ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชญาณี สุวรรณสา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ชญาณี สุวรรณสา

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING SELF - MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

CHAYANEE SUWANNASA

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF

THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE

IN GERONTOLOGICAL NURSING

FACULTY OF NURSING

BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ ชญาณี สุวรรณสา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.... ประธาน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์)

.... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

.... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ)

.... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม)

.... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)

วันที่............เดือน..........................พ.ศ..............

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่............เดือน..........................พ.ศ..............

61910117: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง/ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ/ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ชญาณี สุวรรณสา : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. (FACTORS PREDICTING SELF - MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วารี กังใจ, พย.ด., สหัทยา รัตนจรณะ, Ph.D. ปี พ.ศ. 2565.

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมักประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หากได้รับการสนับสนุนให้มีการจัดการด้วยตนเองที่ดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้วยตนเองจึงมีความสำคัญมาก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 105 คน ทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก (M = 67.17, SD = 6.85) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 36.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 (R^2= .368, F = 14.51, $p < .01$)

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคคลากรทีมสุขภาพ ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ดี

61910117: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS/ OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE/ SELF EFFICACY/ HEALTH PERCEPTION

CHAYANEE SUWANNASA : FACTORS PREDICTING SELF - MANAGEMENT BEHAVIORS AMONG OLDER ADULTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE. ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S., SAHATTAYA RATTANAJARANA, Ph.D. 2022.

Older adults with coronary disease are often to face problems which are related to many complications both physical and mental aspects. If they receive support to have good self-management behaviors, they can cope with the illness. Therefore, factors predicting self-management behaviors are very important. This research aimed to study self-management behaviors and the factors predicting self-management behaviors among older adults with coronary heart disease. Sample were 105 older adults both men and women aged 60 years and over, who have been diagnosed with cardiovascular disease, had continually received treatments at the cardiology clinic, Somdej Phraborom Ratchathewi Hospital, Sriracha, Chonburi and were recruited by simple random sampling. Research instruments were the general data assessment form, health perception assessment form, self-assessment of knowledge about disease and self-management form, self-efficacy perception assessment form, social support assessment form and self-management behavior assessment form. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression.

The research results revealed that the samples had self-management behavior mean scores at the high level (M = 67.17, SD = 6.85). Self-efficacy perception and health perception were significant predictors that could explain 36.8 % of self-management behavior of the elderly with coronary heart disease with statistically significant of .01 (R^2= .368, F = 14.51, p < .01).

This study suggests that nurses and health team staff should develop a nursing model which promote self-efficacy perception and health perception to encourage older adults with coronary heart disease having good self-management behavior.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อคิดและข้อเสนอแนะ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความปรารถนาดีและเอาใจใส่อย่างดียิ่งเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่านประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สหัทยา รัตนจรณะ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายฝน ม่วงคุ้ม ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ Professor Dr. Ed Rosenburg จาก Department of Sociology, Appalachian State University ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ทุนบางส่วนสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แพทย์คลินิกอายุรกรรมหัวใจ ตึกผู้ป่วยนอกหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุนด้วยความรัก และความห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และเจ้าหน้าที่งานบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือ และเสียสละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งต่องานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้และประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

ชญาณี สุวรรณสา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ...... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ...... จ

กิตติกรรมประกาศ ...... ฉ

สารบัญ ...... ช

สารบัญตาราง ...... ญ

สารบัญภาพ ...... ฎ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 9

นิยามศัพท์เฉพาะ 9

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ 11

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ 23

แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง 32

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ 36

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 45

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 45

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 46

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย 51

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง....................52
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย....................53
การเก็บรวบรวมข้อมูล....................53
การวิเคราะห์ข้อมูล....................54
บทที่ 4 ผลการวิจัย....................55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ....................55
ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และระดับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุ....................58
ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ....................59
ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ....................60
ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ....................60
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล....................62
อภิปรายผลการวิจัย....................63
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้....................67
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป....................67
บรรณานุกรม....................69
ภาคผนวก....................76
ภาคผนวก ก....................77
ภาคผนวก ข....................81
ภาคผนวก ค....................86
ภาคผนวก ง....................97
ภาคผนวก จ....................99

ประวัติย่อของผู้วิจัย 104

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป 55

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ....................58

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง....................58

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม 59

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง 60

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ 61

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..8

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Eliopoulos, 2018; Touhy & Jett, 2016) จากการศึกษาของ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 2.8 ส่วนในผู้สูงอายุที่อายุ 70-79 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 4.9 และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5.8 ในต่างประเทศ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจแยกตามกลุ่มอายุ คือ อายุระหว่าง 65-74 ปี ร้อยละ 24.6 อายุระหว่าง 75-84 ปี ร้อยละ 20.7 และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.2 (Touhy & Jett, 2016) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2020) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ใน 1 นาที มีคนเสียชีวิต 1 คน จากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 69 ของคนกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infraction [AMI]) และมากกว่า 1 ใน 3 จะเสียชีวิตใน 12 เดือนหลังจากเกิดภาวะนี้ (Touhy & Jett, 2016) สำหรับในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตในอัตรา 125.4 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 6.9 และต้องเข้ารับการรักษาสูงถึง 1,213 ครั้งต่อปี จากข้อมูลที่นำเสนอนั้นแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตและการใช้บริการรักษาพยาบาลจำนวนมาก

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ เป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย สาเหตุของการตีบตันหรืออุดกั้นของหลอดเลือดแดงโคโรนารีนั้นเกิดจากการสะสมของคราบไขมัน และแคลเซียมภายในเยื่อบุผนังด้านในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นระยะเวลานานจนทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางด้านในของหลอดเลือดเกิดการตีบแคบเมื่อหลอดเลือดมีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 50-70 จะทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น

ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อค เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; Miller, 2019) และส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกายนั้นเกิดจากพยาธิสภาพของโรค กล่าวคือ เมื่อมีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอกและแน่นหน้าอก ทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีทันใด หรือเกิดขณะทำกิจกรรมมีความรุนแรงมาก ทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวลเกิดความเครียด และส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงจึงต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจและควบคุมภาวะของโรคได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามที่สมาคมโรคหลอดเลือดหัวใจได้นิยามไว้ (American Heart Association, [AHA], 2020) หมายถึง การปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสมกับภาวการณ์เจ็บป่วย

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองไม่อยู่ในระดับที่ดี หรือไม่สูงมาก ดังการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สกุล และคณะ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมการด้วยตนเองของอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Huynh-Hohnbaum et al. (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง และมีทักษะการจัดการด้วยตนเองลดลงจากก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ยังต้องปรับปรุงหรือต้องได้รับการส่งเสริม ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Horwitz et al., 2020; Huynh-Hohnbaum et al., 2015) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารเค็ม และอาหารมัน ไม่ควบคุมอาหาร ไม่เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Horwitz et al., 2020; Huynh-Hohnbaum et al., 2015; Willard-Grace et al., 2013) รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ มากเป็น 5.49 เท่า ของคนปกติ (Khatun et al, 2021) อีกทั้งยังพบว่ามีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (นงลักษณ์ ทองอินทร์ และคณะ, 2554)

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่เหมาะสมนั้นพบว่ามีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ดังการศึกษาของ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา

ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .739 และ r = .738 , p < .05 ตามลำดับ) เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .169, p < .05) ความเปราะบางมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .599, p < .05) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 69.6 (R^2 = 69.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการประยุกต์แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของของ Kanfer and Gaelick (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยคัดสรรมา 4 ปัจจัย คือ ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Kanfer & Gaelick ,1991; Karoly & Kanfer, 1982) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่โน้มน้าว และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบ เอาใจใส่ต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม จะมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ดีนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสม สนับสนุนได้จากการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง ตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Kanfer & Gaelick , 1991; Karoly & Kanfer,, 1982) อธิบายว่าเป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ที่จะทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งข้อมูลที่ดีจะเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย เพราะข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การจัดการตนเอง ซึ่งข้อมูลจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขของรูปแบบที่นำไปสู่การเรียนรู้ และมีความเฉพาะกับความต้องการของบุคคลนั้น ๆ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องได้รับการดูแล

รักษา และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้เพื่อที่จะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยได้ เพื่อลดความรุนแรงอันตรายหรือความพิการจากภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบถึงชีวิตได้ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และวิธีการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุม หรือลดความรุนแรงของโรคให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ (วันวิสา ทีอุทิศ และคณะ, 2562) การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่มากขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (Roshandel et al, 2021)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีอิทธิพลต่อความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่า เกินความสามารถของตนแต่จะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งพิจารณาแล้วว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติได้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการด้วยตนเองที่อธิบายว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถ และมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค (Kanfer & Gaelick ,1991; Karoly & Kanfer, 1982) การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถของตนเองการกระทำด้วยตนเอง รวมไปถึงลักษณะของการจูงใจ ความสามารถ สิ่งที่ต้องการ และแหล่งที่มาของสิ่งที่มีอิทธิพล ทั้งการตัดสินว่าจะทำอะไรในภาวะใดหรือสถานการณ์ใด ทำอะไรในสิ่งแวดล้อมแบบไหน และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจะปฏิบัติพฤติกรรมบรรลุผลสำเร็จได้ยากหากไม่มีแรงจูงใจให้เห็นประโยชน์และมีความเชื่อมั่นในพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นเพราะฉะนั้นความเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถส่งผลโดยตรงกับพฤติกรรมการจัดด้วยตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .738, p < .05$) (ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมักจะปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจดูแลเอาใจใส่ และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่องมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเองเป็น

ส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล (Kanfer & Gaelick, 1991; Karoly & Kanfer, 1982) ที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากเป็นโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต รวมถึงผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และแหล่งประโยชน์จากชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรู้สึกปลอดภัย ชีวิตมีคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, 2560; ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เนื่องจากพบว่ามีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องในแผนกผู้ป่วยนอก ประมาณร้อยละ 6.9 ต่อปี (รายงานประจำปีโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา, 2563) ประกอบกับโรงพยาบาลได้มีนโยบายพัฒนาศักยภาพศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่ พ.ศ. 2561 และจะมีการยกระดับบริการ โดยเพิ่มอุปกรณ์เทคโนโลยีใหม่ที่ทันสมัยมากขึ้น ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลในการพัฒนารูปแบบบริการทางการพยาบาล หรือโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม และปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จากปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยโดยใช้ข้อกำหนดของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2020) เป็นกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองและใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรอิสระ

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2020) มีข้อกำหนดว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ควรปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียดและพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

สำหรับแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) ได้อธิบายไว้ว่า การจัดการด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองครอบคลุมการปฏิบัติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง บุคคลจะมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหาเพื่อให้เกิดแรงกระตุ้นด้วยตนเองจากการประเมินตนเองให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการจัดการด้วยตนเองของบุคคลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง อธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognition) 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environment) และ3) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiology) (Kanfer & Gaclick ,1986; 1988; 1991; Karoly & Kanfer, 1982) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรู้คิด มีบทบาทความสำคัญในปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง สามารถตั้งเป้าหมายได้ทั้งทักษะในการจัดการด้วยตนเอง โดยบุคคลจะมีความสามารถในการวางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมได้ สามารถควบคุมสภาวะทางสังคม สิ่งแวดล้อม และกระบวนการทางสรีรวิทยาได้ ปัจจัยด้านนี้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการจัดการกับอาการต่าง ๆ สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยด้านการรู้คิดที่คาดว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมาศึกษา 3 ปัจจัย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านนี้ช่วยให้บุคคลจัดการตนเองได้บรรลุเป้าหมายโดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotion) และช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ที่เป็นสื่อกลางทำให้

เกิดการตอบสนองตามลำดับอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดสรรปัจจัยด้านการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่คาดว่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมาศึกษา 1 ปัจจัย คือ การสนับสุนทางสังคม

3. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทางชีววิทยา และการตอบสนองของร่างกายที่การรักษาโรคเรื้อรังรังต่าง ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องพิจารณากระบวนการเกิดโรค ปัจจัยทางสรีรวิทยาของบุคคล พฤติกรรมที่ทำให้อาการแย่ลง และส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งจะมีผลทำให้บุคคล สามารถในการจัดลำดับความสำคัญของการตอบสนอง มีการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม ปัจจัยด้านสรีรวิทยา เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการปวดศีรษะ ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น ซึ่งปัจจัยด้านนี้ไม่ได้เลือกมาศึกษาเป็นปัจจัยทำนายเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจใน Class I และ Class II ซึ่งมีอาการคงที่

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ที่เป็นสิ่งสำคัญในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งทักษะในการจัดการ และความคาดหวังที่มีผลต่อความสามารถในการวางแผน ริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาด้านพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

