cell โดย Foam cell ที่เกิดขึ้นจะหลั่งสาร cytokine และ inflammatory mediator ออกมาหลายชนิด กระตุ้นให้เซลล์กล้ามเนื้อเรียบในผนังหลอดเลือดเพิ่มจำนวน และสังเคราะห์คอลลาเจนเพิ่มขึ้นเกิดเป็นโครงสร้างที่คลุมสวนที่เป็นไขมันเอาไว้เรียกว่า Fibroatheroma plaque หรือ Atheroma plaque พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้ผนังด้านในหลอดเลือดหนาขึ้น รูของหลอดเลือดตีบแคบลง การตีบแคบของรูหลอดเลือดส่งผลเนื้อเยื่อที่ได้รับเลือดจากหลอดเลือดนั้นเกิดการขาดเลือด (Ambrose & Singh, 2015; Libby & Theroux, 2005)

หากมีการฉีกขาดหรือปริแตกของ Fibroatheroma plaque ที่ด้านในของผนังหลอดเลือด ส่วนที่เสื่อมสภาพอย่างเฉียบพลัน (Plaque rupture, plaque erosion) เกิดเลือดจะเกาะกลุ่ม (Platelet aggregation) อย่างรวดเร็วบริเวณที่มีการปริแตกหรือฉีกขาด กระตุ้นให้มีการสร้างไฟบริน (fibrin) กลายเป็นลิ่มเลือด (Thrombus) อุดตันหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งคือพยาธิกำเนิดของกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Falk et al., 2013; Libby et al., 2019)

1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สามารถจำแนกได้ เป็น 3 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (nonmodifiable risk factors) ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (modifiable risk factors) และปัจจัยเสริม (contributing factors) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.3.1 ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Nonmodifiable risk factors)

1) อายุ (Age) อายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดโรคและส่งผลให้โรคมียุขความรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการของโรคมักเกิดขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีในเพศชาย อายุมากกว่า 50 ปีในเพศหญิงและหญิงวัยหมดประจำเดือน (Mach et al., 2019) ความเสี่ยงของการเกิดโรคจะมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Piepoli et al., 2016)

2) เพศ (Gender) เพศชายเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่าเพศหญิงในช่วงอายุน้อยกว่า 60 ปี แต่หลังจากอายุ 75 ปี เพศหญิงจะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่า และเพศหญิงจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากขึ้นในวัยหมดประจำเดือน (EUGenMed et al., 2015)

3) พันธุกรรม (Family history) ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวที่มีสายเลือดเดียวกันเป็นโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยมีประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจก่อนวัยอันควร คือ เพศชายที่อายุน้อยกว่า 55 ปี และเพศหญิงที่อายุน้อยกว่า 65 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้มากกว่าผู้ที่ไม่มียุขประวัติพันธุกรรมในครอบครัว (Arnett et al., 2019)

1.3.2 ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้หรือป้องกันได้ (Modifiable risk factors)

1) ภาวะไขมันในเลือดสูง (High Blood Cholesterol) ผู้ที่ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงเกิน 8 mmol/L (>310 mg/dL) และการเพิ่มขึ้นของระดับแอลดีแอล (LDL) ในเลือดเกิน 180 mg/dL (>430 nmol/L) จะมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนระดับเอชดีแอล (HDL) ที่ต่ำกว่า 2.3 mmol/L (<90 mg/dL) ทำให้เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากยิ่งขึ้นกว่ามีเอชดีแอลสูง (Mach et al., 2019)

2) โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้ผนังหลอดเลือดได้รับความเสียหายและสูญเสียหน้าที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตามมา ผู้ป่วยเบาหวานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น 2 เท่าของผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน ความเสี่ยง

จะเพิ่มขึ้นเมื่อระดับน้ำตาลสูงเกิน 7 mmol/L ซึ่งความเสี่ยงจะมากขึ้นตามระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่เป็โรคเบาหวานนานมากกว่า 10 ปีจะมีความเสี่ยงสูงต่อเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 5.0-10.0 (Cosentino et al., 2019)

3) การสูบบุหรี่ (Cigarette smoking) ผู้ที่สูบบุหรี่หรือผู้ที่สูดดมควันจากบุหรี่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจากบุหรี่กระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบ หลอดเลือดหดตัว เกิดเลือดเกาะกลุ่มได้ง่าย ส่งผลให้ระดับเอชดีแอล (HDL) ลดลงและระดับแอลดีแอล (LDL) เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง บุหรี่ยังก่อให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้ง่ายเพิ่มความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดเฉียบพลัน สารนิโคตินจากบุหรี่กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous System) และหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของอาการเจ็บหน้าอก (World Health Organization, 2020) และผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 48.0-57.0 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่สูบ (Hackshaw et al., 2018)

4) ความอ้วน (Obesity) หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ น้ำหนักเกินมาตรฐานคือดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 25.0-29.9 kg/m^2 และรอบเอวมากกว่า 102 เซนติเมตรในเพศชาย รอบเอวมากกว่า 88 เซนติเมตรในเพศหญิง ซึ่งความอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงของเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) (Arnett et al., 2019) ความอ้วนส่งผลให้มีการยับยั้งการหลั่งอินซูลินทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ส่งผลให้ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง กระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบและส่งเสริมให้เกิดการแข็งตัวของเลือด (Foussas, 2016) และพบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม ส่งผลให้ความดันโลหิตซิสโตลิกสูงขึ้น 3 mmHg ความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 2.3 mmHg และความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 (Akil & Ahmad, 2011)

5) การขาดการออกกำลังกาย (Sedentary lifestyle) การขาดการออกกำลังกายเพิ่มปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 6.0 เนื่องจากการขาดการออกกำลังกาย ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งและขาดความยืดหยุ่นจึงส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดลดลง และทำให้การเผาผลาญพลังงานลดลง (Lavie et al., 2019)

6) ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้นสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจที่เพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 25 (Whelton et al., 2018) ดังนั้นเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจควรรักษาความดันโลหิตให้ไม่เกิน 130/80 mmHg (Arnett et al., 2019) ความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงขึ้น 20 mmHg สัมพันธ์กับอาการเจ็บหน้าอก (Rapsomaniki et al., 2014) และความดันโลหิตซิสโตลิกที่สูงขึ้น 20 mmHg ความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น 10 mmHg เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า (Arnett et al., 2019)

1.3.3 ปัจจัยเสริม (contributing factors)

1) ภาวะเครียด (Psychosocial stress) สถานการณ์ความเครียดเฉียบพลัน (เช่น ความวิตกกังวล ความโกรธ ความเศร้าโศก) พบว่าใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจากประสบกับความเครียดอย่างรุนแรง เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (heart attack) เนื่องจากการตอบสนองเฉียบพลันของฮอร์โมนความเครียด (Epinephrin) ระบบภูมิคุ้มกัน และการแข็งตัวของเลือด สามารถกระตุ้นให้เกิดการปริแตกของ plaques ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันนั่นเอง และยังพบว่าความเครียดเรื้อรังจากการทำงานมีความเสี่ยงสูงที่เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ผู้ที่ทำงานเป็นกะ ทำงานเกินเวลา เป็นต้น (Albus et al., 2019)

2) ยาคุมกำเนิด โรคหลอดเลือดหัวใจมักมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานร่วมกับสูบบุหรี่ ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานจะมีผลทำให้เกิดภาวะเลือดแข็งตัวได้เร็วกว่าปกติและรบกวนการเผาผลาญไขมัน เพิ่มความดันโลหิตรวมทั้งทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ผู้หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดรับประทานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Thrombotic Myocardial Infarction) 1.4 เท่าของผู้ที่ไม่ได้รับประทานยาคุมกำเนิด แต่อุบัติการณ์ Thromboembolism จะพบได้ในผู้หญิงทุกวัยที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน (Maas et al., 2021)

3) ระดับของ Homocysteine ในเลือดสูง (Hyperhomocysteinemia) หมายถึง ระดับ Homocysteine ในเลือดมากกว่า $15 \mu\text{mol/L}$ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากการที่ Homocysteine ในเลือดสูงทำให้ผนังเนื้อเยื่อเอ็นโดทีเลียมทำงานผิดปกติ (endothelium dysfunction) จึงให้เกิดกระบวนการของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัวขึ้นได้ในคนอายุน้อย (Sun et al., 2021)

1.4 อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีดังนี้

1.4.1 อาการเจ็บหน้าอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ (Typical angina pectoris)

หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกที่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยมีครบทั้ง 3 อาการ ดังนี้

1) อาการเจ็บแน่นบริเวณหน้าอกร่วมกับอาการเจ็บร้าวไปคอ กราม ไหล่ และแขน

2) เกิดอาการขณะทำกิจกรรม เช่น ออกกำลังกาย เดินขึ้นทางลาด มีภาวะเครียด

3) อาการจะทุเลาลงหรือดีขึ้นเมื่อหยุดพัก หรือหลังได้รับยา nitroglycerin 5 นาที

1.4.2 อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน (Atypical angina pectoris) หมายถึง อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่ามีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือไม่ โดยจะพบ 2 ใน 3 อาการ ดังกล่าวข้างต้น

1.4.3 อาการที่ไม่ใช่ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Non-anginal chest pain) โดยจะพบเพียง 1 ใน 3 อาการ ดังกล่าวข้างต้น (Knuuti et al., 2019)

อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการที่สำคัญของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ลักษณะของอาการเจ็บคล้ายถูกของหนักกดทับ คล้ายถูกอัดถูกระแทกรุนแรง มีอาการติดต่อกันเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 นาที แต่มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นลักษณะเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน แต่มาโรงพยาบาลด้วยอาการนำอื่นๆ ที่สำคัญ 5 อาการ ดังนี้

- 1) กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก
- 2) เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย
- 3) ภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง
- 4) ภาวะความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน
- 5) หอบหืดหรือภาวะหัวใจหยุดเต้น (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

1.5 การประเมินความรุนแรงของอาการ

การประเมินความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก (angina) นิยมใช้ Canadian Cardiac Society classification (CCSC) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Class I : สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ การทำกิจวัตรประจำวันไม่ทำให้เจ็บหน้าอก เช่น การเดิน หรือเดินขึ้นบันได แต่จะเจ็บหน้าอกเมื่อออกกำลังกายหรือใช้กำลังอย่างหนักมาก

Class II : มีการจำกัดของกิจวัตรประจำวันเล็กน้อย โดยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเมื่อมีกิจวัตรประจำวันอย่างรวดเร็ว เช่น หลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวหรือเย็น ความเครียด หลังจากเดินเล่นไม่เกินหนึ่งชั่วโมง การเดินขึ้นเขา เดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว หรือกิจกรรมที่เคยทำเป็นประจำทุกวัน

Class III : มีการจำกัดของกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก การเดินระยะทางประมาณ 50-100 เมตร หรือการเดินขึ้นบันไดระดับความสูงเพียงหนึ่งชั้น หรือเดินบนพื้นราบก็เจ็บหน้าอก

Class IV : ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันใดๆ ได้ เนื่องจากอาการเจ็บหน้าอกหรืออาจเจ็บหน้าอกขณะพัก (Knuuti et al., 2019)

1.6 การวินิจฉัยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

เมื่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางด้านหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายและเสียชีวิต ดังนั้นการประเมินและการตรวจวินิจฉัยโรคต้องรวดเร็วและแม่นยำ ดังนี้

1.6.1 ประวัติการเจ็บหน้าอก (History)

การซักประวัติได้รวดเร็วและครอบคลุม สามารถนำไปสู่การประเมินและการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางหัวใจ และให้การดูแลอย่างรวดเร็วในภาวะฉุกเฉินได้ ควรสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ลักษณะของอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตำแหน่งที่ปวดร้าว ความรุนแรงของอาการปวด ระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการ เวลาที่แน่นหน้าอกรุนแรงที่สุด ระยะเวลาที่แน่นหน้าอกต่อเนื่องกันเท่าไร ระยะเวลาจากสถานที่ที่เริ่มมีอาการจนถึงโรงพยาบาล และประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือประวัติเกี่ยวข้องที่อาจเป็นสาเหตุ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกคล้ายของหนักทับ อาการมักเป็นนานมากกว่า 15-20 นาที อาจมีอาการร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย คอ และหลัง นอกจากนี้ยังมีอาการสำคัญอื่น ๆ ที่พบร่วมได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30.0 มีอาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะมาด้วยอาการเหนื่อย หรืออาการหัวใจล้มเหลว มากกว่าอาการเจ็บหน้าอก ดังนั้นจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกจากโรคอื่นที่คล้ายกัน รวมถึงการพิจารณาส่งตรวจเลือดหรือตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติม

1.6.2 การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

1) การตรวจสัญญาณชีพ อาจตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจสัญญาณชีพ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ และการหายใจผิดปกติ เป็นต้น

2) การประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

การตรวจโดยการดู

การดูหลอดเลือดดำที่คอ (Jugular venous inspection) เป็นการประเมินการคั่งของสารน้ำและเลือดก่อนเข้าสู่หัวใจ (preload) ค่าปกติที่วัดได้ควรน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ถ้าสูงกว่าปกติผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ถ้าได้ค่าต่ำมากๆ อาจบ่งบอกถึงภาวะขาดสารน้ำ (Hypovolemia)

การดูตำแหน่งที่หัวใจเต้นแรงที่สุด (Point of maximal impulse) เป็นการประเมินตำแหน่งของหัวใจและขนาดของหัวใจ ใช้การดูและการคลำ ตำแหน่งของหัวใจที่ปกติจะพบที่บริเวณช่องซี่โครงที่ 5 แนวกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย ถ้าตำแหน่งนี้ต่ำลงหรือไปทาง

ด้านข้าง แสดงว่ามีหัวใจโต ในสภาวะปกติการเต้นของชีพจรจะสัมพันธ์กับช่วงจังหวะหัวใจบีบตัว มีลักษณะเบา ไม่กระฉวย รัศมีไม่เกิน 2 เซนติเมตร

การดูสีผิวและความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ การตรวจเล็บ ในผู้ป่วยโรคหัวใจหรือผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรัง จะพบปลายนิ้วและนิ้วเท้าขยายออกคล้ายไม้ติกลอง (clubbing of the fingers and toes) การตรวจ capillary refilling time เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดมายังอวัยวะส่วนปลาย

การตรวจโดยการคลำ

การคลำชีพจร ใช้ปลายนิ้วชี้ตรวจดูการเต้นของชีพจรตำแหน่งที่คลำ ได้แก่ Radial Artery, Brachial Artery, Carotid Artery, Femoral Artery, Popliteal Artery, Posterior tibialis, Dorsalis pedis เพื่อเปรียบเทียบอัตรา จังหวะ และความแรงของชีพจรทั้ง 2 ข้าง ความแรงของชีพจรบ่งชี้ถึงการไหลเวียนโลหิต ชีพจรปกติมีความแรง 2+

การคลำหาตำแหน่งของหัวใจ โดยใช้ฝ่ามือคลำไปตามผนังทรวงอกเพื่อตรวจดูแรงสั่นสะเทือนของผนังทรวงอก ได้แก่ Heaves, Thrills, Allen's test และการคลำบริเวณท้องอาจพบตับม้ามโตในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

การตรวจโดยการฟัง

การฟังหัวใจในตำแหน่งต่างๆ ได้แก่ Aortic Valve ฟังได้ชัดที่ขอบขวาของ sternum ตรงช่องซี่โครงที่ 2, Pulmonic Valve ฟังได้ชัดที่ขอบซ้ายของ sternum ตรงช่องซี่โครงที่ 2, Tricuspid Valve ฟังได้ชัดที่ขอบซ้ายของ sternum ตรงช่องซี่โครงที่ 4 หรือ 5 และ Mitral Valve ฟังได้ชัดบริเวณ Apex Beat อาจพบความผิดปกติ เช่น ฟังได้ยินเสียง murmur หรือเสียงฟู่ที่เกิดจากการสั่นสะเทือนขณะมีการไหลเวียนผ่านลิ้นหัวใจ หรือเส้นเลือดที่ผิดปกติในผู้ป่วยลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว (ดวงกมล วัตรคุณ, 2558)

1.6.3 การตรวจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography, ECG)

ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกควรทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 leads ECG) และแปลผลเบื้องต้นให้เร็วที่สุด ภายใน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มอาการกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จะพบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจลักษณะจำเพาะที่แสดงถึงการขาดเลือด ได้แก่

1) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ยกขึ้น (STEMI) ตรวจพบ ST-segment elevation ใน Lead V2-V3 ≥ 2 มิลลิเมตร ในผู้ชาย หรือ ≥ 1.5 มิลลิเมตร ในผู้หญิง และ ST-segment elevation ≥ 1 มิลลิเมตร ใน limb leads หรือ chest leads อื่น ที่ไม่ใช่ V2-V3

2) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-segment ไม่ยกขึ้น (NSTEMI-ACS) อาจพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็น ST-segment depression และ/หรือ T-wave inversion และ/หรือ flat T-waves (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2557)

เมื่อเวลาผ่านไปจะพบ Q wave ปรากฏให้เห็น ตามมาด้วยการลดระดับของ ST-segment เมื่อเวลาผ่านไปนานขึ้น ความผิดปกติจะหลงเหลือเพียงอย่างเดียวคือ Q wave และอาจตรวจพบความผิดปกติชนิด new onset LBBB ได้ นอกจากนี้อาจพบความผิดปกติของจังหวะการเต้นของหัวใจร่วมด้วย โดยเฉพาะการเกิด Complete heart block ในรายที่มีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณด้านล่าง (inferior wall MI)

1.6.4 การตรวจระดับ Cardiac enzymes

การตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาระดับ Cardiac enzymes เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจมีโปรตีนและเอนไซม์ที่เฉพาะเจาะจงและหลั่งออกมาเมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจได้แก่

1) Cardiac troponins เป็นโปรตีนที่สำคัญในการควบคุมการบีบตัวของหัวใจและตรวจพบได้ในเลือด ซึ่งไม่สามารถตรวจพบได้ในคนปกติที่แข็งแรงและผู้ที่มีกล้ามเนื้อได้รับบาดเจ็บ ระดับของ Troponin โปรตีนที่มีค่าจำเพาะ (Specific) สำหรับกล้ามเนื้อหัวใจ มี 2 รูปแบบคือ Troponin I และ Troponin T มีความไว (Sensitivity) ในการตรวจสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยระดับ Troponin I ในเลือดจะสูงขึ้นภายใน 3 ชั่วโมงและสูงสุดภายใน 14-18 ชั่วโมง และจะยังคงระดับสูงต่อไปอีก 5-7 วัน สำหรับ Troponin T จะสูงขึ้นภายใน 3-5 ชั่วโมง และจะคงอยู่ในกระแสเลือดต่อไปอีกประมาณ 10-14 วัน

ดังนั้นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการควรทำเมื่อผู้ป่วยมารับการรักษาและตรวจหาอย่างน้อยอีก 1 ครั้ง ใน 8-12 ชั่วโมงถัดมา เนื่องจากค่าของ Troponin สามารถตรวจพบในระบบไหลเวียนส่วนปลายภายใน 8-12 ชั่วโมง และเพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัย การรักษาควรทราบผล cardiac troponins ภายใน 1-2 ชั่วโมง

2) Creatinine kinase isoenzymes (CK-MB) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย จะตรวจพบระดับ CK-MB ในเลือดสูงกว่าปกติภายใน 6-12 ชั่วโมง ระดับ CK-MB จะสูงกว่าปกติ 5-15 เท่าหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย 12-24 ชั่วโมง และกลับสู่ระดับปกติประมาณ 2-3 วัน (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2560)

1.6.5 การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจ (Echocardiography)

การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหัวใจมีความสำคัญในการวินิจฉัยความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ ช่วยในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Ejection fraction) การเคลื่อนไหวของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ (Wall motion) ปริมาณการบีบตัวและการคลายตัวของหัวใจห้องล่าง (systolic and diastolic ventricular volume) และใช้ประเมินความรุนแรงของความผิดปกติเพื่อเป็นแนวทางในการรักษา

1.6.6 การตรวจ Exercise stress test

เป็นการทดสอบสมรรถนะหัวใจขณะที่ออกกำลังกาย เช่น การถีบจักรยาน การวิ่งบนสายพาน (treadmill exercise testing) เป็นวิธีที่ใช้ทดสอบแยกว่าบุคคลนั้นมีโรคหลอดเลือดหัวใจหรือเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หลักการ คือ การออกกำลังกายเพื่อให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น โดยวิ่งนาน 3 นาที แล้วให้เพิ่มความเร็วของการวิ่งจะทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันซิสโตลิกสูงขึ้น ในคนที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจจะพบว่าเมื่อออกกำลังกายให้หัวใจเต้นเร็วได้สูงสุด จะมีการเปลี่ยนแปลงของ ST-segment คือ มี ST-depression ต่ำกว่าเส้นพื้น (baseline) ของ ECG 1 มิลลิเมตร การทดสอบวิธีนี้แยกผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้องร้อยละ 70.0 การทำ exercise ECG testing นอกจากเป็นวิธีที่ใช้ประเมินความสามารถในการทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ยังเป็นวิธีใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีการเต้นของหัวใจผิดปกติเมื่อออกกำลังกายอีกด้วย

1.6.7 การสวนหัวใจและการฉีดสี (Cardiac catheterization and Coronary angiography)

Cardiac catheterization เป็นการตรวจโดยใช้สายสวนหัวใจเข้าทางหลอดเลือดแดงหรือดำที่ขาหนีบ (Femoral artery or vein) ภายใต้การ X-ray เพื่อหาความอึดตัวของออกซิเจนในห้องหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ หาความดันในส่วนต่าง ๆ ของหัวใจ ดูการไหลเวียนเลือด คำนวณปริมาณเลือดจากการบีบตัวของหัวใจแต่ละครั้ง (Cardiac output) หาความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด

Coronary angiography เป็นการตรวจหลอดเลือดแดงทั้งขนาดใหญ่และขนาดเล็กที่หัวใจ โดยการใส่สายสวน (Catheter) เข้าทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ (Femoral artery) หรือที่ข้อมือ (Radial Artery) ไปยังหลอดเลือดหัวใจแล้วฉีดสารทึบแสงเข้าทาง Catheter และถ่ายภาพรังสีเพื่อดูการอุดตัน การตีบแคบ หรือการโป่งพองของหลอดเลือดหัวใจได้ถูกต้องและแม่นยำที่สุด

1.6.8 การตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest x-ray)

ผู้ป่วยที่มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้จะได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อเป็นการยืนยันภาวะเลือดคั่งในปอด (Pulmonary congestion) ภาวะที่มี

ความผิดปกติของหัวใจและตรวจหาความผิดปกติที่บ่งชี้ถึงโรคปอดที่เป็นสาเหตุของอาการเหนื่อย อากัปในภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ หัวใจโต (Cardiomegaly) ภาวะแรงดันเส้นเลือดในปอดเพิ่มขึ้น (Pulmonary venous congestion) ภาวะน้ำในเยื่อหุ้มปอด (Pleural effusion) เป็นต้น (ดวงกมล วัตรธาตุย์, 2558)

1.7 แนวทางการรักษา

ในภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป ดังนั้นควรรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจ (reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุด ภายใน 12 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการเจ็บหน้าอก วิธีการรักษาในปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่

1.7.1 การใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Pharmacoinvasive strategy)

การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดมีประโยชน์อย่างมากในโรงพยาบาลที่ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ หรือต้องใช้เวลามากกว่า 120 นาที ในการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลเพื่อทำ primary PCI เมื่อตัดสินใจให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ให้เริ่มยาเร็วที่สุดภายใน 10 นาที หรืออย่างช้าไม่เกิน 30 นาทีภายหลังได้รับการวินิจฉัย จากการศึกษาเปรียบเทียบการรักษาด้วยวิธี primary PCI หรือ การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังผู้ป่วยมีอาการ พบว่า ผลการรักษาของทั้งสองวิธีไม่ต่างกัน แต่หลังจากได้ยาละลายลิ่มเลือดแล้วผู้ป่วยควรถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ได้โดยเร็ว หากได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้วหลอดเลือดหัวใจยังไม่เปิด ซึ่งประเมินจากอาการแน่นหน้าอกไม่ลดลง และ/หรือ ST segment ที่ยกสูง ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 50 จากเริ่มต้น ภายหลังจากการการได้รับยาไปแล้ว 60-90 นาที ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วย PCI หรือส่งต่อไปโรงพยาบาลที่สามารถทำ PCI ทันที (rescue PCI)

ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในประเทศไทยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม fibrin-specific agent ได้แก่ Tenecteplase (TNK) และ Tissue-type plasminogen activator (t-PA) หรือ alteplase สำหรับกลุ่ม non-fibrin specific ได้แก่ Streptokinase (SK) แนะนำให้ใช้กลุ่ม fibrin-specific มากกว่า แต่ขึ้นกับบริบทของสถานพยาบาลนั้นๆ เนื่องจากการให้ TNK มีประสิทธิภาพดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออกได้

1.7.2 การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention, PCI)

Primary PCI strategy หมายถึง แนวทางส่งผู้ป่วยไปสวนหัวใจและเปิดหลอดเลือดที่อุดตันทันที ซึ่งวิธีนี้เป็นการรักษาที่ได้ผลดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในประเทศไทยที่ไม่สามารถทำ primary PCI ได้ทุกแห่ง ถ้าระยะเวลาในการส่งตัวผู้ป่วยไปทำ primary PCI (นับเวลาจากการวินิจฉัย STEMI ถึง wire crossing หน่วยเป็นนาที) น้อยกว่า 120 นาที ควรส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาด้วยวิธี primary PCI แต่ถ้าหากมากกว่า 120 นาที ควรให้การรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ไม่ว่าจะใช้แนวทางใด การวินิจฉัยและรักษาต้องทำให้เร็วที่สุด

1.7.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting)

เป็นวิธีการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการเปิดหลอดเลือด (CAD Revascularization) โดยนำหลอดเลือด arteries หรือ veins จากที่อื่นในร่างกายของผู้ป่วยมาเชื่อมต่อกับ diseased coronary artery เพื่อทำทางเบี่ยงอ้อมจากจุดที่เกิดเส้นเลือดตีบจาก atherosclerosis ทำให้มี blood supply เข้าสู่ coronary circulation เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจได้ดีขึ้น (นคร บุญมี, 2557) และสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น ร่วมกับมีหลอดเลือดหัวใจข้างซ้ายตีบ (Left main coronary artery) หรือผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบที่หลอดเลือด Left Anterior Descending artery หรือในผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถรักษาอาการเจ็บหน้าอกได้ดี ลดอัตราการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ ลดอัตราการเสียชีวิต และทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยืนยาวขึ้น (Hillis et al., 2011; Neumann & Sousa-Uva, 2018)

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ในระยะก่อนมาถึงโรงพยาบาล คือ การบริหารจัดการ การรับ การส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามา รับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดจนการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.8.1 การพยาบาลขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน

- 1) ประเมินด้านร่างกาย เช่น รูปร่างลักษณะน้ำหนักเกิน ใช้มือกุมหน้าอก คีวฆมวด (Levine's sign) อาการไม่สุขสบายต่าง ๆ คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น
- 2) ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ รวมทั้งติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง
- 3) การซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญของผู้ป่วย ลักษณะของอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ประวัติการรักษา หรือเอกสารส่งตัว
- 4) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ทันที

5) ให้ผู้ป่วยนอนพักและให้ออกซิเจนทางจมูก 2-4 ลิตรต่อนาที ถ้าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วต่ำกว่า 90%

6) รายงานแพทย์ทันที โดยรายงานพร้อมกันทั้งแพทย์เวรห้องฉุกเฉิน และแพทย์เฉพาะทางหัวใจ

7) เปิดเส้นเลือดดำและส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจความผิดปกติของสาร Cardiac enzyme ได้แก่ Troponin-T, Troponin-I ที่ออกจากกล้ามเนื้อหัวใจขณะที่เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

8) ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelet) ยาขยายหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือด ในกรณีที่ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ยาอื่น ๆ เช่น Morphine 1-2 mg IV เพื่อลดอาการเจ็บหน้าอก เป็นต้น

9) ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

10) เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือฉุกเฉินพร้อมใช้

11) ประสานงานกับหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดูแลรักษาที่ได้รับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

12) นำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตหรือห้องสวนหัวใจอย่างรวดเร็วและปลอดภัย

13) กรณีโรงพยาบาลอื่นต้องการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมารับการรักษา ให้ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อแพทย์ให้การวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วมีการประสานงานตามระบบการรับผู้ป่วยผ่านช่องทางด่วน

1.8.2 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

พยาบาลต้องมีสมรรถนะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การติดตามระบบไหลเวียนโลหิตอย่างต่อเนื่อง (Hemodynamic monitoring) สามารถประเมินและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อน เช่น เครื่องช่วยพุงการทำงานของหัวใจ (Intra-aortic balloon pump, IABP) เครื่องกระตุ้นการทำงานของหัวใจ (Cardiac pacemaker) เป็นต้น

1) กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) พยาบาลจะต้องประเมิน check list และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในทุกกระยะทั้งก่อนให้ยา ขณะให้ยา และหลังให้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องรายงานแพทย์ทันที

2) กรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) พยาบาลจะต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น เตรียมผิวหนัง ตรวจสอบความแรงของซีพจรส่วนปลาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของไต การให้ยาที่สำคัญตามการรักษา เช่น ยาต้านเกร็ดเลือด ตลอดจนการเตรียมด้านจิตใจ โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล มีการส่งต่อข้อมูลให้กับทีมแพทย์ พยาบาลห้องสวนหัวใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยกลับจากห้องสวนหัวใจมีการประเมินและเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ และบริเวณผิวหนังที่แทงเข็มใส่สายสวน ภาวะเลือดออกจากช่องเยื่อหุ้มหัวใจ การเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันครั้งใหม่ หัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดรุนแรง เป็นต้น

