



การรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิม ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

Illness Perception and Self-care Behaviors of Thai Muslim Patients with Coronary Artery Disease in the Three Southernmost Provinces

ชอทิพย์ แสงสุวรรณ¹, สรวงสุดา เจริญวงศ์^{1*}, พัชราวดี ทองเนื่อง¹

Chortip Sangsuwan¹, Suangsuda Charoenwong^{1*}, Patcharawadee Tongnuang¹

(Received: May 10, 2025; Revised: June 25, 2025; Accepted: July 8, 2025)

บทคัดย่อขยาย

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของประเทศไทย ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจคือการกลับมารักษาซ้ำ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยขึ้นอยู่กับบริบทสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวิถีการดำเนินชีวิตที่ให้ความสำคัญต่อความเชื่อในหลักศาสนาอิสลาม งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

วิธีการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational research) กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบหลายขั้นตอน ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 112 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ 2) แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย และ 3) แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยวิธีทดสอบซ้ำได้เท่ากับ 0.93 ส่วนการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยด้านองค์ประกอบอื่น ๆ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹ Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

*Corresponding Author: suangsuda.c@pnu.ac.th



เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 – มกราคม 2568 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยว่ามีอาการหายใจเหนื่อยมากที่สุด (ร้อยละ 93.80) รองลงมาคือ อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากกว่า 20 นาที (ร้อยละ 83.90) และอาการใจสั่น (ร้อยละ 83.00) การรับรู้ด้านสาเหตุของการเจ็บป่วย พบว่า เป็นความประสงค์ของพระเจ้ามากที่สุด ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.39) รองลงมา คือการสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 1.03) และการมีอายุมากขึ้นหรือความชรา ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.87) สำหรับการรับรู้การเจ็บป่วย 6 ด้าน พบว่าการรับรู้ด้านความสามารถในการควบคุมอาการ ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 0.25; $\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.57; $\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.80 ตามลำดับ) สำหรับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านผลกระทบ ด้านวงจรของการเจ็บป่วย และด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, S.D. = 0.50; $\bar{X} = 2.78$, S.D. = 0.63 และ $\bar{X} = 2.11$, S.D. = 0.62 ตามลำดับ)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.87$ S.D. = 0.40)

3. การรับรู้ด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -.187$, $p < .05$) การรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r = -.195$, $p < .05$) และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($r = -.248$, $p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ การที่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลากับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษากับพฤติกรรมการจัดการความเครียด และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา สะท้อนถึงการเชื่อมโยงกับลักษณะบริบทสังคมและวัฒนธรรมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ บุคลากรทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้พัฒนารูปแบบการดูแลตนเอง และโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยที่สอดคล้องกับบริบทสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้การเจ็บป่วย, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ไทยมุสลิม, โรคหลอดเลือดหัวใจ, สามจังหวัดชายแดนภาคใต้



Extended Abstract

Background and Objective Coronary artery disease is one of the leading causes of death in Background and Objectives: Coronary artery disease was a leading cause of death overall. A significant issue was the recurrence of treatment due to self-care behaviors. The perception of illness affected self-care behaviors, influenced by external stimuli within the social and cultural context. The three southernmost provinces have a lifestyle that differs from other areas. This research aimed to study the relationship between illness perception and self-care behaviors of Thai Muslim patients with coronary artery disease in the three southernmost provinces.

Method A multi-stage random sampling method based on specified criteria, with a total of 112 participants. The research instruments included 1) a personal information and health condition questionnaire, 2) an illness perception questionnaire, and 3) a self-care behavior scale. Content validity was assessed by three experts, and the reliability of the illness perception questionnaire was tested using the test-retest method, yielding a coefficient of 0.93. The Cronbach's alpha coefficients for disease causes, other illness perceptions, and self-care behaviors were 0.80, 0.80, and 0.82, respectively. Data collection was conducted from November 2024 to January 2025, and the data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

Results

1. The sample group perceived the symptoms related to the disease, with the most common being shortness of breath (93.80%). This was followed by chest pain lasting more than 20 minutes and palpitations (83.90% and 83.00%, respectively). In terms of the perceived causes of the disease, the most common belief was that it was the will of God ($\bar{x} = 3.88$, S.D. = 0.39), followed by smoking ($\bar{x} = 3.36$, S.D. = 1.03) and aging or senescence ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.87). For the illness perception in 6 aspects, it was found that the perception of illness cure and controllability by treatment control and personal control, as well as the illness coherence, were at a high level ($\bar{x} = 3.60$, S.D. = 0.26; $\bar{x} = 3.18$, S.D. = 0.29; $\bar{x} = 3.14$, S.D. = 0.57, respectively). The perception of timeline, consequences, timeline cyclical, and emotional representations were at a moderate level ($\bar{x} = 3.08$, S.D. = 0.80; $\bar{x} = 2.84$, S.D. = 0.50; $\bar{x} = 2.78$, S.D. = 0.63; and $\bar{x} = 2.11$, S.D. = 0.62, respectively).