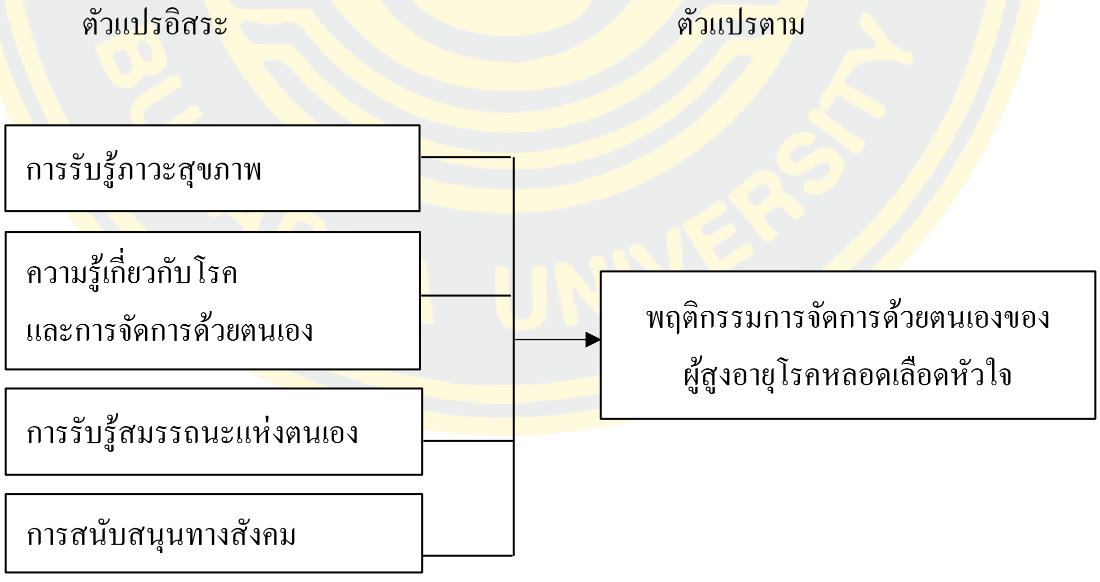
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ความรู้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้เรียนรู้ จำได้ และระลึกได้ในเรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการจัดการ รวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้อง และความรู้เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จูงใจให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตัวเองขณะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นการคาดคะเนของบุคคลว่าพฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ หากมีความเชื่อมั่นใจในสมรรถนะของตนเองว่ามีสูงก็จะเป็นตัวกำหนดการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม และการคงพฤติกรรมนั้นไว้ การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วย

ตนเองในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจนี้จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถส่งผลโดยตรงกับพฤติกรรมการจัดด้วยตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็น ปัจจัยด้านนี้ช่วยให้บุคคลจัดการตนเองได้บรรลุจุดมุ่งหมายอย่างพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotion) และช่วยกระตุ้นให้มีการตอบสนองที่ดีขึ้น กระตุ้นการเรียนรู้ที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดการตอบสนองตามลำดับอย่างต่อเนื่อง เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมรวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าวน่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ สรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประชากรในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และขึ้นทะเบียนรับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากร

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะแทรกซ้อน เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจได้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง 4 ด้านได้แก่ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอนาคต ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ จากบุคคลในเครือข่ายสังคม ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การ

สนับสนุนด้านข้อมูลสิ่งของ การเงิน/ แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเอง
4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทยและทั่วโลก ซึ่งมีอุบัติการณ์สูงสุดในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีอาการและอาการแสดงที่ไม่เด่นชัดเหมือนในวัยผู้ใหญ่ ทำให้การวินิจฉัยผิดพลาด และเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ดังนั้น บุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ค้นหาวิธีการป้องกัน และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ

ความหมายของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือ โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Disease [CAD]) หรือโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic Heart Disease [IHD]) หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมัน และเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น เกิดการตีบหรือตันทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Hubert & VanMeter, 2018; Touhy & Jett, 2016)

อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจะเพิ่มขึ้นชัดเจนตามอายุที่มากขึ้นและเป็นโรคในกลุ่มโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Eliopoulos,

2018; Touhy & Jett, 2016) ข้อมูลจากการศึกษาของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60-69 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 2.8 ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 70-79 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 4.9 และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 5.8 ส่วนข้อมูลในต่างประเทศ พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในกลุ่มอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 24.6 กลุ่มอายุ 75-84 ปี ร้อยละ 20.7 และอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.2 (Touhy & Jett, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าโรคหลอดเลือดหัวใจนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่า สาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลกเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 17.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2561 (WHO, 2020) สำหรับในประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตในอัตรา 125.4 ต่อประชากร 100,000 คน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ใน 1 นาที มีคนเสียชีวิต 1 คน จากโรคหัวใจขาดเลือดโดยร้อยละ 69 ของคนกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (Taffet, Donohue, & Altman, 2014) ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตันของหลอดเลือดอย่างสมบูรณ์จะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมากกว่า 1 ใน 3 จะเสียชีวิตใน 12 เดือนหลังจากเกิดภาวะนี้ (Touhy & Jett, 2016)

การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจซึ่งอาจไม่ส่งผลร้ายแรงต่อผู้สูงอายุ แต่ส่งผลทำให้สมรรถนะการทำงานของหัวใจลดลง เช่น การสำรองความสมดุลภายในหัวใจ (Cardiac homeostatic reserve) และความสามารถของการออกกำลังกายโดยใช้ออกซิเจนสูงสุด (Maximum aerobic exercise) และภาวะของการทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายว่างเพื่อรอรับเลือด (Left ventricular filling phase) ลดลงหรือสูญเสียหน้าที่ หรือปริมาณ เลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (Cardiac output) เพียงเล็กน้อยแต่จะเปลี่ยนแปลงชัดเจนในเรื่องการทำงานของหัวใจในช่วงคลายตัว (Diastolic function) (Stott & Quinn, 2012) ส่งผลให้การรับเลือดในหัวใจห้องล่างซ้ายเปลี่ยนแปลงไป คือ ช้าลง และปริมาณเลือดที่ผ่านลิ้นหัวใจไมตรัล (Mitral valve) ลดลง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบ่งตามองค์ประกอบของหัวใจ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อหัวใจ และระบบสื่อนำไฟฟ้าหัวใจ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น พบว่า มีการสะสมของ Amyloid ซึ่งเป็นสารจำพวกโปรตีน มีการสะสมของไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนังหัวใจหนาขึ้น โดยเฉพาะผนังหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง การเปลี่ยนแปลงของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายนี้มีความสำคัญต่อระบบไหลเวียนโลหิตมาก เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจหนามากหัวใจ

ห้องล่างซ้ายจะโต ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาในที่สุด ทำให้มวลรวมของหัวใจจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอายุ 20 ปี จนถึงอายุ 80 ปี (Stott & Quinn, 2012) และเกิดผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (Left ventricular hypertrophy) ทำให้การบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปผ่านทางหลอดเลือดแดงเอออร์ต้าเพื่อเลี้ยงร่างกายน้อยลง ส่งผลให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น รวมทั้งเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจไมโอไซท์มีจำนวนลดลง ร่วมด้วยกับมีขนาดใหญ่ขึ้น และภายในเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจมีการสะสมของอะมัยลอยด์ โดยทั่วไปจะไม่มีอาการใด ๆ แต่บางรายพบว่า มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจพิการ (Cardiomyopathy) ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจล้มเหลวได้

2. การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ภาวะหลอดเลือดแข็งทำให้เกิดแรงต้านในของหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular resistance) เพิ่มขึ้น หัวใจจึงต้องพยายามเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 ครั้ง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น การเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดได้แก่ หลอดเลือดแดงมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ผนังหลอดเลือด 2 ชั้น คือ ผนังหลอดเลือดชั้นในและผนังหลอดเลือดชั้นกลาง ส่วนผนังหลอดเลือดชั้นนอกพบการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจนมากนัก (Miller, 2019) เซลล์เยื่อบุภายในที่ผนังหลอดเลือดชั้นในของหลอดเลือดแดงมีการเรียงตัวเปลี่ยนไป ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ เลือดไหลเวียนไม่สะดวกหรือมีไขมันสะสมร่วมด้วย ผนังหลอดเลือดชั้นในจะเปลี่ยนแปลงจนเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งหรือยืดหยุ่นไม่ดี ทำให้หลอดเลือดสูญเสียการทำงานเกี่ยวกับการควบคุมไขมัน นอกจากนี้ผนังหลอดเลือดชั้นในจะหนาตัวขึ้น มีขนาดและรูปร่างเปลี่ยนไป ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมัน แคลเซียม และพังผืด ทำให้ผนังหลอดเลือดยืดขยาย ภาวะหลอดเลือดแข็งในผนังหลอดเลือดชั้นกลาง มีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นนี้ในผู้สูงอายุ ได้แก่ มีคอลลาเจนสะสมมากขึ้น มีการสะสมแคลเซียมที่ร่างแหอีลาสติน (Elastin fiber) ส่งผลต่อความผิดปกติต่าง ๆ เช่น แรงดันขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) จะสูงขึ้นการไหลเวียนของเลือดไปสู่อวัยวะสำคัญลดลง ส่วนผนังหลอดเลือดชั้นนอกจะเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย สำหรับหลอดเลือดดำจะหนาตัว และมีการขยายตัวมากขึ้น อีลาสตินน้อยลง และลิ้นของ หลอดเลือดดำใหญ่ที่ขามีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้น เลือดจึงไหลกลับหัวใจได้ไม่ดี (Miller, 2019)

การเปลี่ยนแปลงหัวใจและหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุส่งผลทำให้สมรรถนะการทำงานของหัวใจลดลง และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้น การมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อชะลอความเสื่อมของกล้ามเนื้อหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ และลดโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง สภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หมายถึง ปัจจัยที่อยู่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้การทำงานของหลอดเลือดหัวใจลดลง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งผนังหลอดเลือดแดงที่หนาตัวขึ้นและมีความหยืดหยุ่นลดลง รวมถึงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนลดลง ส่งผลให้การทำงานของหัวใจมีประสิทธิภาพลดลง ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุมากขึ้น (Eliopoulos, 2018)

1.2 เพศ มีผลต่อระดับไขมันในเลือดที่สูง โดยพบว่าเพศชายจะพบระดับ Triglyceride สูงกว่าในเพศหญิง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเพศหญิงจะสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากผลของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่เกี่ยวกับภาวะวัยหมดประจำเดือน ซึ่งระดับไขมันที่แตกต่างกันนี้เกี่ยวเนื่องกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (เอกพลพลเดช เดชแก้ว, 2021)

1.3 พันธุกรรม และเชื้อชาติ ภาวะหัวใจขาดเลือดสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง แม้มีสาเหตุไม่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากพันธุกรรมที่มีความผิดปกติใน 2 ลักษณะ คือ ผิดปกติในการสังเคราะห์และเผาผลาญไขมันชนิดไม่ดีหรือไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (Low Density Lipoprotein [LDL]) อีกทั้งมีความผิดปกติในการสร้างตัวรับไขมันชนิดไม่ดี (LDL) ที่ตับ ซึ่งความผิดปกตินี้ จะทำให้ระดับไตรกลีเซอร์ไรด์ และไขมันชนิดไม่ดีในเลือดสูง ส่งเสริมให้เกิด Plaque formation ที่มีผลต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด ผู้ที่มีพันธุกรรมนี้ เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจถึง 3 เท่า โดยที่ประชากรชาวเอเชียจะพบพันธุกรรมชนิดนี้ได้ร้อยละ 3.5-5.7 (เอกพลพลเดช เดชแก้ว, 2021)

2. ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของบุคคล ถ้าบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ก็จะสามารถลดความเสี่ยงลงได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (40 มวน/ วัน) เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ 10 เท่าเมื่อเทียบกับคนไม่สูบบุหรี่ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563) การสูบบุหรี่ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งปริมาณการสูบและอายุของผู้สูบ อายุระหว่าง 65-84 ปี จะมีโอกาสตายเร็วเป็น 2 เท่า การสูบบุหรี่จะมีสารนิโคตินในบุหรี่จะทำให้ร่างกายหลั่งแคททีโคลมีน (ฮอร์โมนเอพริเนฟรินและนอร์

เอพริเนฟริน) ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น เต้นเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้มีการสร้างไขมันชนิดไม่ดีเพิ่มขึ้น และลดการสร้างไขมันดีหรือไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (High Density Lipoprotein [HDL]) อีกทั้งยังพบว่าคาร์บอนมอนอกไซด์ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ยังจับกับฮีโมโกลบินทำให้การนำออกซิเจนของเม็ดเลือดแดงขาดประสิทธิภาพและมีผลทำให้มีการอักเสบของเอนโดทีเลี่ยมที่จะขัดขวางการแลกเปลี่ยนออกซิเจน

2.2 ภาวะที่มีไขมันในเลือดสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง และบริโภคไขมันชนิดที่ไม่อิ่มตัวมาก จะเป็นสาเหตุให้มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งมีผลกระตุ้นให้เกิดการจับตัวของเลือด ทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ ไขมันในเลือดที่มีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดปัญหาของหัวใจและหลอดเลือด จำแนกเป็น 2 ประเภท (Hubert & Van Meter, 2018) ดังนี้

2.2.1 ไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) เป็นไขมันที่ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ทำให้ไขมันจับตัวอยู่ตามผนังหลอดเลือด ซึ่งพบว่า การลดไขมัน ที่มีความหนาแน่นต่ำให้ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Hubert & Van Meter, 2018)

2.2.2 ไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) เป็นไขมันดีมีหน้าที่นำโคเลสเตอรอลที่ติดตามผนังหลอดเลือดให้หลุดออกไป จึงช่วยลดการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งมีการศึกษาพบว่าการเพิ่มไขมันที่มีความหนาแน่นสูงให้สูงกว่า 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Hubert & Van Meter, 2018)

2.3 ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผนังหลอดแดงเลือดหนา แข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น และมีไขมันมาสะสมภายในผนังหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น (Eliopoulos, 2018)

2.4 โรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นกว่าคนที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-8 เท่า (Touhy & Jett, 2016)