1.8.3 การพยาบาลขณะอยู่ในหอผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของระบบไหลเวียนโลหิตและสัญญาณชีพคงที่ แพทย์จะพิจารณาให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ พยาบาลจะส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ การรักษาหรือหัตถการที่ผู้ป่วยได้รับ ปัญหาที่ต้องการการดูแลต่อ มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เช่น การรับประทานยา การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด (พัชรี ร่มताल และคณะ, 2555; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ, 2563)

1.8.4 บทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง หลีกเลี่ยงการประกอบอาหารโดยการทอดหรือผัด ควรใช้การต้มหรือการนึ่ง จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม รสหวานจัด และควรรับประทานอาหารที่มีกากใย (แจ่มจันทร์ ประทีปโนวงศ์ และคณะ, 2562; ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2566) และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้มีความเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดของโรค รู้จักหลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตราย โดยการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหารที่ผู้ป่วยบริโภคเป็นประจำ และร่วมกันวางแผนกับผู้ดูแลและผู้ป่วยในการคิดเมนูอาหารในระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยใช้หลักการของอาหารแลกเปลี่ยน ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Application) หรือตารางแคลอรีอาหาร ลดความอ้วนโปรแกรมไทย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถได้รับข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะอาหารประเภทผัก ผลไม้ หรือคาร์โบไฮเดรตที่มี

กากใยสูง และเลือกบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ และมีส่วนประกอบของกรดไขมันไม่อิ่มตัวได้ถูกต้อง (นพวรรณ บุญบำรุง, 2558; รัตนา นิลเลื่อม และคณะ, 2560)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

American Heart Association Nutrition Committee (2006) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การควบคุมการรับประทานอาหารที่มีไขมัน คอเลสเตอรอล จำกัดอาหารที่มีเกลือ โซเดียม และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง (Lichtenstein et al., 2006)

Marijn Stok et al. (2018) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง กระบวนการที่กระทำตั้งแต่ก่อนรับประทานอาหารจนถึงการดูดซึมอาหาร ประกอบด้วย 1) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร เช่น รายได้ ราคาอาหาร ความชอบ ความตั้งใจ เป็นต้น 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น นิสัย ความเคยชิน โรคประจำตัว เป็นต้น และ 3) อาหารที่รับประทาน ได้แก่ รูปแบบอาหารที่รับประทาน ส่วนประกอบอาหาร เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติเป็นประจำในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ปริมาณอาหาร ความถี่ในการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร เป็นต้น และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ได้แก่ รูปแบบอาหารที่รับประทาน ส่วนประกอบอาหาร เป็นต้น

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารครอบคลุมหลายด้าน Marijn Stok et al. (2018) กล่าวว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Dietary behavior) เป็นกระบวนการที่กระทำตั้งแต่ก่อนรับประทานอาหารจนถึงการดูดซึมอาหาร หมวดหมู่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 การเลือกชนิดของอาหาร (food choice) ครอบคลุมถึงการปฏิบัติและปัจจัยอื่นๆ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะรับประทานอาหาร ได้แก่ ความชอบ รายได้ในการซื้ออาหาร ความเต็มใจในการจ่าย ความถี่ในการซื้อ ราคา การเตรียมอาหาร และความตั้งใจ เป็นต้น

2.2.2 ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (eating behavior) คือ การกระทำหรือการปฏิบัติการรับประทานอาหาร ได้แก่ ปริมาณอาหารที่รับประทานแต่ละครั้ง ความถี่ในการรับประทานอาหาร นิสัยการรับประทานอาหาร คือลักษณะเฉพาะของการรับประทานอาหารที่ปฏิบัติมาเป็นระยะเวลานานหรือปฏิบัติบ่อยจนเป็นกิจวัตร การรับประทานอาหารเนื่องในโอกาส

พิเศษหรืองานเลี้ยงสังสรรค์ การควบคุมการรับประทานอาหาร การกินจุบจิบ โรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.2.3 อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน (dietary intake/nutrition) คลอบคลุมถึงผลลัพธ์หลังจากการรับประทานอาหารเข้าไป ได้แก่ รูปแบบอาหารที่รับประทาน รูปแบบมื้ออาหาร อาหารที่รับประทานเข้าไป และส่วนประกอบอาหาร เป็นต้น

2.3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กระแสโลกาภิวัตน์จากการพัฒนาการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่ง และเทคโนโลยีสารสนเทศ ส่งผลให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี และวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกันทั่วทั้งโลก พัฒนาให้เกิดเป็นชุมชนเมือง มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีลักษณะเหมือนคนเมือง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Lee et al., 2011)

2.3.1 ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

American Heart Association แนะนำให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหลังจากได้รับการรักษา ซึ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันต้องปรับเปลี่ยน เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Horn et al., 2016) แต่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากถึง ร้อยละ 19.5-26.0 (Andrikopoulos et al., 2013; Proença Vieira et al., 2012) และพบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพียงระยะสั้น หลังจากเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 6 เดือน ผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพ (Costa et al., 2019; Greco et al., 2020; Twardella et al., 2006) โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 32.7 รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงร้อยละ 46.7 และรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 70.0 (Brunori et al., 2015)

ความเจริญทางอุตสาหกรรมและความมั่งคั่งของสังคมทำให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารคนไทยเปลี่ยนไป โดยเฉพาะวิถีชีวิตของคนเมืองที่มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบและต้องการความสะดวกสบาย รวมถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เริ่มเข้ามามีผลกระทบต่อกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตมากยิ่งขึ้น ร่วมกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (COVID-19) ทำให้เกิดมาตรการทางสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติตามวิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ (New Normal) และรณรงค์ให้ทุกคนอยู่ในบ้านแทนการออกมา

ใช้ชีวิตด้านนอกเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีผลให้พฤติกรรมของผู้บริโภคปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ (สุทิพย์ ประทุม และสร้อยณี อุเสินยาง, 2565) โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่มีพฤติกรรมซื้อของออนไลน์ และกักตุนสินค้าประเภทอาหารกระป๋อง และอาหารแห้ง (ประเสริฐศักดิ์ โพธิ์ทอง, 2565) และเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อทำให้การใช้บริการส่งอาหาร (Food Delivery) ได้รับความนิยมสูงขึ้นเป็นอย่างมาก (ณัฏฐกร เฉลิมแดน, 2563) ส่งผลให้ครัวเรือนประสบปัญหาด้านอาหาร พบปัญหาการไม่ได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 10.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) นอกจากนี้ยังพบว่า คนไทยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารรสจัด ทั้งรสหวาน มัน เค็ม ได้แก่ รับประทานอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ ร้อยละ 18.9 และอาหารไขมันสูง ร้อยละ 16.1 ซึ่งเป็นอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ที่นิยมบริโภคกันในปริมาณสูงและมีความถี่บ่อยครั้งมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 19.3 (สุภาวรรณ ชินพันธุ์ และคณะ, 2562) เนื่องจากผู้ป่วยชอบอาหารหวาน อาหารมัน อาหารรสเค็ม และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา (จินตนา นาคพิน, 2564; สมคิด เผ่าผา, 2562) ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิร้อยละ 52.0 (ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก, 2552) รับประทานอาหารประเภทไขมันจากสัตว์ร้อยละ 22.0 รับประทานอาหารจานด่วน ร้อยละ 19.0 และรับประทานผักและผลไม้ร้อยละ 74.6 (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552)

2.3.2 ผลกระทบของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ปัญหาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไขจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงคุณภาพชีวิต เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพอาหารที่ให้พลังงานมากเกินไปและอาหารที่มีโซเดียมสูง ทำให้เกิดระดับไขมันในเลือดและระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักเกิน โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Horn et al., 2016) ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งและหลอดเลือดหัวใจตีบแคบ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซ้ำ (Bergheanu et al., 2017) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Nahrendorf & Swirski, 2015) เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเจ็บหน้าอกซ้ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Hammer et al., 2018; Mosleh & Darawad, 2015; Rymer et al., 2019; ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) และการรับประทานอาหารมากเกินไปในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Hodge

et al., 2018) ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอาการทางจิตเวช (Schaich et al., 2018) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Tung et al., 2011) เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว (Salminen-Tuomaala et al., 2013) ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก (Bloom et al., 2012) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ.2552 สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี 2,544 ล้านบาท (Inthawong et al., 2019) ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลของภาครัฐในปัจจุบันและอนาคต

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

2.4.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2550) โดยข้อคำถามประกอบด้วย การเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค ข้อคำถามมีทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติเลย แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .96 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำแบบสอบถามนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89

2.4.2 แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของ ปารีชาติ คงเสื่อ (2556)

โดยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Heart Healthy Eating Efficacy (HHESE) ของ (Gaughan, 2003) ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาจาก The National cholesterol education program (NCEP, 2001) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการจำกัดการรับประทานอาหารไขมัน คอเลสเตอรอล เกลือ และเพิ่มอาหาร พวกกากใย มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด แบบประเมินนี้ถูกนำมาแปล และดัดแปลงเป็นฉบับภาษาไทยโดย ปาณัญญ์ ตันติโกสุม (2553) คือแบบประเมิน Thai version of Heart Healthy Eating Efficacy (HHESE) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่ง ปารีชาติ คงเสื่อ (2556) ได้นำมาดัดแปลงใช้ประเมินพฤติกรรมรับประทานอาหารผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยปรับจำนวนข้อคำถามเหลือ 12 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วย การเลือกบริโภคอาหาร การจัดเตรียมอาหาร การปรุงรสอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

2.4.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พัฒนาโดย วชิราภรณ์ สุ่มวงศ์ และคณะ (2556) ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 17 ข้อ ครอบคลุมการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ต 5 ระดับ กำหนด 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 11 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคในระดับดี และทำการวิเคราะห์องค์ประกอบจากข้อมูลทฤษฎีของการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 (ปณิชา พลพินิจ และคณะ, 2563)

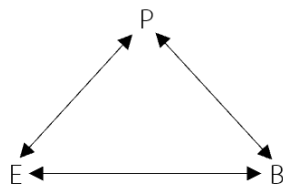
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2550) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินการเลือกซื้ออาหาร การประกอบอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร และชนิดของอาหารที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมกับโรค ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มใกล้เคียงกับประชากรในการศึกษานี้ คำถามสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย ลักษณะคำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .89 และผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยใช้คำแนะนำในการรับประทานอาหารของ American heart Association (Horn et al., 2016; Lichtenstein et al., 2021) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Dietary Behavior) ตามแนวคิดของ Marijn Stok et al. (2018) เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์การรับประทานอาหารในปัจจุบัน

3. ทฤษฎีและปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.1 ทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory, SCT)

พัฒนาขึ้นโดย Bandura (1986) ซึ่งอธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกภายในบุคคลกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ทั้งสามปัจจัยส่งผลต่อกันอย่างเป็นพลวัต (reciprocal determinism) และส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลในลักษณะความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ปรากฏออกมาในลักษณะเป็นการกระทำให้เกิดสุขภาพดี หรืออาจนำไปสู่สุขภาพที่เสื่อม

ลง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้ไปพร้อมกัน (Bandura, 2004)



ภาพที่ 1 Bandura's (1986) model of triadic reciprocal

จากรูป B คือ พฤติกรรม (behavior) P คือ ปัจจัยภายในบุคคล (cognitive and other personal factors) และ E คือ อิทธิพลของสังคมสิ่งแวดล้อม (environment influences) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยด้านปัจจัยภายในบุคคลกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล ในขณะเดียวกันพฤติกรรมของบุคคลก็ส่งผลต่อปัจจัยทั้ง 2 ด้านนั้นด้วย โดยปัจจัยด้านปัจจัยภายในบุคคล เช่น ความคาดหวัง ความเชื่อ การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก ความตั้งใจ จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบและทิศทางของพฤติกรรม ในขณะเดียวกันแบบแผนและประสบการณ์จากพฤติกรรมก็จะเป็นตัวปรับประสาทความรู้สึกและโครงสร้างในสมองของบุคคลและจะมีผลต่อระดับปัญญาหรือการรับรู้ของบุคคล ในขณะที่ด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น การได้รับคำสอน การถูกชักจูงจากตัวแบบทางสังคม และกฎระเบียบข้อบังคับทางสังคมจะมีส่วนช่วยเหลือหลอมน ชัดเกรา และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่คาดหวัง แต่ในขณะเดียวกันพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลที่แตกต่างกันก็จะย้อนกลับมากำหนดโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคมสิ่งแวดล้อมด้วยเช่นกัน (Bandura, 2004)

3.1.1 องค์ประกอบของทฤษฎี

เมื่อจำแนกโครงสร้างของทฤษฎีปัญหาทางสังคมตามแนวคิด Triadic reciprocal determinism ของ Bandura (1986) พบว่า องค์ประกอบของทฤษฎีประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยภายในบุคคล 2) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (environment influences) และ 3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งแต่ละองค์ปัจจัยประกอบด้วยตัวแปร ดังต่อไปนี้

3.1.1.1 ปัจจัยภายในบุคคล (cognitive and other personal factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยเป็นผลมาจากการคิดและการไตร่ตรองที่เกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรม และความรู้ในเรื่องพฤติกรรม

3.1.1.2 ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม หมายถึง ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ทั้งที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แวดล้อมด้วยบุคคล ประกอบด้วย 3

องค์ประกอบหลัก คือ การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐานทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคม

3.1.1.3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเป้าหมาย หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลที่มีส่วนสนับสนุนให้ตนเองสามารถแสดงพฤติกรรมเป้าหมายได้เป็นผลสำเร็จ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และการได้รับการเสริมแรง (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เหตุผลและวิธีการที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งสังคมสิ่งแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ แนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมเป็นพื้นฐานที่สำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Glanz et al., 2008) จากการศึกษาของ Van Duyn et al. (2001) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอก ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคม พบว่า ปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยภายในคือตัวทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดีกว่าปัจจัยภายนอก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Sebastian et al. (2021) พบว่า แนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ร้อยละ 9.0 และร้อยละ 10.6 นอกจากนี้ Cox (2016) พบว่า แนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารผักและผลไม้ได้ร้อยละ 48 ทำนายพฤติกรรมการรับประทานธัญพืชได้ร้อยละ 62.0 ทำนายพฤติกรรมรับประทานเนื้อสัตว์ การดื่มนม และการควบคุมอาหารได้ร้อยละ 68.0 ซึ่งแนวคิดทฤษฎีปัญญาทางสังคมสามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และทำให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพจนกลายเป็นลักษณะนิสัย

3.2 ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.2.1 ความรู้

3.2.1.1 ความหมายของความรู้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่ได้สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ

เช่น ความรู้เรื่องประวัติศาสตร์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ

Greiner et al. (2019) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เหมาะสมมาจากประสบการณ์ การศึกษา และได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมอาหาร

Maier and Hadrich (2011) กล่าวว่า ความรู้เป็นความคาดหวังทางการรู้คิด ประกอบด้วยการสังเกตที่ได้รับการจัดระเบียบอย่างมีความหมาย สัมพันธ์เป็นประสบการณ์ ซึ่งบุคคลใช้ในการตีความสถานการณ์ เพื่อสร้างพฤติกรรมและใช้ในการแก้ปัญหา

Kayaniyil et al. (2009) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และวิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ ความรู้ หมายถึง ความเข้าใจของผู้ป่วย กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และการได้รับการรักษากลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3.2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน และวิธีการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจ ความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคของตนและอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Kayaniyil et al., 2009) ซึ่งความรู้เป็นสิ่งที่เหมาะสมมาจากประสบการณ์ การศึกษา และได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับอาหาร ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมอาหาร (Greiner et al., 2019) สอดคล้องกับ Khodaveisi et al. (2018) พบว่า ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการยอมรับการรักษาและการควบคุมโรค ส่งผลต่อความสามารถในการเลือกอาหารที่มีคุณภาพ และความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ Al Hamarneh et al. (2011) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($R^2 = 0.017$, $p < .0001$) และ Edwards et al. (2018) พบว่า ความรู้ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยั่งยืน

3.2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้

1) แบบสัมภาษณ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ พัฒนาโดย หทัยชนก ไชยวรรณ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์ (2558) ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือด 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอาการ ด้านปัจจัยเสี่ยง ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านอาหาร ด้านยา และด้านการเข้าถึงสถานบริการของผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก คะแนนอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย คะแนนร้อยละ 60-79.99 ของคะแนนเต็ม หมายถึง

มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับมาก มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .73

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับย่อ (Short version of the coronary artery disease education questionnaire: CADE-QSV) ของ Ghisi et al. (2016) พัฒนามาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจฉบับเต็มของ Ghisi et al. (2010) ใช้ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจในด้านพยาธิสรีระ อาการและการรักษา ปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ให้เลือกตอบแบบถูก ผิด และไม่แน่ใจ กำหนดให้ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจมาก มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR - 20) เท่ากับ .70

3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Kayaniyil et al. (2009) ใช้ในการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ ปรับปรุงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับหัวใจ (Havik & MÆland, 1987) และความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ (Smith et al., 1991) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ สำหรับฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2013) ใช้ข้อคำถาม 20 ข้อ วัดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด คำตอบที่ถูกต้องเท่ากับ 1 คะแนน และแต่ละคำตอบที่ไม่ถูกต้องเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนสูงบ่งบอกถึงความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจที่มาก แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR - 20) เท่ากับ .84 (Kayaniyil et al., 2009)

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Kayaniyil et al. (2009) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2013) เนื่องจากแบบสอบถามมีความครอบคลุมในการประเมินความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวนแบบสอบถามไม่มากจนเกินไป ลักษณะคำตอบสามารถเลือกตอบได้ง่าย และแบบสอบถามนี้ได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ของ Polsook et al. (2013) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

3.2.2 การรับรู้การเจ็บป่วย

3.2.2.1 ความหมายของการรับรู้การเจ็บป่วย

Diefenbach and Leventhal (1996) กล่าวว่า การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของบุคคล โดยบุคคลจะตอบสนองเมื่อถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย

Petrie et al. (2007) กล่าวว่า การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจหรือความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน การแสดงออกหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

Rau and Williams (2013) กล่าวว่า การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง กระบวนการพื้นฐานเกี่ยวกับการรู้คิด การแปลผล และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ตอบสนองเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การแปลผล หรือการให้ความหมายของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามทัศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วย (เกื้อกูล โอบารวัฒน์, 2561)

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) หมายถึง การแปลผลข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับสุขภาพที่ผ่านกระบวนการรู้คิดของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) และการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses)

3.2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรับรู้การเจ็บป่วย คือ การแปลผล ความเข้าใจ หรือความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน (Kaptein & Broadbent, 2007; Petrie et al., 2007) โดยบุคคลจะตอบสนองเมื่อถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย (Diefenbach & Leventhal, 1996) ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจะมีการรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บหน้าอก รับรู้การเจ็บป่วยว่าสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือดมาจากอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Mosleh & Almalik, 2016; Zobernienė & Skarbalienė, 2019) รับรู้การเจ็บป่วยว่ากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรัง (Al-Smadi et al., 2016) การรับรู้ผลกระทบจากความเจ็บป่วย การรักษาและการควบคุมโรคแต่ละคนแตกต่างกัน (Al-Smadi et al., 2016; Alsén et al., 2008) จากการศึกษาของ Nur (2018) พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับ 7 มิติของการรับรู้การเจ็บป่วย ($r = .389$, $p < .01$) ได้แก่ การรับรู้ผลกระทบ การรับรู้ระยะเวลาการดำเนินของโรค การรับรู้การควบคุมตนเอง การรับรู้ลักษณะอาการ การรับรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรค ความกังวลกับโรค และผลกระทบต่ออารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mosleh and Almalik (2016) ที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

3.2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย

1) Illness Perception Questionnaire (IPQ) ของ Weinman et al. (1996) ใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย จำนวน 31 ข้อคำถาม ครอบคลุมองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ลักษณะอาการของโรค 2) สาเหตุของโรค 3) ระยะเวลาการดำเนินโรค 4) ผลกระทบจากความเจ็บป่วย 5) การรักษาและการควบคุมโรค โดยในส่วนของลักษณะและอาการของโรค มีจำนวน 12 ข้อ ให้ระบุว่าไม่มีหรือมีอาการนั้นๆ สำหรับในข้อคำถามอื่นๆ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามนี้ได้มีการนำไปใช้กับผู้ป่วย 7 โรค จำนวน 848 ราย ผลการทดสอบความเชื่อมั่น เท่ากับ .73 - .82 ข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือ ไม่มีข้อคำถามด้านผลกระทบต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

2) Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) ของ Moss-Morris et al. (2002) ใช้ประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง แปลเป็นภาษาไทยโดย ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) เนื่องจากแบบสอบถามฉบับเดิม มีองค์ประกอบเกี่ยวกับระยะเวลาการดำเนินโรค ความสามารถในการรักษา และควบคุมโรคด้วยตนเองมีค่าความเที่ยงน้อยกว่าองค์ประกอบอื่น จึงได้มีการพัฒนาแบบสอบถามโดยการเพิ่มจำนวนข้อคำถามเข้าไปในทุกองค์ประกอบ ทำให้มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 38 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงดังกล่าวทำให้ทุกองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นดีขึ้น โดยระยะเวลาการดำเนินโรคจากที่ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73 เป็น .89 ส่วนความสามารถในการรักษาและควบคุมโรค ได้แยกเป็นการควบคุมด้วยตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และการควบคุมโดยการรักษาได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และยังมีการเพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ผลกระทบด้านอารมณ์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 สำหรับข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือ มีจำนวนข้อคำถามมาก และต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามค่อนข้างนานจึงเป็นการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป

3) The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพ์ เทพวัลย์ (2553) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive representation) จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อคำถามทางด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 2, 5 โดยคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง และข้อคำถามทางด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 3, 4 คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยรุนแรง คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความเจ็บป่วยไม่รุนแรง ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear Scale) 0-10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) ยกเว้นข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย

(1) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการที่เกิดขึ้น (2) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (3) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย (4) การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 และ 8 การแปลผล คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านลบ คะแนนสูง หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ทางด้านบวก ในประเทศไทยนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาเท่ากับ .708 (พิมพา เทพวัลย์, 2553)

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย พิมพา เทพวัลย์ (2553) ครอบคลุมองค์การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้ง 2 ส่วน คือ การรับรู้ความเจ็บป่วย และการตอบสนองทางอารมณ์ เป็นแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อน้อย คำถามสามารถเข้าใจได้ง่าย และในประเทศไทยมีการนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในบริบทผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาแล้ว คือ งานวิจัยของ พิมพา เทพวัลย์ (2553) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาเท่ากับ .70

3.2.3 แรงจูงใจ

3.2.3.1 ความหมายของแรงจูงใจ

Armitage and Conner (2000) แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง การสนับสนุนให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

Bandura (1997) แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเลือก การปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายอย่างยั่งยืน

Carter and Kulbok (2002) แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง กระบวนการชักจูง โน้มน้าว ผลักดันให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง การรับรู้การชักจูง โน้มน้าว ผลักดันให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.2.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แรงจูงใจ คือ การรับรู้การชักจูง โน้มน้าว ผลักดันให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากถึงร้อยละ 47.0-62.0 (Carter & Kulbok, 2002) การศึกษาของ Guertin et al. (2015) ศึกษาบทบาทของแรงจูงใจกับการควบคุม

การรับประทานอาหารและสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า แรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น เนื่องจากแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\beta = .21$) (Senécal et al., 2000) ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจสูงจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Toft et al., 2006) และจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ($r = .29$, $\beta = .16$) (Ofstedal et al., 2011)

3.2.3.3 เครื่องมือที่ใช้ประเมินแรงจูงใจ

1) Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES) ของ Kato et al. (2021) มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) แรงจูงใจภายใน 5 ข้อ 2) การกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง 5 ข้อ 3) การกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง 5 ข้อ 4) การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม 5 ข้อ 5) การกำกับจากภายนอก 6 ข้อ และ 6) การขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ โดยกำหนด 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .72 และ .84 ตามลำดับ

2) The Eating Motivations Scale (EATMOT) ของ Guiné Raquel et al. (2020) มีข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) แรงจูงใจด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) แรงจูงใจด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ 3) แรงจูงใจทางเศรษฐกิจและความพร้อม จำนวน 7 ข้อ 4) แรงจูงใจทางสังคมและวัฒนธรรมจำนวน 9 ข้อ 5) แรงจูงใจด้านสิ่งแวดล้อมและการเมือง จำนวน 7 ข้อ และ 6) แรงจูงใจทางการตลาดและการค้า จำนวน 7 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

3) The Eating Motivation Survey (TEMS) – brief version ของ Renner et al. (2012) มีข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 15 ด้าน ด้านละ 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความชอบ 2) นิยหรือความเคยชิน 3) ความต้องการและความหิว 4) สุขภาพ 5) ความสะดวก 6) ความสุข 7) วัฒนธรรมการกิน 8) ผลผลิตของแต่ละพื้นที่ 9) การเข้าถึง 10) ราคา 11) การดึงดูดสายตา 12) การควบคุมน้ำหนัก 13) อารมณ์ที่ส่งผล 14) บรรทัดฐานสังคม และ 15) ภาพลักษณ์ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ กำหนด 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .90 และ .66 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES) ของ Kato et al. (2021) เนื่องจากแบบสอบถามนี้ถูกสร้างและพัฒนาเพื่อใช้ประเมินแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ครอบคลุมการประเมินองค์ประกอบของแรงจูงใจทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ แรงจูงใจภายใน การกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง การกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม การกำกับจากภายนอก และการขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง ลักษณะของข้อคำถามสามารถอ่านและทำความเข้าใจได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟาเท่ากับ .89 ตามลำดับ

3.2.4 การสนับสนุนทางสังคม

3.2.4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

House et al. (1988) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและกระบวนการทางสังคม ยกตัวอย่างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การอยู่ร่วมกัน การแยกตัว และเครือข่ายทางสังคม ส่วนกระบวนการทางสังคมประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ กฎระเบียบ ความต้องการ และความขัดแย้ง

Lakey and Cohen (2000) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง กระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะ

Laiou et al. (2020) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการยอมรับ การดูแล และการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันว่าได้รับการยอมรับ การดูแล และการช่วยเหลือ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากคนรอบข้าง และการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญอื่นๆ นอกเหนือครอบครัวและเพื่อน

3.2.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

1) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Caplan (1974) จำแนกที่มาของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความรักผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous or natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ (1) เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ คู่สมรส และครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง (2) ครอบครัวใกล้ชิด เช่น เพื่อนฝูงเพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย และเพื่อนที่ทำงาน 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ (Organized support directed by Caregiving professional) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วยงานเป็นชมรมอย่างเป็นรูปแบบ โดยอาจเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้น

จากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชนโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยองค์กรของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน และ 3) กลุ่มบุคคลทางวิชาชีพสุขภาพ (Professional health care Workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน

Caplan (1974) แบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ 2) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความสำคัญ ให้การยกย่อง ยอมรับ นับถือ ให้ ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกได้รับความเอาใจใส่หรือความ รักความผูกพัน และ 3) การสนับสนุนทางการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคล เช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือการให้บริการ

2) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุน ทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ บุคคลรู้สึกว่าเขาเองได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ บุคคลรู้สึกว่าเขาเองมีคุณค่าและบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือ และเห็นคุณค่าของตนเอง และ 3) การ สนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้น เป็นสมาชิก หรือเป็นของเครือข่าย ทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

3) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ Jacobson (1986) แบ่งการ สนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) เป็น พฤติกรรมการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่าบุคคลนั้นถ้อยยกย่อง และให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ 2) การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน และช่วยให้สามารถปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 3) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการ สนับสนุนด้านสิ่งของและบริการต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาข้างต้น คือ การ รับรู้ของบุคคลที่รับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ

3.2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการ รับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการยอมรับ การดูแล และ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Laiou et al., 2020) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่

ความเข้าใจ ความรัก ความเชื่อใจ ความห่วงใย เป็นต้น การสนับสนุนด้านสิ่งของ ได้แก่ ความช่วยเหลือและบริการที่จับต้องได้ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำและการให้ข้อมูล และการสนับสนุนด้านการประเมินผล ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลและสามารถโน้มน้าวความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ (Heaney & Israel, 2008) การศึกษาของ Doyle et al. (2012) ศึกษาการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันทุติยภูมิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มาติดตามการรักษา พบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปีแรกหลังจากเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สอดคล้องกับ Rokhmah et al. (2020) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = .626$) นอกจากนี้ศึกษาของ Teleki et al. (2019) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยมีประสิทธิภาพการทำนายร้อยละ 21 และการสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจและวางแผนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

3.2.4.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคม

1) The Social Support of People with Coronary Heart Disease (SSCHD) ของ Kähkönen et al. (2017) แปลโดย เกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2561) พื้นฐานการสร้างเครื่องมือมาจากทฤษฎีของ Cohen and Wills (1985) จำนวนคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1-7 การสนับสนุนด้านอารมณ์ 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8-11 และการสนับสนุนด้านการทำหน้าที่ 3 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12-14 เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ กำหนด 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากอย่างยิ่ง โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้สนับสนุนทางสังคมมาก ทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟาได้เท่ากับ .91

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Toljamo and Hentinen (2001) แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริรัตน์ ลีลาจรัส และพิสมัย ורתัย (2554) เครื่องมือนี้นสร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3 ข้อ ด้านการสนับสนุนการประเมินคุณค่า 4 ข้อ และด้านการสนับสนุนทรัพยากร 1 ข้อ มีข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ กำหนด 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากอย่างยิ่ง มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 11-55 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง ผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมใน

ระดับสูง ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .79

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICH Social Support Questionnaire) ของ Mendes de Leon et al. (2001) แปลเป็นภาษาไทยโดย จันทนา หล่อตระกูล (2549) ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคหัวใจ มีข้อคำถาม จำนวนทั้งหมด 7 ข้อ ข้อคำถามข้อที่ 1-6 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ จาก คะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยได้รับ ได้รับบ้างเล็กน้อย ได้รับเป็นบางครั้ง ได้รับบ่อยครั้ง และได้รับทุกครั้ง ส่วนคำถามข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .83

4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet et al. (1988) ใช้ ประเมินความเข้าใจและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน บุคคล ใกล้ชิด และบุคลากรอื่นๆ พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ซึ่งมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราคเท่ากับ .89 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจาก ครอบครัว ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 3, 4, 8, 11 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ประกอบด้วยข้อ คำถามที่ 6, 7, 9, 12 การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ประกอบด้วยข้อคำถามที่ 1, 2, 5, 10 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 7 ระดับ กำหนด 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด การแปลผลคะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้สนับสนุนทางสังคมสูง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet et al. (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) เนื่องจากเป็น แบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเข้าใจและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน บุคคลใกล้ชิด และบุคลากรอื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ลักษณะของคำถามสามารถอ่าน และทำความเข้าใจได้ง่าย ลักษณะคำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว เป็นแบบสอบถามที่นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจมาแล้ว ได้ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ ยอมรับได้ในประเทศไทย และเคยใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน โดยวรินทร์ พรหมสนธิ์ (2560) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค เท่ากับ .89

3.2.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3.2.5.1 ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ให้ความหมายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูง โดยกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ แต่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตน และพยายามหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญปัญหา

Schoenthaler et al. (2009) ให้ความหมายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

Kang and Yang (2013) ให้ความหมายว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นทัศนคติเชิงบวกและความมั่นใจในความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการปัญหาภายใต้เงื่อนไขบางอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อสุขภาพ

3.2.5.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997)

Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นกระบวนการทางความคิดที่ใช้ตัดสินความสามารถของตนในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ 1) ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (efficacy beliefs) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใดๆ ที่กำหนดไว้ได้ และ 2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies)

3.2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ (Schoenthaler et al., 2009) ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูง โดยกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ แต่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตน และพยายามหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญปัญหา (Bandura, 1997) จากการศึกษาของ Castillo-Mayén et al. (2020) ศึกษาอิทธิพลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับแรงจูงใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Platt et al. (2014) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นอกจากนี้การศึกษาของ Rokhmah et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ดี ($r = 0.219$) และ Steca et al. (2015) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\beta = .07$)

3.2.5.4 เครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถนะแห่งตน

1) The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) สร้างโดย Sullivan et al. (1998) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ จำนวน 8 ข้อ และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ กำหนด 0 หมายถึง ไม่มั่นใจ จนถึง 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราของข้อคำถามด้านการควบคุมอาการและด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่เท่ากับ .90 และ .87 ตามลำดับ

2) Cardiovascular management self-efficacy scale ของ Steca et al. (2015) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) เพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ สมรรถนะแห่งตนด้านความร่วมมือในการรักษา และสมรรถนะแห่งตนในการรู้จำอาการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ กำหนด 0 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง จนถึง 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ พบว่า สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ สมรรถนะแห่งตนด้านความร่วมมือในการรักษา และสมรรถนะแห่งตนในการรู้จำอาการ มีค่าความตรงเท่ากับ .68, .79 และ .72 ตามลำดับ และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86

3) Thai version of the self-efficacy for appropriate medication use scale (SEAMS) ของ Risser et al. (2007) แปลเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2014) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พื้นฐานการสร้างเครื่องมือมาจากทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ประเมินใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วย มีคำถาม 6 ข้อ ความซับซ้อนของยา มีคำถาม 4 ข้อ และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน มีคำถาม 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 4 ระดับ กำหนด 1 หมายถึง ไม่มั่นใจ จนถึง 4 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .89 (Risser et al., 2007) ในประเทศไทย Polsook

et al. (2014) ได้ขออนุญาตแปลเป็นภาษาไทย และนำไปทดสอบใช้กับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .90

ในการศึกษารั้งนี้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Cardiovascular management self-efficacy scale ของ Steca et al. (2015) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งแบบสอบถามมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ ลักษณะของคำถามสามารถอ่าน และทำความเข้าใจได้ง่าย ลักษณะคำตอบสามารถเลือกตอบตามลำดับได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว และใช้ในศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจของ Steca et al. (2015) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .86

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ($r = .221, p < .05$) การรับรู้อุปสรรค ($r = -.290, p < .01$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .343, p < .01$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r = .255, p < .01$) และการสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ ($r = .197, p < .01$) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .236, p < .001$) การรับรู้อุปสรรค ($\beta = -.170, p < .01$) และการสนับสนุนของครอบครัว ($\beta = .149, p < .05$)

จิตติพร วิจิตรงไชย (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด และหัวใจในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก 100 ราย และแผนกผู้ป่วยใน 150 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปาริชาติ คงเสื่อ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยศึกษาผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ แบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการ

ขยายหลอดเลือดหัวใจกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พนารัตน์ ศรีฉายา และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 128 คน ที่เข้ารับติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ($r = .224, p < .05$) ทศนคติต่ออาหาร ($r = .204, p < .05$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = .320, p < .05$) การเข้าถึงแหล่งอาหาร ($r = .343, p < .05$) และการสนับสนุนความมีอิสระในตนเอง ($r = .319, p < .05$) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร ($\beta = .262, p < .05$) และการสนับสนุนจากครอบครัว ($\beta = .225, p < .05$)

Al Hamarneh et al. (2011) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($R^2 = 0.017, p < .0001$) และการขาดความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ

Doyle et al. (2012) ศึกษาการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันทุติยภูมิในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มาติดตามการรักษา พบว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

Guertin et al. (2015) ศึกษาบทบาทของแรงจูงใจกับการควบคุมการรับประทานอาหารและสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า แรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น เนื่องจากแรงจูงใจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($\beta = .21$)

Nur (2018) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .389, p < .01$) และยังพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับ 7 มิติของการรับรู้การเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ผลกระทบ ($r = .238, p < .01$) การรับรู้ระยะเวลาการดำเนินของโรค ($r = .224, p < .01$) การรับรู้การควบคุมตนเอง ($r = -.188, p < .01$) การรับรู้ลักษณะอาการ ($r = .174, p < .01$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคและสาเหตุของโรค ($r = -.217, p < .01$) ความกังวลกับโรค ($r = .184, p < .01$) และผลกระทบต่ออารมณ์ ($r = .146, p < .05$) ยกเว้นมิติด้านการรับรู้การควบคุมการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

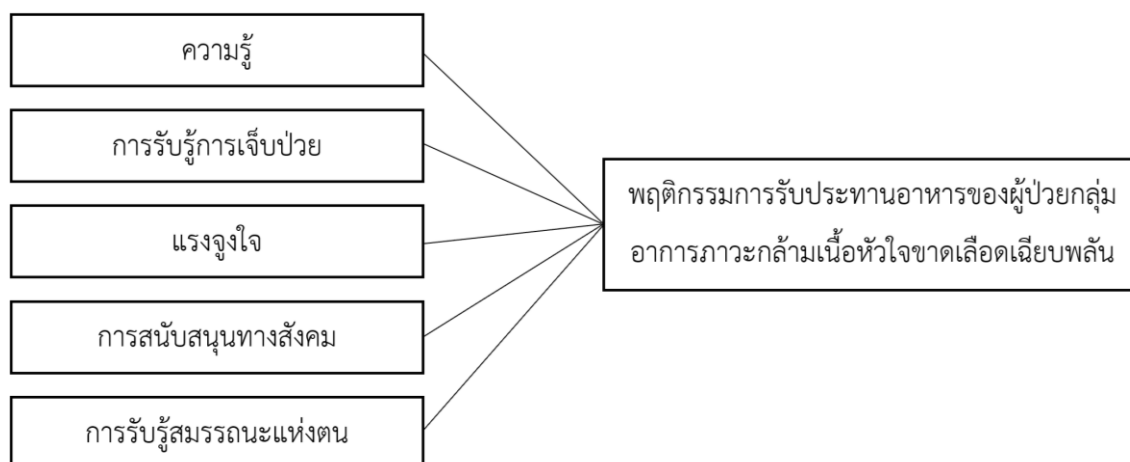
Teleki et al. (2019) ศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถ

ทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยมีประสิทธิภาพการทำนายร้อยละ 21 ($R^2 = .21$)

Rokhmah et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของครอบครัวและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = .626$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($r = 0.219$)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นว่าการศึกษามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเหมือนเดิม และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ยังไม่ครอบคลุมการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะรวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) ที่ต้องมีการดูแลรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารร่วมกับการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) และผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ไม่ยกขึ้น (Non STEMI) จะต้องได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังการขยายหลอดเลือดหัวใจผู้ป่วยต้องรับประทานยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและแรงจูงใจในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดกระทำได้และการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อลดและชะลอการดำเนินของโรค ลดการกลับเป็นซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสามารถนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI) และ ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า มีกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI) และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
3. มีสติสัมปชัญญะปกติ สามารถสื่อสารเข้าใจได้
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
5. ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. อัตราการเต้นของหัวใจ น้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที และมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที
2. อัตราการหายใจ น้อยกว่า 8 ครั้งต่อนาที และมากกว่า 24 ครั้งต่อนาที

3. ความดันโลหิต น้อยกว่า 90/60 mmHg และมากกว่า 140/90 mmHg
4. ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure, CHF) NYHA Functional Class ระดับ 3 และระดับ 4
5. ผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจในการทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล .2 (พนารัตน์ ศรีฉายา และคณะ, 2561) จากเปิดตารางของ Cohen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 194 คน

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจาก 3 โรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อให้ได้สัดส่วนที่เท่ากันของแต่ละโรงพยาบาล จึงทำการคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 65 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวมทั้งสิ้น 195 คน

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เพื่อความคลาดเคลื่อนไว้ เนื่องจากผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หากผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้ป่วยรายดังกล่าวจะจัดอยู่ในเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง และหากผู้ป่วยถึงคิวการตรวจรักษา ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการตรวจรักษากับแพทย์ได้ตามปกติ เมื่อผู้ป่วยตรวจรักษาเสร็จสิ้นและมีความพร้อมผู้วิจัยจึงเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เพื่อที่จะได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดีที่สุด (representativeness) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกสังกัดโรงพยาบาลของรัฐ ตั้งแต่ระดับตติยภูมิที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากพบผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในพื้นที่กรุงเทพมหานครร้อยละ 3.3 (สถาบันโรคทรวงอก, 2563) และภาวะสังคมเปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมเมือง (urbanization) ส่งผลให้รูปแบบในการดำเนินชีวิตของคนในกรุงเทพมหานครเปลี่ยนแปลงไป (สำนักโภชนาการ, 2556) วิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้เกิดการรับประทานอาหารนอกบ้าน (วาทีนิ คุณเผือก และคณะ, 2558) ส่งผลให้คนในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่นิยมรับประทานอาหารจานด่วนมากถึงร้อยละ 58.7 ซึ่งสิ่งนี้ค่านึงเป็นประการแรกในการรับประทานอาหารคือ ความสะดวกรวดเร็วร้อยละ 43.4 และภาวะโภชนาการเป็นลำดับสุดท้ายในการเลือกรับประทานอาหารร้อยละ 17.3 (พิชศาล พันธุ์วัฒนา, 2562)

โดยทำการสุ่มแบบแบ่งกลุ่มอย่างง่าย (Cluster simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยเลือกกลุ่มสังกัดมา 3 สังกัด จาก 6 สังกัด เนื่องจากเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ต้องการศึกษา เพราะแต่ละสังกัดมีประชากรแตกต่างกัน ได้แก่

1. โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร
 - 1.1 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 - 1.2 โรงพยาบาลกลาง
 - 1.3 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 - 1.4 โรงพยาบาลตากสิน
2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.1 โรงพยาบาลราชวิถี
 - 2.2 โรงพยาบาลสงฆ์
 - 2.3 โรงพยาบาลเลิดสิน
 - 2.4 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
3. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
 - 3.1 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - 3.2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
 - 3.3 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
4. โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี
 - 4.1 โรงพยาบาลตำรวจ
 - 4.2 โรงพยาบาลจุฬารัตน์
5. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
 - 5.1 โรงพยาบาลศิริราช
 - 5.2 โรงพยาบาลรามาธิบดี
6. โรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระ
 - 6.1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดที่ได้จากขั้นตอนของการสุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 มาสังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

การวิจัยครั้งนี้สุ่มได้โรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำการสุ่มจึงทำการสุ่มมา 1 โรงพยาบาล ได้เป็น โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ทั้ง 2 โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูงและเป็นโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์เหมือนกัน

(กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ลักษณะประชากรและกระบวนการรักษาใกล้เคียงกัน จึงทำการสุ่มมา 1 โรงพยาบาล ได้เป็น โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลสังกัดองค์กรอิสระมีเพียงโรงพยาบาลเดียว ไม่ต้องทำการสุ่ม ได้เป็น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง เนื่องจากโรงพยาบาลทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อให้ได้สัดส่วนที่เท่ากันของแต่ละโรงพยาบาล จึงทำการคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลละ 65 คน จำนวนรวมทั้งสิ้น 195 คน

ขั้นตอนที่ 4 เก็บข้อมูลในวันและเวลาที่ได้รับอนุญาตให้มีการจัดเก็บข้อมูลจนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจ
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

พัฒนาโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้บันทึก ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย จำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคและระยะเวลาการเจ็บป่วย ชนิดของกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดของการรักษา จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ ยารักษาโรคกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว/โรคร่วม และน้ำหนักส่วนสูง ดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Kayaniyil et al. (2009) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2013) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้องตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของเครื่องมือแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ วัดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด และ ไม่แน่ใจ

เกณฑ์การให้คะแนน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วน 2 ระดับ ได้แก่ คำตอบที่ถูกต้องได้ 1.00 คะแนน ส่วนคำตอบที่ไม่ถูกต้องและคำตอบไม่แน่ใจได้ 0.00 คะแนน

การแปลความหมาย

ถูก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นถูก

ผิด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความนั้นผิด

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านคิดว่าไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกหรือผิด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 20 คะแนน คะแนนรวมมากบ่งบอกถึงความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจน้อย

การแปลผลคะแนน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยแบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ ตามหลักสถิติ คือ ค่าพิสัยคะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคองกรรมสูตร, 2542) ได้เท่ากับ 26.67 ดังนั้น สามารถแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้ดังนี้

คะแนน 0 - 6 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนน 7 - 13 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนน 14 - 20 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพา เทพวัลย์ (2553) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้องตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

1. การรับรู้ความเจ็บป่วย (cognitive illness representation) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้
 - 1.1 ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย (consequences) ได้แก่ ข้อ 1
 - 1.2 ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค (timeline) ได้แก่ ข้อ 2
 - 1.3 ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรค (cure or control) ได้แก่ ข้อ 3 และ 4
 - 1.4 ด้านลักษณะอาการของโรค (identity) ได้แก่ ข้อ 5
 - 1.5 ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย (cause) ได้แก่ ข้อ 9
 2. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (emotional illness representation) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้
 - 2.1 ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (concern) ได้แก่ ข้อ 6
 - 2.2 ด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย (emotional response) ได้แก่ ข้อ 8
 3. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ข้อ 7
- ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear Scale) 0 - 10 คะแนน มีข้อความอธิบายที่มีลักษณะตรงข้ามกันอยู่ที่เลข 0 (0 คะแนน) และเลข 10 (10 คะแนน) ยกเว้นข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด ให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค
- เกณฑ์การให้คะแนน** จากข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามในเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 มีข้อคำถามในเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 3, 4 และ 7 การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อคำถาม 3, 4 และ 7 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 80 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรครุนแรง ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย

การแปลผลคะแนน ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย (โดยรวม) โดยแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วยออกเป็น 3 ระดับ ตามหลักสถิติ คือ ค่าพิสัยคะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ได้เท่ากับ 26.67 ดังนั้น สามารถแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ได้ดังนี้

0.00 - 26.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย

26.67 - 53.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง

53.34 - 80.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับมาก

การแปลผลคะแนน ระดับการรับรู้ความเจ็บป่วย (รายด้าน)

การรับรู้ความเจ็บป่วย	ช่วงคะแนน		ระดับ	
	แบบสอบถาม	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด				
1.1 ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย	0 - 10	0 - 3.33	3.34 - 6.67	6.68 - 10
1.2 ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค	0 - 10	0 - 3.33	3.34 - 6.67	6.68 - 10
1.3 ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรค	0 - 20	0 - 6.66	6.67 - 13.33	13.34 - 20
1.4 ด้านลักษณะอาการของโรค	0 - 10	0 - 3.33	3.34 - 6.67	6.68 - 10
2. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์				
2.1 ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0 - 10	0 - 3.33	3.34 - 6.67	6.68 - 10
2.2 ด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย	0 - 10	0 - 3.33	3.34 - 6.67	6.68 - 10
3. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	0 - 10	0 - 3.33	3.34 - 6.67	6.68 - 10

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES) ของ Kato et al. (2021) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้องตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนไม่ลงน้ำและอาหารเหลวที่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .73 แบบสอบถามใช้ประเมินแรงจูงใจ 6 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ได้แก่

1. แรงจูงใจภายใน (Intrinsic regulation) มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 9 และ 16
2. การกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง (Integrated regulation) มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 8 และ 10
3. การกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง (Identified regulation) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 1, 7 และ 12
4. การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม (Introjected regulation) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 6, 11 และ 13
5. การกำกับจากภายนอก (External regulation) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 3 และ 14
6. การขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง (Amotivation) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 4, 5 และ 15

ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 6 ระดับ โดยกำหนด 1 หมายถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง 6 หมายถึง “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ คำตอบแต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จาก คะแนน 1.00 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 6.00 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- 1.00 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2.00 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3.00 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
- 4.00 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย
- 5.00 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 6.00 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 6.00 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16 - 96 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 13 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 และ 16 เป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5 และ 15 ซึ่งการคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อคำถาม 4, 5 และ 15 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม คะแนนที่มากแสดงว่ามีแรงจูงใจระดับสูง

การแปลผลคะแนน ระดับแรงจูงใจ (โดยรวม) โดยแบ่งระดับแรงจูงใจออกเป็น 3 ระดับ ตามหลักสถิติ คือ ค่าพิสัยคะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนชั้น (ประกอบ กรรณสูตร, 2542) ได้เท่ากับ 26.67 ดังนั้น สามารถแบ่งระดับการรับรู้การเจ็บป่วย ได้ดังนี้

คะแนน 16.00 - 42.66 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับต่ำ

คะแนน 42.67 - 69.33 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับปานกลาง

คะแนน 69.34 - 96.00 หมายถึง มีแรงจูงใจระดับสูง

การแปลผลคะแนน ระดับแรงจูงใจ (รายด้าน)

แรงจูงใจ	ช่วงคะแนน		ระดับ		
	แบบสอบถาม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	
1. แรงจูงใจ ภายใน (Intrinsic regulation)	2 - 12	2 - 5.33	5.34 - 8.66	8.67 - 10	
2. การกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง	2 - 12	2 - 5.33	5.34 - 8.66	8.67 - 10	
3. การกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง (Identified regulation)	3 - 18	3 - 7.99	8.00 - 12.99	13.00 - 18	
4. การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม (Introjected regulation)	3 - 18	3 - 7.99	8.00 - 12.99	13.00 - 18	
5. การกำกับจากภายนอก (External regulation)	3 - 18	3 - 7.99	8.00 - 12.99	13.00 - 18	
6. การขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง (Amotivation)	3 - 18	3 - 7.99	8.00 - 12.99	13.00 - 18	

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ของ Zimet et al. (1988) ฉบับแปลและปรับปรุงภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ประเมินการรับรู้หลากหลายมิติเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมที่ได้รับจาก ครอบครัว เพื่อน และบุคคลพิเศษ สอดคล้อง ครอบคลุม ตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการ ศึกษา แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .91 แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านครอบครัว ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8 และ 11
2. ด้านเพื่อน ได้แก่ ข้อ 6, 7, 9 และ 12
3. ด้านบุคคลสำคัญอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5 และ 10

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 คือ “ไม่เห็นด้วยอย่างมาก” ถึง 7 คือ “เห็นด้วยอย่างมาก”

- 1.00 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
- 2.00 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 3.00 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย
- 4.00 คะแนน หมายถึง เฉยๆ
- 5.00 คะแนน หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย
- 6.00 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
- 7.00 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 7.00 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12.00 – 84.00 คะแนน การแปลผลคะแนนมาก แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

- คะแนน 12.00 - 36.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
- คะแนน 37.00 - 60.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
- คะแนน 61.00 - 84.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

การแปลผลตามรายด้าน

1. ด้านครอบครัว มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 8 และ 11 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 11.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนน 12.00 – 19.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนน 20.00 – 28.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

2. ด้านเพื่อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 9 และ 12 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 11.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนน 12.00 – 19.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนน 20.00 – 28.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

3. ด้านบุคคลสำคัญอื่น ๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน มีจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5 และ 10 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 4.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 28.00 คะแนน

คะแนน 4.00 – 11.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

คะแนน 12.00 – 19.99 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง

คะแนน 20.00 – 28.00 หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตประยุกต์ใช้แบบสอบถาม Cardiovascular management self-efficacy scale ของ Steca et al. (2015) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) เพื่อประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการจัดการกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามเดิมมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามตามให้เหมาะสมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96 แบบสอบถามมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด โดยแต่ละข้อมีลักษณะเป็นเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ จาก คะแนน 1.00 คือ ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง จนถึงคะแนน 5.00 คือ มั่นใจมากที่สุด

- 1.00 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง
- 2.00 คะแนน หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย
- 3.00 คะแนน หมายถึง มั่นใจปานกลาง
- 4.00 คะแนน หมายถึง มั่นใจมาก
- 5.00 คะแนน หมายถึง มั่นใจมากที่สุด

การแปลความหมาย

- ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่มั่นใจกับข้อความนั้นอย่างมาก
- มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความมั่นใจกับข้อความนั้นเพียงเล็กน้อย
- มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านค่อนข้างไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
- มั่นใจมาก หมายถึง ท่านเฉยๆ กับข้อความนั้น
- มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านค่อนข้างเห็นด้วยกับข้อความนั้น

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 5.00 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6.00 - 30.00 คะแนน คะแนนที่มาก แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

- คะแนน 6.00 - 13.99 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ
- คะแนน 14.00 - 21.99 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง
- คะแนน 22.00 - 30.00 หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2550) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สอดคล้องตรงตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเดิมมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารของ American heart Association (Horn et al., 2016; Lichtenstein et al., 2021) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Dietary Behavior) ตามแนวคิดของ Marijn Stok et al. (2018) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .87 แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 27 ข้อ แบ่งพฤติกรรมการรับประทานอาหารออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

1. การเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน (Food choice) มีข้อความ 9 ข้อ ได้แก่ คำถาม ข้อที่ 1, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 18 และ 27

2. ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Eating behavior) มีข้อความ 10 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 2, 3, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 17 และ 19

3. อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน (Dietary intake/nutrition) มีข้อความ 8 ข้อ ได้แก่ คำถาม ข้อที่ 5, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26

ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน และความหมายของแต่ละระดับ มีดังนี้

ไม่ปฏิบัติ (1)	หมายถึง ผู้ตอบไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ
ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์ (2)	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมนั้น 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์ (3)	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมนั้น 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติ 5-6 วันต่อสัปดาห์ (4)	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมนั้น 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์
ปฏิบัติทุกวัน (5)	หมายถึง ผู้ตอบมีพฤติกรรมนั้นทุกวัน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน มีข้อความทั้งหมด 27 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 5.00 คะแนน เป็นข้อความด้านบวก 19 ข้อ และข้อความด้านลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 15, 16, 17, 19, 24, 25 และ 26 ซึ่งการคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 27.00 - 135.00 คะแนน คะแนนที่มากแสดงว่ามีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับสูง

27.00 - 62.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับต่ำ

63.00 - 98.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับปานกลาง

99.00 - 135.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับสูง

การแปลผลตามรายด้าน

1. การเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน (Food choice) ประเมินโดยใช้ข้อความ ข้อที่ 1, 4, 7, 8, 12, 13, 14, 18 และ 27 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 9.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 45.00 คะแนน

คะแนน 9.00 - 20.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทานระดับต่ำ

คะแนน 21.00 - 32.99 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทานระดับปานกลาง

คะแนน 33.00 – 45.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทานระดับสูง

2. ลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Eating behavior) ประเมินโดยใช้ข้อคำถาม ข้อที่ 2, 3, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 18 และ 19 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 10.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 55.00 คะแนน

คะแนน 10.00 – 24.99 หมายถึง มีลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพระดับต่ำ

คะแนน 25.00 – 39.99 หมายถึง มีลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 40.00 – 55.00 หมายถึง มีลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพระดับสูง

3. อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน (Dietary intake/nutrition) ประเมินโดยใช้ข้อคำถาม ข้อที่ 5, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26 โดยคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 8.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 40.00 คะแนน

คะแนน 8.00 – 18.66 หมายถึง อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อสุขภาพระดับต่ำ

คะแนน 18.67 – 29.33 หมายถึง อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อสุขภาพระดับปานกลาง

คะแนน 29.34 – 40.00 หมายถึง อาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อสุขภาพระดับสูง

การแปลเครื่องมือ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม แรงจูงใจ 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อแปลเป็นภาษาไทย โดยใช้วิธีการแปล เครื่องมือแบบการแปลย้อนกลับ (back - translation) (Dhamani & Richter, 2011)

ขั้นตอนการแปลเครื่องมือ

1. ขออนุญาตแปล ประยุกต์ และใช้เครื่องมือจากผู้สร้างเครื่องมือ เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้ เครื่องมือ

2. ผู้วิจัยได้แปลแบบสอบถามดังกล่าวจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดย 1) ผู้เชี่ยวชาญ ทางด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแปลโดย 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ศึกษา ณ ต่างประเทศมากกว่า 5 ปี

3. เมื่อได้เครื่องมือวิจัยที่ได้รับการแปลฉบับภาษาไทยดังที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นำ เครื่องมือวิจัยแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดย 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษจากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแปลโดย 2) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางการแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ศึกษา ณ ต่างประเทศมากกว่า 5 ปี โดยผู้แปลไม่ใช่คนเดียวกัน

4. หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่แปลเรียบร้อยแล้วปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและเปรียบเทียบเครื่องมือฉบับที่แปลกับเครื่องมือต้นฉบับ

5. เมื่อได้เครื่องมือฉบับสุดท้ายจากนั้นนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

การดำเนินการ โดยการนำแบบสอบถามทั้ง 7 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการถูกต้องของภาษาความเหมาะสม ความสอดคล้องของคำถาม ความครอบคลุมเนื้อหาและการสื่อความหมายของข้อความคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Grove & Gray, 2018) จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 2 คน
3. พยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ จำนวน 1 คน
4. อาจารย์สาขาอาหารและโภชนาการ จำนวน 1 คน

โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถามกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1.00 หมายถึง คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี
- 2.00 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก
จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี
- 3.00 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน และปรับปรุงเล็กน้อย
จึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี
- 4.00 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามตามแนวคิดทฤษฎี

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

โดยใช้เกณฑ์กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 (Polit & Beck, 2009) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับภาษา เพิ่มข้อความ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของเนื้อหา โดยผลการตรวจและรายละเอียดการปรับแบบสอบถาม มีดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ค่า CVI = 0.94 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับแก้โดยเพิ่มคำตอบ “ไม่แน่ใจ”

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจ ค่า CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เนื่องจากมีข้อคำถาม 2 ข้อที่คำถามคล้ายคลึงกันจึงรวบรวมนำมาไว้ด้วยกัน ได้แก่ “ฉันชอบหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อสร้างสรรค์อาหารที่ดีต่อสุขภาพ” “ฉันสนุกในการสร้างสรรค์มื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ” เป็น “ฉันชอบหาวิธีการใหม่ ๆ เพื่อสร้างสรรค์อาหารที่ดีต่อสุขภาพ” และ “การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในชีวิตฉัน” “การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพสอดคล้องกับแง่มุมที่สำคัญอื่น ๆ ในชีวิตของฉัน” เป็น “การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในชีวิตฉัน” ดังนั้นข้อคำถามจึงเหลือ 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI = 0.97 ผ่านเกณฑ์ ไม่มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับแก้

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ค่า CVI = 1.0 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรมรับประทานอาหารออก ได้แก่ “มั่นใจว่าสามารถจำกัดกิจกรรมทางกายและกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากเกินไปได้” “มั่นใจว่าหากเกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกท่านสามารถระบุงการเจ็บป่วยของท่านได้ทุกครั้ง” “มั่นใจว่าหากเกิดอาการเจ็บป่วยที่แย่งท่านสามารถระบุงการที่เกิดขึ้นได้และเข้าใจว่าอาการดังกล่าวจำเป็นต้องพบแพทย์” ดังนั้นข้อคำถามจึงเหลือ 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ค่า CVI = 0.95 ผ่านเกณฑ์ แต่ปรับข้อความในข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยปรับข้อคำถามที่ 6 “ฉันรับประทานไข่ไม่เกินวันละ 2 ฟอง” เป็น “ฉันรับประทานไข่ไม่เกินวันละ 2 ฟอง และไม่เกิน 12 ฟองต่อสัปดาห์ และฉันหลีกเลี่ยงการรับประทานไข่แดง” ข้อคำถามที่ 23 “ฉันรับประทานถั่วต่างๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดง อัลมอนด เม็ดมะม่วงหิมพานต เป็นต้น” เป็น “ฉันรับประทานถั่วต่างๆ ในปริมาณที่เหมาะสม ไม่เกิน 1 ส่วนต่อวัน เช่น ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดง อัลมอนด เม็ดมะม่วงหิมพานต เป็นต้น”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