2. Overall self-care behaviors were at a moderate level ($\bar{x} = 2.87$, S.D. = 0.40).

3. The perception of the illness timeline had a negative correlation with exercise behavior ($r = -.187$, $p < .05$). The perception of illness in terms of the cure and controllability by treatment control had a negative correlation with stress management behavior ($r = -.195$, $p < .05$), and the perception of illness in terms of emotional representations had a negative correlation with the treatment plan adherence ($r = -.248$, $p < .01$)

Conclusion and Recommendation From the research findings, it was found that the perception of illness in each area did not correlate with overall self-care behavior. However, there are negative correlations in specific areas, and the average scores for exercise and diet behaviors were low. Therefore, healthcare personnel teams should develop self-care models and programs that promote perception and self-care behaviors in patients with coronary artery disease according to the social and cultural contexts of the three southernmost provinces. This will help patients have a better understanding of their illness perception and adopt more appropriate self-care behaviors.

Keywords: Illness perception, Self-care behaviors, Thai Muslims, Coronary artery disease, The three southernmost provinces

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจหรือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Coronary Artery Disease; CAD) เป็นสาเหตุอันดับต้นของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง เท่ากับ 41,023 ราย, 42,479 ราย และ 43,090 ราย ตามลำดับ สำหรับในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส) มีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 1,220 ราย ในปี พ.ศ. 2565 เป็น 1,497 ราย ในปี พ.ศ. 2566 (Health Data Center, 2024) ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Suphandee, 2020) และมีปัญหาความพร้อมของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (Youdkong et al., 2021) การไม่ออกกำลังกายเพราะกลัวเจ็บหน้าอกมากขึ้น (Sanaklang et al., 2024) การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา ลืมรับประทานยาและหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น (Chinphan et al., 2019) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำเมื่ออาการของโรคดีขึ้น (Charintranont et al., 2023) รวมทั้งมีความวิตกกังวลเรื่องการรักษาและการดำเนินของโรค (Krueaklat et al., 2021)



สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทั้งปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม และปัจจัยที่ควบคุมได้ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรับรู้การเจ็บป่วย (Nachai et al., 2022; Hirungerd et al., 2021) จากข้อมูลวรรณกรรมที่ผ่านมาสะท้อนได้ว่า การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ดี จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีด้วย (Nachai et al., 2022; Rattanaprom et al., 2023)

จากแนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) อธิบายว่า เป็นการรับรู้และการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคล จะสะท้อนถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นตอบสนองออกมาเพื่อจัดการกับสิ่งคุกคามในลักษณะแตกต่างกัน ซึ่ง Moss-Morris et al. (2002) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้การเจ็บป่วยจากผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นตามแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) เป็น 8 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย อธิบายถึงการรับรู้ว่าอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือที่มีประสบการณ์โดยตรง 2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยว่ามาจากสาเหตุใด 3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง 4) การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย ทั้งต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม 5) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษาและการควบคุมอาการด้วยตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ 6) การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วยว่าดีขึ้นหรือแย่ลง 7) การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และ 8) การรับรู้ด้านอารมณ์ว่าร่างกายมีการตอบสนองอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย

การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยภายใต้แนวคิดของ Leventhal et al. (2003) พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Thagizadeh et al., 2022; Gauro et al., 2020; Youdkong et al., 2021) และในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Kongkaew et al., 2020) ลักษณะการรับรู้การเจ็บป่วยดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนั้น (Leventhal et al., 2003) อย่างไรก็ตามในการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะต่างจากพื้นที่อื่นของไทย กล่าวคือ ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 83 นับถือศาสนาอิสลาม (National Statistical Office, 2018) มีคำสอนเรื่องความศรัทธาในพระเจ้า (อัลลอฮ์) โดยเชื่อว่าทุกอย่างในโลกเป็นสิ่งที่อัลลอฮ์กำหนด และเป็นพื้นที่ที่ให้ความสำคัญต่อความเชื่อ ความศรัทธา รวมถึงวิถีปฏิบัติตามหลักศาสนาในการดำเนินชีวิต (Auman, 2018) เช่น การออกกกำลังกายต้องมีพื้นที่เป็นสัดส่วนแยกระหว่างเพศชายและเพศหญิง (Lillahkul & Supanakul, 2018) และผู้ชายจะนิยมการสูบบุหรี่เพราะ