2.5 โรคอ้วน ความอ้วนส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพื่อทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ความอ้วนมากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบ และผู้ที่อ้วนมากเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้มากกว่าคนปกติ 2-3 เท่า (Touhy & Jett, 2016)

2.6 ขาดการออกกำลังกาย การไม่มีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจมากกว่าคนที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย 1.9 เท่า การมีกิจกรรมทางกายในระดับหนักปานกลางสะสมอย่างน้อย 30 นาที ในแต่ละวัน เช่น การเดิน การเต้นรำ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Touhy & Jett, 2016)

2.7 ภาวะเครียด คนที่มีบุคลิกภาพแบบ A (Type a personality) มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าบุคลิกภาพแบบอื่นถึง 2 เท่า (Touhy & Jett, 2016) ภาวะเครียดเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจได้จากปัจจัยหลายอย่าง เนื่องจากความเครียดอาจทำให้รับประทานมากขึ้น ทำให้สูบบุหรี่มากขึ้น ความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งสารอะดรีนาลินที่ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น อีกทั้งการมีความเครียดยังหลั่งสารคอร์ติซอลทำให้ร่างกายผลิตน้ำตาลเพิ่มขึ้น ตับผลิตโคเลสเตอรอลมากขึ้น ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการสะสมไขมันในหลอดเลือดแดงจึงทำให้มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น (เอกพลพลเดช เดชแก้ว, 2021)

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

สาเหตุหลักของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดในผู้สูงอายุ คือ ภาวะหลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) ทำให้การนำเลือดของหลอดเลือดโคโรนารีลดลง สืบเนื่องมาจากไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดหรือหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งหรือมีลิ่ม หรือการรวมตัวของไขมันไปอุดตัน แต่พบมากที่สุด คือ ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแข็ง พยาธิสภาพที่พบเรียกว่า Atheromatus plaque ที่ประกอบด้วย ไขมันประเภทโคเลสเตอรอล ฟอสโฟไลปิด และสารประกอบต่าง ๆ จากเม็ดเลือดขาวและเกร็ดเลือดรวมทั้งไฟบริน นอกจากนี้ยังมี Fibrous tissue และแคลเซียมรวมอยู่มากหรือน้อยแล้วแต่อายุของ Atheromatus plaque ในหลอดเลือดแดง Atheromatus plaque นั้นจะอยู่แทนที่ Endothelium ซึ่งจะสูญหายไป และช่องภายในของหลอดเลือดจะตีบแคบลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้ปริมาณเลือดไหลผ่านน้อยลง เลือดไปเลี้ยงล้ามเนื้อหัวใจลดลงและขาดออกซิเจน (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560; เอกพลพลเดช เดชแก้ว, 2021; Hubert & Van Meter, 2018)

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดแข็ง ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดชั้นในหนาตัวขึ้นจนเกิดการตีบหรือตัน การที่ทำให้เอออร์ตา และหลอดเลือดแดงแข็ง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดทั่วร่างกายเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการปรับตัวโดยการเพิ่มความดันซิสโตลิก และเวนตริเคิลซ้ายหนา อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการสะสมของคอลลาเจนในหัวใจ และหัวใจมีความยืดหยุ่นลดลงเป็นผลให้การบีบตัว และการยืดขยายของหัวใจเปลี่ยนแปลง ปรากฏการณ์สำคัญของการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือดของผู้สูงอายุ คือ ในการออกกำลังกายที่รุนแรงปริมาตรเลือดที่หัวใจของผู้สูงอายุส่งออกต่อนาทีไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากหัวใจบีบตัวได้ลดลง และการเต้นของหัวใจเพื่อตอบสนองต่อการออกกำลังกายลดลง เมื่ออายุมากขึ้นลิ้นหัวใจของผู้สูงอายุมักจะหนา และแข็งเพราะมีการเสื่อม มีไขมัน และแคลเซียมไปเกาะ และการตีบแคบ กระบวนการเกิด Atherosclerosis ของหลอดเลือดจะเกิดที่ผนังชั้นในหรือชั้น Intima ของหลอด

เลือดก่อนโดยการสะสมของคราบไขมัน (Plaques) ที่ใช้เวลาเป็นปี ๆ และจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้น จนทำให้โพรงหลอดเลือดเกิดการตีบแคบ หรือเกิดการอุดตัน ภาวะหลอดเลือดแข็งเกิดขึ้นเมื่อใดหลอดเลือดจะเกิดการตีบแคบจนทำให้การไหลของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้มีอาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดขึ้น และมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตามมา (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560)

พยาธิสภาพและกระบวนการเกิดโรคแบ่งอออกเป็น 3 ระยะ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563) ดังนี้

ระยะที่ 1 การสะสมคราบไขมันในหลอดเลือดแดง (Fatty streak) การเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรคจะเริ่มจากการมีโคเลสเตอรรอลและไขมันมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด จากนั้นไขมันจะแทรกเข้าสู่ผนังชั้นกลางและกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดงของหัวใจแล้วจับกันเป็นแผ่นหนาตัวขึ้น เมื่อมีแคลเซียมที่อยู่ในกระแสเลือดมาเกาะบริเวณดังกล่าว รูของหลอดเลือดตีบแคบอย่างช้า ๆ ความผิดปกติจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีการสะสมของไขมันชนิดไม่ดีในชั้น Extracellular sub endothelial space เปลี่ยนไขมันชนิดไม่ดีเป็น Oxidized LDL ที่สามารถสร้างสารเคมีที่มีฤทธิ์ดึงเม็ดเลือดขาวชนิดโมโนไซต์ เข้าไปในผนังหลอดเลือดที่จำกัดไขมันโดยการล้อมทำลาย และจะทิ้งคราบไขมันสีเหลืองให้หลงเหลืออยู่ ซึ่งเป็นต้นเหตุให้ผนังหลอดเลือดแดงเกิดการอักเสบ แข็ง และหนาตัวขึ้นและก้อนใหญ่ขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบและอุดตันจนไม่สามารถส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ในที่สุด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดเรื้อรัง

ระยะที่ 2 คราบไขมันแก่ตัว (Mature plaque หรือ Fibrous plaque) ระยะนี้จะมีไขมันแทรก ในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดแดง และมีการพอกตัวของคราบไขมันมากขึ้น ต่อมาจะมีการรวมตัวของไขมันและคอลลาเจนในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบทำให้คราบไขมันแก่ตัว โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงของคราบไขมันเหลืองเป็นเหลืองเทา หรือเรียกว่า Fibro fatty plaque ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการสร้าง Fibrin fibrinogen , White blood cell calcium และ Lipoprotein ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือดแดงแล้วยังเกิดการจับตัวกันของคราบไขมันร่วมด้วย เมื่อมีขนาดใหญ่ขึ้นอาจมีการแตกออกจากผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงได้อีก

ระยะที่ 3 คราบไขมันแตก (Rupture plaque หรือ complicated plaque) ในระยะนี้คราบไขมันแก่ตัวเต็มที่มีโอกาสแตก หรือมีการฉีกขาดได้ง่าย มีการบาดเจ็บภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งร่างกายจะใช้กลไกลในการรักษาอาการบาดเจ็บและแก้ไขอาการอักเสบโดยคอลลาเจนในผนังหลอดเลือดจะกระตุ้นให้มีการสร้างเกล็ดเลือดจำนวนมากเพื่อมาซ่อมแซมส่วนที่บาดเจ็บ และมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการอักเสบภายในหลอดเลือดโดยการสร้าง Fibrin เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งทั้งสองส่วนจะมารวมตัวกันเป็นเป็นลิ่มเลือด (Thrombi) เพื่อแก้ไขการบาดเจ็บและการอักเสบ

ในขณะที่ร่างกายจัดการกับอาการบาดเจ็บและการอักเสบนี้โดยกระตุ้นการสร้างปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเพื่อทำให้เกิดลิ่มเลือดมากขึ้น ยิ่งทำให้เพิ่มการการอุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจ โดยเฉพาะบริเวณที่มีการฉีกขาด และถ้าเกิดการ อุดตันแบบสมบูรณ์ก็จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จนเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ อาจเกิดภาวะช็อค และภาวะหัวใจล้มเหลวในที่สุด (Martinez & House-Fancher, 2000)

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจ เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือด ไปเลี้ยงไม่เพียงพอซึ่งเกิดจากการนำส่งออกซิเจนให้กล้ามเนื้อหัวใจลดลงและความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น ขณะที่หลอดเลือดหัวใจมีการตีบแคบจึงไม่สามารถที่จะปรับตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้เพียงพอต่อการความต้องการของหัวใจ จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจนถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตตามมาได้ อาการและอาการแสดงที่จำเพาะคือ อาการเจ็บหน้าอกแบบ Angina pectoris คือ เจ็บเหมือนถูกกด หรือรู้สึกเหมือนถูกบีบรัด ตำแหน่งบริเวณที่เป็นมักอยู่บริเวณกระดูกหน้าอก แต่ไม่สามารถชี้ตำแหน่งได้ชัดเจน บางครั้งอาจเจ็บที่ไหล่ แขน ขากรรไกร หรือ หลัง อาการร่วมที่พบกับอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น อาการหายใจลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ใจ สั่น เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน แน่นท้อง ซีดและเป็นลมหมดสติชั่วขณะ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดมักจะไม่มีอาการแสดงดังกล่าวข้างต้นอย่างตรงไปตรงมา หรือมีอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะกับโรคหลอดเลือดหัวใจแตกต่างจากวัยที่อายุน้อยกว่า

อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีการตีบหรือการอุดตัน อาจมีทั้งที่ปรากฏอาการและไม่ปรากฏอาการ ลักษณะอาการ อาการแสดง และปัญหาที่พบบ่อย (อาภรณ์ ดีนาน, 2563; Hinkle & Cheever, 2018) มีดังนี้

1. กลุ่มอาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะและสำคัญที่พบบ่อยคืออาการเจ็บแน่นบริเวณทรวงอก เจ็บลึก ๆ อาจมีอาการร้าวไปที่แขนข้างซ้ายหรือร้าวขึ้นไปที่กราม ซึ่งมักสัมพันธ์กับการออกแรงหรือเวลาที่มีความเครียดสูง

2. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ที่อาจเกิดจากการส่งเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ มีการรบกวนระบบคลื่นไฟฟ้าของหัวใจ แล้วส่งผลกระทบต่อจังหวะการเต้นของหัวใจ

3. อาการที่เกิดจากภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีความรุนแรงของพยาธิสภาพ กลุ่มนี้มักมีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งซีกซ้ายและซีกขวา ซึ่งเป็นสาเหตุหลัก ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

4. ภาวะช็อคจากหัวใจล้มเหลว (Cardiogenic shock) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้การบีบตัวของหัวใจลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้ความดันโลหิตต่ำ อาจมีหัวใจเต้นผิดปกติ ต้องแก้ไขภาวะช็อกอย่างเร่งด่วน

5. อาการหมดสติชั่วคราว (Syncope) ซึ่งอาจเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยตรงหรือจากสาเหตุอื่น อาการหมดสติอาจต่อเนื่องถึงขั้นเสียชีวิตก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง

6. ภาวะหัวใจหยุดเต้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอาการรุนแรง อาจมีภาวะหัวใจหยุดเต้น

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ มักนิยมแบ่งตามระดับสมรรถภาพของหัวใจและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ตามเกณฑ์ของ New York Heart Association [NYHA] Classification เป็น 4 ระดับ (The Joint Commission, 2018) ดังนี้

Class I ผู้ป่วยที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปโดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก

Class II ผู้ป่วยไม่มีอาการขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมทั่วไปอาจมีอาการเล็กน้อย

Class III ผู้ป่วยจะมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่ายหรือเจ็บหน้าอกถึงแม้จะทำกิจวัตรเพียงเล็กน้อย แต่ไม่มีอาการขณะพัก

Class IV ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ โดยมีอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่ายหรือเจ็บหน้าอกแม้ในขณะพัก

ผลกระทบโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับโรคและดูแลรักษาตลอดชีวิตจึงส่งผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้านร่างกายที่เกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอกับความต้องการทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บเค้นอก และแน่นหน้าอก ผู้สูงอายุจะรู้สึกไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บเค้นอกซึ่งอาจเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือเกิดขณะทำกิจกรรม ถ้าอาการมีความรุนแรงมากผู้สูงอายุจะรู้สึกหวาดกลัว ส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจหัวใจขาดเลือดเป็นโรคร้ายแรง น่ากลัว และรักษาไม่หาย เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญปัญหาหรือภาวะวิกฤติของการเจ็บป่วย แต่ยังคงต้องกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัว และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพา และเป็นภาระแก่ครอบครัวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยค่า มีความรู้สึกสูญเสียความสามารถในตนเอง และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Eliopoulos, 2018) ซึ่งเป็นอาการสำคัญที่พบในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นโรคเรื้อรังจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายจากภาวะของโรคจนกระทั่งต้องกลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นนั้น จะมีผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนแตกต่าง หรือด้อยค่ากว่าบุคคลอื่น อยากอยู่คนเดียวแยกตัวออกจากกิจกรรมต่าง ๆ จากสังคม และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นน้อยลง (Eliopoulos, 2018) และถ้าผู้สูงอายุยังไม่สามารถดำรงบทบาทของตนที่เหมาะสม อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เป็นภาระบุคคลอื่นในการเข้าร่วมกิจกรรมหรือเดินทางร่วมกัน บางครั้งผู้ดูแลต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุทำให้สูญเสียรายได้และส่งผลกระทบในด้านเศรษฐกิจตามมา