โดยการนำแบบสอบถามทั้ง 7 แบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ไปตรวจสอบหาความเที่ยงของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน (Grove & Gray, 2018) ณ โรงพยาบาลตำรวจ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง ซึ่งแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ตรวจสอบความเที่ยงแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80, .73, .91, .96 และ .87 ตามลำดับ ใช้การแปลความหมายเครื่องมือของ DeVellis (2012) ดังนี้ คือ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค < .60 หมายถึง ยอมรับไม่ได้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .60 - .70 หมายถึง ยอมรับได้ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .70 - .80 หมายถึง ยอมรับได้

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .80 - .90 หมายถึง ค่าที่อยู่ในระดับดีมาก

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค > .90 หมายถึง อาจมีความซ้ำซ้อนของข้อคำถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอโครงการวิจัยผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จากนั้นดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) โรงพยาบาลตำรวจ และ 3) โรงพยาบาลศิริราช หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรม เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง อธิบายชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และการตัดสินใจจะไม่มีผลต่อการรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ กรณีที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยหรือมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงและตอบคำถามจนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดความเข้าใจ และเข้าร่วมการวิจัยโดยการสมัครใจ เมื่อเข้าร่วมการวิจัยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัวและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดเป็นความลับ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ต่อสาธารณะชน ข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ และผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้วิจัยขอความยินยอมและให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกคนลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง และหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดความไม่สะดวกใจหรือรู้สึกถูกรบกวน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแสดงเหตุผล หรือคำอธิบายใดๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติในระหว่างการเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือไว้ ดังนี้

1. กรณีเกิดอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างยุติการตอบแบบสอบถามทันที และนำส่งแพทย์เพื่อดำเนินการในการรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติทางด้านร่างกายขณะเก็บข้อมูล

2. กรณีเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้วิจัยยุติการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างระบายความรู้สึกและความต้องการโดยให้ความมั่นใจในการปกปิดความลับของข้อมูลเหล่านั้น ตลอดจนรับฟังอย่างตั้งใจและแสดงความเห็นใจแสดงความเข้าใจในความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจและอารมณ์มาก ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลในแผนกนั้นให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป ซึ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจและอารมณ์ขณะเก็บข้อมูล

3. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่างๆ ที่ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือก 3 โรงพยาบาล ได้แก่ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) โรงพยาบาลตำรวจ และ 3) โรงพยาบาลศิริราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอเก็บข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด

ตารางที่ 1 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา และรับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	17 มีนาคม 2565	COA No.0337/2022
โรงพยาบาลตำรวจ	21 มีนาคม 2565	จว.24/2565
โรงพยาบาลศิริราช	7 มิถุนายน 2565	COA no.Si 439/2022

2. ขั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ เมื่อได้รับการอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) โรงพยาบาลตำรวจ และ 3) โรงพยาบาลศิริราช เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดของโครงการ ได้แก่ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาเวชระเบียน รวมทั้งแนะนำผู้วิจัยให้พบกับผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2.2 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ณ แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 2) โรงพยาบาลตำรวจ และ 3) โรงพยาบาลศิริราช ด้วยวิธีการศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยในแต่ละวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อให้ได้สัดส่วนที่เท่ากันของแต่ละโรงพยาบาล จึงทำการคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ 65 คน 2) โรงพยาบาลตำรวจ 65 คน และ 3) โรงพยาบาลศิริราช 65 คน จำนวนรวมทั้งสิ้น 195 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่ม

ตัวอย่าง ในระหว่างผู้ป่วยรอพบแพทย์ หรือระหว่างผู้ป่วยรอใบนัดหลังจากแพทย์ตรวจเสร็จ หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว และอธิบายรายละเอียดของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิของผู้ป่วย

2.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพและเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยอธิบายรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าหากไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ก็จะไม่ได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจได้โดยอิสระว่าจะร่วมตอบแบบสอบถามหรือไม่ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.4 หลังจากได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วน จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดี พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดและวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

2.5 หลังจากกลุ่มตัวอย่างซักถามจนเข้าใจดีแล้วผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ทราบผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยที่สุด ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยกำลังรอพบแพทย์เพื่อทำการตรวจ หรืออาจจะช่วงเวลาอื่นใดที่ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียเวลาน้อยที่สุดในขณะที่ตอบแบบสอบถามหากถึงคิวตรวจของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้าร่วมวิจัยจะสามารถให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจก่อน แล้วค่อยกลับมาตอบแบบสอบถามต่อได้ ซึ่งใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอด ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนด 195 ชุด

2.6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบคำถามไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันทีโดยจะประเมินก่อนว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตนาที่จะไม่ตอบหรือผ่านไปโดยไม่ตั้งใจหรือไม่ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะให้อิสระกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบคำถามโดยไม่บังคับ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกใจในการตอบคำถามข้อนั้นๆ ผู้วิจัยก็จะไม่บังคับให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

2.7 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาโดยดูจากเวชระเบียนผู้ป่วย

วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ชนิดของกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ ยารักษาโรคกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว/โรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ Cohen (1988)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)

ระดับความสัมพันธ์

0.10 – 0.29

มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

0.30 – 0.49

มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

0.50 – 1.00

มีความสัมพันธ์ระดับสูง

การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) มีดังต่อไปนี้

3.1 ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรวัดอัตราภาคขั้น หรือมาตรอัตราส่วน ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลของตัวแปรอยู่ในมาตรวัดอันดับอัตราภาคขั้นไป ซึ่งผ่านเกณฑ์การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

3.2 ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่า

ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้จากวิธีการทดสอบ Q-Q plot diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (ตามรายละเอียดแนบ ภาคผนวก ฉ)

สรุปบทที่ 3 เป็นการนำเสนอระเบียบวิธีการวิจัย ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทั้งชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI) และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) ภายหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจในการทดสอบที่ 80% ขนาดอิทธิพล .2 (พนารัตน์ ศรีฉายา และคณะ, 2561) จากเปิดตารางของ Cohen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 194 คน เนื่องจากทั้งหมดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อให้ได้สัดส่วนที่เท่ากันของแต่ละโรงพยาบาล จึงทำการคัดเลือกจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ 65 คน 2) โรงพยาบาลตำรวจ 65 คน และ 3) โรงพยาบาลศิริราช 65 คน จำนวนรวมทั้งสิ้น 195 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และผ่านการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเดียวกัน จำนวน 30 คน ดังแสดงในตารางที่ 2 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) และใช้เกณฑ์ในการแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันของ Cohen (1988)

ตารางที่ 2 แสดงค่าความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย	ลักษณะข้อ คำถาม	ดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI)	ค่าความเที่ยง จำนวน 30 คน (Cronbach's alpha coefficient)
1. แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาด เลือด	20 ข้อ (True -False)	0.94	.76 (KR-20)
2. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย	8 ข้อ (continuous linear Scale)	1.0	.80
3. แบบสอบถามแรงจูงใจ	16 ข้อ (Likert scale)	1.0	.73
4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	12 ข้อ (Likert scale)	0.97	.91
5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	6 ข้อ (Likert scale)	1.0	.96
6. แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร	27 ข้อ (Likert scale)	0.95	.87

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันทั้งเพศชายและหญิง อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 195 คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด 3) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามแรงจูงใจ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 7) แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำอธิบาย ได้ผลการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ชนิดของกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ ยารักษาโรคกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว/โรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 - 16

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะ

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17 - 18

ส่วนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ ยารักษาโรคกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว/โรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	80.51
หญิง	38	19.49
อายุ		
ผู้ใหญ่ (43 – 59 ปี)	71	36.41
ผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี)	124	63.59
Min = 43 Max = 85		
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	62.11 (8.43)	
สถานภาพสมรส		
โสด	22	11.28
สมรส	139	71.28
หม้าย	19	9.74
หย่าร้าง	15	7.69
ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเข้ารับการศึกษ	3	1.54
ประถมศึกษา	35	17.95
มัธยมศึกษา	68	34.87
อนุปริญญา	10	5.13
ปริญญาตรี	58	29.74

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
สูงกว่าปริญญาตรี	21	10.77
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	38.46
รับจ้าง	25	12.82
เกษตรกร	1	0.51
ธุรกิจส่วนตัว	14	7.18
รับราชการ	32	16.41
รัฐวิสาหกิจ	1	0.51
เกษียณ	47	24.10
รายได้		
ไม่มีรายได้	80	41.03
≤ 15,000 บาท/เดือน	23	11.79
15,001 – 30,000 บาท/เดือน	46	23.59
30,001 – 45,000 บาท/เดือน	21	10.77
45,001 – 60,000 บาท/เดือน	11	5.64
> 60,000 บาท/เดือน	14	7.18
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	22,533.44 (36,952.83)	
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	60	30.77
ประกันสังคม	21	10.77
สวัสดิการข้าราชการ	111	56.92
สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ	3	1.54
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	88	45.13
เคยสูบบุหรี่	95	48.72
สูบบุหรี่	12	6.15

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	84	43.08
เคยดื่มสุรา	83	42.56
ดื่มสุรา	28	14.36
การวินิจฉัยโรค (ชนิดของกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน)		
ST-elevation myocardial infarction (STEMI)	93	47.69
Non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI)	69	35.39
อาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina)	33	16.92
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน		
6 เดือน – 1 ปี	19	9.74
1 ปี – 5 ปี	94	48.21
5 ปี – 10 ปี	65	33.33
มากกว่า 10 ปี	17	8.72
การรักษา		
การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent)	1	0.51
การสวนหัวใจ (CAG) และยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets)	28	14.36
การขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) และยาต้านเกร็ดเลือด (Antiplatelets)	162	83.08
อื่นๆ (การให้ยาละลายลิ่มเลือดร่วมกับการสวนหัวใจ)	4	2.05
จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ		
หลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 1 เส้น (SVD)	69	35.38
หลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 2 เส้น (DVD)	63	32.31
หลอดเลือดหัวใจตีบ จำนวน 3 เส้น (TVD)	63	32.31

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยารักษาโรคกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*		
ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์ angiotensin converting to (Angiotensin-converting enzyme inhibitors, ACEI)	121	62.05
ยากลุ่มปิดกั้นการทำงานของตัวรับแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blockers, ARBs)	14	7.18
ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta Blocker)	170	87.18
ยาต้านแคลเซียม (Calcium Channel Blockers, CCB)	29	14.87
กลุ่มยาต้านเกร็ดเลือด	190	97.44
ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation)	16	8.21
ยาขยายหลอดเลือดในกลุ่มไนเตรต	56	28.72
ยาลดอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Antianginal agent)	13	6.67
ยาลดไขมัน	189	96.92
โรคประจำตัว/โรคร่วม		
ไม่มีโรคประจำตัว	24	12.31
1 โรค	36	18.46
2 โรค	74	37.95
3 โรค	52	26.67
มากกว่า 3 โรค	9	4.62
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักน้อยหรือผอม (น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร ²)	8	4.10
ปกติ (18.5 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	45	23.08
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	47	24.10
โรคอ้วนระดับที่ 1 (25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	64	32.82
โรคอ้วนระดับที่ 2 (มากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร ²)	31	15.90

* ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้มากกว่า 1 ชนิด

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.51 มีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด (ผู้สูงอายุ) คิดเป็นร้อยละ 63.59 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 62.11 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.28 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.36 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.46 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 41.54 มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้สิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 56.92 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 49.23 และไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 43.08 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) คิดเป็นร้อยละ 47.69 และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.21 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยหัตถการการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) คิดเป็นร้อยละ 83.08 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีหลอดเลือดหัวใจตีบจำนวน 1 เส้น คิดเป็นร้อยละ 35.38 กลุ่มตัวอย่างได้รับกลุ่มยาต้านเกร็ดเลือด ยาลดไขมัน และยากกลุ่มปิดกั้นเบต้า คิดเป็นร้อยละ 97.44, 96.92 และ 87.18 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีประวัติโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 87.69 และมากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงระหว่าง 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร² (โรคอ้วนระดับที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 32.82

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การแปลผล
27.00 – 62.99	2	1.03	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับต่ำ
63.00 – 98.99	69	35.38	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับปานกลาง
99.00 – 135.00	124	63.59	มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับสูง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.59 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.38 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.03

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน)

พฤติกรรมกร รับประทานอาหาร	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
ด้านการเลือกชนิดของ อาหารเพื่อรับประทาน	9.00 – 45.00	33.48	4.43	มีพฤติกรรมการเลือกชนิด ของอาหารเพื่อรับประทาน ระดับสูง
ด้านลักษณะพฤติกรรม การรับประทานอาหาร	10.00 – 55.00	40.98	5.03	มีลักษณะพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเพื่อ สุขภาพระดับสูง
ด้านอาหารที่ผู้ป่วย รับประทาน	8.00 – 40.00	26.52	4.70	อาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน เพื่อสุขภาพระดับปานกลาง
โดยรวม	27.00 – 135.00	100.98	12.39	มีพฤติกรรมการ รับประทานอาหารเฉพาะ โรคระดับสูง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ด้านลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.48 (SD = 4.43) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทานระดับสูง ด้านลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.98 (SD = 5.03) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพระดับสูง ด้านอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.52 (SD = 4.70) แสดงว่าอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานเพื่อสุขภาพระดับปานกลาง พฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 100.98 (SD = 12.39) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคระดับสูง

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0 - 6	0	0.00	มีความรู้ระดับต่ำ
7 - 13	20	10.26	มีความรู้ระดับปานกลาง
14 - 20	175	89.74	มีความรู้ระดับสูง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.26 และมีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 89.74

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ความรู้	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
ความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	0.00 – 20.00	16.48	2.16	มีความรู้ระดับสูง

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.48 (SD = 2.16) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดระดับสูง

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ค่าคะแนนที่เป็น จริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
0.00 – 26.66	1	0.51	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย
26.67 – 53.33	121	62.05	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง
53.34 – 80.00	73	37.44	การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับมาก

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 0.51 การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.05 และมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 37.44



ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน)

การรับรู้ความเจ็บป่วย	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
1. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด				
1.1 ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย	0.00 – 10.00	6.90	2.04	มาก
1.2 ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค	0.00 – 10.00	9.80	0.85	มาก
1.3 ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรค	0.00 – 20.00	10.59	3.59	ปานกลาง
1.4 ด้านลักษณะอาการของโรค	0.00 – 10.00	3.20	2.72	น้อย
2. การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์				
2.1 ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0.00 – 10.00	6.70	1.93	มาก
2.2 ด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย	0.00 – 10.00	6.82	2.06	มาก
3. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	0.00 – 10.00	5.80	1.49	ปานกลาง
โดยรวม	0.00 – 80.00	49.81	9.54	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วย 1) การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด ประกอบด้วยด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.90 (SD = 2.04) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วยระดับมาก ด้านระยะเวลาการดำเนินโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.80 (SD = 0.85) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านระยะเวลาการดำเนินโรคระดับมาก ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.59 (SD = 3.59) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรคระดับปานกลาง ด้านลักษณะอาการของโรคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 (SD = 2.72) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านลักษณะอาการของโรคระดับน้อย 2) การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วย ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.70 (SD = 1.93) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับมาก ด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.82 (SD = 2.06) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับมาก

3) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.80 ($SD = 1.49$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยระดับปานกลาง การรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 49.81 ($SD = 9.54$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยระดับปานกลาง

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนแรงงใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($n = 195$ คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
16.00 – 42.66	3	1.54	แรงงใจระดับต่ำ
42.67 – 69.33	33	16.92	แรงงใจระดับปานกลาง
69.34 – 96.00	159	81.54	แรงงใจระดับสูง

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงงใจระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.54 แรงงใจระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 16.92 และแรงงใจระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.54

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงงูใจของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน)

แรงงูใจ	ค่าคะแนน ที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
แรงงูใจภายใน	2.00 – 12.00	9.08	1.42	สูง
การกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง	2.00 – 12.00	9.79	1.32	สูง
การกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง	3.00 – 18.00	15.74	1.78	สูง
การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม	3.00 – 18.00	9.35	2.76	ปานกลาง
การกำกับจากภายนอก	3.00 – 18.00	15.99	1.77	สูง
การขาดแรงงูใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง	3.00 – 18.00	16.06	2.53	สูง
โดยรวม	16.00 – 96.00	76.03	8.63	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงงูใจ ด้านแรงงูใจภายในมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.08 (SD = 1.42) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงงูใจภายในในระดับสูง ด้านการกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.79 (SD = 1.32) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเองระดับสูง ด้านการกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.74 (SD = 1.78) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเองระดับสูง ด้านการกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.35 (SD = 2.76) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอมระดับปานกลาง ด้านการกำกับจากภายนอกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.99 (SD = 1.77) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการกำกับจากภายนอกระดับสูง การขาดแรงงูใจหรือการไม่มีการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.06 (SD = 2.53) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างขาดแรงงูใจหรือการไม่มีการกำกับตนเองในระดับสูง แรงงูใจโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.03 (SD = 8.63) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงงูใจระดับสูง

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
12.00 – 36.99	2	1.03	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
37.00 – 60.99	38	19.49	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
61.00 – 84.00	155	79.49	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 1.03 การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 19.49 และการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 79.49

ตารางที่ 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายด้านและโดยรวม (n = 195 คน)

การสนับสนุนทางสังคม	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
ครอบครัว	4.00 – 28.00	25.52	2.96	สูง
เพื่อน	4.00 – 28.00	18.62	3.88	ปานกลาง
บุคคลสำคัญอื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน	4.00 – 28.00	17.46	3.18	ปานกลาง
โดยรวม	12.00 – 84.00	67.43	9.09	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม ด้านครอบครัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.52 (SD = 2.96) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวระดับสูง ด้านเพื่อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 18.62 (SD = 3.88) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนระดับปานกลาง ด้านบุคคลอื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.46 (SD = 3.18) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญอื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 67.43 (SD = 9.09) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ค่าคะแนนที่เป็นจริง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แปลผล
6.00 – 13.99	1	0.51	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ
14.00 – 21.99	32	16.41	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง
22.00 – 30.00	162	83.08	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 0.51 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 16.41 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.80

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ค่าคะแนนที่เป็นจริง	Mean	SD	การแปลผล
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	6.00 – 30.00	25.73	3.79	การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25.73 (SD = 3.79) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

ตารางที่ 16 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

คะแนน	Min	Max	Mean	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	54	124	100.98	12.39	ระดับสูง
ความรู้	9	20	16.48	2.16	ระดับสูง
การรับรู้การเจ็บป่วย	26	74	49.81	9.54	ระดับปานกลาง
แรงจูงใจ	37	91	76.03	8.63	ระดับสูง
การสนับสนุนทางสังคม	31	84	67.43	9.09	ระดับสูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	13	30	25.73	3.79	ระดับสูง

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ระดับสูง คือมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 100.98 (SD = 12.39) มีความรู้โดยรวมอยู่ระดับสูง คือมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 16.48 (SD = 2.16) มีการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง คือมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การเจ็บป่วยเท่ากับ 49.81 (SD = 9.54) มีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ระดับสูง คือมีคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจเท่ากับ 76.03 (SD = 8.63) มีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระดับสูง คือมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 67.43 (SD = 9.09) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ระดับสูง คือมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเท่ากับ 25.73 (SD = 3.79)

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการรับรู้ การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้ สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17 – 18

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
การรับรู้การเจ็บป่วย	.178*	.013	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด			
ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย	.058	.424	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค	-.056	.438	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านประสิทธิภาพการรักษาการ	.170*	.017	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
เจ็บป่วย/การควบคุมโรค			
ด้านลักษณะอาการของโรค	.102	.158	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์			
ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการ	.121	.091	ไม่มีความสัมพันธ์
เจ็บป่วย			
ด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมา	.091	.206	ไม่มีความสัมพันธ์
จากความเจ็บป่วย			
ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	.215**	.003	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

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

ตารางที่ 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้านระหว่าง การรับรู้การเจ็บป่วย แรงงูใจ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน) (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
แรงงูใจ	.330**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
แรงงูใจภายใน	.243**	.001	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การกำกับจากการเห็นสิ่งที่	.256**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
สอดคล้องในตนเอง			
การกำกับจากการเห็น	.168*	.019	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ความสำคัญด้วยตนเอง			
การกำกับจากการถูกกดดันให้	.271**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ยินยอม			
การกำกับจากภายนอก	.316**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การขาดแรงงูใจหรือการไม่มี	.220**	.002	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
การกำกับตนเอง			
การสนับสนุนทางสังคม	.114	.113	ไม่มีความสัมพันธ์
ครอบครัว	.131	.067	ไม่มีความสัมพันธ์
เพื่อน	.064	.376	ไม่มีความสัมพันธ์
บุคคลอื่นๆ นอกเหนือจาก	.107	.135	ไม่มีความสัมพันธ์
ครอบครัวและเพื่อน			

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

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยรายด้าน ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยด้านการรู้คิด ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรค ($r = .170$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ($r = .058$), ด้านระยะเวลาการดำเนินโรค ($r = -.056$), ด้านลักษณะอาการของโรค ($r = .102$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์

ด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ($r = .121$), ด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วย ($r = .091$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = .215$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แรงจูงใจรายด้าน พบว่า การกำกับจากภายนอก ($r = .316$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ด้านแรงจูงใจภายใน ($r = .243$) และ ด้านการกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง ($r = .256$) และ ด้านการกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง ($r = .168$) และ การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม ($r = .271$) และ การขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง ($r = .220$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า ไม่มีรายด้านใดของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงงูใจ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 195 คน)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	การแปลผล
ความรู้	.108	.132	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้การเจ็บป่วย	.178*	.013	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
แรงงูใจ	.330**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.114	.113	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.324**	.000	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

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

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงงูใจ ($r = .330$) และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .324$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การรับรู้การเจ็บป่วย ($r = .178$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ ($r = .108$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .114$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สันของ Cohen (1988)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงบรรยาย (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) ชนิด non-ST elevation myocardial infarction (non-STEMI) และผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ (Unstable angina) ภายหลังได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลศิริราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 195 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองในช่วงระหว่างเดือน พฤษภาคม 2565 ถึง เดือนสิงหาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยแบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.94, 1.0, 1.0, 0.97, 1.0 และ 0.95 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ

แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด ตรวจสอบความเที่ยงแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80, .73, .91, .96 และ .87 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ชนิดของกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรักษา จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ ยารักษาโรคกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว/โรคร่วม น้ำหนัก ส่วนสูง และดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 3

2. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความรู้ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4 - 16

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17 - 18

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80.51 มีอายุมากกว่า 60 ปีมากที่สุด (ผู้สูงอายุ) คิดเป็นร้อยละ 63.59 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 62.11 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.28 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.36 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.46 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 41.54 มากกว่าครึ่งหนึ่งใช้สิทธิการรักษาโดยใช้สวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 56.92 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประวัติเคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 49.23 และไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 43.08 เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI) คิดเป็นร้อยละ 47.69 และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.21 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยหัตถการการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous coronary intervention, PCI) คิดเป็นร้อยละ 83.08 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการตีบของหลอดเลือดหัวใจจำนวน 1 เส้น คิดเป็นร้อยละ 35.38 กลุ่มตัวอย่างได้รับกลุ่มยาต้านเกร็ดเลือด ยาลดไขมัน และยากกลุ่มปิดกั้นเบต้า คิดเป็นร้อยละ 97.44, 96.92 และ 87.18 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 1 ใน 3 มีประวัติโรคประจำตัว 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 37.95 และมากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงระหว่าง 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร² (โรคอ้วนระดับที่ 1) คิดเป็นร้อยละ 32.82

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.59 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.38 และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.03 โดยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 100.98 (SD = 12.39)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ แรงจูงใจ ($r = .330$) และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .324$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้การเจ็บป่วย ($r = .178$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

อาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน ความรู้ ($r = .108$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .114$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูง โดยคิดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 100.98 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.39 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีพฤติกรรมการเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทานระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.48 ($SD = 4.43$) ด้านลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหาร กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีลักษณะพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.98 ($SD = 5.03$) ด้านอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน อาหารที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรับประทานเพื่อสุขภาพระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.52 ($SD = 4.70$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีซึ่งเป็นผู้สูงอายุ เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.21 มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 45.64 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($Mean = 16.48$, $SD = 2.16$) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรค การรักษา การเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตภายหลังจากเป็นโรค ดังนั้นผู้ป่วยจึงพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (Spoletini et al., 2020) ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ปลา

ผัก ผลไม้ และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลและไขมันสูง (Zhu et al., 2012) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.28 ทำให้ผู้ป่วยมีคู่สมรสคอยสนับสนุนและจัดเตรียมอาหารให้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคอยู่ในระดับสูง

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พนารัตน์ ศรีฉายา (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี (Mean = 49.28, SD = 4.68) และ การศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับสูง (Mean = 118.27, SD = 6.83) นอกจากนี้การศึกษาของ Bennett et al. (2016) พบว่า ภายหลังออกจากโรงพยาบาลในระยะแรก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น และ Marques-Vidal et al. (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหารโดยมีคะแนนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น รับประทานผักและโปรตีนมากขึ้น และความถี่ของการรับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ แรงจูงใจ ($r = .330$) และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = .324$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การรับรู้การเจ็บป่วย ($r = .178$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความรู้ ($r = .108$) และ การสนับสนุนทางสังคม ($r = .114$) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ดังนี้

1.1 ความรู้กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมในระดับสูง (Mean = 16.48, SD = 2.16) มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 45.64 สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมกล่าวว่า ความรู้คือความสามารถของบุคคล ซึ่งความรู้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของบุคคลและสังคม (Bandura, 1988; Bandura, 2008) แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.59 ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของอาหารลดลง เช่น การรับรสและการดมกลิ่น เป็นต้น (Boyce & Shone, 2006; Mann & Truswell, 2017) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีรสจัดมากขึ้น โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม (Sergi et al., 2017) ทำให้ผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารและเปลี่ยนแปลงยาก เนื่องจากความชอบและรสชาติของอาหาร (Whitelock & Ensaff, 2018) ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลคือรับประทานแล้วอร่อย และความเคยชินที่รับประทานอาหารเหล่านั้นมาเป็นระยะเวลานาน (พระคมสัน วิฑิตเมธโส และคณะ, 2560) แสดงว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ขึ้นอยู่กับความรู้ นอกจากนี้มากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 38.46 และไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 41.54 ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการจัดหาอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ พนารัตน์ ศรีฉายา (2562) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องอาหารสูงจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคระดับสูง นอกจากนี้ อมรรัตน์ และคณะ (2560) ศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการในกึ่งชนบทจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งหมายถึงหากตัวอย่างมีความรู้ทางโภชนาการในระดับดีจะทำให้มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี ส่วน Perera and Samarawickrama (2015) ศึกษาความรู้ เจตคติ และแนวปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ Sari et al. (2021) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.2 การรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .178, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การรับรู้การเจ็บป่วยรายด้าน ได้แก่ ด้านประสิทธิภาพการรักษาการเจ็บป่วย/การควบคุมโรค ($r = .170$) ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ($r = .215$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.64 และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ระหว่าง 1 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.21 ร่วมกับพบว่าด้านระยะเวลาการดำเนินโรคมียะแ่นระดับมาก (Mean = 9.80, SD = 0.85) ซึ่งระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนาน อาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการค้นหาข้อมูล มีโอกาสเรียนรู้ จึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจความเจ็บป่วยและมีการรับรู้การเจ็บป่วยว่าสาเหตุหนึ่งของโรคมาจากอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (Zobernienė & Skarbalienė, 2019) นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม ร้อยละ 87.70 ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าจะต้องมีการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค กลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบต่อการเจ็บป่วยระดับมาก (Mean = 6.90, SD = 2.04) เพราะผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด (Al-Smadi et al., 2016; Yan et al., 2011) และผู้ป่วยรับรู้ว่าโรคส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Ganz et al., 2022) อีกทั้งผู้ป่วยรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพจะช่วยลดผลกระทบของโรคต่อการดำเนินชีวิต (Singh et al., 2011) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านความกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และด้านอารมณ์โดยรวมที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยระดับมาก (Mean = 6.70, SD = 1.93, Mean = 6.82, SD = 2.06) นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ร้อยละ 83.08 ทำให้ด้านลักษณะอาการมีคะแนนน้อย (Mean = 3.20, SD = 2.72) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 49.81, SD = 9.54) ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยและภาวะคุกคามของโรคจึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Nur (2018) ที่ศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ Mosleh and Almalik (2016) ที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยในระดับสูงจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้การศึกษาของ Thagizadeh et al. (2022) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่มากจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพสูง

1.3 แรงจูงใจกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .330$, $p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1994) กล่าวว่า แรงจูงใจสร้างขึ้นจากการรับรู้ของบุคคล บุคคลใช้แรงจูงใจในการกระตุ้นตนเองและเป็นแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์แรงจูงใจรายด้าน ได้แก่ การกำกับจากภายนอก ($r = .316$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ด้านแรงจูงใจภายใน ($r = .243$), ด้านการกำกับจากการเห็นสิ่งที่สอดคล้องในตนเอง ($r = .256$), ด้านการกำกับจากการเห็นความสำคัญด้วยตนเอง ($r = .168$), การกำกับจากการถูกกดดันให้ยินยอม ($r = .271$) และการขาดแรงจูงใจหรือการไม่มีการกำกับตนเอง ($r = .220$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากเกือบครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอยู่ระหว่าง 1–5 ปี ร้อยละ 48.21 ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต (Ibanez et al., 2017) อาจช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเรียนรู้ เข้าใจโรคและการดูแลสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วย เพราะแรงจูงใจเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยามีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนและรักษาพฤติกรรมสุขภาพ (Guay et al., 2017) และแรงจูงใจมาจากการตัดสินใจและการไตร่ตรองถึงความสำคัญของ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Kärner et al., 2005) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 76.03, SD = 8.63)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Williams et al. (2005) ที่ศึกษาแรงจูงใจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก พบว่า ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจสูงจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพสูง อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (ยุภา โฟผา และคณะ, 2565) และการศึกษาของ Oftedal et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแรงจูงใจสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพสูง นอกจากนี้ Ljubičić et al. (2022) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหารอย่างสมดุล ทั้งในเรื่องปริมาณและการเลือกชนิดอาหาร และการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพราะแรงจูงใจเป็นเจตจำนงของบุคคลหรือความมุ่งมั่นในการกระทำและเป็นปัจจัยทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Slovinec D'Angelo et al., 2014)