ในศาสนาอิสลามระบุว่า นูหรืออยู่ในกลุ่มของ “มักรูฮ์” ซึ่งหมายถึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงไม่ควรทำแต่ไม่บาปตามหลักศาสนา (Khaegphong et al., 2012) นอกจากนั้นยังมีวัฒนธรรมการบริโภคที่เน้นอาหารจากแป้ง ไขมัน และน้ำตาล รวมถึง น้ำบูดู (Lillahkul & Supanakul, 2018; Polkot et al., 2018)

ดังนั้นด้วยลักษณะบริบทสังคมวัฒนธรรมสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ อาจมีผลต่อการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา คือ การรับรู้การเจ็บป่วย (Illness perception) ตามแนวคิดของ Leventhal et al. (2003) โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า การรับรู้การเจ็บป่วยส่งผลต่อการตอบสนองของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วย จะมีการให้ความหมายและรับรู้ข้อมูล การรับรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล นั้น ซึ่ง Moss-Morris et al. (2002) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ การเจ็บป่วยภายใต้แนวคิดของ Leventhal et al. (2003) แบ่งองค์ประกอบการรับรู้การเจ็บป่วยเป็น 8 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย 2) การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย 3) การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย 4) การรับรู้ผลกระทบของการเจ็บป่วย 5) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษา ควบคุมอาการด้วยตนเอง 6) การรับรู้วงจรของการเจ็บป่วย 7) การรับรู้ความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และ 8) การรับรู้ด้านอารมณ์

เมื่อบุคคลมีการรับรู้การเจ็บป่วยตามลักษณะบริบทสังคมวัฒนธรรม บุคคลจะสะท้อนพฤติกรรมออกมาเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและอารมณ์ที่เกิดขึ้น ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Leventhal et al., 2003) ซึ่งบริบทสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากพื้นที่อื่น

สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่แสดงออกมา เป็นการทำหน้าที่ของบุคคลในการกระทำอย่างจงใจ สอดคล้องกับเวลาและสถานการณ์ที่เป็นไป เพื่อป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งสรุปได้ 6 ด้าน (American Heart Association, 2024) ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การปฏิบัติตาม



แผนการรักษา 4) การเลิกสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่ 5) การจัดการความเครียด และ 6) การรับประทานยา (Figure 1)