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ

การรักษาอาการโรคหลอดเลือดหัวใจมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มออกซิเจนไปยังกล้ามเนื้อหัวใจและลดความต้องการออกซิเจนของหัวใจ เพื่อลดอาการที่เกิดขึ้น ป้องกันไม่ให้โรคหลอดเลือดหัวใจก้าวหน้ามากขึ้น เมื่อเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขึ้นไม่ว่าการรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม มีจุดประสงค์หลักในการรักษาคือ ต้องให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจให้ได้มากที่สุด สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทยนั้น สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (2564) ได้กำหนดแนวทางรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพสูง และมีประสิทธิผลที่ที่ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตค่อนข้างสูง

แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

1. การรักษาด้วยการใช้ยา เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจมีความสมดุลของการใช้และการได้รับออกซิเจน ยาที่ใช้จึงมีทั้งช่วยเพิ่มออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และลดความต้องการการใช้

ออกซิเจนของหัวใจ มีดังนี้

1.1 ยาลดความเจ็บปวด เช่น มอร์ฟีน มักใช้ในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและรุนแรง ยาจะช่วยลดปวด และทำให้หลอดเลือดขยายเป็นการลดภาระของหัวใจ และช่วยลดความดันโลหิต แต่การให้อาจทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบาก ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า และอ่อนเพลีย

1.2 ยากลุ่มไนเตรท (Nitrates) ยาทำให้หลอดเลือดดำทั่วร่างกายขยายตัว ลดแรงดันผนังหัวใจ ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และยายังขยายหลอดเลือดโคโรนารี ทำให้เลือดผ่านหลอดเลือดที่มีโคเลสเตอรอลได้มากขึ้น จึงช่วยลดอาการเจ็บหน้าอก ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ ไนโตรกลีเซอรีน เป็นยาออกฤทธิ์ระยะสั้นใช้อมหรือพ่นใต้ลิ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

1.3 ยาต้านเบต้า (Beta-blockers) ยาออกฤทธิ์ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดแรงบีบตัวของหัวใจ ลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ จึงลดอาการเจ็บหน้าอก ยานี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ ยาต้านเฉพาะเบต้า 1 (Beta-1 selective blocker) เช่น Metoprolol และ Atenolol เป็นต้น ยาจะออกฤทธิ์เฉพาะที่หัวใจ และยาต้านเบต้า 1 ที่ไม่เฉพาะ (Non-beta-1 selective blocker) เช่น Propanolol ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อหัวใจ แต่อาจทำให้หลอดลมตีบแคบ และหลอดเลือดส่วนปลายหดตัว

1.4 ยาต้านแคลเซียมเข้าเซลล์ ยามีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีขยายโดยตรงทำให้การไหลเวียนเลือดของหัวใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดการบีบตัวของหัวใจลดความดันโลหิต ทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

1.5 ยาต้านการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ที่สำคัญคือ แอสไพริน ซึ่งจะลดการจับตัวของเกล็ดเลือด มักใช้ยานี้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบทุกรายถ้าไม่มีข้อห้าม

2. การรักษาด้วยการเปิดขยายหลอดเลือดมีหลายวิธี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ได้แก่ การขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารีด้วยบอลลูน (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty [PTCA]) การใส่โครงตาข่าย (Coronary stents) เป็นการใส่โครงตาข่ายเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ตีบแคบ การตัดเอาคราบไขมันออก และ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery bypass grafting)

3. การรักษาด้วยการใช้เลเซอร์ผ่านกล้ามเนื้อหัวใจ (Trans Myocardial Revascularization หรือ TMR) ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดและหัวใจที่การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ แล้วมีการอุดตันซ้ำอีก หรือใช้รักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงในระยะที่ 4 มีหลักการคือ ผู้ป่วยต้องดมยาสลบใช้เลเซอร์ยิงผ่านหัวใจขนาดของรูผ่าน 1 มิลลิเมตร ลึกขนาด 1 เซนติเมตร

ยิงประมาณ 10-25 รู ที่อุณหภูมิ 60 องศาเซลเซียส (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) เมื่อยิงหลายรูทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีลักษณะเป็นฟองน้ำที่จะดูดซับเลือด และไหลซึมไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด การรักษาด้วยการใช้เลเซอร์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากแสงเลเซอร์ เช่น ภาวะเลือดออก มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือภาวะหัวใจถูกกดจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ เป็นต้น

นอกจากการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวแล้ว การรักษาด้วยการไม่ใช้ยาเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (Touhy & Jett, 2016) การรักษาด้วยการไม่ใช้ยามุ่งเน้นที่การลดหรือกำจัดปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม และถูกต้อง ซึ่งสามารถช่วยควบคุมความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

พยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหลืออยู่ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดจากการทำงานของหัวใจ ดังนั้น จึงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องการการส่งเสริมและเพิ่มสมรรถภาพของหัวใจเพื่อให้หัวใจทำงานได้อย่างเต็มขีดความสามารถ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563) การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกระบวนการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถกลับคืนสู่สภาพที่ดีที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และป้องกันการเกิดโรคซ้ำ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การประเมินทางการแพทย์ การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ และคำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยจะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจด้านการออกกำลังกายเป็นหลัก แบ่งเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจแบบครอบคลุม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ประกอบด้วย การให้โปรแกรมการออกกำลังกาย การให้ความรู้ และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยเน้นการออกกำลังกายเป็นหลัก เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ประกอบด้วย การให้โปรแกรมการออกกำลังกาย และคำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพหัวใจ และร่างกายที่ดีขึ้น มีความมั่นใจและสามารถออกกำลังกายด้วยตนเองได้อย่างปลอดภัย

ระยะการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายแบ่งเป็น 3 ระยะ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563) ดังนี้

1. ระยะผู้ป่วยใน เป็นระยะที่ผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเพื่อรักษาโดยการขยายหลอดเลือด หรือผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จนผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

2. ระยะผู้ป่วยนอก เป็นระยะที่ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล ช่วงแรกใช้เวลาประมาณ 8-12 สัปดาห์ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นการเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่โรงพยาบาล หรือการให้คำแนะนำในการอออกกำลังกายที่บ้านขึ้นกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละคนและข้อจำกัดเป็นหลัก

3. ระยะคงสภาพ เป็นระยะที่ผู้สูงอายุได้ผ่านระยะที่ 2 และมีข้อบ่งชี้ว่าสามารถเข้าสู่ระยะที่ 3 ระหว่างการออกกำลังกาย ไม่จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างเหมาะสมนั้น ต้องใช้กระบวนการจัดการด้วยตนเองที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการที่จะปรับพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นรูปแบบการวนกลับที่จะเกิดขึ้นต่อเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ว่าพฤติกรรมที่กำลังกระทำนั้นไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการ และในบางครั้งการจัดการด้วยตนเองต้องอาศัยพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพในการส่งเสริม และจูงใจให้มีการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามที่จะจัดการตนเองต้องให้ความรู้ และหาแนวทางการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองร่วมกันกับผู้สูงอายุ และครอบครัวร่วมกับการฝึกทักษะต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติได้ เพื่อป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรค (Miller, 2019)

สำหรับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ข้อกำหนดของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association [AHA], 2019) ที่ระบุว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ควรปฏิบัติประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการจัดการความเครียดและพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีข้อจำกัดจากภาวะของโรค และความเสื่อมของร่างกายซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการออกกำลังกายน้อยกว่าวัยอื่น ๆ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการออก

กำลังกายน้อยกว่าวัยอื่น ๆ ดังนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงเน้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิค เพื่อพัฒนาความอดทนของระบบหัวใจหลอดเลือด และระบบหายใจ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก และทำติดต่อกันเป็นเวลานานจึงส่งผลให้ระบบการทำงานของหัวใจ และการไหลเวียนโลหิตทั่วร่างกายดีขึ้น รวมไปถึงการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยป้องกัน และรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (Miller, 2019)

หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

หลักการที่ 1 ควรออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 20-30 นาที โดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่นร่างกายรวมถึงการยืดเหยียดกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาที ช่วงออกกำลังกายประมาณ 10-15 นาที และช่วงกลับสู่สภาพปกติประมาณ 5-10 นาที ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือออกกำลังกายวันเว้นวัน เมื่อร่างกายเริ่มปรับสภาพได้แล้ว จึงเพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

หลักการที่ 2 ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเหนื่อย หรือแน่นหน้าอกให้หาที่นั่งพักทันที และจับชีพจรบริเวณข้อมือด้านในว่าชีพจรเต้นเร็วเกินไปหรือไม่ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 80-100 ครั้งต่อนาที ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 83-123 ครั้งต่อนาที ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 75-113 ครั้งต่อนาที ควรงดการออกกำลังกาย เมื่อมีอาการแน่นหน้าอกหรือเจ็บหน้าอก มีไข้สูง เวียนศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มิลลิเมตรปรอท และร่างกายอ่อนเพลีย อากาศร้อนจัดหรือหนาวจัด เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

หลักการที่ 3 คำแนะนำสำหรับการออกกำลังกาย คือ ควรออกกำลังกายหลังการรับประทานอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และงดสูบบุหรี่ ควรสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ สวมรองเท้าผ้าใบที่พอดีกับเท้า ควรมีป้ายชื่อของผู้สูงอายุ โรคประจำตัว แพทย์ประจำตัว หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้าน หรือผู้ที่สามารถติดต่อได้เวลาฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลที่รักษาใส่ไว้ในกระเป๋าเสื้อ หรือกางเกงพกติดตัวไว้ ควรพกยาอมใต้ลิ้นติดตัวด้วยเสมอ

ชนิดของการออกกำลังกายแบบแอโรบิคที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558) มีดังนี้

1. การเดิน จัดว่าเป็นวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือความพิการของเท้า และข้อที่ทำให้ลำบากในการเดิน) ข้อควรปฏิบัติคือ เดินเร็ว

ให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรแกว่งแขน และบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอ และหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน

2. การวิ่งช้า ๆ (การวิ่งต่างกับการเดินคือ การเดินนั้นเท้าข้างหนึ่งข้างใด แตะพื้นอยู่เสมอ ส่วนการวิ่งจะมีช่วงใดช่วงหนึ่งที่เท้าไม่แตะพื้น) ผู้สูงอายุที่สามารถวิ่งได้จะไม่มีข้อห้าม แต่ต้องมีข้อเท้าที่ดี เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อเท้ามากกว่าการเดิน จึงอาจทำให้บาดเจ็บได้ แนะนำให้ผู้สูงอายุใส่รองเท้าที่เหมาะสม และมีข้อปฏิบัติต่าง ๆ เช่นเดียวกับการเดิน

3. โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ต้องมีครูฝึกที่รู้จริง และปฏิบัติอย่างจริงจังจึงจะให้ประโยชน์สูง

4. การรำมวยจีน หลักการของการรำมวยจีน คือ การเคลื่อนไหวช้า ๆ แต่ใช้เวลา และสมาธิเหมาะสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ควรมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสม และต้องใช้เวลาปฏิบัติอย่างจริงจัง

5. กายบริหารท่าต่าง ๆ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ควรจะบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น

ข้อห้ามในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะความดันเลือดลดลงขณะเปลี่ยนท่า ลิ้นหัวใจเอออร์ติกตีบรุนแรง มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติที่ควบคุมไม่ได้ หลอดเลือดดำอักเสบเฉียบพลันเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ยังควบคุมอาการไม่ได้

ข้อบ่งชี้ในการหยุดออกกำลังกาย เริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เวียนศีรษะ มึนงง ซีด เหนื่อยหอบ ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตสูงขึ้นมากความดันเลือดซิสโตลิกมากว่า 220 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิกมากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท อัตราหัวใจเต้นลดลงมากกว่า 10 ครั้ง/ นาที ระหว่างออกกำลังกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2558)

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจควรควบคุมการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่มีแคลอรี และโคเลสเตอรอลสูง รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เป็นต้น ซึ่งสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2019) ได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไว้ดังนี้

ระดับความเชื่อถือ	คำแนะนำ
สูง/แนะนำให้ปฏิบัติ	อาหารที่ลดภาวะเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ ผัก ผลไม้ ถั่ว พืชกินทั้งเมล็ด ปลา
ปานกลาง	หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัว เปลี่ยนการปรุงอาหารโดยใช้ไขมันไม่อิ่มตัวแทนไขมันอิ่มตัว ลดอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงและอาหารที่มีโซเดียมสูง หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นเนื้อสัตว์แปรรูป แป้ง (คาร์โบไฮเดรตที่แปรรูป) และเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัด
งดการปฏิบัติ	อาหารที่มีไขมันทรานส์ (Trans fat)