1.4 การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษานี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นๆ นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยมีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.59 และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 71.28 ซึ่งการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีคู่สมรส บุตร และญาติเป็นผู้คอยดูแล เนื่องจากสังคมไทยให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัว และมีความกตัญญูต่อบุพการี จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวระดับสูง (Mean = 25.52, SD = 2.96) ซึ่งบุตรหลานที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานนอกบ้าน จึงให้ดูแลและมีการสนับสนุนสิ่งของด้วยการจัดซื้อและจัดหาอาหารที่สะดวกให้กับผู้สูงอายุ (เรียม นมรักษ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับ ทฤษฎีปัญญาสังคม

กล่าวว่า การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและคำแนะนำในระยะแรกจะช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมในระยะยาว และหากการสนับสนุนทางสังคมได้รับการสนับสนุนในลักษณะที่ส่งเสริมการพึ่งพาอาศัยกัน จะเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา (Bandura, 2004) แต่พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง อีกทั้งผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของอาหารลดลง (Boyce & Shone, 2006; Mann & Truswell, 2017) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่มีรสจัดมากขึ้น โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็ม (Sergi et al., 2017) ทำให้ผู้สูงอายุไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากความชอบของตนเอง รสชาติของอาหาร (Whitelock & Ensaff, 2018) และความเคยชินที่รับประทานอาหารเหล่านั้นมาเป็นระยะเวลานาน (พระคมสัน วิฑูรเมธโส และคณะ, 2560) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนด้านอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 26.52, SD = 4.70) และพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคอ้วนระดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 32.82 ซึ่งอาจเกิดจากการที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อย ประกอบกับผู้สูงอายุมีความต้องการใช้พลังงานที่ลดลง นอกจากนี้พบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 38.46, 41.54 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำอาจได้รับการสนับสนุนที่ไม่เหมาะสมหรือมีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (Weyers et al., 2008) และครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าถึงอาหารได้มากกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี (พัชรวดี อรรถวิวัฒนากุล, 2561) และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิการรักษาสวัสดิการข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 56.92 ซึ่งเป็นได้รับการสนับสนุนด้านการบริการสาธารณสุขจากภาครัฐ ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล (พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518, 2553) จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมระดับสูง (Mean = 67.43, SD = 9.09) แต่ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับครอบครัวมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตน เช่น ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญการมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว พบปะครอบครัว ทำให้ละเลยการควบคุมพฤติกรรมรับประทาน (Dilla et al., 2020) อีกทั้งในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไปทำงาน ไปสังสรรค์นอกบ้าน การควบคุมพฤติกรรมรับประทานจึงควบคุมได้ยาก เนื่องจากมีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร (Sharp & Salyer, 2012)

ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Om et al. (2013) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการศึกษาของ สุมาพร สุจำนงค์ และคณะ (2556) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ Teleki et al. (2019) ศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าได้รับการยอมรับ การดูแล และการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (Laiou et al., 2020)

1.5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ($r = .324, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง 25.73 ($SD = 3.79$) ซึ่งถ้าผู้ป่วยที่มีความมั่นใจในการเลือกอาหารแสดงว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีและรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ (Gilbert et al., 2019) สอดคล้องกับทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura (1997) กล่าวว่า ผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลต่อความสำเร็จของบุคคลสูง โดยกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ จะมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค แต่บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะไม่มั่นใจต่อการกระทำของตน และพยายามหลีกเลี่ยงต่อการเผชิญปัญหา นอกจากนี้พบว่าในสถานการณ์ที่มีปัญหาหากผู้ป่วยมีกระบวนการแก้ปัญหาที่ดี และมีสมรรถนะแห่งตนสูงผู้ป่วยจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (King et al., 2010) และในภาวะที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล หากผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือมีสมรรถนะแห่งตนสูงผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Sarkar et al., 2007) ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการศึกษาของ Castillo-Mayén et al. (2020) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ นอกจากนี้ Rokhmah et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และ Guertin et al. (2015) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการสร้างใจแข็งแรง ส่งเสริมให้กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนในการเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น ทักษะคิด อุปสรรค ภาวะซึมเศร้า การจัดการตนเอง เป็นต้น ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ควรศึกษาเพิ่มเติมเนื่องจากการวิจัยนี้ทำการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร จึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับวัฒนธรรมทางสังคมและบริบทของสังคมเมือง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิต และให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง

บรรณานุกรม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานผลการศึกษา โครงการทบทวน

สถานการณ์และผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2560 - 2562.

<http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13870&tid=&gid=1-015-005>

เกื้อกูล โอฬารวัฒน์. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลทั่วไป [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/61343>

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จันทนา หล่อตระกูล. (2549). การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).

<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/51581>

จิตติพร วิชิตธงไชย. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจ ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *Srinagarind Medical Journal*, 27(4), 340-346.

จินตนา นาคพิน. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสที่ไม่ยกที่มีโรคร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 4(1), 28-39

จิราภรณ์ นาสูงชน. (2552). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น].

Digital Research Information Center.

https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/KKU.the.2009.362

แจ่มจันทร์ ประทีปมโนวงศ์, สุรสิทธิ์ ช่วยบุญ และณฤทัย นฤมานโกสิน. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนหัวใจผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ : กรณีศึกษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 30(2), 2-14.

ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา]. Thai Digital Collection. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/>

- ณัฐกานต์ ช่างเหล็ก. (2552). พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัว แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]. Digital Research Information Center.
<https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/238072>
- ณัฏฐกร เฉลิมแดน. (2563). พฤติกรรมผู้บริโภคในการสั่งอาหารแบบเดลิเวอรี่ผ่านโมบายแอปพลิเคชันช่วงเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ในเขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of Industrial Business Administration*, 2(1), 92-106.
- ดวงกมล วัตราคูล. (2558). การประเมินผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคูล และกนกพร แจ่มสมบูรณ์ (บ.ก.), *การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ* (น. 34-83). สุขุมวิทการพิมพ์.
- ธีรวิทย์ วราธรไพบูลย์. (2557). พฤติกรรมการบริโภค: อาหารนิยมบริโภคกับอาหารเพื่อสุขภาพ. *Panyapiwat Journal*, 5(2), 255-264.
- นคร บุญมี. (2557). การผ่าตัด Coronary artery bypass graft. ใน กัมปนาท วีรกุล และจิตติ ไขษิตชัยวัฒน์ (บ.ก.), *7R การลดอัตราการตายในโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน* (น. 269-277). นนทบุรี: ศรีนคร ดีไซน์ พรินติ้ง.
- นพวรรณ บุญบำรุง. (2558). การส่งเสริมโภชนาการผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด: การกำหนดอาหารสำหรับผู้ป่วยโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 8(1), 10-23.
- ปชาณัฐ ตันติโกสม. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการพฤติกรรมต่อไขมันในเลือดของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนหรือการผ่าตัดทางเบี่ยง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).
https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/33402/1/pachanut_ta.pdf
- ปณิชา พลพินิจ, อารมณ์ ดินาน และวิภา วิเสโส. (2563). การวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(2), 40-51.
- ประเสริฐศักดิ์ โพธิ์ทอง. (2565). ผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ต่อพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป. *Journal of Management Science Review*, 24(3), 263-273.

- ปาริชาติ คงเสื่อ. (2556). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/43370>
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2566). อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.
https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/Brochure_files/81_1Nh9r9.pdf
- พนารัตน์ ศรีฉายา, ปชาณัฐ นันทไทยวิกุล และยุพิน อังสุโรจน์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 527-543.
- พนารัตน์ ศรีฉายา. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <https://library.car.chula.ac.th/record=b2156653>
- พระคมสัน จิตเมธโส, เดช ชูจิตต์ และปิยวรรณ หอมจันทร์. (2560). หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. *Journal of MCU Social Science Review*, 6(2-05), 449-460.
- พระราชบัญญัติการกำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการจ่ายเงินบางประเภทตามงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2518. (2553, 2 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา ฉบับพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553. เล่ม 127 ตอนที่ 23 ก. หน้า 1-8.
https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/page/53_phrd_enginswasdikaarekiiwkabkaaraksaaphyaabaal_2553.pdf
- พัชรชาติ อรรถวิวัฒนากุล. (2561). การศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหินผุด อำเภอบ้านนา จังหวัดสงขลา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(2), 1-14.
- พัชรี รมताल, สุกัญญา สบายสุข, กฤษดา จนวนวันเพ็ญ และอรสา ไพรรณ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง STEMI ใน เกรียงไกร เฮงรัศมี และ กนกพร แจ่มสมบูรณ์ (บ.ก.), *มาตรฐานการรักษามื้อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน* 2555 (น. 32-34). สุขุมวิทการพิมพ์.
- พิชิต พันธ์วัฒนา. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเมืองวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. *JOURNAL OF THE OFFICE OF DPC7 KHON KAEN*, 26(2), 93-103.

- พิมพ์ เทพวัลย์. (2553). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยมหิดล]. Digital Research Information Center.
<https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/269033>
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราคุลย์ และกนกพร แจ่มสมบุญ. (2560). มาตรฐานการพยาบาล CVT : แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ. สุขุมวิทการพิมพ์.
- ยุภา โปฬา, สุวิมล แสนเวียงจันทร์, มณฑา ลิ้มทองกุล, ศิปปา ภูมิภักษ์, กัลยภรณ์ เขียวโพธิ์ และสุจิตรา หัตถ์ชัย. (2565). อุปสรรคและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่อ้วนลงพุง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(1), 24-34.
- รัตนา นิลเลื่อม, อัญชลี แก้วสระศรี และพิชญ์วิรัช สิ้นสวัสดิ์. (2560). บทบาทพยาบาลในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 28(2), 28-37.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554. นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วชิราภรณ์ สุนนวงศ์, อาภรณ์ ดินาน, สงวน ธาณี, สมสมัย รัตนกริยากุล และชัชวาล วัฒนกุล. (2557). การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (ระยะที่ 1). Burapha University Research Report.
<http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/1619>
- วรมนต์ บำรุงสุข. (2548). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ : โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี. L.T. Press.
- วรินทร์ พรหมสนธิ์, ยุพิน อังสุโรจน์ และระพีณ ผลสุข. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).
<http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/58404>
- วาทีณี คุณเผือก, พเยาว์ ฝ่อนสุข, ภาวิน ตันตยาภิรักษ์, สุลัดดา พงษ์อุทธา. (2558). สถานะสุขภาพพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และสภาพแวดล้อมด้านอาหารที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ใน สุลัดดา พงษ์อุทธา และวาทีณี คุณเผือก (บ.ก.), อาหารและโภชนาการในประเทศไทย: เราอยู่ตรงจุดใดในปัจจุบัน (น. 16-44). แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ.
- วิชัย เอกพลากร, กนิษฐา ไทยกล้า และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2557). พฤติกรรมสุขภาพ ใน วิชัย เอกพลากร (บ.ก.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 (น. 45-132). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันโรคทรวงอก. (2563). *สรุปผลงานการลงข้อมูล THAI ACS Registry ปีงบประมาณ 2563*.

THAI ACS REGISTRY.

http://ncvdt.org/document/THAIACSREGISTRY_2563_edited_March11.pdf

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*.

http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%202104.pdf

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2563). *แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563 (Thai Acute Coronary Syndromes Guidelines 2020)*.

http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Thai%20ACS%20Guidelines%202020.pdf

สมคิด เผ่าผา. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา 3 ราย. *ยโสธรเวชสาร*, 20(1), 42-54.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). *การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560*.

<http://www.nso.go.th/sites/2014>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *สำรวจผลกระทบจากสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ต่อครัวเรือนในประเทศไทย พ.ศ. 2565*.

https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/%E0%B8%94%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A1/%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%82%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E/%E0%B8%9C%E0%B8%A5%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%97%E0%B8%9A%E0%B8%88%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%9419/fullreport_covid_65.pdf

สำนักโภชนาการ. (2556). *Country Policy Analysis Nutrition Impact of Agriculture and Food Systems Thailand 2013*.

http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/article/article_20161116134245.pdf

สำนักโภชนาการ. (2563). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563
DIETARY REFERENCE INTAKE FOR THAIS 2020.

<http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/dri2563.pdf>

สิริรัตน์ ลิลาจรัส และพิสมัย อรทัย. (2554). ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 1-17.

สุทิพย์ ประทุม และสร้อยณี อุเสียนาง. (2565). การยอมรับเทคโนโลยีสารสนเทศในยุควิถีชีวิตใหม่. *วารสารละศรี*, 6(1), 1-18.

สุภาวรรณ ชินพันธุ์, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, สมบัติ อ่อนศิริ และเอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีบซ้ำของหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ใส่ขดลวดค้ำยัน. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 218-226.

สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี. *Journal of Health and Nursing Research (Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok)*, 29(2), 20-30. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/28965>

หทัยชนก ไชยวรรณ และเลิศชัย เจริญธัญรักษ์. (2558). ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดและพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุอำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1051-1059.

อมรรัตน์ นระสนธิ์, นพวรรณ เปียเชื้อ และไพลิน พิณฑอง. (2560). ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการในชุมชนกึ่งชนบท จังหวัดอุบลราชธานี. *Ramathibodi Nursing Journal*, 23(3), 344-357.

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

https://tdc.thailis.or.th/tdc/browse.php?option=show&browse_type=title&titleid=212546

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์, อารณ ดินาน และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3), 41-53.

ภาษาอังกฤษ

- Akil, L., & Ahmad, H. A. (2011). Relationships between obesity and cardiovascular diseases in four southern states and Colorado. *J Health Care Poor Underserved*, 22(4 Suppl), 61-72. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0166>
- Al-Smadi, A. M., Ashour, A., Hweidi, I., Gharaibeh, B., & Fitzsimons, D. (2016). Illness perception in patients with coronary artery disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 633-648. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ijn.12494>
- Al Hamarneh, Y. N., Crealey, G. E., & McElroy, J. C. (2011). Coronary heart disease: health knowledge and behaviour. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33(1), 111-123. <https://doi.org/10.1007/s11096-010-9467-9>
- Albus, C., Waller, C., Fritzsche, K., Gunold, H., Haass, M., Hamann, B., Kindermann, I., Köllner, V., Leithäuser, B., Marx, N., Meesmann, M., Michal, M., Ronel, J., Scherer, M., Schrader, V., Schwaab, B., Weber, C. S., & Herrmann-Lingen, C. (2019). Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018. *Clinical Research in Cardiology*, 108(11), 1175-1196. <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>
- Alm-Roijer, C., Fridlund, B., Stagmo, M., & Erhardt, L. (2006). Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication. *The Journal of cardiovascular nursing*, 21(5), E24-31. <https://doi.org/10.1097/00005082-200609000-00015>
- Alsén, P., Brink, E., & Persson, L.-O. (2008). Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 17(5a), 25-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02136.x>
- Ambrose, J. A., & Singh, M. (2015). Pathophysiology of coronary artery disease leading to acute coronary syndromes. *F1000Prime Rep*, 7, 08. <https://doi.org/10.12703/p7-08>

American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H. A., Franklin, B., Kris-Etherton, P., Harris, W. S., Howard, B., Karanja, N., Lefevre, M., Rudel, L., Sacks, F., Van Horn, L., Winston, M., & Wylie-Rosett, J. (2006). Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*, 114(1), 82–96.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176158>

Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., Jaffe, A. S., Jneid, H., Kelly, R. F., Kontos, M. C., Levine, G. N., Liebson, P. R., Mukherjee, D., Peterson, E. D., Sabatine, M. S., Smalling, R. W., & Zieman, S. J. (2014). 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes. *Circulation*, 130(25), e344-e426.

<https://doi.org/doi:10.1161/CIR.0000000000000134>

Andrés, E., Cordero, A., Magán, P., Alegria, E., León, M., Luengo, E., Botaya, R. M., García Ortiz, L., & Casasnovas, J. A. (2012). Long-term mortality and hospital readmission after acute myocardial infarction: an eight-year follow-up study. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*, 65(5), 414-420.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.009>

Andrikopoulos, G., Tzeis, S., Nikas, N., Richter, D., Pipilis, A., Gotsis, A., Tsaknakis, T., Kartalis, A., Kitsiou, A., Toli, K., Mantas, I., Olympios, C., Pras, A., Lampropoulos, S., Oikonomou, K., Pappas, C., Kranidis, A., Anastasiou-Nana, M., Triposkiadis, F., Goudevenos, I., Theodorakis, G., & Vardas, P. (2013). Short-term outcome and attainment of secondary prevention goals in patients with acute coronary syndrome—Results from the countrywide TARGET study. *International Journal of Cardiology*, 168(2), 922-927.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.049>

Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189.

<https://doi.org/10.1080/08870440008400299>

- Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., Himmelfarb, C. D., Khera, A., Lloyd-Jones, D., McEvoy, J. W., Michos, E. D., Miedema, M. D., Muñoz, D., Smith, S. C., Virani, S. S., Williams, K. A., Yeboah, J., & Ziaeian, B. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 140(11), e596-e646.
<https://doi.org/doi:10.1161/CIR.0000000000000678>
- Bandura, A. (1986). The Explanatory and Predictive Scope of Self-Efficacy Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.
<https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>
- Bandura, A. (1988). Organisational Applications of Social Cognitive Theory. *Australian Journal of Management*, 13(2), 275-302.
<https://doi.org/10.1177/031289628801300210>
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *Am J Health Promot*, 12(1), 8-10. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.8>
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Bandura, A. (2008). *Social cognitive theory of mass communication*. In J. Bryant & M. B. Oliver (Eds.), *Media Effects: Advances in Theory and Research* (pp. 94-124). New York, NY: Routledge.
- Bennett, P., Gruszczynska, E., & Marke, V. (2016). Dietary and exercise change following acute cardiac syndrome onset: A latent class growth modelling analysis. *J Health Psychol*, 21(10), 2347-2356.
<https://doi.org/10.1177/1359105315576351>

- Bergheanu, S. C., Bodde, M. C., & Jukema, J. W. (2017). Pathophysiology and treatment of atherosclerosis. *Netherlands Heart Journal*, 25(4), 231-242.
<https://doi.org/10.1007/s12471-017-0959-2>
- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Hamandi, A., & Mowafi, M. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases*. PGDA Working Papers 8712, Program on the Global Demography of Aging.
- Boyce, J. M., & Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*, 82(966), 239-241. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2005.039453>
- Brandhorst, S., & Longo, V. D. (2019). Dietary Restrictions and Nutrition in the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Circulation Research*, 124(6), 952-965. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313352>
- Briffa, T., Chow, C. K., Clark, A. M., & Redfern, J. (2013). Improving Outcomes After Acute Coronary Syndrome With Rehabilitation and Secondary Prevention. *Clinical Therapeutics*, 35(8), 1076-1081.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2013.07.426>
- Brinks, J., Fowler, A., Franklin, B. A., & Dulai, J. (2017). Lifestyle Modification in Secondary Prevention: Beyond Pharmacotherapy. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(2), 137-152. <https://doi.org/10.1177/1559827616651402>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631-637.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Brunori, E. H. F. R., Lopes, C. T., Cavalcante, A. M. R. Z., Silva, M. C. d. S. R., Lopes, J. d. L., & Barros, A. L. B. L. d. (2015). Dietary intake and stress in patients with acute coronary syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 810-816.

- Buckland, G., González, C. A., Agudo, A., Vilardell, M., Berenguer, A., Amiano, P., Ardanaz, E., Arriola, L., Barricarte, A., Basterretxea, M., Chirlaque, M. D., Cirera, L., Dorronsoro, M., Egües, N., Huerta, J. M., Larrañaga, N., Marin, P., Martínez, C., Molina, E., Navarro, C., Quirós, J. R., Rodríguez, L., Sanchez, M.-J., Tormo, M.-J., & Moreno-Iribas, C. (2009). Adherence to the Mediterranean Diet and Risk of Coronary Heart Disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 170(12), 1518-1529.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwp282>
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. behavioral publications.
- Carter, K. F., & Kulbok, P. A. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3), 316-330.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02373.x>
- Castillo-Mayén, R., Cano-Espejo, C., Luque, B., Cuadrado, E., Gutiérrez-Domingo, T., Arenas, A., Rubio, S. J., Delgado-Lista, J., Pérez-Martínez, P., & Tabernero, C. (2020). Influence of Self-Efficacy and Motivation to Follow a Healthy Diet on Life Satisfaction of Patients with Cardiovascular Disease: A Longitudinal Study. *Nutrients*, 12(7), 1903. <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/7/1903>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2 ed.): Lawrence Erlbaum Associates.
- Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., Mueller, C., Roffi, M., Rutten, F. H., Sibbing, D., & Siontis, G. C. M. (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 42(14), 1289-1367. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa575>

- Cosentino, F., Grant, P. J., Aboyans, V., Bailey, C. J., Ceriello, A., Delgado, V., Federici, M., Filippatos, G., Grobbee, D. E., Hansen, T. B., Huikuri, H. V., Johansson, I., Jüni, P., Lettino, M., Marx, N., Mellbin, L. G., Östgren, C. J., Rocca, B., Roffi, M., Sattar, N., Seferović, P. M., Sousa-Uva, M., Valensi, P., Wheeler, D. C., & Group, E. S. D. (2019). 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal*, 41(2), 255-323.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz486>
- Costa, I. M. N. B. d. C., Silva, D. G. d., Barreto Filho, J. A. S., Oliveira, J. L. M., Silva, J. R. S., Buarque, M. D. B. M., Nascimento, T., Jorge, J. d. G., Almeida, A. S., Almeida-Santos, M. A., & Sousa, A. C. S. (2019). Diet quality of patients with acute coronary syndrome receiving public and private health care. *Nutrition*, 59, 131-137. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.07.111>
- Cox, V. (2016). *University Students' Eating Behaviours: Implications for the Social Cognitive Theory* [Mount Saint Vincent University].
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development : theory and applications* (3rd ed. ed.) [Non-fiction]. SAGE.
<https://chula.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05085a&AN=chu.b1911413&site=eds-live>
- Dhamani, K. A., & Richter, M. S. (2011). Translation of research instruments: research processes, pitfalls and challenges. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 13(1), 3-13.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Dilla, D., Ian, J., Martin, J., Michelle, H., & Felicity, A. (2020). "I don't do it for myself, I do it for them": A grounded theory study of South Asians' experiences of making lifestyle change after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3687-3700. <https://doi.org/10.1111/jocn.15395>

- Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T. (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 32-41.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x>
- Edwards, M. K., Crush, E., & Loprinzi, P. D. (2018). Dietary Behavior and Predicted 10-Year Risk for a First Atherosclerotic Cardiovascular Disease Event Using the Pooled Cohort Risk Equations Among US Adults. *American Journal of Health Promotion*, 32(6), 1447-1451. <https://doi.org/10.1177/0890117116667159>
- Ergatoudes, C., Thunström, E., Rosengren, A., Björck, L., Bengtsson Boström, K., Falk, K., & Fu, M. (2016). Long-term secondary prevention of acute myocardial infarction (SEPAT) – guidelines adherence and outcome. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16(1), 226. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0400-6>
- EUGenMed, T., Group, C. C. S., Regitz-Zagrosek, V., Oertelt-Prigione, S., Prescott, E., Franconi, F., Gerdts, E., Foryst-Ludwig, A., Maas, A. H. E. M., Kautzky-Willer, A., Knappe-Wegner, D., Kintscher, U., Ladwig, K. H., Schenck-Gustafsson, K., & Stangl, V. (2015). Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. *European Heart Journal*, 37(1), 24-34. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv598>
- Falk, E., Nakano, M., Bentzon, J. F., Finn, A. V., & Virmani, R. (2013). Update on acute coronary syndromes: the pathologists' view. *Eur Heart J*, 34(10), 719-728.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs411>
- Ferketich, S. (1991). Focus on psychometrics. Aspects of item analysis. *Research in nursing & health*, 14(2), 165-168.
- Foussas, S. (2016). Obesity and Acute Coronary Syndromes. *Hellenic Journal of Cardiology*, 57, 63-65. [https://doi.org/10.1016/S1109-9666\(16\)30023-9](https://doi.org/10.1016/S1109-9666(16)30023-9)
- Gaughan, M. (2003). Heart Healthy Eating Self-Efficacy: An Effective Tool for Managing Eating Behavior Change Interventions for Hypercholesterolemia. *Topics in Clinical Nutrition*, 18, 229–244.

- Ghisi, G. L. d. M., Durieux, A., Manfro, W. C., Herdy, A. H., Carvalho, T. d., Andrade, A., & Benetti, M. (2010). Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94, 813-822.
- Ghisi, G. L. d. M., Sandison, N., & Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 443-447. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.002>
- Gilbert, L., Gross, J., Lanzi, S., Quansah, D. Y., Puder, J., & Horsch, A. (2019). How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational diabetes mellitus: an integrative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2185-y>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). Theory, research, and practice in health behavior and health education. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4th ed. (pp. 23-40). Jossey-Bass.
- Greco, A., Brugnera, A., D'Addario, M., Compare, A., Franzelli, C., Maloberti, A., Giannattasio, C., Fattiroli, F., & Steca, P. (2020). A three-year longitudinal study of healthy lifestyle behaviors and adherence to pharmacological treatments in newly diagnosed patients with acute coronary syndrome: hierarchical linear modeling analyses. *Journal of Public Health*, 1-12.
- Greiner, B., Wheeler, D., Croff, J., & Miller, B. (2019). Prior Knowledge of the Mediterranean Diet Is Associated With Dietary Adherence in Cardiac Patients. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 119(3), 183-188. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2019.029>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2018). *Understanding nursing research e-book: Building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
- Guay, F., Marsh, H., McInerney, D. M., & Craven, R. G. (2017). *SELF-Driving Positive Psychology and Wellbeing*. IAP.

- Guertin, C., Rocchi, M., Pelletier, L. G., Émond, C., & Lalande, G. (2015). The role of motivation and the regulation of eating on the physical and psychological health of patients with cardiovascular disease. *Journal of Health Psychology*, 20(5), 543-555. <https://doi.org/10.1177/1359105315573471>
- Guiné Raquel, P. F., Duarte, J., Ferrão, A. C., Ferreira, M., Correia, P., Cardoso, A. P., Bartkiene, E., Szűcs, V., Nemes, L., Ljubičić, M., Černelič-Bizjak, M., Isoldi, K., Kenawy, A. E., Ferreira, V., Straumite, E., Korzeniowska, M., Vittadini, E., Leal, M., Frez-Muñoz, L., Papageorgiou, M., & Djekić, I. (2020). The Eating Motivations Scale (EATMOT): Development and Validation by Means of Confirmatory Factor Analysis (CFA) and Structural Equation Modelling (SEM). *Zdr Varst*, 60(1), 4-9. <https://doi.org/10.2478/sjph-2021-0002>
- Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J.-L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ*, 360, j5855. <https://doi.org/10.1136/bmj.j5855>
- Hammer, Y., Iakobishvili, Z., Hasdai, D., Goldenberg, I., Shlomo, N., Einhorn, M., Bental, T., Witberg, G., Kornowski, R., & Eisen, A. (2018). Guideline-Recommended Therapies and Clinical Outcomes According to the Risk for Recurrent Cardiovascular Events After an Acute Coronary Syndrome. *Journal of the American Heart Association*, 7(18), e009885. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009885>
- Havik, O. E., & Mæland, J. G. (1987). Knowledge and expectations: Perceived illness in myocardial infarction patients. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28(4), 281-292. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1987.tb00765.x>
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 189-210.
- Hillis, L. D., Smith, P. K., Anderson, J. L., Bittl, J. A., Bridges, C. R., Byrne, J. G., ... & Yancy, C. W. (2012). 2011 ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 143(1), 4-34.

- Hodge, A. M., Bassett, J. K., Dugué, P. A., Shivappa, N., Hébert, J. R., Milne, R. L., English, D. R., & Giles, G. G. (2018). Dietary inflammatory index or Mediterranean diet score as risk factors for total and cardiovascular mortality. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 28(5), 461-469.
<https://doi.org/10.1016/j.numecd.2018.01.010>
- Horn, L. V., Carson, J. A. S., Appel, L. J., Burke, L. E., Economos, C., Karmally, W., Lancaster, K., Lichtenstein, A. H., Johnson, R. K., Thomas, R. J., Vos, M., Wylie-Rosett, J., & Kris-Etherton, P. (2016). Recommended Dietary Pattern to Achieve Adherence to the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) Guidelines: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 134(22), e505-e529.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000462>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and Processes of Social Support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
<http://www.jstor.org/stable/2083320>
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & Group, E. S. D. (2017). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2), 119-177.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Inthawong, R., Khatab, K., Whitfield, M., Collins, K., Raheem, M., & Ismail, M. (2019). Health Care and Hospitalisation Costs of Cardiovascular Disease (CVD) in Thailand. *OALib*, 06, 1-5. <https://doi.org/10.4236/oalib.1105320>
- Jackson, P., Spiess, W. E., & Sultana, F. (2016). *Eating, Drinking: Surviving*. Springer Nature.