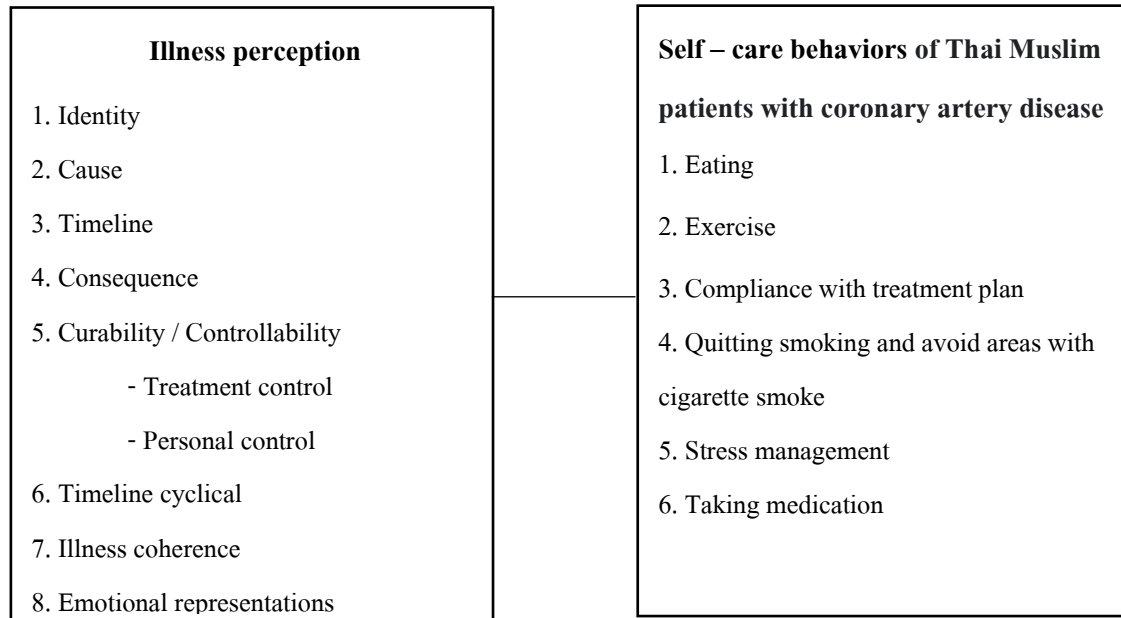


Figure 1 Research conceptual framework

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลรัฐ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยนับถือศาสนาอิสลามที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา
2. ไม่มีปัญหาการได้ยิน



3. มีสถิติสัมพัทธ์สมบูรณ์

4. สามารถติดต่อสื่อสารโดยวาจา เข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติ หรืออาการแทรกซ้อนเกิดขึ้นในระหว่าง ประสานงาน หรือการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น หายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก หน้ามืด เวียนศีรษะมาก

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณผ่านโปรแกรม G* power (Faul et al., 2009) ทดสอบสมมติฐาน แบบสองทาง (Two – tail test) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.3 ค่าความเชื่อมั่นของการทดสอบเท่ากับ 0.90 (Pallant, 2020) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน (Multi – stage sampling) ดังนี้

1. การสุ่มอย่างง่าย โดยการหยิบลูกบอลเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบใส่คืน แบ่งตามระดับความซับซ้อนในการบริการทางการแพทย์เป็นเกณฑ์ ได้แก่ พื้นที่สำหรับสุ่มกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิได้จังหวัดปัตตานี ระดับทุติยภูมิได้จังหวัดนราธิวาส และระดับตติยภูมิได้จังหวัดยะลา

2. การสุ่มอย่างง่าย เลือกโรงพยาบาลในแต่ละระดับ ได้ดังนี้ ระดับปฐมภูมิ (จังหวัดปัตตานี) ได้โรงพยาบาล 12 แห่ง ระดับทุติยภูมิ (จังหวัดนราธิวาส) ได้โรงพยาบาลจำนวน 4 แห่ง และระดับตติยภูมิ (จังหวัดยะลา) ได้โรงพยาบาล 1 แห่ง

3. สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีคัดเลือกตามสัดส่วนจำนวนประชากร ได้กลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดปัตตานี จำนวน 73 คน กลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดนราธิวาส จำนวน 14 คน และกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดยะลา จำนวน 15 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 112 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. แบบบันทึกลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติโรคร่วม ประวัติการรับประทานยา ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการใช้สารเสพติด

2. แบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ-R) พัฒนาจากต้นฉบับของ Moss-Morris et al. (2002) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Kongkaew et al. (2020) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การรับรู้อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยปรับปรุงคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น



ไข – ไม่ใช่ โดยนำมาคำนวณในรูปของความถี่ ร้อยละ แปลผลตามจำนวนการรับรู้การที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมากที่สุด ถึงน้อยที่สุด

ตอนที่ 2 การรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยปรับปรุงข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทภูมิสังคม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ สามารถเลือกตอบได้หลายสาเหตุ

ตอนที่ 3 การรับรู้การเจ็บป่วย 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านช่วงเวลา ด้านผลกระทบ ด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษาและการควบคุมอาการด้วยตนเอง ด้านวงจรของการเจ็บป่วย ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และด้านอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 38 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ

สำหรับการรวมคะแนนและการแปลผลของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย 6 ด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ตามอันตรภาคชั้น (Srisa-at, 2017) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

3. แบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง 6 ด้าน ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน (Dumrongsin et al., 2017) โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทภูมิสังคมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ส่วนอีก 3 ด้านไม่มีการปรับ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่ และด้านการรับประทานยา ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ

สำหรับการรวมคะแนนและการแปลผลของแบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ คือระดับดี ปานกลาง และต่ำ ตามอันตรภาคชั้น (Srisa-at, 2017) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงของแบบสอบถามการรับรู้การเจ็บป่วย เท่ากับ 0.91 และแบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เท่ากับ 0.89 สำหรับค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้การที่เกี่ยวข้องกับ