อาหารที่เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ควรเป็นอาหารที่มีปริมาณพอเหมาะกับความต้องการพลังงานที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวัน ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลากหลาย รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรเป็นอาหารที่มีกากใยสูงเพื่อช่วยทำให้การย่อยและการดูดซึมพลังงานลดลง นอกจากนั้นยังมีผลต่อการควบคุมปริมาณน้ำดีที่สร้างที่ตับ และขับออกจากร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ลดการสะสมของโคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ซึ่งควรปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย อาหารมีพลังงานสูง รับประทานอาหารปริมาณมาก รับประทานอาหารบ่อยครั้ง เป็นต้น จะช่วยลดพลังงานที่ได้เกินความต้องการที่จะถูกสะสมไว้ในรูปของไขมันใต้ชั้นผิวหนังและในช่องท้อง ควรงดอาหารที่มีเกลือแร่บางชนิดที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากในผู้ที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีปัญหาในการควบคุมความสมดุลของโซเดียมในร่างกาย และถ้ามีปัญหาการทำหน้าที่ของไตได้ไม่ดีร่วมด้วย ร่างกายจะไม่สามารถขับโซเดียมออกจากร่างกายได้ตามปกติ โซเดียมส่วนเกินจะดึงและกักเก็บน้ำไว้ในร่างกายมากขึ้นทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น (อาภรณ์ ดีนาน, 2563)

หลักการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีดังนี้

1. อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน และใยอาหารที่ได้จากธรรมชาติ เช่น ข้าวทั้งเมล็ด เผือก มัน เป็นต้น หลีกเลี่ยงการใช้คาร์โบไฮเดรตแปรรูป เช่น แป้งชนิดต่าง ๆ ที่ใช้มาปรุงเป็นอาหาร ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีแป้งหรือน้ำตาลสูงเพราะร่างกายจะเปลี่ยนพลังงานที่ได้รับเกินความต้องการ ควรคำนึงถึงน้ำตาลปริมาณสูงที่พบได้ในผลไม้ที่มีรสหวานจัดด้วย เช่น ทุเรียน เงาะ ขนุน ลำไย เนื่องจากน้ำตาลจะเปลี่ยนเป็นไกลโคเจนทำให้หลอดเลือดตีบแคบ และแข็งตัวทำให้หัวใจทำงานหนักในการบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของ

ร่างกายเกิดอันตรายนำไปสู่ภาวะหัวใจวายรุนแรงได้ (AHA, 2019) ดังนั้น จึงควรศึกษาเกี่ยวกับปริมาณพลังงานที่ได้จากผลไม้ต่าง ๆ และรับประทานผลไม้ที่มีน้ำตาลสูงในปริมาณที่จำกัด และควรเลือกรับประทานผลไม้ที่ให้พลังงานไม่สูง เช่น มะละกอ ส้ม ฝรั่ง เป็นต้น

2. อาหารประเภทไขมัน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจควรมีการควบคุมระดับไขมัน เนื่องจากไขมันที่ร่างกายได้รับจากอาหารจะทำให้เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือดและเกิดหลอดเลือดอุดตันได้ (AHA, 2019) อาหารที่มีไขมันสูงหรือปรุงด้วยน้ำมัน เช่น อาหารทอด อาหารที่ผัดน้ำมัน อาหารที่ปรุงด้วย กะทิ ข้าวขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง น้ำมันพืชบางชนิด เป็นต้น ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันน้อยโดยเลือกรับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไม่ติดหนัง หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์แปรรูป เช่น กุนเชียง ไส้กรอก เป็นต้น ใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวปริมาณพอเหมาะสลับกันในการประกอบอาหารได้แก่ น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงโคเลสเตอรอลสูง โดยรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและหนัง ดื่มนมพร่องไขมัน ลดอาหารที่มีส่วนประกอบของเนยเทียม เนยแท้ เช่น ขนมเค้ก พาย เป็นต้น (ชวิศา แก้วอนันต์, 2561) ไขมันในอาหาร มี 4 ประเภท (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ดังนี้

2.1 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fatty acid) มีมากในน้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วลิสง แมคคาเดเมีย น้ำมันคาโนลา และน้ำมันเมล็ดชา พบว่าการรับประทานไขมันชนิดนี้จะลดระดับ LDL แต่ไม่ลดระดับ HDL

2.2 กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid) ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น พบว่า การรับประทานไขมันชนิดนี้จะลดระดับ LDL แต่ไม่ลด HDL

2.3 กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากสัตว์เป็นส่วนใหญ่ เช่น หนังสัตว์ ขาหมู เป็ดย่าง เบคอน หมูติดมัน หนังไก่ นม เนย ชีส ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก ไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมัน ปาล์ม กะทิ อาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงจึงควรหลีกเลี่ยง

2.4 กรดไขมันทรานส์ (Trans fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากน้ำมันพืช และทำกรรมวิธีเติม Hydrogen เข้าไป ยิ่งเติมมากก็จะมีความแข็งตัวมากขึ้น ได้แก่ มาการีน เนยเทียม เนยขาว น้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำ ๆ ไขมันชนิดนี้ทำให้ระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดสูงกว่าไขมัน อิ่มตัวจึงควรหลีกเลี่ยง และควรรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งได้จากพืชและปลา อาหารประเภทตุ๋น ต้ม นึ่ง ย่าง เป็นต้น

3. อาหารประเภทโปรตีน ควรรับประทานเนื้อปลา เช่น ปลาทู ปลาซาร์ดีน ปลาทะเลขนาดใหญ่ เนื่องจากปลาเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย และมีกรดไขมัน (Omega 3 fatty acid) ช่วยลด

โคเลสเตอรอลได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ชนิดอื่นควรเลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันและหนัง ควรรับประทานอาหารประเภทถั่ว เต้าหู้ ซึ่งสามารถลดระดับคลอเรสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และควรดื่มนมขาดมันเนย หรือนมพร่องไขมัน (ชวิศา แก้วอนันต์, 2561)

4. เกลือแร่และแร่ธาตุ จำกัดเกลือในอาหารที่ได้จากธรรมชาติและการปรุงแต่งรสชาติอาหารที่มีผลต่อการคั่งของน้ำในร่างกาย ทำให้การทำงานของหัวใจขาดประสิทธิภาพ อาหารที่จำเป็นต้องจำกัดปริมาณในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนี้

4.1 ลดอาหารที่มีเกลือหรือโซเดียมสูง ปริมาณโซเดียมที่เพิ่มขึ้นจะทำให้การคั่งของน้ำในร่างกายมากขึ้น ทำให้ปริมาณของเลือดเพิ่มขึ้น หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น โซเดียมส่วนใหญ่ได้จากเกลือแกง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องลดเกลือลง โดยขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ซึ่งไม่เกิน 4 กรัมต่อวัน (อาภรณ์ ดีนาน, 2563) ส่วนใหญ่ได้รับจากอาหารที่มีรสเค็ม หรืออาหารที่มีเกลือหรือน้ำปลาเป็นส่วนประกอบ รวมทั้งอาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม ไข่เค็ม น้ำพริกกะปิ ปลาร้า อาหารที่ผ่านกระบวนการถนอมอาหาร และอาหารที่ใส่ผงฟูเป็นต้น

4.2 ลดการเติมเครื่องปรุงรส เช่น น้ำจิ้ม หรือซอสต่าง ๆ รวมทั้งปรุงอาหารด้วยผงชูรส ผงปรุงรส ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ควรเติมเกลือ น้ำปลา หรือปรุงรสอื่น ๆ ในอาหารที่ปรุงแล้ว อาหารส่วนใหญ่ได้รับการปรุงแต่งรสในกระบวนการเตรียมอาหารเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการปรุงรสเพิ่ม การลดหรือจำกัดโซเดียมจะทำให้การคั่งของปริมาณน้ำนอกเซลล์และไม่เพิ่มปริมาณเลือดในร่างกาย ซึ่งช่วยลดการทำงานของหัวใจ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563)

4.3 การรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง โดยพบว่าโปแตสเซียมมีความสัมพันธ์กับการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานของระบบคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และมีผลต่อการควบคุมการขับปัสสาวะออกจากร่างกายโยจะทำงานร่วมกับโซเดียม ผ่านระบบเรนนินที่ไต และยังช่วยลดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม องุ่น ลูกเกด เป็นต้น การรับประทานแคลเซียมสูง เช่น นม ปลาเล็กปลาน้อย เป็นต้น จะช่วยทำให้หลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดแรงต้านในการบีบตัวของหัวใจ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563)

4.4 การรับประทานอาหารที่มีที่มีแมกนีเซียมสูง แมกนีเซียมจะเป็นตัวยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด และมีบทบาทในการขยายตัวของหลอดเลือดซึ่งมีผลต่อการทำงานของหลอดเลือดและหัวใจ (AHA, 2019)

5. ผักและผลไม้ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ด้วย เนื่องจากผัก และผลไม้มีวิตามิน

และเส้นใยอาหารสูง วิตามินเป็นสารต้านอนุมูลอิสระโดยเฉพาะวิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน การรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีและวิตามินอีสูง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับ โคเลสเตอรอล ในเลือด วิตามินซีช่วยให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง เนื่องจากจะช่วยสร้างกรดน้ำดีที่ตับจากโคเลสเตอรอลมากขึ้น ส่วนวิตามินอี ช่วยลดปริมาณโคเลสเตอรอลที่เกาะอยู่ที่หลอดเลือดในอวัยวะสำคัญของร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง เป็นต้น (AHA, 2019) แนะนำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเน้นการรับประทานผัก และผลไม้สดให้หลากหลายควรบริโภคผักสดอย่างน้อยวันละ 3 ถ้วยตวง หรือ 1.5 ถ้วยตวง สำหรับผักสุกควรได้รับเส้นใยอาหาร 20-35 กรัมต่อวัน เช่น ฝรั่ง ส้ม สับปะรด มะละกอ ละมุด เนื่องจากเส้นใยอาหารช่วยลดไขมันในเลือด และป้องกันท้องผูก (ชวิศา แก้วอนันต์, 2018)

3. พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น เนื่องจากร่างกายตอบสนองต่อความเครียดโดยไปกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทธิค ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งเอพิเนฟริน และนอร์เอพิเนฟริน ทำให้หลอดเลือดหดตัว เพิ่มการดูดซึมโซเดียมกลับสู่กระแสเลือดมากขึ้น ทำให้เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดและเพิ่มปริมาตรเลือดที่สูบฉีดจากหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น การเผชิญความเครียดเป็นประจำเป็นเวลานานจะส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อบีบเลือดออกไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆของร่างกาย การผ่อนคลายความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ลดการทำงานของหัวใจ (อาภรณ์ ดีนาน, 2563)

วิธีจัดการกับความเครียดสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มี 3 วิธี (Eliopoulos, 2018) ดังนี้

3.1 การกำจัดสาเหตุของความเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากเมื่อสามารถกำจัดสาเหตุของความเครียดได้แล้ว ความเครียดนั้นก็จะหายไป

3.2 การปรับเปลี่ยนความคิด โดยเน้นการปรับมุมมองที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

3.3 การบรรเทาผลของความเครียด โดยการปรับอารมณ์ จัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความอดทนต่อความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เมื่อไม่สามารถกำจัดสาเหตุของความเครียดนั้นได้

4. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษา พฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมด้านการมาตรวจตามนัด

4.1 พฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษา ยาสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยากลุ่ม Nitrate ยากลุ่ม Beta blocker ยากลุ่ม ACE-Inhibitor ยากลุ่ม Calcium channel blocker และยากลุ่ม Statin ซึ่งการใช้ยาในผู้สูงอายุมีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องคำนึงถึงเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ จึงมีข้อปฏิบัติ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) ดังนี้

4.1.1 เมื่อต้องไปพบแพทย์แต่ละครั้ง ควรมีญาติมิตรหรือผู้ที่ดูแลติดตามไปด้วย เพื่อช่วยร่วมรับฟังรายละเอียดการรักษา และข้อแนะนำการใช้ยา ช่วยสอบถามประเด็นที่สำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ

4.1.2 แจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับยาที่ใช้อยู่ ยิ่งถ้าผู้สูงอายุนั้นมีแพทย์ประจำที่รักษาโรคมากกว่าหนึ่งคน หรือเปลี่ยนแพทย์บ่อย ๆ ก็จำเป็นต้องแจ้งให้แพทย์แต่ละคนทราบถึงการจ่ายยาของแพทย์คนอื่น ๆ ด้วย เพื่อประกอบการพิจารณาการจ่ายยาของแพทย์

4.1.3 แจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพราะอาการนั้นอาจจะเป็นอาการที่เกิดจากยาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่ ไม่ใช่อาการที่สืบเนื่องมาจากความชรา เช่น ใช้ยาไปแล้วมีอาการหูตึงได้ยินเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น

4.1.4 แจ้งให้ทราบถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการกลืนยา เพื่อแพทย์จะได้เลือกชนิดยาที่เหมาะสม เช่น ให้ยาน้ำแทนยาเม็ด เป็นต้น

4.1.5 ศึกษาเกี่ยวกับยาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา เช่น ยาที่ใช้เป็นยารับประทานหรือใช้ทา ใช้รับประทานก่อนหรือหลังอาหาร รับประทานครั้งละเท่าไร วันละกี่ครั้ง มีอาการข้างเคียงหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

4.1.6 สอบถามแพทย์เกี่ยวกับระยะเวลาการใช้ยาให้ชัดเจน เช่น จะหยุดยานี้ได้เมื่อใดขณะทำงานจะรับประทานยานี้ได้หรือไม่ หรือต้องงดกิจกรรมอะไรบ้าง

4.1.7 สอบถามแพทย์ หรือเภสัชกรเกี่ยวกับอาหารที่รับประทานว่า มีผลต่อการใช้ยาหรือไม่ อย่างไร

4.1.8 อ่านฉลากยา และปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอน ก่อนการใช้ยาทุกครั้ง