- Jacobson, D. E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(3), 250-264. <https://doi.org/10.2307/2136745>
- James, S., & Bueno, H. (2018). ESC CardioMed. In *Epidemiology of acute coronary syndromes*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med/9780198784906.003.0305>
- Kähkönen, O., Kankkunen, P., Miettinen, H., Lamidi, M.-L., & Saaranen, T. (2017). Perceived social support following percutaneous coronary intervention is a crucial factor in patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1264-1280. <https://doi.org/10.1111/jocn.13527>
- Kang, Y., & Yang, I.-S. (2013). Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2465-2473. <https://doi.org/10.1111/jocn.12142>
- Kaptein, A., & Broadbent, E. (2007). Illness cognition assessment. In A. Baum, C. McManus, J. Weinman, K. Wallston, R. West, S. Newman, & S. Ayers (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2 ed., pp. 268-273). Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511543579.059
- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261-275. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03467.x>
- Kato, Y., Hu, C., Wang, Y., & Kojima, A. (2021). Psychometric validity of the motivation for healthy eating scale (MHES), short version in Japanese. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01469-1>
- Kato, Y., Iwanaga, M., Roth, R., Hamasaki, T., & Greimel, E. (2013). Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES). *Psychology*, 04, 136-141.
- Kayaniyil, S., Ardern, C. I., Winstanley, J., Parsons, C., Brister, S., Oh, P., Stewart, D. E., & Grace, S. L. (2009). Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.005>

Khodaveisi, M., Fakhrazizi, S., Mohammadi, N., & Tapak, L. (2018). Assessing the Nutritional Knowledge, Disease Perception, and Adherence to Diet in Patients with Hypertension Admitted to Farshchian Cardiovascular Clinic in 2017. *Journal of Molecular Biology Research*, 8, 68.

<https://doi.org/10.5539/jmbr.v8n1p68>

Khot, U. N., Johnson, M. J., Wiggins, N. B., Lowry, A. M., Rajeswaran, J., Kapadia, S., Menon, V., Ellis, S. G., Goepfarth, P., & Blackstone, E. H. (2018). Long-Term Time-Varying Risk of Readmission After Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*, 7(21), e009650.

<https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009650>

King, D., Glasgow, R., Toobert, D., Strycker, L., Estabrooks, P., & Osuna, D. (2010). Self-Efficacy, Problem Solving, and Social-Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviors. *Diabetes Care*, 33.

<https://doi.org/10.2337/dc09-1746>

Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., Prescott, E., Storey, R. F., Deaton, C., Cuisset, T., Agewall, S., Dickstein, K., Edvardsen, T., Escaned, J., Gersh, B. J., Svitil, P., Gilard, M., Hasdai, D., Hatala, R., Mahfoud, F., Masip, J., Muneretto, C., Valgimigli, M., Achenbach, S., Bax, J. J., & Group, E. S. D. (2019). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 41(3), 407-477.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>

Konidari, Z., Kastorini, C.-M., Milionis, H. J., Bika, E., Nikolaou, V., Vemmos, K. N., Goudevenos, J. A., & Panagiotakos, D. B. (2014). Eating behaviors and their relationship with cardiovascular disease. A case/case-control study. *Appetite*, 80, 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.05.005>

- Kouvari, M., Notara, V., Panagiotakos, D. B., Michalopoulou, M., Kalli, E., Verdi, M., Vasileiou, N., Papataxiarchis, E., Tzanoglou, D., Kouli, G., Mantas, Y., Kogias, Y., Stravopodis, P., Papanagnou, G., Zombolos, S., & Pitsavos, C. (2015). Sweets Consumption is Associated with Higher 10-Year (2004-2014) Incidence of Cardiovascular Disease among Acute Coronary Syndrome Patients; The Detrimental Role of Socio-Economic Status: The GREECS (Greek of Acute Coronary Syndrome) Observational Study. *Health Science Journal*, 9(2), 1-9.
- Kumanyika, S. K., Van Horn, L., Bowen, D., Perri, M. G., Rolls, B. J., Czajkowski, S. M., & Schron, E. (2000). Maintenance of dietary behavior change. *Health Psychol*, 19(1s), 42-56. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.suppl.1.42>
- Laiou, E., Rapti, I., Markozannes, G., Cianferotti, L., Fleig, L., Warner, L. M., Ribas, L., Ngo, J., Salvatore, S., Trichopoulou, A., Vigilanza, A., Tsiara, S., Martimianaki, G., Pampaloni, B., Majem, L. S., Schwarzer, R., Brandi, M. L., & Ntzani, E. E. (2020). Social support, adherence to Mediterranean diet and physical activity in adults: results from a community-based cross-sectional study. *Journal of Nutritional Science*, 9, e53, Article e53. <https://doi.org/10.1017/jns.2020.46>
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. In *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. (pp. 29-52). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0002>
- Lavie, C. J., Ozemek, C., Carbone, S., Katzmarzyk, P. T., & Blair, S. N. (2019). Sedentary Behavior, Exercise, and Cardiovascular Health. *Circulation Research*, 124(5), 799-815. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312669>
- Li, S., Flint, A., Pai, J. K., Forman, J. P., Hu, F. B., Willett, W. C., ... & Rimm, E. B. (2014). Dietary fiber intake and mortality among survivors of myocardial infarction: prospective cohort study. *BMJ*, 348. doi:10.1136/bmj.g2659
- Libby, P., Pasterkamp, G., Crea, F., & Jang, I.-K. (2019). Reassessing the Mechanisms of Acute Coronary Syndromes. *Circulation Research*, 124(1), 150-160. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.311098>

- Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of Coronary Artery Disease. *Circulation*, 111(25), 3481-3488.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.537878>
- Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Brands, M., Carnethon, M., Daniels, S., Franch, H. A., Franklin, B., Kris-Etherton, P., Harris, W. S., Howard, B., Karanja, N., Lefevre, M., Rudel, L., Sacks, F., Horn, L. V., Winston, M., & Wylie-Rosett, J. (2006). Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. *Circulation*, 114(1), 82-96.
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.176158>
- Lichtenstein, A. H., Appel, L. J., Vadiveloo, M., Hu, F. B., Kris-Etherton, P. M., Rebholz, C. M., ... & American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Clinical Cardiology; and Stroke Council. (2021). 2021 dietary guidance to improve cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 144(23), e472-e487.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001031>
- Ljubičić, M., Sarić, M. M., Klarin, I., Rumbak, I., Barić, I. C., Ranilović, J., El-Kenawy, A., Papageorgiou, M., Vittadini, E., Bizjak, M. Č., & Guiné, R. (2022). Motivation for health behaviour: A predictor of adherence to balanced and healthy food across different coastal Mediterranean countries. *Journal of Functional Foods*, 91, 105018. <https://doi.org/10.1016/j.jff.2022.105018>
- Maas, A. H. E. M., Rosano, G., Cifkova, R., Chieffo, A., van Dijken, D., Hamoda, H., Kunadian, V., Laan, E., Lambrinoudaki, I., Maclaran, K., Panay, N., Stevenson, J. C., van Trotsenburg, M., & Collins, P. (2021). Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *European Heart Journal*, 42(10), 967-984. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044>

- Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C., Casula, M., Badimon, L., Chapman, M. J., De Backer, G. G., Delgado, V., Ference, B. A., Graham, I. M., Halliday, A., Landmesser, U., Mihaylova, B., Pedersen, T. R., Riccardi, G., Richter, D. J., Sabatine, M. S., Taskinen, M.-R., Tokgozoglu, L., Wiklund, O., & Group, E. S. D. (2019). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*, 41(1), 111-188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>
- Maier, R., & Hadrich, T. (2011). Knowledge management systems. In *Encyclopedia of Knowledge Management, Second Edition* (pp. 779-790). IGI Global.
- Mann, J., & Truswell, A. S. (2017). *Essentials of human nutrition*. Oxford University Press.
- Marijn Stok, F., Renner, B., Allan, J., Boeing, H., Ensenaer, R., Issanchou, S., Kiesswetter, E., Lien, N., Mazzocchi, M., Monsivais, P., Stelmach-Mardas, M., Volkert, D., & Hoffmann, S. (2018). Dietary Behavior: An Interdisciplinary Conceptual Analysis and Taxonomy [Conceptual Analysis]. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01689>
- Marques-Vidal, P., Quinteiros Fidalgo, A. S., Schneid Schuh, D., Voortman, T., Guessous, I., & Franco, O. H. (2019). Lessons learned? Changes in dietary behavior after a coronary event. *Clinical Nutrition ESPEN*, 29, 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2018.11.010>
- Martínez-González, M. A., Gea, A., & Ruiz-Canela, M. (2019). The Mediterranean Diet and Cardiovascular Health. *Circulation Research*, 124(5), 779-798. Originally <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313348>
- Mendes de Leon, C. F., DiLillo, V., Czajkowski, S., Norten, J., Schaefer, J., Catellier, D., & Blumenthal, J. A. (2001). Psychosocial Characteristics After Acute Myocardial Infarction: The ENRICHD Pilot Study. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 21(6), 353-362.

- Mosleh, S. M., & Almalik, M. M. (2016). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 223-230.
<https://doi.org/10.1177/1474515114563885>
- Mosleh, S. M., & Darawad, M. (2015). Patients' Adherence to Healthy Behavior in Coronary Heart Disease: Risk Factor Management Among Jordanian Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6). Doi: 10.1097/JCN.0000000000000189
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Nahrendorf, M., & Swirski, F. K. (2015). Lifestyle effects on hematopoiesis and atherosclerosis. *Circ Res*, 116(5), 884-894.
<https://doi.org/10.1161/circresaha.116.303550>
- NCEP (National Cholesterol Education Program) (2001) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report on the National Cholesterol Education Program, *The Journal of the American Medical Association*, 285, 2486-2497.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.19.2486>
- Neumann, F.-J., & Sousa-Uva, M. (2018). 'Ten Commandments' for the 2018 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization. *European Heart Journal*, 39(42), 3759-3759. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy658>
- Nur, K. R. M. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International journal of nursing sciences*, 5(2), 174-180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.007>
- Oftedal, B., Bru, E., & Karlsen, B. (2011). Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 735-744. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00884.x>
- Om, P., Deenan, A., & Pathumarak, N. (2013). Factors influencing eating behavior of people with type 2 diabetes in Bhutan. *Journal of Science Technology and Humanities*, 11(2), 129-138.

- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., & Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and emotion*, 28(3), 245-277.
- Perera, A., & Samarawickrama, M. (2015). Knowledge, Attitude and Practices of Dietary Management Among Ischaemic Heart Disease Patients Treated at Teaching Hospital Karapitiya, Galle, Sri Lanka. *IOSR Journal Of Pharmacy*, 7(1), 58-65.
- Petrie, K. J., Jago, L. A., & Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 163-167. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328014a871>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., Richter, D. J., Sattar, N., Smulders, Y., Tiberi, M., van der Worp, H. B., van Dis, I., Verschuren, W. M. M., Binno, S., & Group, E. S. D. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106>
- Platt, I., Green, H. J., Jayasinghe, R., & Morrissey, S. A. (2014). Understanding Adherence in Patients With Coronary Heart Disease: Illness Representations and Readiness to Engage in Healthy Behaviours. *Australian Psychologist*, 49(2), 127-137. <https://doi.org/10.1111/ap.12038>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2009). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Polsook, R., Aungsuroch, Y., & Thanasilp, S. (2013). Factors predicting medication adherence among Thai post myocardial infarction patients. *Journal of Health Research*, 27(4), 211-216.

- Polsook, R., Aungsuroch, Y., Thanasilp, S., & Duffy, J. R. (2014). Validity and Reliability of Thai Version of Questionnaire Measuring Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale among Thai with post-myocardial infarction. *Songklanakarin Journal of Science & Technology*, 36(4).
- Proença Vieira, L., Nobre, M. R., & Gonçalves de Queiroz, G. (2012). Eating behavior and nutritional status in patients who underwent coronary angioplasty. *Nutr Hosp*, 27(1), 281-287. <https://doi.org/10.1590/s0212-16112012000100038>
- Rapsomaniki, E., Timmis, A., George, J., Pujades-Rodriguez, M., Shah, A. D., Denaxas, S., White, I. R., Caulfield, M. J., Deanfield, J. E., Smeeth, L., Williams, B., Hingorani, A., & Hemingway, H. (2014). Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet*, 383(9932), 1899-1911. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60685-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60685-1)
- Rau, H., & Williams, P. (2013). Illness Cognitions and Perceptions. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1027-1030). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_967
- Renner, B., Sproesser, G., Strohbach, S., & Schupp, H. T. (2012). Why we eat what we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite*, 59(1), 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.004>
- Risser, J., Jacobson, T. A., & Kripalani, S. (2007). Development and Psychometric Evaluation of the Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in Low-Literacy Patients With Chronic Disease. *J Nurs Meas*(3), 203-219. <https://doi.org/10.1891/106137407783095757>
- Rokhmah, L., Kurniawati, N. D., & Nastiti, A. (2020). The relationship of family support and self efficacy with diet compliance in patients with coronary heart disease. *Eurasian Journal of Biosciences*, 14, 1669-1672.
- Ruangpratheep, C. (2019). The essentials of vascular pathology. *Asian Archives of Pathology*, 1(2), 13-33.

- Rymer, J. A., Chen, A. Y., Thomas, L., Fonarow, G. C., Peterson, E. D., & Wang, T. Y. (2019). Readmissions After Acute Myocardial Infarction: How Often Do Patients Return to the Discharging Hospital? *Journal of the American Heart Association*, 8(19), e012059. <https://doi.org/doi:10.1161/JAHA.119.012059>
- Salminen-Tuomaala, M. H., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M., & Paavilainen, E. (2013). Coping With the Effects of Myocardial Infarction From the Viewpoint of Patients' Spouses. *Journal of Family Nursing*, 19(2), 198-229. <https://doi.org/10.1177/1074840713483922>
- Sari, L. A., Astuti, A., & Merdekawati, D. (2021). Knowledge and Self-Efficacy Towards Eating Behaviors by People Living with Diabetes Mellitus. *KnE Life Sciences*, 6(1), 288-298. <https://doi.org/10.18502/cls.v6i1.8617>
- Sarkar, U., Ali, S., & Whooley, M. A. (2007). Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosom Med*, 69(4), 306-312. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3180514d57>
- Sriprasong, S. (2008). *Functional status model : an empirical test among discharge acute myocardial infarction patients* [Doctoral dissertation, Mahidol University]. Thai Digital Collection. <https://tdc.thailis.or.th/tdc/index.php>
- Schaich, A., Westermair, A. L., Munz, M., Nitsche, S., Willenborg, B., Willenborg, C., Schunkert, H., Erdmann, J., & Schweiger, U. (2018). Mental Health and Psychosocial Functioning Over the Lifespan of German Patients Undergoing Cardiac Catheterization for Coronary Artery Disease [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00338>
- Schoenthaler, A., Ogedegbe, G., & Allegrante, J. P. (2009). Self-Efficacy Mediates the Relationship Between Depressive Symptoms and Medication Adherence Among Hypertensive African Americans. *Health Education & Behavior*, 36(1), 127-137. <https://doi.org/10.1177/1090198107309459>
- Sebastian, A. T., Rajkumar, E., Tejaswini, P., Lakshmi, R., & Romate, J. (2021). Applying social cognitive theory to predict physical activity and dietary behavior among patients with type-2 diabetes. *Health Psychol Res*, 9(1), 24510. <https://doi.org/10.52965/001c.24510>

- Senécal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health psychology, 19*(5), 452.
- Sergi, G., Bano, G., Pizzato, S., Veronese, N., & Manzato, E. (2017). Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary habits. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 57*(17), 3684-3689.
<https://doi.org/10.1080/10408398.2016.1160208>
- Sharp, P. B., & Salyer, J. (2012). Self-efficacy and Barriers to Healthy Diet in Cardiac Rehabilitation Participants and Nonparticipants. *Journal of Cardiovascular Nursing, 27*(3), 253-262. <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31821efdc2>
- Singh, R., Dharwadkar, S., Demeester, F., Juneja, L., & Pella, D. (2011). Role of Cardioprotective Diet in Acute Coronary Syndrome. . *Amer. Med. Journal, 2*, 98-103.
- Slovinec D'Angelo, M., Pelletier, L., Reid, R., & Huta, V. (2014). The Roles of Self-Efficacy and Motivation in the Prediction of Short- and Long-Term Adherence to Exercise Among Patients With Coronary Heart Disease. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 33*. <https://doi.org/10.1037/hea0000094>
- Smith, G. F., Benson, P. G., & Curley, S. P. (1991). Belief, knowledge, and uncertainty: A cognitive perspective on subjective probability. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 48*(2), 291-321. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90016-M](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90016-M)
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G. F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition, 92*(5), 1189-1196. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29673>
- Spoletini, I., Ferrari, R., & Rosano, G. M. C. (2020). Living with stable angina: patients' pathway and needs in angina. *J Cardiovasc Med (Hagerstown), 21*(5), 377-382.
<https://doi.org/10.2459/jcm.0000000000000954>

- Steca, P., Greco, A., Cappelletti, E., D'Addario, M., Monzani, D., Pancani, L., Ferrari, G., Politi, A., Gestra, R., Malfatto, G., & Parati, G. (2015). Cardiovascular Management Self-efficacy: Psychometric Properties of a New Scale and Its Usefulness in a Rehabilitation Context. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(5), 660-674. <https://doi.org/10.1007/s12160-015-9698-z>
- Steca, P., Pancani, L., Greco, A., D'Addario, M., Magrin, M. E., Miglioretti, M., Sarini, M., Scignaro, M., Vecchio, L., Cesana, F., Giannattasio, C., Fattiroli, F., & Zanettini, R. (2015). Changes in Dietary Behavior among Coronary and Hypertensive Patients: A Longitudinal Investigation Using the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 316-339. <https://doi.org/10.1111/aphw.12050>
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-Efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic medicine*, 60(4).
- Sun, J., Han, W., Wu, S., Jia, S., Yan, Z., Guo, Y., Zhao, Y., Zhou, Y., & Liu, W. (2021). Associations between hyperhomocysteinemia and the presence and severity of acute coronary syndrome in young adults ≤ 35 years of age. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-01869-y>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics, 6th edn Boston. Ma: Pearson.
- Teleki, S., Zsidó, A. N., Komócsi, A., Lénárd, L., Kiss, E. C., & Tiringier, I. (2019). The role of social support in the dietary behavior of coronary heart patients: an application of the health action process approach. *Psychology, Health & Medicine*, 24(6), 714-724. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1550259>
- Thagizadeh, A., Ghahramanian, A., Zamanzadeh, V., Aslanabadi, N., Onyeka, T. C., & Ramazanzadeh, N. (2022). Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention in Iran. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12872-022-02684-9>

- Toft, U. N., Kristoffersen, L. H., Aadahl, M., von Huth Smith, L., Pisinger, C., & Jørgensen, T. (2006). Diet and exercise intervention in a general population—mediators of participation and adherence: the Inter99 study. *European Journal of Public Health*, 17(5), 455-463.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl262>
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10(5), 618-627. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2001.00520.x>
- Tong, T. Y. N., Wareham, N. J., Khaw, K.-T., Imamura, F., & Forouhi, N. G. (2016). Prospective association of the Mediterranean diet with cardiovascular disease incidence and mortality and its population impact in a non-Mediterranean population: the EPIC-Norfolk study. *BMC Medicine*, 14(1), 135.
<https://doi.org/10.1186/s12916-016-0677-4>
- Tung, H.-H., Tseng, L.-H., Wei, J., Lin, C.-H., Wang, T.-J., & Liang, S.-Y. (2011). Food Pattern and Quality of Life in Metabolic Syndrome Patients who Underwent Coronary Artery Bypass Grafting in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 205-212.
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.05.004>
- Tungsubutra, W., Tresukosol, D., Buddhari, W., Boonsom, W., Sanguanwang, S., & Srichaiveth, B. (2007). Acute coronary syndrome in young adults: the Thai ACS Registry. *J Med Assoc Thai*, 90(Suppl 1), 81-90.
- Twardella, D., Merx, H., Hahmann, H., Wüsten, B., Rothenbacher, D., & Brenner, H. (2006). Long term adherence to dietary recommendations after inpatient rehabilitation: prospective follow up study of patients with coronary heart disease. *Heart (British Cardiac Society)*, 92(5), 635-640.
<https://doi.org/10.1136/hrt.2005.067611>
- Van Duyn, M. A. S., Kristal, A. R., Dodd, K., Campbell, M. K., Subar, A. F., Stables, G., Nebeling, L., & Glanz, K. (2001). Association of Awareness, Intrapersonal and Interpersonal Factors, and Stage of Dietary Change with Fruit and Vegetable Consumption: A National Survey. *American Journal of Health Promotion*, 16(2), 69-78. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-16.2.69>

- Wang, T. K. M., Grey, C., Jiang, Y., Jackson, R., & Kerr, A. (2020). Trends in length of stay following acute coronary syndrome hospitalisation in New Zealand 2006-2016: ANZACS-QI 32 study. *The New Zealand medical journal*, 133(1508), 29-42.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431-445.
<https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E.-M., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K. H., Erbel, R., & Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7(1), 13.
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-13>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Himmelfarb, C. D., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbigele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., Williamson, J. D., & Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13-e115. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- Whitelock, E., & Ensaff, H. (2018). On Your Own: Older Adults' Food Choice and Dietary Habits. *Nutrients*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/nu10040413>
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, A. I., & Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health education*.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol*, 15(3), 1503-1509.
https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39434

- World Health Organization. (2020). *Tobacco responsible for 20% of deaths from coronary heart disease*. <https://www.who.int/news/item/22-09-2020-tobacco-responsible-for-20-of-deaths-from-coronary-heart-disease>
- Wu, Y., Qian, Y., Pan, Y., Li, P., Yang, J., Ye, X., & Xu, G. (2015). Association between dietary fiber intake and risk of coronary heart disease: A meta-analysis. *Clinical Nutrition*, 34(4), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.05.009>
- Yan, J., You, L.-M., He, J.-G., Wang, J.-F., Chen, L., Liu, B.-L., Zhou, J.-J., Chen, J.-H., & Jin, S.-Y. (2011). Illness perception among Chinese patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 398-405. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.11.010>
- Yehle, K. S., Chen, A. M. H., Plake, K. S., Yi, J. S., & Mobley, A. R. (2012). A qualitative analysis of coronary heart disease patient views of dietary adherence and web-based and mobile-based nutrition tools. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 32(4), 203-209. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e31825b4e6a>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zoberniene, J., & Skarbalienė, A. (2019). PERCEPTION OF CAUSES OF DISEASE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME ON RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASE. *Healthcare Quality*, 2019, 09-18
- Zhu, L., Ho, S. C., & Sit, J. W. (2012). The experiences of Chinese patients with coronary heart disease. *J Clin Nurs*, 21(3-4), 476-484. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03909.x>



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ทรงคุณวุฒิ

1. พันตำรวจโท วสันต์ ชุนเพื่อง

2. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา พ่วงแก้ว

3. อาจารย์ ดร. ปณิชา พลพินิจ

4. นางสาวทัศนีย์ ชลนาทิกกุล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานต์สุตา วันจันทิก

ความเชี่ยวชาญและสังกัด

นายแพทย์ (สบ 4) กลุ่มงานอายุรกรรม
โรงพยาบาลตำรวจ

แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ
อนุสาขาหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจ
และหลอดเลือด

อาจารย์ภาควิชาการพยาบาล

อายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประธานสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สถาบันโรคทรวงอก

พยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง อายุรศาสตร์
หัวใจ สภาการพยาบาล

อาจารย์พยาบาลประจำหลักสูตรการ
พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคหัวใจและ
ทรวงอก สถาบันโรคทรวงอก

(ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลหัวใจและ
หลอดเลือด)

อาจารย์ประจำภาควิชาคหกรรมศาสตร์

คณะเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิแปลภาษาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน	อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ ถีลาจรัส	อาจารย์พยาบาล สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๘๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ ๘) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่ลงน้ำใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ พันตำรวจโท วสันต์ ชุนเพื่อง นายแพทย์ (สบ 4) กลุ่มงานอายุรกรรม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

พันตำรวจโท วสันต์ ชุนเพื่อง

โทร. ๐๒-๒๒๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๘-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๘๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.อัญญิยา พ่วงแก้ว อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ ดร.อัญญิยา พ่วงแก้ว

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๗๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนายวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ ประธานสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร.ปณิชา พลพินิจ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๗๘



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวทัศนีย์ ชลนากิจกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวทัศนีย์ ชลนากิจกุล

โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๔-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๗๙



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะเกษตร มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานต์สุตา วันจันทิก อาจารย์ประจำภาควิชาคหกรรมศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กานต์สุตา วันจันทิก

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๗๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาสนา รวยสูงเนิน อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือวิจัย จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการแปลเครื่องมือ การวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ อนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๕๗๕๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๕๘๘๙-๘๖๑๕

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๐๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ สีสัจรัส อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการแปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบการแปลเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิริรัตน์ สีสัจรัส

โทร. ๐๒-๒๑๔-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๔-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕



Request for your permission to use your Cardiac Knowledge Questionnaire. กล่องจดหมาย x



Ratcha Aobaeb

13 พ.ย. 2021

Dear Sherry L. Grace, I hope this mail finds you well. My name is Ratchadaporn Boonsanong, a master's student of the faculty of Nu

Sherry L Grace <sgrace@yorku.ca>

15 พ.ย. 2021 22:29 ☆

ถึง ฉัน ▾

Yes of course.

I was wondering if you are connected with any cardiac rehab programs there at all? If so, I would love to be in touch

Sincerely,

Sherry L. Grace, PhD, FCCS, FAACVPR, CRFC

Professor, Faculty of Health

York University – Bethune 368

4700 Keele Street

Toronto, ON M3J 1P3

sgrace@yorku.ca

www.sgrace.info.yorku.ca

Twitter: <https://twitter.com/sherrylgrace>

Publications: <http://bit.ly/pubmedSLG>

Lab: (416) 736-2100 x.20575

Research admin: tmamataz@yorku.ca

From: Ratcha Aobaeb <raobaeb@gmail.com>

Sent: November 13, 2021 12:27 AM

To: Sherry L Grace <sgrace@yorku.ca>

Subject: Request for your permission to use your Cardiac Knowledge Questionnaire.

Dear Sherry L. Grace,

I hope this mail finds you well. My name is Ratchadaporn Boonsanong, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled "Selected factors related to dietary behavior among person with acute coronary syndrome". The purpose of this study is to examine the relationships between knowledge, illness perception, motivation, social support and self-efficiency of person with acute coronary syndrome.

I am interested in your tool as found in, "Cardiac Knowledge Questionnaire" which you developed measure of cardiac knowledge. This tool had translated into the Thai language by Rapin Polsook at Chulalongkorn University. So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. Then I will contact Rapin Polsook to ask for permission to use the Thai version.

I mostly appreciate for your kind consideration and look forward to hearing from you.

Best regards,

Ratchadaporn Boonsanong

Master's student, Faculty of Nursing

Chulalongkorn University



Zimet, Gregory D

Thu, Nov 11, 1:40 AM (2 days ago)



to me ▾

Dear Ratchadaporn Boonsanong,

You have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale.

I collaborated with Professor Wongpakaran on one of the MSPSS research projects conducted by him and his colleagues. Please send him my greetings when you email him.

I hope your research goes well.

Best regards,

Greg Zimet

Gregory D. Zimet, PhD, FSAHM

Professor of Pediatrics & Clinical Psychology

Co-Director, IUPUI Center for HPV Research

Division of Adolescent Medicine | Department of Pediatrics

Pronouns: He/Him/His

410 W. 10th Street | HS 1001

Indianapolis, IN 46202

+1.317.274.8812 tel

gzimet@iu.edu



Elizabeth Broadbent <e.broadbent@auckland.ac.nz>

Thu, Nov 11, 2021, 2:09 AM

to me ▾

You have permission to use this scale for your study

Kind regards

Elizabeth Broadbent
Professor of Health Psychology
Department of Psychological Medicine
Faculty of Medical and Health Sciences
The University of Auckland
New Zealand
e.broadbent@auckland.ac.nz
[google scholar](#)

On 11/11/2021, at 7:56 AM, Ratcha Aobaeb <raobaeb@gmail.com> wrote:

Dear Professor Dr. Elizabeth Broadbent,

I hope this mail finds you well. My name is Ratchadaporn Boonsanong, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled "Selected factors related to dietary behavior among person with acute coronary syndrome". The purpose of this study is to examine the relationships between knowledge, illness perception, motivation, social support and self-efficiency of person with acute coronary syndrome.

I am interested in your tool as found in, "The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ)" which you developed measure of illness Perception. This tool had translated into the Thai language by Pimpa Thepphawan at Mahidol University. So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. Then I will contact Pimpa Thepphawan to ask for permission to use the Thai version.

I mostly appreciate for your kind consideration and look forward to hearing from you.

Best regards,
Ratchadaporn Boonsanong
Master's student, Faculty of Nursing
Chulalongkorn University



ykatou@crystal.kobe-u.ac.jp Thu, Nov 11, 6:14 AM (2 days ago)
to me ▼



Dear Ratchadaporn Boonsanong,

Please use the scale for the investigation.

Best my regards

Yoshiko



From: Ratcha Aobaeb <raobaeb@gmail.com>

Sent: Thursday, November 11, 2021 4:04 AM

To: ykatou@crystal.kobe-u.ac.jp

Subject: Request for your permission to use your Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES).

Dear Professor Dr. **Yoshiko** Kato,

I hope this mail finds you well. My name is Ratchadaporn Boonsanong, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled "Selected factors related to dietary behavior among person with acute coronary syndrome". The purpose of this study is to examine the relationships between knowledge, illness perception, motivation, social support and self-efficiency of person with acute coronary syndrome.

I am interested in your tool as found in, "Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES)" which you developed measure of motivation for healthy eating. So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis.

Patrizia Steca

Sat, Nov 13, 3:23 PM

to me ▼

I believe you were working on a paper.

You can certainly use the scale.

Regards

Patrizia Steca



Ratcha Aobaeb <raobaeb@gmail.com>

พ.ย. 11 พ.ย. 2021 02:05



ถึง patrizia.steca ▼

Dear Professor Dr. Patrizia Steca,

I hope this mail finds you well. My name is Ratchadaporn Boonsanong, a master's student of the faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am developing the thesis entitled "Selected factors related to dietary behavior among person with acute coronary syndrome". The purpose of this study is to examine the relationships between knowledge, illness perception, motivation, social support and self-efficacy of person with acute coronary syndrome.

I am interested in your tool as found in, "Cardiovascular management self-efficacy scale" which you developed measure of self-efficacy. So, I am writing this email to ask for your permission to use the tool in my thesis. This tool has to translate into Thai language and test validity and reliability. If the translation tool, some questions have to change the words to fit the context of Thailand. It will be posted to you.