การเจ็บป่วยใช้วิธีทดสอบซ้ำได้เท่ากับ 0.93 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยองค์ประกอบ 6 ด้าน และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.80, 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ เลขที่โครงการ IRBC-FON-PNU/2024/202110 (21 ตุลาคม 2567) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ให้อาสาสมัครทราบและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล สามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ก่อนเข้าพบหัวหน้าพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 40 นาที มีการตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วย และข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ มีการกระจายของข้อมูลปกติ เป็นรูปโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์ในเชิงเส้นตรง (Pallant, 2020)

โดยค่า r 0.30 และต่ำกว่า	หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r สูงกว่า 0.30 – 0.70	หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
r สูงกว่า 0.70	หมายความว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูง



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน เป็นผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.50) มีอายุระหว่าง 30-69 ปี โดยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) คิดเป็นร้อยละ 56.25 มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.50) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 67.90) มีรายได้เฉลี่ยพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ และไม่พอใช้ ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.40 และ 45.50)

ข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเฉลี่ย 6.37 ปี มีประวัติโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 75.89, 72.32 และ 25.89 ตามลำดับ สำหรับการรับประทานยาพบว่ามีรับประทานยาต่อเนื่อง ร้อยละ 55.4 มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 60.71 และเลิกบุหรี่ได้ ร้อยละ 47.3

ส่วนที่ 2 การรับรู้การเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ อาการหายใจเหนื่อย (ร้อยละ 93.80) รองลงมาคือ อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงมากกว่า 20 นาที (ร้อยละ 83.90) และอาการใจสั่น (ร้อยละ 83.00) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เป็นความประสงค์ของพระเจ้า ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.39) การสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 3.36$, S.D. = 1.03) และการมีอายุมากขึ้นหรือความชรา ($\bar{X} = 3.30$, S.D. = 0.87)

ส่วนการรับรู้การเจ็บป่วย 6 ด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.60$, S.D. = 0.26) รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเอง ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 0.29) การรับรู้ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.14$, S.D. = 0.57) และการรับรู้ด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.80) ซึ่งแสดงถึงการรับรู้อยู่ในระดับสูง สำหรับด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การรับรู้ด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 2.11$, S.D. = 0.62) ซึ่งแสดงถึงมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Table 1)



Table 1 Mean scores and standard deviation (S.D.) of the sample according to illness perception
(n = 112)

Illness perception	$\bar{X}$	S.D.	Level
Timeline	3.08	0.80	Good
Consequences	2.84	0.50	Moderate
Curability / Controllability	3.36	0.25	Good
Treatment control	.60	0.26	Good
Personal control	3.18	0.29	Good
Timeline cyclical	.78	0.63	Moderate
Illness coherence	3.14	0.57	Good
Emotional representations	2.11	0.62	Moderate

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$, S.D. = 0.31) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานยามีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี ($\bar{X} = 3.28$, S.D. = 0.46) สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองอีก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านการเลิกสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่ และด้านการจัดการความเครียด มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.66) (Table 2)



Table 2 Mean scores and standard deviation (S.D.) of the sample according to self-care behaviors
(n = 112)

Self-care behaviors	$\bar{X}$	S.D.	Level
Eating	2.52	0.36	Moderate
Exercise	2.22	0.66	Moderate
Compliance with treatment plan	2.87	0.40	Moderate
Quitting smoking and avoid areas with cigarette smoke	2.73	1.25	Moderate
Stress management	.85	0.92	Moderate
Taking medication	3.28	0.46	Good
Overall Self-care behaviors	2.88	0.31	Moderate

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันพบว่า ความสัมพันธ์รายด้านระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่การรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลากับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = -.187, p < .05$) การรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษากับพฤติกรรมการจัดการความเครียด ($r = -.195, p < .05$) และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($r = -.248, p < .01$) ดัง (Table 3)



Table 3 The relationship between illness perception and self-care behavior of Thai Muslim patients with coronary artery disease in three southernmost provinces (n = 112)