4.1.9 รับประทานยาตามที่แพทย์หรือเภสัชกรแนะนำอย่างเคร่งครัด ในรายที่มีการหลงลืม ควรใช้สิ่งช่วยจดจำ เช่น ปฏิทิน หรือกล่องใส่ยาชนิดที่รับประทานช่องละหนึ่งครั้ง หรือให้มีผู้ดูแลคอยเตือน เพื่อจะได้ไม่ลืมรับประทานยา หรือรับประทานยาซ้ำซ้อน

4.2 พฤติกรรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นในโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต้องหลีกเลี่ยงหรืองดการสูบบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงได้รับควันบุหรี่จากผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุบางรายหากไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ควรขอคำปรึกษาจากแพทย์ หรือปรึกษาคลินิก

เลิกบุหรี่ ต้องหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้หญิงไม่ควรเกิน 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน ผู้ชายไม่ควรเกิน 2 แก้วมาตรฐานต่อวัน

4.3 พฤติกรรมการตรวจรักษาตามนัด ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะหลังเกิดกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีความจำเป็นต้องได้รับการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อการรักษา ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดซ้ำ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

ปัญหาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังมีพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ไม่เหมาะสม หรือยังอยู่ในระดับที่ไม่ดีมาก ดังการศึกษาของ ฉวีวรรณ ยี่สกุล และคณะ (2553) พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Huynh-Hohnbaum et al. (2015) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง และมีทักษะการจัดการด้วยตนเองลดลงจากก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ยังต้องปรับปรุงหรือต้องได้รับการส่งเสริม ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (Horwitz et al., 2020; Huynh-Hohnbaum et al., 2015) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น ไม่ควบคุมอาหาร ไม่เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ รับประทานอาหารเค็ม และอาหารมัน (Horwitz et al., 2020; Huynh-Hohnbaum et al., 2015; Willard-Grace et al., 2013) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ 5.49 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติ (Khatun et al, 2021) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (นงลักษณ์ ทองอินทร์ และคณะ, 2554)

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจที่ไม่เหมาะสมนั้นมีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ดังการศึกษาของ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .739 และ r = .738 , p< .05 ตามลำดับ) เพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .169, p< .05) ความเปราะบางมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .599, p< .05) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง สามารถร่วมทำนาย

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 69.6 (R^2 = 69.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนว่า มีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ และเป็นการศึกษาที่ใช้แนวคิดที่หลากหลายเป็นกรอบแนวคิด การวิจัยยังไม่พบว่า มีการศึกษาที่ใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991)

แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง

การจัดการด้วยตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีการนำมาใช้ในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น สาขาการพยาบาล การแพทย์ กายภาพบำบัด สุขศึกษา และจิตวิทยาสุขภาพ ซึ่งการจัดการด้วยตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลรักษาสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วย หรืออีกความหมายหนึ่งคือ การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งการที่เกิดพฤติกรรมใหม่ได้ นั้น ไม่ได้เป็นผลจากการรับข้อมูลใหม่ ๆ เพียงอย่างเดียว หากต้องเกิดจากความร่วมมือ และสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย

ความสำคัญของการจัดการด้วยตนเอง

การจัดการด้วยตนเองมีความสำคัญเนื่องจากเป็นการเรียนรู้ และการฝึกทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันและความพึงพอใจในการเผชิญหน้ากับปัญหาเรื้อรัง (Lorig & Holman, 2003) เป็นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ การรักษา หรือ การออกแบบการรักษาที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่เจาะจง เป็นการเตรียมบุคคลให้จัดการกับภาวะสุขภาพในแต่ละวัน เป็นการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมเฉพาะ ทำให้เกิดทักษะและความสามารถเพื่อลดผลกระทบด้านร่างกาย และอารมณ์จากการเจ็บป่วยโดยร่วมหรือไม่ร่วมมือกับทีมสุขภาพ (McGowan, 2012) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ได้เสนอแนะให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวทางหลักในการดูแลตนเองและแก้ปัญหาการเจ็บป่วยที่บ้าน โดยต้องพัฒนาทักษะที่จำเป็นอย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การใช้อุปกรณ์การแพทย์ด้วยตนเองที่บ้าน การประเมินและติดตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง เป็นต้น

การจัดการด้วยตนเองมีความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจะสามารถดูแลตนเองได้ดีนั้น ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถจัดการ มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนที่เหมาะสม ภายใต้ข้อจำกัดของการเจ็บป่วย นอกจากนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพยังมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมศักยภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจแต่ละคนตระหนัก และสร้างสมรรถนะในการจัดการกับความเจ็บป่วย เรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ปัญหาและผลกระทบของการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถประเมินปัญหาและหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความหมายของการจัดการด้วยตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเอง เป็นแนวคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามกลุ่มที่ศึกษา และมีการเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและมีความหมายแตกต่างกัน เช่น การจัดการด้วยตนเอง เป็นการกระทำ ทักษะ และการเรียนรู้ของบุคคล และนำไปใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังการให้ความรู้ และการสนับสนุนจากบุคคลากรวิชาชีพสุขภาพให้ผู้ป่วยหรือบุคคลมีความมั่นใจในตนเองและมีทักษะการจัดการตนเอง (Centers for Disease Control and Prevention [CDCP], 2011) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง Kanfer and Gaelick (1991) ในระยะเริ่มต้น Kanfer (1980 cited in Rehm & Rokke, 1988) อธิบายว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ของบุคคล ต่อมาได้อธิบายเพิ่มเติมว่า การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมตนเอง ครอบคลุมการกำกับตนเอง การให้รางวัลตนเอง และเลือกพฤติกรรมที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง โดยบุคคลจะต้องมีส่วนร่วมในการเลือกเป้าหมาย และการประเมินผล ให้ความสนใจกับการตอบสนอง ทั้งภายในและภายนอก และใช้กระบวนการเรียนรู้ช่วยในการเพิ่มการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพในระยะยาว และมีความคงทนของพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยความสัมพันธ์กันระหว่างองค์ประกอบของทักษะต่าง ๆ และครอบคลุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นอีก (Kanfer & Gaelick, 1991)

กระบวนการจัดการด้วยตนเอง

Kanfer (1970; Kanfer & Karoly, 1972 a, 1972 b cited in Rehm & Rokke, 1988) ได้เสนอรูปแบบการวนกลับ (Feedback-loop model) ในการจัดการด้วยตนเอง และอธิบายว่า การควบคุมตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลมีส่วนร่วมในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยรูปแบบการวนกลับจะเกิดขึ้นนก็ต่อเมื่อเมื่อบุคคลรับรู้ว่า พฤติกรรมที่กำลังกระทำนั้นไม่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ตนเองต้องการการจัดการด้วยตนเองต้องร่วมมือกับบุคคลากรด้านสุขภาพเพื่อให้การส่งเสริมและจูงใจให้บุคคลนั้น ๆ ได้เริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้ให้การดูแลรักษาหรือผู้บำบัดต้องให้

การสนับสนุนผู้ป่วยเกิดความพยายามในการจัดการด้วยตนเองร่วมกับการฝึกเพื่อให้เกิดทักษะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตัวเองทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ต่าง ๆ ในอนาคตได้

การนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

ในการนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกนั้นต้องให้ความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการด้วยตนเองผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะประสบความสำเร็จความสำเร็จขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล โดยต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (Clark, 1991)

1. ความรู้ บุคคลต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับสภาพอาการของโรค และการรักษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเอง

2. การกำหนดเงื่อนไข บุคคลต้องแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการจัดการด้วยตนเองเกี่ยวกับอาการของโรค

3. ทักษะ บุคคลต้องมีทักษะในการจัดการด้วยตนเองเพื่อรักษาและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้วยตนเอง

ในการจัดการด้วยตนเองของบุคคลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ซึ่งตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองอธิบายไว้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง คือ ปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Kanfer & Gaclick ,1986; 1988; 1991; Karoly & Kanfer, 1982) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognition) มีบทบาทความสำคัญในปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง เช่น ในภาวะที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะน้ำหนักเกิน ปัจจัยด้านการรู้คิดนี้สามารถตั้งเป้าหมายได้ทั้งทักษะในการจัดการด้วยตนเอง และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการบรรลุผลสำเร็จของสมรรถนะแห่งตน โดยบุคคลจะมีความสามารถในการวางแผน เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมได้ สามารถควบคุมสภาวะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมถึง กระบวนการทางสรีรวิทยาได้ ปัจจัยด้านนี้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการจัดการกับอาการต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่สำคัญในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดซึ่งจะเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะ

สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งทักษะในการจัดการ และความคาดหวังที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการหรือกระบวนการรับรู้ทำให้เกิด การวางแผน ริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาด้านพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

1.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ที่อธิบายได้ว่าข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ข้อมูลที่ดีจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เพราะข้อมูลเป็นพื้นฐานในการที่จะตัดสินใจนำไปสู่การจัดการด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล

1.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ที่อธิบายว่า เป็นการคาดคะเนของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ หากบุคคลมีความเชื่อมั่นใจในสมรรถนะของตนเองว่ามีสูงก็จะเป็นตัวกำหนดการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม และการคงพฤติกรรมนั้นไว้ การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่า เกินความสามารถของตนแต่จะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งพิจารณาแล้วว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติได้ บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถ และมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค

2. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environment) ปัจจัยด้านนี้ช่วยให้บุคคลจัดการตนเองได้บรรลุจุดมุ่งหมายอย่างพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ (Emotion) และช่วยกระตุ้นให้บุคคลมีการตอบสนองที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมสามารถกระตุ้นการเรียนรู้ที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดการตอบสนองตามลำดับอย่างต่อเนื่อง และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล (Karoly & Kanfer, 1982) เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมักจะปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจดูแลเอาใจใส่ และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่องมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

3. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiology) หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทางชีววิทยา และการตอบสนองของร่างกายที่การรักษาโรคเรื้อรังรังต่าง ๆ โดยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องพิจารณากระบวนการเกิดโรค ปัจจัยทางสรีรวิทยาของบุคคล พฤติกรรมที่ทำให้อาการแย่ลง และส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งจะมีผลทำให้บุคคล สามารถในการจัดลำดับ

ความสำคัญของการตอบสนอง มีการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสม ปัจจัยด้านสรีรวิทยา เช่น อาการเจ็บหน้าอก อาการปวดศีรษะ ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งที่ผ่านมาพบรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจในบริบทของสังคมไทยเป็นส่วนน้อย การวิจัยส่วนใหญ่ทำการศึกษารวมกันทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยการสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ศึกษาข้อมูลจากวิทยานิพนธ์และงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2552 จำนวน 20 เรื่อง พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยด้านพฤติกรรม (r = .445) ตัวแปรปัจจัยด้านสรีรวิทยา (r = .405) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (r = .403) และด้านบุคคล (r = .332) เมื่อพิจารณาตัวแปรย่อยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r = .481) ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (r = .331) ประสบการณ์การเจ็บป่วย (r = .316) เชื้อชาติ (r = .320) ระดับการศึกษา (r = .203) รายได้ (r = .274) เพศ (r = .270) อายุ (r = .164) และพบตัวแปรย่อยของปัจจัยด้านสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง คือ ความรุนแรงของโรค (r = .405) ตัวแปรย่อยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองคือ พฤติกรรมสุขภาพ (r =.445) ส่วนตัวแปรย่อยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (r = .403) (จารินี ถิรภัทรพันธ์, 2552)

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมจากงานวิจัย ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2564 จำนวน 10 เรื่อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (r = .167, p < .05 ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง (r = .684, p < .01 จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ 2559; r = .424, p < .01 กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, 2560) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r = .49, p < .05 ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557; r = .795, p < .01 จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ, 2559; r = .65, p <.01 สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ, 2560; r = 0.894, p < .01 กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, 2560; r = .739, p < .05 ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561) 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ การสนับสนุนทางสังคม (r =.51, p < .05 ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557; r = .640, p < .01 จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ, 2559;

r = .626, $p < .01$ กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ, 2560; r =0.30, $p < .01$ สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ, 2560; r = .738, $p < .05$ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561; r =.22, $p < .01$ วันวิสา ทีอุทิศ และคณะ, 2562) และ 3) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะโรคร่วม (r = .133, $p < .05$ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561 ความเปราะบาง (r = -.599, $p < .05$ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561) ระดับความรุนแรงของโรค (R^2= .176, $p < .01$ วันวิสา ทีอุทิศ และคณะ, 2562) ภาวะซึมเศร้า (r =-.440, $p < .01$ ณรงค์กร ชัยวงศ์และคณะ, 2557) และดัชนีมวลกาย (r =.03, $p < .01$; สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ, 2560)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่ชัดเจนว่า มีปัจจัยใดบ้างที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยคัดสรรมา 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวโรค และการจัดการด้วยตนเองการรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดต่อภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดซึ่งจะเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งทักษะในการจัดการ และความคาดหวังที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการหรือกระบวนการรับรู้ทำให้เกิด การวางแผน ริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาด้านพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล (Kanfer & Gaelick, 1991) การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook et al. (1979) ที่อธิบายไว้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพคือ ความเชื่อ ความคิด ความเข้าใจ และการแสดงออกของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมถึงการให้ความสำคัญในสุขภาพการรับรู้ถึงความต้านทานโรค และความเสี่ยงของการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความเข้าใจของโรคของตนเองที่เป็นอยู่ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามการรับรู้ และประสบการณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นความรู้สึก ความคิด ความเข้าใจและการแสดงออกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ความ