I mostly appreciate for your kind consideration and look forward to hearing from you.

Best regards,

Ratchadaporn Boonsanong

Master's student, Faculty of Nursing

Chulalongkorn University



เลขที่รับ 1512

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564

เวลา 09.10 น.

ผู้รับ ศิริโรยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เรื่อง ขอนหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง รหัสประจำตัว 6270011836 นิสิตสาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่อยู่ปัจจุบัน 492/1 โรงพยาบาลตำรวจ ถ.พระราม1 แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 08-9889-8615 Email: raobaeb@gmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ชื่อวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) Factors influencing medication adherence among
persons with post-acute myocardial infarction
(ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการร่วมมือในการรับประทานยา
ของผู้ป่วยหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข
- อาจารย์ที่ปรึกษาฯ (เจ้าของเครื่องมือ) รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ยุพิน อังสุโรจน์
- ปีของวิทยานิพนธ์ 2555

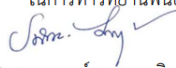

เรียน รองคณบดี

เพื่อพิจารณาในการอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ของ ร.ต.อ.หญิง ระพีณ ผลสุข ซึ่งมี ร.ต.อ.หญิง ยุพิน อังสุโรจน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา
และขอข้อเสนอแนะอาจารย์ที่ปรึกษาในการอนุญาตการใช้เครื่องมือวิจัย

ลงนาม พ.ต.ต.หญิง รัชฎาพร บุญสนอง ผู้ยื่นคำร้อง
(รัชฎาพร บุญสนอง)

24 พฤศจิกายน 2564

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 25 พฤศจิกายน 2564 เวลา 10:47 เห็นชอบให้ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อนำมาใช้ ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป ลงนาม  (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข) 24 พฤศจิกายน 2564</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ยินยอมอนุญาตให้ใช้เครื่องมือฯ ลงนาม  (รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ยุพิน อังสุโรจน์) 18 ธันวาคม 2564 เวลา 10:42</p>
---	--

ที่ อว ๘๑๓๗/๒๕๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขรับที่: 2378

วันที่: 16 ธันวาคม 2564 เวลา: 12:29

มหาวิทยาลัยบูรพา

๑๖๙ ถ.สิงหนครบางแสน ต.แสนสุข

อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๐๔ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ตามที่ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ “แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ” จากวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ” ของคุณอัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภรณ์ ตีนาน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก เพื่อนำไปใช้ประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” ตามความทราบแล้วนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยบัณฑิตวิทยาลัยอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงงานวิจัยดังกล่าวด้วย รวมถึงจัดส่ง “แบบฟอร์มรับรองการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์” ไปยังบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th (สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://grd.buu.ac.th/wordpress/?page_id=3717)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบ และเห็นควรสำเนาเอกสาร

แจ้งนิสิตให้ดำเนินการต่อไป

17 ธันวาคม 2564 เวลา 08:38

17 ธันวาคม 2564 เวลา 14:40

สำเนาเรียน พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗, ๗๐๑, ๐๖๕๘๕๓๘๒๗๐

อีเมล grd.buu@go.buu.ac.th

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสรัตน์ วงศ์สุทธิธรรม)

รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย รักษาการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

รับทราบและแจ้งนิสิตทราบต่อไป

20 ธันวาคม 2564 เวลา 10:33

ที่ อว ๘๓๙๓(๘).๗/ ๗๖๘



คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขรับที่: 2397

วันที่: 20 ธันวาคม 2564 เวลา: 11:11

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือเลขที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๐๐๓ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ตามที่ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (A revised Thai of the Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support: rMSPSS)” ของ ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ ความแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ข้าพเจ้า ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ ทั้งนี้ได้แนบตัวอย่างแบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงและเอกสารอ้างอิง มาเพื่อใช้เก็บข้อมูลต่อไป สำหรับค่าคุณสมบัติทางจิตมิติในผู้สูงอายุ ศึกษาได้ที่ www.wongpakaran.com

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดดำเนินการต่อไป

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบ และเห็นควรสำเนาเอกสารให้นิสิตดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

29 ธันวาคม 2564 เวลา 14:33

29 ธันวาคม 2564 เวลา 15:07

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงณัททัย วงศ์ปการันย์)
ศาสตราจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์

รับทราบ และแจ้งให้นิสิตทราบต่อไป

29 ธันวาคม 2564 เวลา 15:47

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โทร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๒

โทรสาร ๐ ๕๓๙๓ ๕๔๒๖



คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขรับที่: 2424
วันที่: 23 ธันวาคม 2564 เวลา: 13:57

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ อว ๗๘.๐๕/๐๓๒๓๓
วันที่ ๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ อว. ๖๔.๑๑/๐๑๐๐๕ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแนบแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง ใช้เครื่องมือวิจัยของ นางสาวพิมพ์ เทพวัลย์ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบบทฟอร์มการขอใช้เครื่องมือวิจัย (พย.ม.๐๑๔) มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัยจำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี "หลักสูตรบัณฑิตศึกษา" เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๙๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.edu เอกสารฉบับจริงส่งมายัง

รับทราบ และแจ้งนิตินทราบต่อไป

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย

กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

29 ธันวาคม 2564 เวลา 15:45

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอขอบคุณยิ่ง

เรียน รองคณบดี

เพื่อทราบ และเห็นควรสำเนาเอกสารให้บัณฑิตดำเนินการต่อไป ขอแสดงความนับถือ

29 ธันวาคม 2564 เวลา 14:32

29 ธันวาคม 2564 เวลา 15:12

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิริธมมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา ศาลาฯ ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.



ภาคผนวก ค

จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
และใบรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ จพ.ล 2640 / 2565



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

20 เมษายน 2565

เรื่อง ยินดีให้ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง เข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการ
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ตามโครงการวิจัยที่อ้างถึง แจ้งว่า พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

รพ.จุฬาลงกรณ์ พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา โดยติดต่อ
ประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 60280 ฝ่ายผู้ป่วยนอก โทรศัพท์
02-256-5005, 02-256-5009 ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 92089-90 อนึ่ง
สำหรับบุคลากรภายนอก รพ.จุฬาลงกรณ์หรือคณะแพทยศาสตร์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลขอให้แนบบัตรนิสิต/นักศึกษา
หรือบัตรประชาชนพร้อมหนังสือฉบับนี้มาติดต่อ ขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มธุรการ
ประสานงาน ศิริรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 4 โดยให้ติดบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูลตลอดเวลาที่เข้ามาทำการเก็บข้อมูล
ภายในรพ.จุฬาลงกรณ์ กรณีเป็นบุคลากรของรพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โปรดคล้องบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ตลอดที่ทำการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ยัยยศ อวิหิงสานนท์)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ตรวจสอบ.....

ติดต่อประสานงาน : น.ส.สุภาวดี ศรีสำราญ งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย โทรศัพท์ : 02-256-4645

E-mail : excellence.cu@gmail.com



COA No. 0337/2022

IRB No. 0123/65

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Full Board Approval

(COA No. 0337/2022)

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY BEHAVIORS AMONG
PERSON WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Ratchadaporn Boonsanong

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :


1. Research Proposal Version 1.0 Date 19 Feb 22
2. Protocol Synopsis Version 2.0. Date 12 Mar 22
3. Information sheet for research participant Version 2.0 Date 12 Mar 22
4. Informed consent for participating volunteers Version 2.0 Date 12 Mar 2022
5. Questionnaire Version 1.0 Date 19 Feb 22
6. Budget Version 1.0. Date 15 Feb 22

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

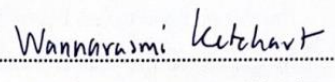


7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Ratchadaporn Boonsanong
- Assist.Prof Police Captain Rapin Polsook, PhD, RN

Signature 
(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson
The Institutional Review Board

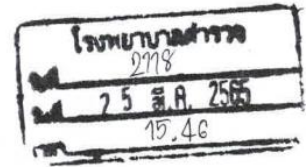
Signature 
(Associate Professor Wannarasmi Ketchart MD, PhD)

Member and Assistant Secretary, Acting Secretary
The Institutional Review Board

Date of Approval : March 17, 2022

Approval Expire Date : March 16, 2023

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.
เลขรับ..... 1882

วันที่ ๒๘ มิถุน ๒๕๖๕

เวลา..... 13.29 น.

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

อนุญาต

หัวหน้าสายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฯ


หัวหน้าสายงานการพยาบาลอายุรกรรม ๑

- เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พ.ต.ต.หญิง รัชฎาพร บุญสนอง

- เพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ต่อไป

พ.ต.อ.หญิง 

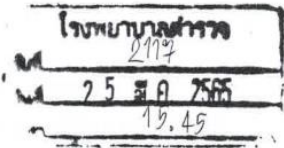
(คณินิจ สิงห์ไกร)

พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

๕ เมษายน ๒๕๖๕





ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๒๗๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

เลขรับ.....1881
วันที่ ๒๕ มี.ค. ๒๕๖๕
เวลา.....13.23 น.

เรื่อง ขออนุญาตเคราะหิให้ินิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.๘) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความ อนุญาตให้ินิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุมากกว่า ๒๐ ปี ที่นัดหมายมาตรวจติดตามการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมและคลินิก โรคหัวใจ จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย แบบสอบถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถาม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทั้งนี้ลิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือ วิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง ดำเนินการ ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....พยาบาล.....

ขอแสดงความนับถือ

เพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พ.ต.อ.

(กฤษฎณพงศ์/ กฤษฎณสุวรรณ)

ผกก.กพ.บก.อก.รพ.ตร.

๒๕ มี.ค. 2565

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๘-๑๑๕๑

ชื่อนิสิต

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อนุญาต

หัวหน้าสายงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกฯ

หัวหน้าสายงานการพยาบาลอายุรกรรม ๑

- เพื่อทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ
- ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

พ.ต.ต.หญิง รัชฎาพร บุญสนอง

- เพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ต่อไป

พ.ต.อ.หญิง amw

(คณินิจ สิงห์ไกร)

พยาบาล (สบ ๕) กลุ่มงานพยาบาล รพ.ตร.

หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล

๕ เมษายน ๒๕๖๕



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ศูนย์วิจัยและนวัตกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
492/1 ถนนพระรามที่ 1 เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ


เลขที่หนังสือรับรอง จว.24/2565

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย กลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	SELECTED FACTORS RELATED TO DIETARY BEHAVIORS AMONG PERSON WITH ACUTE CORONARY SYNDROME
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง พยาบาล (สบ 2) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
รหัสโครงการ	Nq28/65
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. รายละเอียดโครงการร่างการวิจัยฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2565 (Version 1.0 Date 21 March 2022) (ฉบับภาษาไทย) 2. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอมฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2565 (Version 1.0 Date 21 March 2022) (ฉบับภาษาไทย) 3. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 21 มีนาคม 2565 (Version 1.0 Date 21 March 2022) (ฉบับภาษาไทย) 4. อัตตประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรองโครงการ	21 มีนาคม 2565
วันที่หมดอายุ	20 มีนาคม 2566

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ จัดตั้งและดำเนินการตาม
Good Clinical Practice (GCP) และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ร้อยตำรวจเอก 
(อัฐิรัฐ จันทพานิชเจริญ)

เภสัชกร (สบ 1) กลุ่มงานเภสัชกรรม/
รองประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

พลตำรวจตรีหญิง 
(ธนิทร สมนึก)

นายแพทย์ (สบ 6) โรงพยาบาลตำรวจ/
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ฝ่ายวิจัย

2 ถนนวังหลัง บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

โทร. 0 2419 2680

ที่ อว 78.07/04898

วันที่ 27 กรกฎาคม 2565

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์ ของ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญ
สนอง

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้าง หนังสือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ อว 64.11/00510 ลงวันที่ 28 เมษายน

ถึง 2565

ตามที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ พันตำรวจตรี
หญิงรัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทเข้าดำเนินการวิจัยด้วยแบบสอบถามกับผู้ป่วยกลุ่ม
อาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอายุมากกว่า 20 ปี พร้อมทั้งขอเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียน
ผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการ
รับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน” มีรายละเอียด ดังนี้

ดำเนินการ	สถานที่	จำนวน
การขอเก็บข้อมูล	- หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์	65
	ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2	

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลพิจารณาแล้วยินยอมให้ พันตำรวจ
ตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง เข้าดำเนินการวิจัยได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา โดยขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตาม
ภายใต้มาตรการการป้องกันโรค Covid-19 ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล อย่างเคร่งครัดทั้งนี้
โครงการดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้วเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2565

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ประสิทธิ์ วัฒนภา

(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนภา)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ลงนามผ่านระบบ Electronic Document



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

06595

๑๒ พ.ค. ๒๕๖๕

๑๒๔๕/๐๗๓๐๒



ฝ่ายวิจัย
เลขที่รับ E 7302
วันที่รับ ๒๓.๓.๒๕๖๕
ผู้รับ หส เวลา ๑๕.๒๑

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๕๑๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๘ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอสื่อโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
เลขที่รับ ๐๑๕๖
รหัสโครงการ 351/2๕๖๕ (IRB4)
วันที่รับ 3.1.๒๕๖๕
เวลา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ประวัติส่วนตัวของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และนิสิต (Curriculum vitae) จำนวน ๑ ชุด
๒. เอกสารรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัย หรือ GCP ของอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และนิสิต จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบเสนอโครงการวิจัย (SIRB Submission form) ภาษาไทย จำนวน ๑ ชุด
๔. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย (Thai version protocol) จำนวน ๑ ชุด
๕. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) จำนวน ๑ ชุด
๖. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) จำนวน ๑ ชุด
๗. แบบสอบถาม/แบบบันทึกข้อมูล (Questionnaires/scale) จำนวน ๑ ชุด
๘. ใบรับรองการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด
๙. แบบบันทึกขออนุญาตใช้เวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน ๑ ชุด
๑๐. บันทึกขอยกเว้นค่าธรรมเนียมการพิจารณา จำนวน ๑ ชุด
๑๑. รายการตรวจสอบข้อข้อยกเว้นการพิจารณาโครงการวิจัยประเภท Expedited Review และ Exemption Review จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนางานวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่เข้าคายเล็ดเย็บพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ประสงค์จะขอเสนอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ทั้งนี้โครงการวิจัยได้ผ่านการคัดกรองการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เรียน ประจักษ์คณะทอมนกวิชาวาส
ขอให้ไปปรึกษาทางคณะเสนอที่ทางกลุ่ม
ขอแสดงความนับถือ

ส.ค.น.

ศ.ดร.นพ.ประเสริฐ เอื้อวรากุล

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

รองคณบดีฝ่ายวิจัย
25 พ.ค. 2565

โทร. ๐๒-๒๑๔๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓๓-๔๗๔๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข โทร. ๐-๒๒๑๔๘-๑๑๕๑

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง โทร. ๐๘-๙๘๘๙-๘๖๑๕

งานบริหารและธุรการดำเนินการ

ในระบบ E-Doc & HR ES แล้ว

☒ ส่งต้นฉบับ.....☐ ไม่ส่งต้นฉบับ.....☐ สำเนา.....

18 พ.ค. 2565

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

1P/4



Siriraj Institutional Review Board
Certificate of Approval

COA no. Si 439/2022

Protocol Title (English) : Selected factors related to dietary behaviors among person with acute coronary syndrome
Protocol Title (Thai) : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
SIRB Protocol No. : 351/2565(IRB4)
Principal Investigator/Affiliation: Police Major Ratchadaporn Boonsanong / Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital
Duration of research : 1 year
Approval date : June 7, 2022
Expired date : June 6, 2023

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full compliance with international guidelines for human research protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

(Assoc. Prof. Nisarat Opartkiattikul, M.D., Ph.D.)
Chairperson

10 JUN 2022

date

(Prof. Prasit Watanapa, M.D., Ph.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

13 JUN 2022

date

Approval includes :

1. SIRB submission form, Version 2.0 date June 1, 2022
2. Proposal, Version 1.0 date April 20, 2022
3. Participant information sheet, Version 3 date June 7, 2022
4. Informed consent form, Version 1.0 date April 20, 2022
5. Questionnaire, Version 1.0 date May 7, 2022
6. Curriculum vitae




ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชุดที่ 1 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 06-05/6.1
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 1/6

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้วิจัยหลัก


ชื่อ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย นิสิตรหัสบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศรศรพรช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02 218 1130
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-8898615
E- mail: raobaeb@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02 218 1130
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 081-8321095
E- mail: rapin.p@chula.ac.th



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0123 / 65
วันที่รับรอง : 17 มี.ค. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 2/6
---	--	---	--------------------------

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่ห้องตรวจอายุรศาสตร์โรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 65 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าถึงเพิ่มข้อมูลเวชระเบียนของท่านเพื่อบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยของท่าน และขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้


เหตุผลความเป็นมา

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากถึง 1.8 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คิดเป็นร้อยละ 10 และเมื่อติดตามผู้ป่วยไป 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 39 ซึ่งภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารร้อยละ 19.5-26.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารระยะสั้นเพียง 6 เดือน จากนั้นผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ต่อสุขภาพเหมือนเดิม ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 19.3 เนื่องจากผู้ป่วยชอบอาหารหวาน มัน เค็ม และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ ไขมันจากสัตว์ และอาหารจานด่วน พฤติกรรมการรับประทานอาหารดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคซ้ำ เกิดอาการเจ็บหน้าอกและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในประเทศไทยพบการศึกษา คือ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคิดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงแหล่งอาหาร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และพบการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แต่พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ต่อสุขภาพเหมือนเดิม นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและแรงจูงใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดกระทำได้ และการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

Version 2.0 Date 12 มี.ค. 65



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 01231 65
17 มี.ค. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 3/6
---	--	---	--------------------------

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกลืนไม่หกลืนอาหารเลือดเฉียบพลัน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 195 คน โดยเป็นอาสาสมัครที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 65 คน เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มอาสาสมัคร ผู้วิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถาม วิธีตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครเข้าใจ โดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- | | |
|--|-------------|
| 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ส่วนของผู้ป่วย) | จำนวน 9 ข้อ |
| 1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ส่วนของผู้วิจัย) | จำนวน 7 ข้อ |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 27 ข้อ

ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-45 นาที หรือจนกว่าท่านจะเสร็จ ซึ่งท่านสามารถสอบถาม ข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ


เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษานี้ หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม

Version 2.0 Date 12 มี.ค. 65



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเลขโครงการ 0123 / 65
วันที่รับรอง : 17 มี.ค. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 4/6
---	--	---	--------------------------

หากท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดจังหวะในระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาท่าน หรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายอื่นๆ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพราะข้อค้นพบจากการวิจัยนี้จะ เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ระบุถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และสามารถนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทั้งผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้ง จะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง เบอร์โทรศัพท์ 089-8898615 และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เบอร์โทรศัพท์ 081-8321095 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย


ไม่มี

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0123 / 65
วันที่รับรอง : 17 มี.ค. 2565

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 5/6

การประกันภัยเพื่อคุ้มครองผู้เข้าร่วมวิจัย

ไม่มี

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขออนุญาตออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ทันตารวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศรศรพรชัย ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-05/6.1 หน้า 6/6
---	--	---	--------------------------

5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หมายเลขโครงการ 0123/65
วันที่รับรอง : 17 มี.ค. 2565

ชุดที่ 2 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลตำรวจ

เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2564

PGH-EC 06

เอกสารชี้แจงข้อมูลก่อนการสมัคร (Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ

พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง

ที่อยู่สถานศึกษาของผู้วิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศรศรพรช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ที่ทำงานของผู้วิจัย

ไอ ซี ยู ศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ

492/1 ถ.พระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

02-2076346, 02-2076600

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง

089-8898615

E- mail:

raobaeb@gmail.com

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศรศรพรช ชั้น 11 ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน

02 218 1130

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง

081-8321095

E- mail:

rapin.p@chula.ac.th

3. เหตุที่ต้องการทำวิจัย เหตุผลที่อาสาสมัครที่ได้รับเชิญเข้าร่วมโครงการ

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมและคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 65 คน และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่ากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกจำนวนมากถึง 1.8 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 10 และเมื่อติดตามผู้ป่วยไป 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 39 ดังนั้น กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจึงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไข ซึ่งภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องการหยุดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมความดันโลหิต ความร่วมมือในการรักษา การรับประทานยา และการรับประทาน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารร้อยละ 19.5-26.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารระยะสั้นเพียง 6 เดือน จากนั้นผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเหมือนเดิม และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารและมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 19.3 เนื่องจากผู้ป่วยชอบอาหารหวาน อาหารมัน อาหารรสเค็ม และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิร้อยละ 52.0 รับประทานอาหารประเภทไขมันจากสัตว์ร้อยละ 22.0 และรับประทานอาหารจานด่วนร้อยละ 19.0 พฤติกรรมรับประทานอาหารดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคซ้ำ เกิดอาการเจ็บหน้าอกและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

พฤติกรรมรับประทานอาหาร หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ปฏิบัติเป็นประจำในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารเพื่อรับประทาน ลักษณะพฤติกรรมการกิน และอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคหัวใจ ประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหาร

ได้แก่ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะติดต่ออาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงแหล่งอาหาร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ

จะเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและการศึกษาโปรแกรมเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเหมือนเดิม นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและแรงจูงใจในผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดกระทำได้และการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจได้

4. วัตถุประสงค์ของการโครงการ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

5. ขั้นตอนและกระบวนการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 195 คน เป็นอาสาสมัครที่โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 65 คน เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มอาสาสมัคร ผู้วิจัยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบอาสาสมัครเพื่อแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ
2. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมแจกเอกสารข้อมูลเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวได้ ทำานีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

3. ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถาม วิธีตอบแบบสอบถามให้อาสาสมัครเข้าใจ โดยแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ส่วนของผู้ป่วย) จำนวน 9 ข้อ

1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ส่วนของผู้วิจัย) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 27 ข้อ

ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-45 นาที หรือจนกว่าท่านจะทำเสร็จ ซึ่งท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านทำแบบสอบถาม

6. ประโยชน์ที่อาสาสมัครจะได้รับ และประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการทำวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายอื่นๆ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพราะข้อค้นพบจากการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ระบุถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสามารถนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

7. สิ่งที่อาสาสมัครจะต้องปฏิบัติและไม่ปฏิบัติระหว่างการศึกษ และระยะเวลาของการวิจัย

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

8. ความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น และ/หรือความไม่สะดวกสบายของอาสาสมัครที่อาจได้รับ และมาตรการที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ป้องกัน

การวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อย เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม ซึ่งใช้เวลารบกวนท่านประมาณ 30-45 นาที ระหว่างการทำแบบสอบถาม หากท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สะดวก ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัยถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกาย หรือด้านจิตใจของท่าน หรือหากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาท่าน หรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

9. กรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือชดเชย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งยังได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง เบอร์โทรศัพท์ 089-8898615 และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ระพีณ ผลสุข เบอร์โทรศัพท์ 081-8321095 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

10. กรณีการทดสอบยาในอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วยเมื่อผลการวิจัยพบว่ายานั้นเป็นประโยชน์ ภายหลังการสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะให้การสนับสนุนกับอาสาสมัครต่อไปหรือไม่อย่างไร และระยะเวลานานเท่าไร

ไม่เกี่ยวข้อง

11. ในกรณีที่มีการรักษาหลายรูปแบบให้ระบุทางเลือกอื่นและเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของวิธีวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถามที่ตรงตามความรู้สึกหรืออาการที่ท่านเป็นอยู่ หากท่านต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมด้านการรักษาอื่นๆ จึงควรปรึกษาแนวทางการรักษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

12. การให้ค่าตอบแทนเป็นเงิน ควรระบุจำนวนและจำนวนครั้งที่ให้อาสาสมัคร

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัย หรือเงินชดเชยใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และไม่มีค่าใช้จ่ายใดที่ท่านต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายตามปกติของท่านในการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยพบอาสาสมัครเพียงหนึ่งครั้งเพื่อตอบแบบสอบถาม

13. การรักษาความลับเกี่ยวกับอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่านจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลแล้วแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ 5 ปี หลังจากนั้นจึงนำไปทำลาย

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

14. วัตถุทางชีวภาพที่รวบรวมไว้ เช่น ตัวอย่างเลือดที่เหลือหลังจบโครงการจะจัดการอย่างไร

ไม่เกี่ยวข้อง

15. สิทธิของอาสาสมัครในการถอนตัวออกจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลของอาสาสมัครที่เป็นผู้ป่วย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคและการได้รับบริการตามปกติของท่านแต่อย่างใด

16. แหล่งทุนวิจัย

ไม่มีทุน

ชุดที่ 3 เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและใบลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัย โรงพยาบาลศิริราช

เอกสารหมายเลข 3ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง

ชื่อผู้วิจัยร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอก หญิง ดร.ระพีณ ผลสุข

สถานที่วิจัย หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 2 โรงพยาบาลศิริราช

สถานที่ทำงานและหมายเลขโทรศัพท์ของหัวหน้าโครงการวิจัยที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ

ไอ ซี ยู ศัลยกรรมหัวใจ โรงพยาบาลตำรวจ ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ 02-2076346, 02-2076161 โทรศัพท์ (ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ) 089-8898615

ผู้สนับสนุนทุนวิจัย ไม่มี

การมีส่วนได้ส่วนเสียกับแหล่งทุน ☒ ไม่มี ☐ มี

ระบุ.....

ระยะเวลาในการวิจัย 1 ปี

ที่มาของโครงการวิจัย

กลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากถึง 1.8 ล้านคนต่อปี สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลด้วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันคิดเป็นร้อยละ 10 และเมื่อติดตามผู้ป่วยไป 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 39 ซึ่งภายหลังการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารร้อยละ 19.5-26.0 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารระยะสั้นเพียง 6 เดือน จากนั้นผู้ป่วยกลับไปรับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเหมือนเดิมในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 19.3 เนื่องจากผู้ป่วยชอบอาหารหวาน มัน เค็ม และรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ ไขมันจากสัตว์ และอาหารจานด่วน พฤติกรรมมารับประทานอาหารดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคซ้ำ เกิดอาการเจ็บหน้าอกและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในประเทศไทยพบการศึกษา คือ ความรู้เรื่องอาหาร ทักษะคัดอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว การเข้าถึงแหล่งอาหาร การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ และพบการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนสามารถเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร แต่พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยยังอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ป่วยกลับไป

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
351/2565
รหัสโครงการ (IRB4)
COA no. SI 439/2022-1
วันที่รับรอง 07 มี.ย. 2565

รับประทานอาหารไม่ดีต่อสุขภาพเหมือนเดิม นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยและแรงจูงใจในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวสามารถจัดกระทำได้และการประยุกต์ใช้ตัวแปรดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญ ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจได้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความรู้ การรับรู้การเจ็บป่วย แรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อายุมากกว่า 20 ปี มาตรวจติดตามการรักษาที่หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ ท่านเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 1) พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกขึ้น 2) พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ยกขึ้น และ 3) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกไม่คงที่ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

จะมีผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครนี้ทั้งสิ้นประมาณ 195 คน โดยเป็นผู้ร่วมวิจัยที่โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 65 คน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีขั้นตอนการวิจัยดังต่อไปนี้ คือ

1. ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย	
	1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ส่วนของผู้ป่วย)	จำนวน 9 ข้อ
	1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ส่วนของผู้วิจัย)	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	จำนวน 16 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร	จำนวน 27 ข้อ

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร_ 9 Aug 202

รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

Version 3.0, Date 7 มิ.ย.65

351/2565

รหัสโครงการ (IRB4)

439/2022

COA no. 5

วันที่รับรอง 07 มิ.ย. 2565

2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที หรือจนกว่าท่านจะทำได้ ซึ่งท่านสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านทำแบบสอบถาม โดยผู้ร่วมการวิจัยไม่ต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมการวิจัย

3. เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม

4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ จะไม่ปรากฏในรายงานวิจัย

5. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการ ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวและแบบสอบถามในการวิจัย

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากท่านต้องตอบแบบสอบถาม ดังนั้นจึงอาจรบกวนเวลาของท่านขณะเข้ารับการรักษาจากแพทย์และเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการสอบถามหลังจากท่านยินยอมเข้าร่วมการศึกษาทันที หรือช่วงเวลาที่ท่านสะดวกให้ผู้วิจัย โดยจะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสม และใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30-45 นาที

หากท่านรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียด หรือรู้สึกว่าเสียเวลา ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หากท่านมีอาการผิดปกติ เช่น อาการใจสั่น หน้ามืด หรือรู้สึกหัวใจเต้นผิดปกติระหว่างตอบคำถามให้หยุดพัก เมื่อพักแล้วไม่ดีขึ้น ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย เพื่อช่วยประสานกับทีมแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาท่าน หรือเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

ท่านสามารถหยุดตอบคำถามได้ และแบบสอบถามฉบับนั้นจะถูกยกเลิก เนื่องจากคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ พันตำรวจตรีหญิง รัชฎาพร บุญสนอง เบอร์โทรศัพท์ 089-8898615 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ท่านจะได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลรักษาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการวิจัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา คือ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในอนาคตต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันรายอื่นๆ ที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพราะข้อค้นพบจากการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ระบุถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสามารถนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ค่าตอบแทนสำหรับผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับ ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครจะต้องรับผิดชอบเอง ท่านไม่มีค่าใช้จ่ายใดที่ท่านต้องรับผิดชอบ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายตามปกติของท่านในการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร_ 9 Aug 2024

	รับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	354 / 2565
COA no. S	439 / 2022
วันที่รับรอง	07 มิ.ย. 2565

Version รัชฎาพร, Version 3.0, Date 7 มิ.ย.65

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมกรณีเป็นการวิจัยทางคลินิก ผลการวิจัยในภาพรวมนี้ อาจดูได้จาก เว็บไซต์ (<http://www.ClinicalTrials.gov/> [http://www.ClinicalTrials.in.th.](http://www.ClinicalTrials.in.th/)) ข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายอนุญาตไว้

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับตามมาตรฐานแต่ประการใด

ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครอาจหาความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จากเว็บไซต์คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน <http://www.si.mahidol.ac.th/sirb> ทั้งนี้ หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยังประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว หรือที่สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 โทร. ๐ 2419 2667-72, 06 3903 4255 โทรสาร ๐ 2411 0162 ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ไว้แล้ว 1 ฉบับ

ลงชื่อ ผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย

(.....)