Illness perception	Self-care behaviors of Thai Muslim with coronary artery disease in three southernmost provinces						
	Eating	Exercise	Compliance with treatment plan	Quitting smoking and avoid areas with cigarette smoke	Stress management	Taking medication	Overall Self-care behaviors
Timeline	-.051	-.187*	-.001	.088	-.079	.111	.006
Consequences	-.121	-.108	-.124	.177	.002	-.116	-.149
Treatment control	.176	.075	.68	.117	-.195*	.069	.134
Personal control	.13	.028	.103	-.135	-.078	.042	.036
Timeline cyclical	-.052	.064	-.179	-.030	-.069	.039	-.023
Illness coherence	.087	.118	.187	-.081	.132	.028	.124
Emotional representations	.024	-.148	-.248**	.114	-.092	-.202	-.188

p < .05, ** p < .01

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการที่พบบ่อยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้แก่ หายใจเหนื่อย เจ็บหน้าอก และใจสั่น มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดการหนาตัวของเยื่อผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน (American Heart Association, 2024) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากความประสงค์ของพระเจ้า (อัลลอฮ์) อธิบายภายใต้แนวคิดการรับรู้การเจ็บป่วยของ Leventhal et al. (2003) ที่กล่าวถึง อิทธิพลของบริบทสังคมและวัฒนธรรมต่อวิถีชีวิตของบุคคลส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรค ซึ่งตรงกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ที่เป็นชาวไทยมุสลิมสามจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความเชื่อ ความศรัทธา รวมถึงให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติตามหลักของศาสนาอิสลามเป็นอันดับหนึ่ง



ในการดำเนินชีวิต (Auman, 2018) และหลักศรัทธาของชาวมุสลิมที่เชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) ได้กำหนดมาแล้ว (Prayadsap, 2018)

สำหรับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษาความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเอง การรับรู้ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และการรับรู้ด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนี้จะใช้เวลานานกว่าจะหาย อาจจะเป็นตลอดไป มีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วยและการรักษาที่ตนเองได้รับจากสถานพยาบาล รวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่สามารถควบคุมความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ อธิบายตามแนวคิดของลีเวนทาล (Leventhal et al., 2003) ได้ว่า บุคคลจะมีการรับรู้และให้ความหมายจากประสบการณ์ที่ผ่านมาและสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่นการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบว่ามีรับรู้ความสามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง จากการมีประสบการณ์รับความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย (Charintranont et al., 2023)

ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานยาสูงสุด อาจอธิบายได้จากการเข้ามารับการรักษาที่คลินิกเฉพาะโรคหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้ยา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถรับประทานยาได้เหมาะสมกับโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dumrongsin et al. (2017) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการใส่ขดลวดค้ำยัน อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด 6 ด้าน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งในบริบทวัฒนธรรมอิสลาม เพศชายมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ต้องรับผิดชอบหารายได้นอกบ้าน จึงทำให้มีเวลาไม่มากพอสำหรับการออกกำลังกาย (Smuseneto et al., 2017) รวมถึงข้อจำกัดด้านพื้นที่ออกกำลังกาย ซึ่งในชาวมุสลิมจำเป็นต้องแยกเป็นสัดส่วนระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย (Lillahkul & Supanakul, 2018)

สำหรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังเติมน้ำปลา ซอสปรุงรสเพิ่มจากอาหารที่ปรุงแล้ว รวมถึงการรับประทานน้ำจืด และมีการรับประทานขนม หรือผลไม้เช่น ทุเรียน ลองกอง รวมทั้งอาหารคาร์โบไฮเดรตประเภทขนมในท้องถิ่น ได้แก่โรตีสานมปัง ขนมโคน อาเกาะ ซึ่งสะท้อนลักษณะเฉพาะบริบทของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนใต้ ที่นิยมรับประทานอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และน้ำตาล (Lillahkul & Supanakul,



2018; Polkot et al., 2018) สำหรับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่พบว่ามีความคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ารองลงมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายนั้น อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 62.50) มีประวัติสูบบุหรี่ โดยอาจมองว่าตามหลักศาสนาอิสลาม บุหรี่เป็นสิ่งต้องห้ามแต่ไม่บาป (มักรุฮ์) (Khaegphong et al., 2012) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Charintranont et al. (2023) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เมื่อเกิดอาการอยาก มีการลดปริมาณการสูบบุหรี่จากเดิมได้

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์รายด้านระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบนั้น สามารถอธิบายภายใต้แนวคิดของ Leventhal et al. (2003) ที่กล่าวว่า ลักษณะบริบทสังคม วัฒนธรรม รวมถึงประสบการณ์การเจ็บป่วย เป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลรับรู้และเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของตนเอง แล้วแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดหัวใจชาวอินโดนีเซียที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และรับรู้ว่าการรักษาสามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Rosyidi & Nur, 2018) และการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศเนปาล ที่พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Gauro et al., 2020)

สำหรับการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายนั้น อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยต้องใช้เวลาาน และอาจจะเป็นตลอดไป ทำให้การแสดงออกทางพฤติกรรมการออกกำลังกายลดลง อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยอมรับอาการเจ็บป่วยของตนเอง อาจมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นอันตรายหรือทำให้อาการแย่ลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thagizadeh et al. (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีค่าคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยการเจ็บป่วยสูงจะมีกิจกรรมทางกายลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศจอร์แดน ที่พบว่าการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลามีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยผู้ป่วยมองว่าเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ทำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายน้อยลง (Mosleh & Almalik, 2016) สำหรับข้อมูลการรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษาที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด อาจมีผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยสามารถควบคุมได้ด้วยการรักษา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างรับรู้สาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากความประสงค์ของพระเจ้า ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิด



ความเครียดกับการเจ็บป่วย จึงไม่มีการจัดการความเครียด เพราะยอมรับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่นการศึกษาการรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า การรับรู้ด้านความสามารถในการควบคุมโรคด้วยการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถรักษาและควบคุมโรคได้ ทำให้พฤติกรรมจัดการทางอารมณ์ดีขึ้น (Kongkaew et al., 2020)

นอกจากนั้นการที่พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งเมื่อพิจารณาจากแบบสอบถามรายชื่อในด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกหดหู่ หวาดกลัว วิดกกังวล อารมณ์เสีย และ โกรธ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านอารมณ์ต่ำที่สุด อาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าชาวมุสลิมสามจังหวัดชายแดนใต้ ให้ความสำคัญต่อความเชื่อในหลักศรัทธาของศาสนาในการดำเนินชีวิตมากที่สุด (Auman , 2018) แต่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแผนการรักษา กล่าวคือไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรมการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

สรุป

ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีการรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษา ความสามารถในการควบคุมอาการด้วยตนเอง ด้านความเข้าใจสภาพของการเจ็บป่วย และด้านช่วงเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ยังพบปัญหาพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและด้านการรับประทาน สำหรับความสัมพันธ์รายด้านระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยด้านช่วงเวลากับพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับรู้การเจ็บป่วยด้านความสามารถในการควบคุมอาการด้วยการรักษากับพฤติกรรมจัดการความเครียด และการรับรู้การเจ็บป่วยด้านอารมณ์กับพฤติกรรมปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสะท้อนถึงการเชื่อมโยงกับลักษณะบริบทสังคมและวัฒนธรรม ที่ทำให้การรับรู้การเจ็บป่วย อาจจะส่งผลพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้



จากความสัมพันธ์รายด้านของการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบนั้น บุคลากรทีมสุขภาพควรพัฒนาสื่อ กิจกรรมหรือโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรม ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อเข้าใจถึงการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในกลุ่มเฉพาะ เช่นกลุ่มผู้ป่วยที่ใส่ขดลวดค้ำยัน กลุ่มผู้ป่วยที่ทำการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

2. ควรทำการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นการค้นหำอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านการรับรู้การเจ็บป่วย ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในบริบทสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง

รายการอ้างอิง (Reference)

- American Heart Association. (2024) . *Coronary Artery Disease*. <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/coronary-artery-disease>
- Auman, U. (2018). Muslim Narrated, Narrating Muslim: Thai Muslim's Identities in deep South in the Documentary of real life. [Master's thesis]. Thammasat University. https://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:165471
- Charintranont, K., Juntawises, U., & Kritpracha, J. (2023). Illness Perception in Predicting Smoking Behaviors in Patients with Acute Coronary Syndrome after Percutaneous Coronary Intervention, *Nursing Journal CMU*, 50(2), 1 - 13. [https:// he02.tci -thaijo.org/index.php/cmunursingarticle/view/261493/179910](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursingarticle/view/261493/179910)
- Chinphan, S., Sirisophon, N., Onsiri, S., & Wattanaburanon, A. (2019). Factors Correlated with Instant Restenosis in Coronary Heart Disease Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 218 – 226. <http://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/187485>
- Dumrongsin, S., Putwatana, P., & Khuwatsamrit, K. (2017). Self-Care Behaviors among Patients with Coronary In-stent Restenosis. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(2), 220 - 227. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/96868/75524>