เข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่โน้มน้าว และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบ เอาใจใส่ต่อการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้การเจ็บป่วยที่เหมาะสม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จะมีจการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ดีนำไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสม การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง นั่นคือ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

จากการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .167, p < .05)

ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงน่าจะมีความความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถประเมินได้จากการใช้แบบประเมินที่หลากหลาย โดยที่มิติในการประเมินอาจแตกต่างกันตามแนวคิดที่นักวิจัยสร้างขึ้น เช่น การศึกษาของ Speake, Coward, and Pellet (1989) ได้สร้างแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุรายงานระดับสุขภาพด้วยตนเองตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และ 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ส่วน Brook et al. (1979) ได้ศึกษา และพัฒนาวิธีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล โดยครอบคลุมการรับรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การให้ความสำคัญในสุขภาพการรับรู้ถึงความต้านทานของโรค และความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความเข้าใจโรคของตนเองที่เป็นอยู่ซึ่งจะแตกต่างตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล แบบประเมินนี้ได้นำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในประเทศไทย เช่น โดย จิรประภา ภาวิไล (2535) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ที่นำแบบประเมินของ จิรประภา ภาวิไล (2535) โดยใช้ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และอนาคตการรับรู้ความต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล และความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

ความรู้ (Knowledge) หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้ที่เน้นถึงการจำได้ และระลึกได้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง มีผลต่อความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กันไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยากซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อกันความรู้เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้อง และความรู้เป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองเป็นปัจจัยด้านการรู้คิด ซึ่งข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วย ผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ข้อมูลที่ดีจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย เพราะข้อมูลเป็นพื้นฐานในการที่จะตัดสินใจนำไปสู่การจัดการด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองขณะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจำเป็นต้องมีความเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน และต้องมีความรู้และเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม จากผลการวิจัย พบว่า การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มากขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเอง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (Roshandel et al, 2021)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง และพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา และติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และวิธีการจัดการด้วยตนเองในภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุม หรือลดความรุนแรงของโรคให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

จากการศึกษาของ จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ (2559) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .01$) การศึกษาของ สุจิตรา บุญประสิทธิ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และชมนาด สุ่มเงิน (2560) พบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในระดับปานกลาง ($r = .36, p < .001$) และการศึกษาของ วันวิสา ทีอุทิศ และคณะ

(2562) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 17.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่า มีแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา

การรับรู้สมรรถนะตนเอง

การรับรู้สมรรถนะตนเอง เป็นการคาดคะเนของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่างซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ต้องการ หากบุคคลมีความเชื่อมั่นใจในสมรรถนะของตนเองว่ามีสูงก็จะเป็นตัวกำหนดการเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม และการคงพฤติกรรมนั้นไว้ การรับรู้สมรรถนะตนเองมีอิทธิพลต่อความคิด และปฏิกิริยาทางอารมณ์ของบุคคล กล่าวคือ บุคคลจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เชื่อว่า เกินความสามารถของตนแต่จะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งพิจารณาแล้วว่า ตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติได้ สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองที่อธิบายว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถ และมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค (Kanfer & Karoly, 1982 cite in Karoly & Kanfer, 1982) นอกจากนี้ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ยังเป็นตัวกำหนดความมากน้อย และความคงทนของการใช้ความพยายามของบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะมีแนวโน้มว่าบุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้สมรรถนะตนเองสูงยิ่งมั่นใจว่าจะสามารถเอาชนะอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ และทำให้มีเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง และพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การรับรู้สมรรถนะตนเอง ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถของตนเอง การกระทำด้วยตนเอง รวมไปถึงลักษณะของการจูงใจ ความสามารถ สิ่งที่ต้องการ และแหล่งที่มาของสิ่งที่มีอิทธิพล ทั้งการตัดสินว่าจะทำอะไร ในภาวะใดหรือสถานการณ์ใด ทำอะไรในสิ่งแวดล้อมแบบไหน และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจะปฏิบัติพฤติกรรมบรรลุผลสำเร็จได้ยากหากไม่มีแรงจูงใจให้เห็นประโยชน์และมีความเชื่อมั่นในพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นเพราะฉะนั้นความเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สามารถส่งผลโดยตรงกับพฤติกรรมการจัดด้วยตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

งานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง และพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ (2559) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .795, p < .01) การศึกษาของสุจิตรา บุญประสิทธิ์และคณะ (2560) พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับปานกลาง (r = .65, p < .01) สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (r = .849, p < .01) และการศึกษาของภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .738, p < .05)

ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าจะเป็นพฤติกรรมทั่วไป เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง มีอำนาจในการวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองมากที่สุด ดังนั้น เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงมีลักษณะการประเมินที่วัดพฤติกรรม ที่เฉพาะเจาะจง และวัดระดับความเชื่อมั่น หรือความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรม

นั้น ๆ และมีการสร้างประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจไว้ เช่น ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) ได้สร้างเครื่องมือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) สร้างแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองชุดนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิด และกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดนี้สำหรับการวิจัยครั้งนี้

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของบุคคล (Karoly & Kanfer, 1982) เป็นแหล่งประโยชน์ในการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมักจะปฏิบัติพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน การสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนสนใจดูแลเอาใจใส่ และให้ความรัก เชื่อว่ามีบุคคลยกย่องมองเห็นคุณค่า และเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้าน การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

แหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่า เป็นแหล่งที่สำคัญที่สุด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผน พฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลที่มีประสบการณ์มีความชำนาญในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย

3. ระบบการสนับสนุนด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ เป็นแหล่งสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำ เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรมชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล โดยการแสดงออกด้านอารมณ์ เช่น การดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก ความผูกพันการให้ความช่วยเหลือ บริการต่าง ๆ ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และข้อมูลย้อนกลับทำให้บุคคลมีความมั่นใจ และรู้สึกปลอดภัยเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะที่ตึงเครียด การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การแสดงความรัก ความห่วงใย การเอาใจใส่ ความผูกพัน ตลอดจนการรับฟังความคิดเห็น และเรื่องราวต่าง ๆ

2. การสนับสนุนทางด้านประเมินค่า (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับให้การยอมรับยกย่อง ให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคลนำไปประเมินการกระทำของตน และเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับผู้อื่น

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้อง คำแนะนำการปฏิบัติตัว แนวทางแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะต่าง ๆ

4. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การช่วยเหลือสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน การแบ่งภาระงาน และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิต รวมถึงผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และแหล่งประโยชน์จากชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจรู้สึกปลอดภัย ชีวิตมีคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเองมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการศึกษาของ การศึกษาของ จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ (2559) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .640, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพร สิริคุตจตุพร และคณะ (2560) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .626, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา บุญประสิทธิ์ และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลใน

เลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับปานกลาง ($r = .30$, $p < .01$) และการศึกษาของภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .739$, $p < .05$)

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกสร้างขึ้นโดยนักวิจัยหลายท่าน เพื่อใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ที่พัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .81

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องมีการจัดการด้วยตนเองอย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลรักษาป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจากภาวะแทรกซ้อนของโรคซึ่งอาจเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ดังนั้นพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถจัดการด้วยตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จากแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการสนับสนุนในสังคม ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากรที่ศึกษา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I = ผู้ป่วยที่ไม่มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม สามารถทำกิจกรรมทั่วไปโดยไม่แสดงอาการอ่อนเพลีย ใจสั่น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอก และ Class II = ผู้ป่วยไม่มีอาการขณะพัก แต่เมื่อทำกิจกรรมทั่วไปอาจมีอาการเล็กน้อย ตามเกณฑ์ของ New York Heart Association [NYHA] Classification

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตจากโรคร่วม เช่น ภาวะเลือดเป็นกรดโดยมีระดับน้ำตาลและคีโตนในเลือดสูงจากเบาหวาน อาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบและภาวะ Sepsis shock เป็นต้น

3. สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง

4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติของการรู้คิดและสติปัญญา ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวมทั้งสิ้น 19 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 (α = .05) และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) .35 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Medium effect size) ที่ Cohen (1988) แนะนำว่าเหมาะสมกับงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายที่ไม่สามารถหาค่าขนาดอิทธิพลได้โดยตรง จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 105 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประกาศรับอาสาสมัครจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยจัดทำประกาศไว้ที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก อาคารอนุสรณ์ 100 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

2. ผู้วิจัยคัดกรองผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ หลังจากนั้นจัดทำรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มาตามนัดในแต่ละวันโดยเรียงลำดับตามหมายเลข

3. ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) แบบไม่ใส่คืน จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มาตามนัดในแต่ละวันจนครบตามจำนวนที่กำหนด จำนวน 105 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) ที่พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) เป็นแบบทดสอบที่มีค่าความเชื่อถือได้ และมีความแม่นตรงอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 83 ถึง 100 และค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 90 ถึง ร้อยละ 94 ซึ่งมีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุปกติได้ ประกอบด้วย 13 ข้อคำถามหลัก และ 19 ข้อคำถามย่อย เกณฑ์พิจารณาให้ค่าคะแนน คือ หากตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน หากตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน การตัดสินว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจะใช้คะแนนจุดตัดที่ 15 คือ ผู้สูงอายุที่

ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) แบบสอบถามส่วนนี้ใช้เวลา 3-5 นาที เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านออกและเขียนได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน คือแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมและแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง มีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นชุดข้อคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และยาที่ใช้ในปัจจุบัน

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ วนิดา หาญคุณากุล (2539) ที่ใช้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามมีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 มีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/ การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวนทั้งหมด 17 ข้อ มีคำถาม 2 ข้อที่เป็นคำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต คือ ข้อ 1 “รู้สึกว่าการเจ็บป่วยในอดีต มีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ” และข้อ 2 “ คิดว่าในอดีตตนมีสุขภาพดี” แต่การวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในปัจจุบัน จึงตัดข้อคำถาม 2 ข้อนี้ออก ดังนั้นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับการวิจัยครั้งนี้ จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ

ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกบางส่วน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

	ข้อความที่มีความหมายทางบวก (คะแนน)	ข้อความที่มีความหมายทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยมากที่สุด	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	4

การแปลผล มีดังนี้

คะแนนทั้งหมดของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนน้อยแสดงถึงทิศทางการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางที่ไม่ดี คะแนนมาก แสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดี (วนิดา หาญคุณากุล, 2539)

2.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรม โรคหลอดเลือดหัวใจและทฤษฎีการจัดการด้วยตนเอง เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื้อหาของแบบประเมินประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบคือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามถูกต้อง ได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดหรือตอบว่าไม่ทราบ ได้คะแนน 0 คะแนน

การแปลผล มีดังนี้

คะแนนรวมของแบบสอบถามมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้มาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้น้อย

2.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การวิจัยครั้งนี้นำมาจากแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) ที่ใช้วัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามออก จำนวน 2 ข้อ เพื่อให้มีความสอดคล้อง

กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ข้อที่ 3 ท่านมั่นใจว่า จะสามารถใช้ยาอมใต้ลิ้นได้ถูกวิธีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก ข้อนี้ผู้วิจัยตัดออกเนื่องกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II ซึ่งไม่มีการใช้ยาอมใต้ลิ้น และข้อ 13 ท่าน มั่นใจว่าจะสามารถประเมินความพร้อมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อมีความหมาย และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมากที่สุด ให้ระดับคะแนน 4
มั่นใจมาก	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมาก ให้ระดับคะแนน 3
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจปานกลาง ให้ระดับคะแนน 2
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจเล็กน้อย ให้ระดับคะแนน 1
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างไม่มั่นใจเลย ให้ระดับคะแนน 0

การแปลผล มีดังนี้

แบบประเมินนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557)

2.5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ กชชุกร หว่างนุ่ม (2550) ที่พัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลสิ่งของ การเงิน/ แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

ครอนบาค เท่ากับ .81 (กชชุกร หว่างนุ่ม, 2550) มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ เล็กน้อย และไม่เลย

เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5	มากที่สุด	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความทุกประการ ร้อยละ 76-100
4	มาก	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความมาก ร้อยละ 57-75 แต่อาจมีข้อขัดแย้งเพียงเล็กน้อย
3	ไม่แน่ใจ/ เฉย ๆ	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนบ้างไม่ได้รับบ้าง ร้อยละ 26-56 และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
2	เล็กน้อย	หมายถึง	รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความเล็กน้อย ร้อยละ 10-25 และมีข้อขัดแย้งเป็นส่วนมาก
1	ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	รับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความเลย ร้อยละ 0

การแปลผล มีดังนี้

แบบประเมินนี้มีคะแนนอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน คิดคะแนน โดยนำคะแนนแต่ละข้อคำถามมารวมกัน แล้วหาค่าเฉลี่ย ถ้าคะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย (กชชุกร หว่างนุ่ม, 2550)