วันที่.....





ภาคผนวก จ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ส่วนของผู้ป่วย)

1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ส่วนของผู้วิจัย)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ Kayaniyil et.al (2009) ฉบับแปลและปรับปรุงเป็นภาษาไทยโดย Polsook et al. (2013)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย พิมพ์ เทพวัลย์ (2553)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจ

แบบสอบถาม Psychometric Validation of the Motivation for Healthy Eating Scale (MHES) ของ Kato et al. (2021)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถาม The multi – dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ของ Zimet et al. (1988) แปลและปรับปรุงภาษาไทยโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แบบสอบถาม Cardiovascular management self-efficacy scale ของ Steca et al. (2015)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ของ อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์ และคณะ (2552)

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (ส่วนของผู้ป่วย)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบ หรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับตัวท่านตามความเป็นจริง

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพสมรส

() โสด

() สมรส

() หม้าย

() หย่าร้าง

4. ระดับการศึกษา

() ไม่เคยเข้ารับการศึกษ

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.

() อนุปริญญา / ปวส.

() ปริญญาตรี

() ปริญญาโท

() ปริญญาเอก

5. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ

() รับจ้าง

() เกษตรกร

() ค้าขาย

() ธุรกิจส่วนตัว

() รับราชการ / ข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ

() อื่น ๆ โปรดระบุ

6. รายได้ บาท / เดือน

7. สิทธิการรักษา

() ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

() จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

() ประกันสังคม

() สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ

() สวัสดิการข้าราชการ

() ประกันชีวิต

8. ประวัติการสูบบุหรี่

- () ไม่เคยสูบบุหรี่
- () เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้ว สูบนาน.....ปี
- () ยังคงสูบบุหรี่อยู่ สูบนาน.....ปี ปริมาณ...../วัน

9. ประวัติการดื่มสุรา

- () ไม่ดื่ม
 - () เคยดื่ม นาน.....ปี
 - () ดื่ม นาน.....ปี ปริมาณ.....แก้ว/ขวด ความถี่.....วัน/สัปดาห์/เดือน
- ถ้าดื่ม ท่านดื่มสุราชนิดใด () เหล้า () เบียร์ () ไวน์ () อื่นๆ



1.2 แบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย (ส่วนของผู้วิจัย)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง และเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ปี เดือน

2. ชนิดของกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

() STEMI

() Non STEMI

() Unstable angina

() อื่นๆ

3. ชนิดของการรักษา (การนอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย)

() การใช้ยาละลายลิ่มเลือด

() CAG

() PCI

() CABG

() อื่นๆ

4. จำนวนหลอดเลือดที่ตีบ (การนอนรักษาในโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย)

() No significant

() SVD Stenosis.....%

() DVD 1. Stenosis.....%

2. Stenosis.....%

() TVD 1. Stenosis.....%

2. Stenosis.....%

3. Stenosis.....%

() LM Stenosis.....%

5. ยารักษาโรคในกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

() ยากลุ่ม ACEI

() ยากลุ่ม ARB

() ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า

() Antiplatelet - ASA

- P2Y12

() Anticoagulant

() Statin

() อื่นๆ

6. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ไม่มี

() มี () โรคเบาหวาน

() โรคความดันโลหิตสูง

() โรคไขมันในเลือดสูง

() อื่น ๆ โปรดระบุ

7. น้ำหนัก กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร BMI.....



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

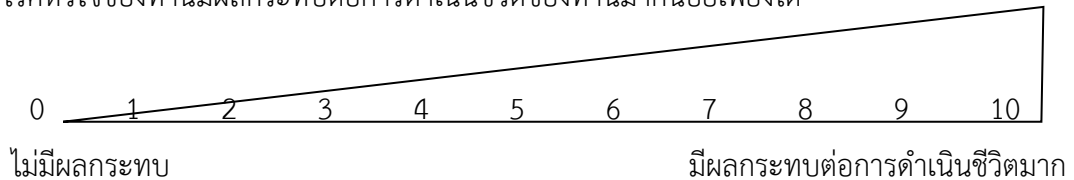
คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ถูก หรือ ผิด หรือ ไม่แน่ใจ ในแต่ละข้อด้านล่างที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหัวใจขาดเลือด

ข้อคำถาม	ถูก (1)	ผิด (0)	ไม่ แน่ใจ (0)
1. ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้			
2. โรคหัวใจขาดเลือดเป็นอันตรายต่อผู้หญิงเช่นเดียวกับที่เป็นอันตรายต่อผู้ชาย			
3. การเลิกสูบบุหรี่ไม่ช่วยให้มีสุขภาพดีขึ้นหลังจากที่สูบบุหรี่มาหลายปีเพราะสุขภาพของเราได้เสียหายแล้ว			
4. ถ้าเราหยุดสูบบุหรี่แล้ว แต่น้ำหนักตัวกลับเพิ่มขึ้นก็ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ			
5. พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้			
6. อาการอาหารไม่ย่อยอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart Attacks)			
7. ทุกคนที่อยู่ในภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart Attacks) จะมีอาการเจ็บหน้าอก			
8. ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (Heart Attacks) เกิดจากการอุดตันการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ			
9. หัวใจวายเฉียบพลัน (Heart Attacks) ส่งผลให้เกิดการทำลายของกล้ามเนื้อหัวใจ			
10. การแข็งตัวของหลอดเลือดแดงเริ่มต้นจากการสะสมของไขมันภายในผนังหลอดเลือดแดง			
...			
...			
20. การผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียนของเลือดผ่านหลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน			

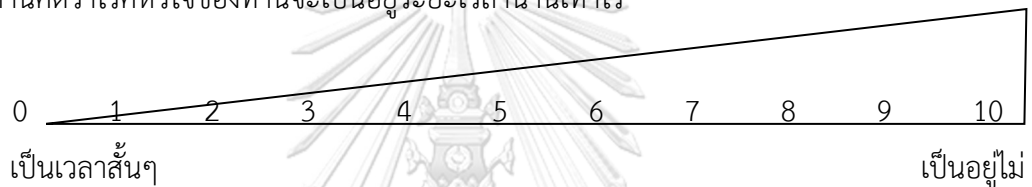
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ○ ล้อมรอบตัวเลขที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่าน และเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความคิดของท่าน

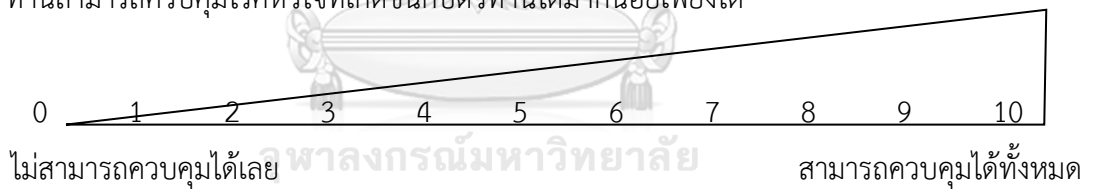
1. โรคหัวใจของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด



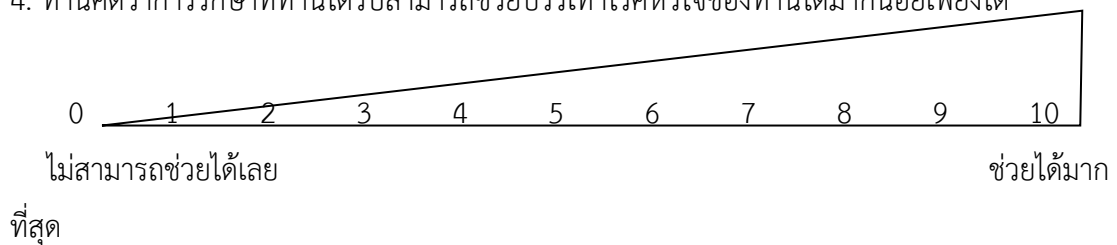
2. ท่านคิดว่าโรคหัวใจของท่านจะเป็นอยู่ระยะเวลานานเท่าไร



3. ท่านสามารถควบคุมโรคหัวใจที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้มากน้อยเพียงใด



4. ท่านคิดว่าการรักษาที่ท่านได้รับสามารถช่วยบรรเทาโรคหัวใจของท่านได้มากน้อยเพียงใด



ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงจูงใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบแรงจูงใจเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่แสดงถึงความคิดเห็นของท่านในการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อคำถาม	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	เห็นด้วยเล็กน้อย (4)	เห็นด้วย (5)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6)
1. ฉันเชื่อว่าในที่สุดการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ทำให้ฉันรู้สึกสุขภาพดีขึ้น						
2. คนในครอบครัวต่างสนับสนุนให้ฉันรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ						
3. บุคลากรทางสุขภาพคาดหวังให้ฉันรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ						
4. ฉันมีความรู้สึกว่าการเสียเวลากับการพยายามควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารของตนเอง						
5. ฉันรู้สึกว่าการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่สำคัญ						
6. ฉันรู้สึกอายที่ฉันไม่สามารถแสดงนิสัยการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ						
...						
...						
15. ฉันไม่รู้ว่าทำไมต้องรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ						
16. ฉันมีความสุขในการเตรียมมื้ออาหารที่ดีต่อสุขภาพ						

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านแต่ละข้อความอย่างตั้งใจและบอกว่าท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว เพื่อน

และบุคคลพิเศษ [หมายเหตุ : บุคคลพิเศษคือบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อน]

โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านตามความเป็นจริง

ข้อความถาม	ไม่เห็นด้วย อย่างมาก (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย (3)	เฉยๆ (4)	ค่อนข้าง เห็นด้วย (5)	เห็นด้วย (6)	เห็นด้วย อย่างมาก (7)
1. มีบุคคลพิเศษที่คอย ช่วย หากฉันต้องการ ความช่วยเหลือที่เกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร							
2. มีบุคคลพิเศษที่ สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุข กับฉันได้							
3. ครอบครัวของฉัน พยายามช่วยฉันเกี่ยวกับการ รับประทานอาหาร							
4. ฉันได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือทางด้าน จิตใจจากครอบครัวตามที่ ฉันต้องการ							
5. ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็น ผู้ที่ให้ความสบายใจจริงๆ แก่ฉัน							
...							
...							
...							
12. ฉันสามารถเล่าปัญหา ของฉันให้เพื่อนฟังได้							

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 6 ข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	ไม่ มั่นใจ อย่าง ยิ่ง (1)	มั่นใจ เล็กน้อย (2)	มั่นใจ ปาน กลาง (3)	มั่นใจ มาก (4)	มั่นใจ มาก ที่สุด (5)
1. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจ ถึงแม้ว่าท่านกำลังเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยากลำบาก					
2. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับประทานอาหารตามคำแนะนำได้ถึงแม้ว่าท่านมีความวิตกกังวลใจอย่างมาก					
3. ในแต่ละวันฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจได้โดยไม่ต้องมีใครเตือน					
4. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจได้อย่างถูกต้อง					
5. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถระบุอาหารที่ดีต่อสุขภาพหัวใจที่ฉันควรรับประทานได้อย่างถูกต้อง					
6. ...					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมการรับประทานของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของท่าน 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อ	ทุกครั้งที่รับประทานอาหารที่ระบุ ท่านปฏิบัติตามข้อความดังกล่าว อย่างไร	การปฏิบัติ				
		ไม่เคย ปฏิบัติ	1-2 วัน ต่อ สัปดาห์	3-4 วัน ต่อ สัปดาห์	5-6 วัน ต่อ สัปดาห์	ปฏิบัติ ทุกวัน
1	ฉันอ่านฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อ หรือก่อนรับประทานอาหาร					
2	ฉันรับประทานอาหาร 3 มื้อ ทุกวัน					
3	ฉันรับประทานอาหารตรงเวลาทุกวัน					
4	ฉันรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ทุก วัน ได้แก่ หมู่ที่ 1 โปรตีน (เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่ว) หมู่ที่ 2 คาร์โบไฮเดรต (ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน) หมู่ 3 แร่ธาตุ (ผัก) หมู่ 4 วิตามิน (ผลไม้) และหมู่ 5 ไขมัน					
5	ฉันรับประทานข้าวมีธัญพืชมากกว่า 1-2 ทัพพี หรือรับประทานอาหารมากกว่า 1 จานต่อมื้อ					
	...					
	...					
25	ฉันรับประทานอาหารที่ประกอบ อาหารด้วยวิธีการผัดและทอด					
26	ฉันรับประทานอาหารจานเดียวที่มี ไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ เป็นต้น					
27	ฉันเลือกหรือเตรียมอาหารเพื่อ รับประทานด้วยตนเอง					



ภาคผนวก ฉ

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.866	.865	27

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .866



Item-Total Statistics					
Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DietB1	.430	.860	Diet15	.356	.863
DietB2	.335	.863	Diet16	.486	.861
DietB3	.337	.864	DietB17	-.166	.873
DietB4	.385	.862	DietB18	-.297	.876
Diet5	.398	.866	Diet19	.605	.856
DietB6	.154	.866	DietB20	.414	.862
DietB7	.411	.861	DietB21	.838	.847
DietB8	.534	.859	DietB22	.413	.861
DietB9	.871	.845	DietB23	.636	.857
DietB10	.350	.863	Diet24	.375	.863
DietB11	.663	.853	Diet25	.505	.859
DietB12	.590	.855	Diet26	.673	.855
DietB13	.115	.870	DietB27	.300	.864
DietB14	.414	.861			

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากการวิเคราะห์ พบว่าข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ข้อที่ 1-5, 7-12, 14-16, และ 19-27 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

2. วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้

คำนวณจากสูตร Kuder and Richardson (1937) ดังนี้

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\Sigma pq}{s^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} = ค่าสัมประสิทธิ์ ความเที่ยง

n = จำนวนข้อคำถามของแบบวัด

p = สัดส่วนของคน que ตอบถูกในแต่ละข้อ

q = สัดส่วนของคน que ตอบผิดในแต่ละข้อ

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

แทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} r_{tt} &= \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{3.92}{13.78} \right] \\ &= 0.76 \end{aligned}$$

3. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.801	.790	8

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .801

Item-Total Statistics					
Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ill1	.536	.775	ill5	.468	.785
ill2	.254	.810	ill6	.334	.803
ill3	.412	.793	ill7	.584	.768
ill4	.703	.744	ill8	.774	.729

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากการวิเคราะห์ พบว่าข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ข้อที่ 1 และ 3-8 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

4. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแรงจูงใจ

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.734	.753	16

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแรงจูงใจได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .734

Item-Total Statistics					
Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Mo1	.300	.729	Mo9	.534	.698
Mo2	.198	.732	Mo10	.249	.728
Mo3	.429	.711	Mo11	.021	.760
Mo4	.490	.703	Mo12	.344	.721
Mo5	.232	.730	Mo13	.302	.727
Mo6	.539	.696	Mo14	.327	.723
Mo7	.255	.729	Mo15	.251	.729
Mo8	.379	.719	Mo16	.533	.697

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากการวิเคราะห์ พบว่าข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ข้อที่ 1, 3-4, 6-9, 12-14 และ 16 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

5. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.914	.916	12

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .914

Item-Total Statistics					
Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted		Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SS1	.801	.899	SS7	.674	.906
SS2	.584	.911	SS8	.340	.917
SS3	.643	.908	SS9	.782	.900
SS4	.773	.904	SS10	.733	.903
SS5	.812	.898	SS11	.553	.911
SS6	.610	.908	SS12	.594	.909

จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากการวิเคราะห์ พบว่าข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ข้อที่ 1-12 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

6. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.958	.959	6

จากตาราง Reliability statistic แสดงค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .958

Item-Total Statistics		
Item	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SE1	.859	.951
SE2	.897	.947
SE3	.831	.954
SE4	.827	.954
SE5	.893	.948
SE6	.915	.945

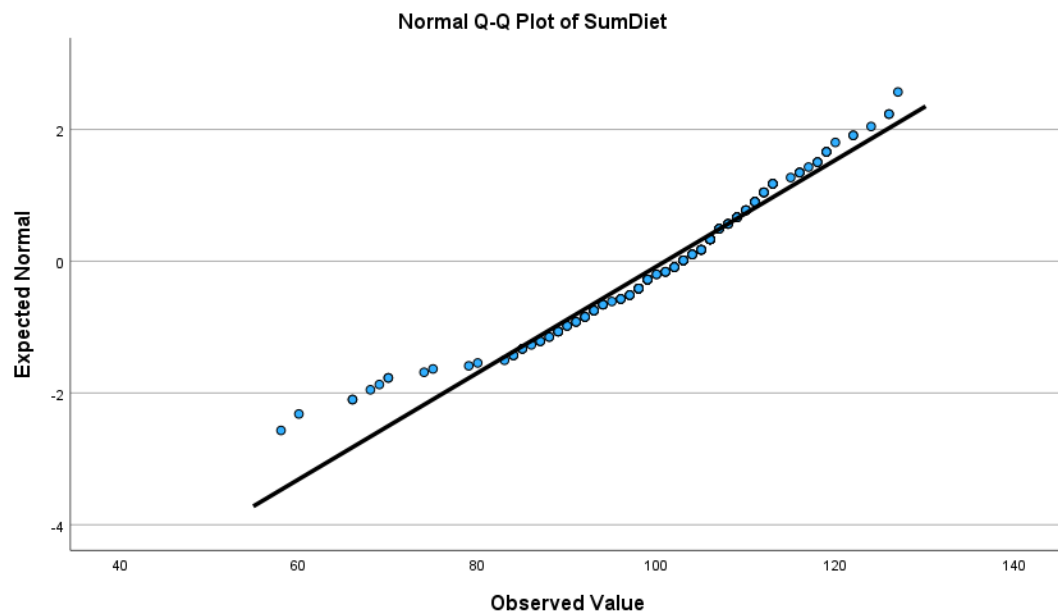
จากตาราง Item-Total Statistics แสดงว่าความสัมพันธ์ของแต่ละข้อต้องไม่น้อยกว่า .3 จึงจะผ่านเกณฑ์การพิจารณา Corrected Item-Total Correlation มากกว่า .3 จึงผ่านเกณฑ์การพิจารณาจากการวิเคราะห์ พบว่าข้อคำถามที่มีค่า Corrected Item-Total Correlation ที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ข้อที่ 1-6 และแสดงค่า Cronbach's Alpha if Item Deleted ของข้อคำถามต้องไม่มากกว่า/น้อยกว่า ค่าแอลฟาโดยรวม ระหว่าง .7-.9 (Ferketich, 1991) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าข้อคำถามทุกข้อคำถามผ่านเกณฑ์การพิจารณา

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

1. ข้อมูลของตัวแปรต้องมีการแจกแจงแบบปกติ

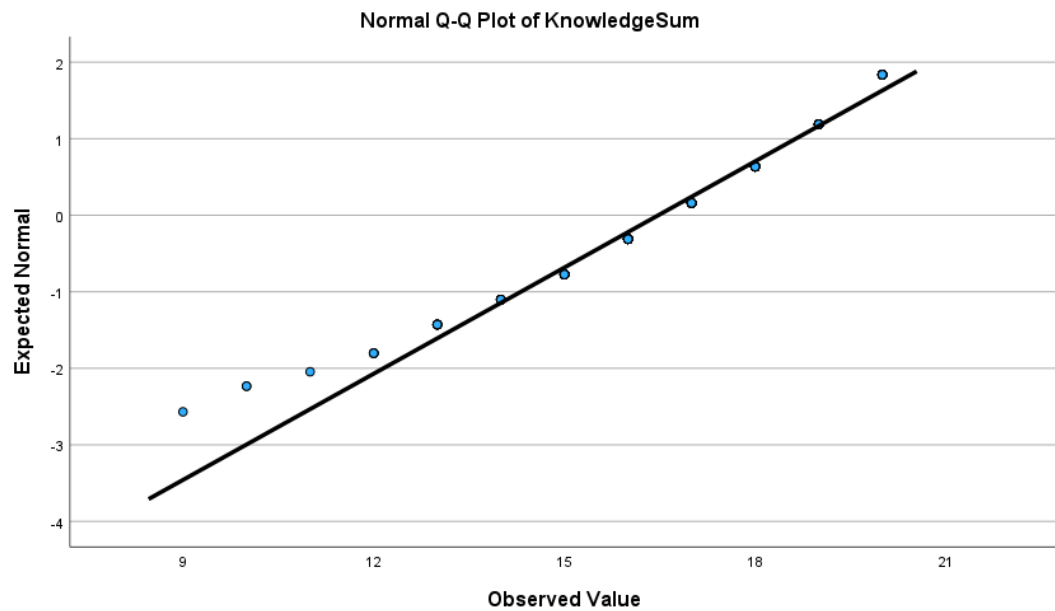
1.1 ข้อมูลพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.1.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



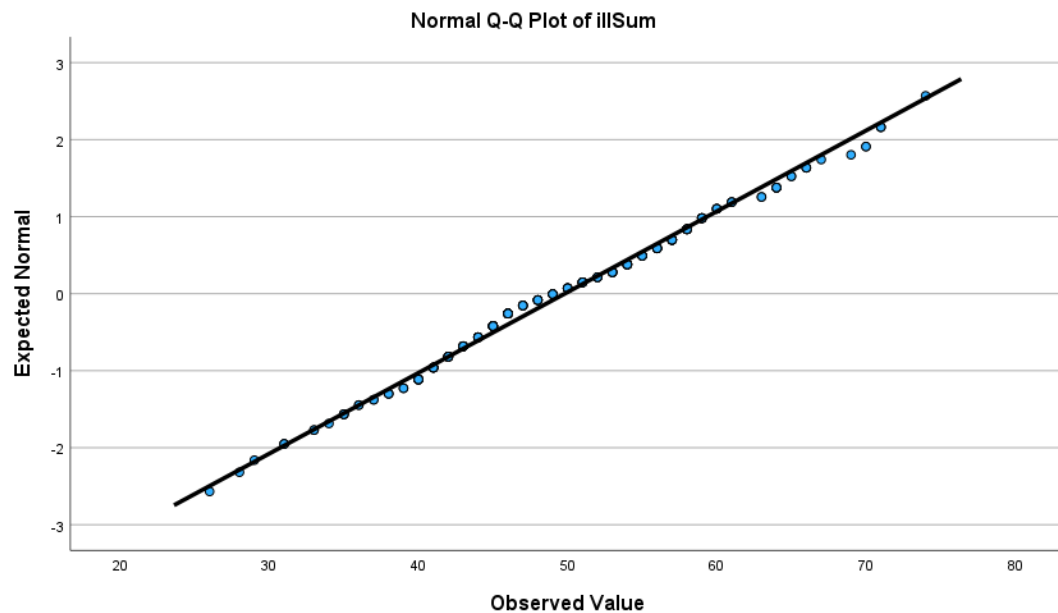
1.2 ข้อมูลความรู้มีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.2.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



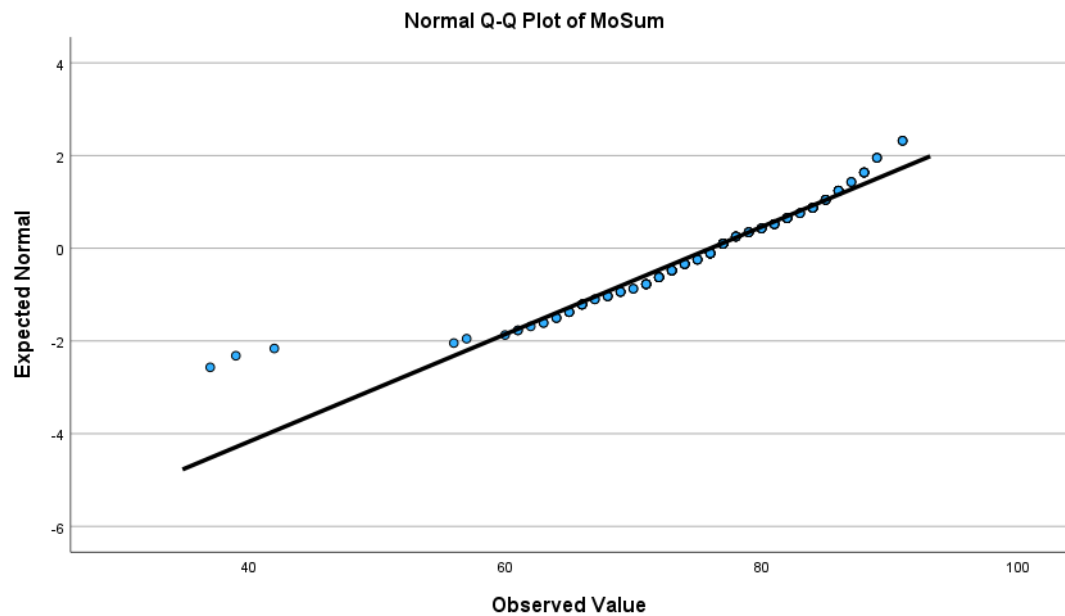
1.3 ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วยมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.3.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



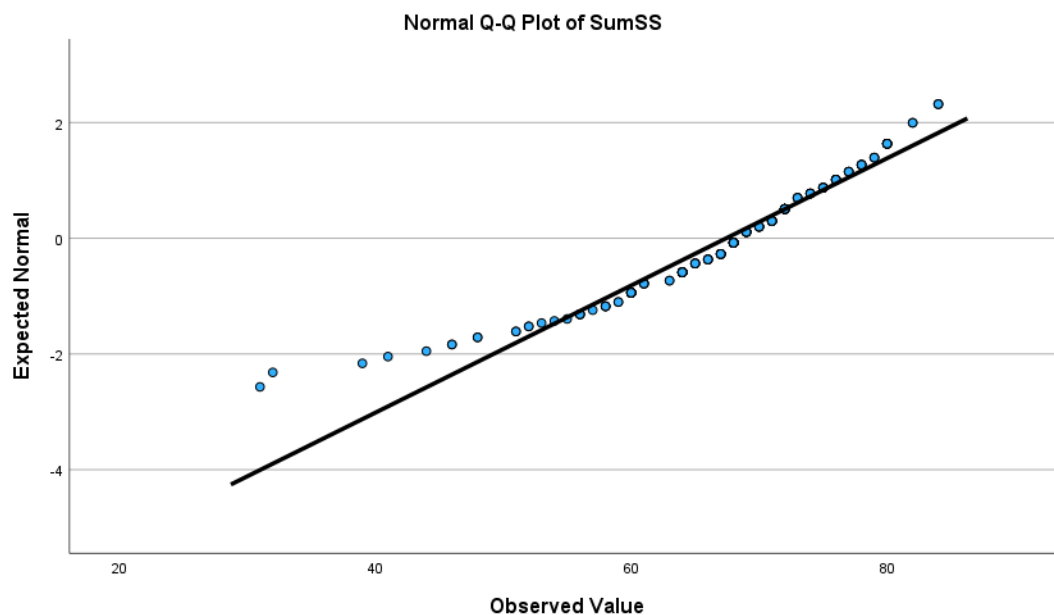
1.4 ข้อมูลแรงจูงใจมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.4.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ใน
ทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



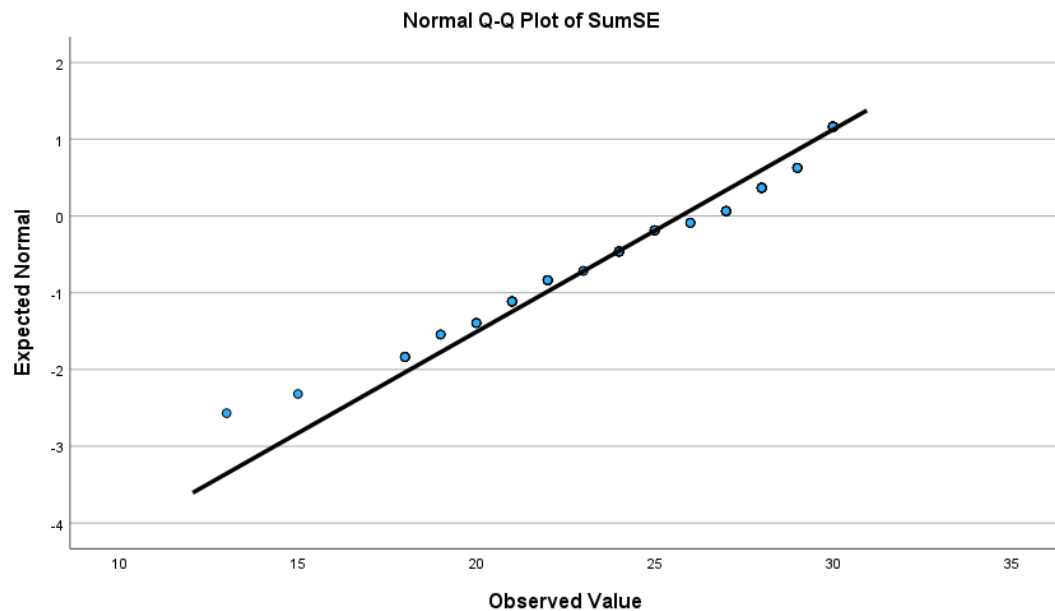
1.5 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.5.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



1.6 ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการแจกแจงแบบปกติ ทดสอบได้ด้วยวิธี

1.6.1 Q – Q Plot is diagonal straight line ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อมูลอยู่ในทิศทางเดียวกันและข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ชิดติดกับเส้น (Tabachnick & Fidell, 2013)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	รัชฎาพร บุญสนอง
วัน เดือน ปี เกิด	22 สิงหาคม 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ที่อยู่ปัจจุบัน	492/1 ถนนพระราม 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