- Faul, F., Erdfelder, E., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149 – 1160. <https://link.springer.com/article/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Gauro, P., Thaniwattananon, P., & Kritpracha, C. (2020). Illness Perception Predicting Cardiovascular Health Behaviors among Patients with Ischemic Heart Disease in Nepal: A Descriptive Cross sectional Study, *Journal of the Nepal Medical Association*, 58(231) , 884 – 888. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/article/PMC775004>
- Health Data Center. (2024). *Health Data Center Dashboard*. HDC. <https://hdcservice.mop.go.th>
- Hirungerd, S., Lalun, A., & Kunkean, T. (2021). Factors Influencing Self-care Behavior of Cardiovascular Clients at Kaengkraw Hospital, Chaiyaphum Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(2) , 97 – 106. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/249028>
- Khaegphong, C., Niyomdech, R., Binzeng, A., & Pattanaprichawong, A. (2012). The Utilization of Islamic Principle to Reduce Tobacco Consumption and Protect the Non-Smokers Health in Muslim community Mueang District, Narathiwat Province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 4(2), 59 – 72. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/53734>
- Kongkaew, O., Naka, K., & Kritpracha, C. (2020). Illness Representation and Recurrence Prevention Behavior in Elderly with Stroke. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(1), 115 - 128. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/240704>
- Krueaklat, S., Wannapomsiri, C., Tepsuriyanont, S., & Jittham, P. (2021). Effects of Social Support before Cardiac Catheterization Program on Anxiety and Readiness Among Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 15(3) , 52 - 63. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/251413/170251>
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self- Regulation of Health and Illness Behaviour*. (pp. 42 – 65). Routledge.



- Lillahkul, N., & Supanakul, P. (2018). Way of Life of Muslim People in Thailand's Southern Provinces, and Health Promoting Lifestyle. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 302 – 312. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/130912/98182>
- Mosleh, S. M., & Almalik, 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>
- Moss – Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002) The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1 - 16. <https://doi.org/10.1080208870440290001494>
- Nachai, L., Sriprasong, S., Sanecha, C., & Chantadansuwan, T. (2022). Factors Predicting Self-Care Behaviours in Patients with Coronary Artery Disease, *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(3), 93 -108. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/256882/176508>
- National Statistical Office. (2018). *Population and Housing Census*. <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step-by-step guide analysis using IBM SPSS* (7th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003117452>
- Polkot, P., Thanachirachot, P., & Rithimontri, P. (2018). Food consumption behavior of people, Asong Sub-district, Raman District, Yala Province. *Chalermkanjana Academic Journal*, 5(2), 68 – 80. https://cnu.ac.th/journal/JournalPDF/68-80_5_2.pdf
- Prayadsap, P. (2018, February 23). *Islam of Life*. [https://www.skthai.org/th/articles/112964- Islam of Life](https://www.skthai.org/th/articles/112964-Islam%20of%20Life)
- Rattanaprom, A., Srisuk, N., & Koson, N. (2023). Self-care behaviors among patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Nursing Science Journal of Thailand*, 41(4), 56 - 72. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/260610/181046>
- Rosyidi, K., & Nur, M. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International journal of nursing sciences*, 8(1), 174 – 180. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217302600>



- Sanaklang, R., Silarat, M., & Ruaisungnoen, W. (2024). The Perception of Exercise in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Nursing Journal CMU*, 51(2) , 43 - 56. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/267719/183856>
- Smuseneto, A., Tongsamsi, K., Benrit, P., & Useng, N. (2017). Sexuality in the Marital Life of Thai Muslims in Pattani Province. *Thammasat Journal of History*, 4(1), 271 - 323. https://so05.tci-thaijo.org/index.php/thammasat_history
- Srisa-at, B. (2017). *Preliminary research* (8th ed). Suwiriyan. <https://elibrary.edupol.org/my/read/ebook67c00a850b4ce>
- Suphandee, A. (2020) . Comparison of readmission rate within 28 days with previous disease without appointment before and after using the discharge planning program in patients with acute coronary syndrome. *Singburi hospital medical journal*, 29(1), 75 - 86. [https:// he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248795/168445](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248795/168445)
- 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>
- Youdkong S., Muensri, B., & Krtipracha, C. (2021). The Effect of Illness Perception Promoting Dietary Focus Program on Illness Perception and Dietary Behaviors in Muslim Patients with ischemic heart disease. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 13(3) , 153 - 172. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/1565/>