2.6 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 4 ข้อ และด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา จำนวน 6 ข้อ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยตัดข้อคำถามข้อที่ 1 เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านจะหยุดทำกิจกรรม หากอาการไม่ดีขึ้นจะอมยาใต้ลิ้น ข้อนี้ผู้วิจัยตัดออกเนื่องกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II ซึ่งไม่มีการใช้ยาอมใต้ลิ้น ดังนั้น ข้อคำถามจึงเหลือจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบประเมินนี้เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น แต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตรงตามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติสม่ำเสมอหรือทุกครั้ง ให้ระดับคะแนน 4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ให้ระดับคะแนน 3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติเป็นส่วนน้อยหรือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง ให้ระดับคะแนน 2
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ระดับคะแนน 1

การแปลผล มีดังนี้

คะแนน คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองจะอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2557) และแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ ดังนี้

19 - 38	หมายความว่า	มีพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อย
39 - 57	หมายความว่า	มีพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง
58 - 76	หมายความว่า	มีพฤติกรรมการจัดการตนเองมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เสนอต่อที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเองไปตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยคำนวณจากสูตร

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

ได้ค่า CVI เท่ากับ .83 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient Cronbach) ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเองวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีคูเดอร์ ริชาดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ .84, .86, .76, .93, .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS-065-2563 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา รหัส 035/ 2563

2. ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ อธิบายให้เข้าใจว่าการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้

จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอผลของข้อมูลในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมแล้ว ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมร่วมการวิจัย (Consent form) แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย ทั้งมีความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นนำแบบประเมินทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ซึ่งได้ข้อมูลตรงกันกับผู้วิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยซึ่งดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บข้อมูลตามวัน และเวลา ซึ่งโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เปิดให้บริการในวันจันทร์-วันศุกร์

3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มไว้ในแต่ละวัน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายคน ขณะกำลังรอรับ การตรวจจากแพทย์ ทำการสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จากนั้นดำเนินการแจกแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างในห้องที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งอยู่ใกล้กับห้องรอตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบประเมินประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างถึงคิวเข้าห้องตรวจ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วย

วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าห้องตรวจก่อน หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงให้กลับมาทำแบบประเมินต่อให้เสร็จเรียบร้อยขณะที่ไปรอรับยาที่เก้าอี้หน้าห้องรอรับยา มีผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามไม่เสร็จก่อนเข้าพบแพทย์ จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจนครบ เมื่อผู้สูงอายุพบแพทย์เสร็จ

4. เมื่อเสร็จสิ้นการทำแบบประเมินแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบประเมิน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากในช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรน่า 2019 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรน่าไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) ตามนโยบายของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distance) โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในห้องที่เตรียมไว้ โดยนั่งเก้าอี้ที่จัดบริการห่างกัน 1.5-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง ใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนลดความแออัดของจำนวนผู้ใช้บริการในคลินิกโรคหัวใจ ตามนโยบายของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง โดยหาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ Multiple regression

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และระดับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 2 และ ตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 5

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แสดงไว้ในตารางที่ 6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	59	56.2
หญิง	46	43.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	54	51.4
70-79 ปี	36	34.3
80 ปีขึ้นไป	15	14.3
(Max = 96, Min = 2, *M* = 69.20, *SD* = 10.04)		
ดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร^2	42	40
มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร^2	63	60
(Max = 35.54, Min = 14.83, *M* = 23.58, *SD* = 4.06)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	4	3.8
ประถมศึกษา	64	61.0
มัธยมศึกษา	18	17.1
อนุปริญญา/ ปวส.	4	3.8
ปริญญาตรี	11	10.5
สูงกว่าปริญญาตรี	4	3.8
สถานภาพสมรส		
คู่	72	68.6
หม้าย หย่า/ แยกกันอยู่	31	29.5
โสด	2	1.9
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	88	82.7
ค้าขาย	7	6.7
รับจ้าง	5	4.8
เกษตรกรรม	3	2.9
รับราชการ (ที่ต่ออายุงานหลังเกษียณอายุราชการ)	3	2.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)		
โรคความดันโลหิตสูง	81	77.1
โรคไขมันในเลือด	76	72.4
โรคเบาหวาน	47	44.8
โรคไตวาย	6	5.7
โรคลิ้นหัวใจตีบ	1	1.0
ยาที่ใช้ในปัจจุบัน		
ยาในกลุ่มรักษาโรคหัวใจ	105	100
ยาในกลุ่มรักษาโรคเบาหวาน	42	40.0
ยาในกลุ่มลดไขมัน	37	35.2
ยาในกลุ่มรักษาโรคความดันโลหิต	19	18.0
ยาในกลุ่มรักษาโรคไต	5	4.8
ยาในกลุ่มรักษาโรคเก๊าท์	1	1.0
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	105	100
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	104	99.0
ดื่มแอลกอฮอล์	1	1.0

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 51.4 อายุเฉลี่ย 69.20 ปี (*SD* = 10.04) ดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 (*SD* = 4.06) ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.6 ระดับการศึกษาสูงสุด จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.0 ส่วนใหญ่ 75.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนมากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.4 กลุ่มยาที่ใช้ในปัจจุบัน เป็นยารักษาโรคหัวใจ ร้อยละ 100 และทุกคนไม่มีประวัติสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และระดับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตัวแปร	ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้		ช่วงคะแนนที่เป็นจริง		*M*	*SD*	ระดับ
	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด			
พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง	19	76	42	76	67.17	6.85	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ 67.17 คะแนน (*SD* = 6.85) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง

ระดับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มาก (58-76 คะแนน)	78	74.29
ปานกลาง (39-57 คะแนน)	27	25.71
น้อย (19-38 คะแนน)	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.22 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.71

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	**Range**		***M***	***SD***
	Minimum	**Maximum**		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	39	57	50.04	3.66
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง	14	20	19.55	0.91
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	37	60	52.00	5.22
การสนับสนุนทางสังคม	63	84	74.29	4.71

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 50.04 (*SD* = 3.66) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง เท่ากับ 19.55 (*SD* = 0.91) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 52.00 (*SD* = 5.22) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนสังคม เท่ากับ 74.29 (*SD* = 4.71)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง

ตัวแปร	**พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง**	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	***p*-value**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.428	< .01
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง	.284	< .01
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.571	< .01
การสนับสนุนทางสังคม	.077	.43

จากตารางที่ 5 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .428, p < .01) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .284, p < .01) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .571, p < .01) และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (r = .077, p = .43)

ส่วนที่ 5 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจโดยใช้สถิติถดถอยแบบพหุคูณ สถิติถดถอยแบบพหุคูณ ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ พบว่า ตัวแปรต้น และตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณมีระดับการวัดเป็นมาตรประมาณค่า การแจกแจงของตัวแปรตามเป็นแบบปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) ค่าความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เป็นอิสระ

ต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิด Autocorrelation มีความแปรปรวนคงที่และเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และไม่มี Outliers ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (รายละเอียดในภาคผนวก ค) ผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ตัวทำนาย	***b***	***SE***	**Beta**	***t***	***p*-value**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.198	.173	.371	2.14	< .05
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง	.135	.645	1.00	1.55	.123
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.433	.126	.568	4.516	< .01
การสนับสนุนทางสังคม	- .027	.121	-.039	-.320	.75
Constant (a)	2.27	14.056		.162	.872

หมายเหตุ R = .607, R^2 = .368, R^2_{adj} = .343, $F_{(4, 104)}$ = 14.551 Sig of F = < .01

จากตารางที่ 6 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 36.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R^2 = .368) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด (Beta = .568, p < .01) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .371, p < .05)

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยประยุกต์ข้อกำหนดของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2019) และแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) มาพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากรที่ศึกษา จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณ สรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 อายุเฉลี่ย 69.20 ปี (SD = 10.04) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 51.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.6 ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร^2 (SD = 4.06) ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.0 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.4 ทุกคนใช้ยารักษาโรคหัวใจ และไม่มีประวัติการสูบบุหรี่

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ 67.17 คะแนน (SD = 6.85) และมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับมาก ร้อยละ 74.29

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 36.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .368, p < .01$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด (Beta = .568, $p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .371, $p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับมาก (M = 67.17 , SD = 6.85) และร้อยละ 74.22 มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 51.4 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง เป็นช่วงจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ เป็นช่วงที่พลังกายยังกระฉับกระเฉง ยังไม่มีความผิดปกติของการรู้คิดและสติปัญญา ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้จึงสามารถดูแลตัวเองได้ดี อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถทำงานบ้านและใช้บริการขนส่งสาธารณะได้โดยไม่ต้องมีคนดูแล จึงยังสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.6) มีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือจากคู่สมรสด้วยและผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ยังคงมาพบแพทย์ได้ตามเวลานัดจึงได้รับความรู้ และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาวิธีการดูแลตัวเอง ติดตามอาการของโรค สะท้อนผลของการดูแลตัวเองทุกครั้งที่มาตรวจตามนัดจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอธิบายตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) ได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองประการหนึ่ง คือ การได้รับการสนับสนุนและเป็นหุ้นส่วน (Mutual investment) ระหว่างผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์ การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุน และการเป็นหุ้นส่วนระหว่างแพทย์และพยาบาลในระหว่างการรักษานั้นเป็นการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการเริ่มต้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสม ถูกต้องยิ่งขึ้นเพื่อควบคุม ป้องกันการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจที่ประกอบด้วย พฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก (M = 67.17 , SD = 6.85) และผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้มีคะแนนพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 74.22 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.71 โดยไม่มีผู้สูงอายุรายใดมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับน้อย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากปัจจัยที่คัดสรรเพื่อทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 36.8 ($R^2 = .368$, $p < .01$) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้มากที่สุด (Beta = .568, $p < .01$) รองลงมาคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Beta = .371, $p < .05$) ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .428$, $p < .01$) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Beta = .371, $p < .05$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ 50.04 คะแนนจากคะแนนเต็ม 60.00 คะแนน ซึ่งเป็นระดับคะแนนที่แสดงถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี อาจนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น คือ 60-69 ปี ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง เป็นช่วงจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจทุกคนไม่มีความผิดปกติของการรู้คิดและสติปัญญา มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 97.2 รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลจากการไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งทักษะในการจัดการ และความคาดหวังที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการ ทำให้เกิดการวางแผน ริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาด้านพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจที่โน้มน้าวและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมได้แก่ 1) การออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละ 30-60 นาทีอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล สังเกตอาการผิดปกติขณะออกกำลังกายหากมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจลำบาก หรือหน้ามืด จะหยุดออกกำลังกายทันที เป็นต้น 2) การบริโภคอาหาร เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีกากและเส้นใยเพื่อป้องกันท้องผูก หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น 3) การจัดการความเครียด เช่น เมื่อไม่สบายใจจะพูดคุย

ปรึกษาหรือระบายกับคนใกล้ชิดที่เชื่อถือหรือไว้วางใจ เลือกใช้วิธีคลายเครียดด้วยตนเองหากไม่ดีขึ้นจะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล เป็นต้น 4) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น รับประทานยาถูกต้องครบถ้วนตามเวลาและขนาดยา ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง นั่นคือหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับจากการศึกษา ของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ (2557) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.167, p < .05)

การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .571, p < .01) และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ (Beta = .568, p < .01) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 52.00 คะแนนจากคะแนนเต็ม 60.00 คะแนน ซึ่งเป็นระดับคะแนนที่แสดงถึงมีการรับรู้สมรรถนะที่ดี อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะมีแนวโน้มว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และยิ่งมั่นใจว่าจะสามารถเอาชนะอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ได้ และมีเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนจึงสามารถดูแลตัวเองได้ดี เมื่อมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ย่อมมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถของตนเอง ในการจัดการต่อภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วยตัวเอง เมื่อผู้สูงอายุรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งการตัดสินว่าจะทำอะไรเมื่อไร เช่น 1) มั่นใจว่าจะสามารถประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง (เช่น อาการเจ็บที่หน้าอก หายใจหอบเหนื่อย) และจัดการอาการได้ถูกต้อง 2) มั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาเฉพาะโรคได้ถูกต้องครบถ้วนตามขนาดและเวลา 3) มั่นใจว่าจะสามารถไปรับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง 4) มั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น เพราะฉะนั้น การรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จใน

การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดด้วยตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เหมาะสมเช่นกัน การวิจัยครั้งนี้จึงพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง และสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .738, p < .01, R^2 = .696) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ (2559) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองและสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .795, p < .01, R^2 = .709)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (r = .284, p < .01) อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองเป็นปัจจัยด้านการรู้คิด (Kanfer & Gaelick, 1991) ซึ่งข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงการจัดการตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วย ข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์และพยาบาลในขณะไปรับการตรวจตามนัดจะเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดจากการดูแลตัวเอง เป็นข้อมูลให้ผู้สูงอายุในการที่จะตัดสินใจนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการด้วยตนเองในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา จึงพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (r = .284, p < .01) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของ จิราวรรณ เผื่อแผ่ และคณะ (2559) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .684, p < .01) อย่างไรก็ตามแม้ว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ไม่สามารถเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้ อาจเนื่องจากยังมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย (r = .284) ไม่มีอิทธิพลมากพอในการทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้

ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง (r = .077, p = .43) แม้ว่าผลจากวิจัยจะพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูงคือ 74.29 คะแนนจากคะแนนเต็ม 85 คะแนน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้แต่ละคนมีโรคประจำตัว อื่น ๆ ที่นอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ คนละหลาย ๆ โรค ซึ่งแต่ละโรคมีอาการและภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการดูแลรักษาและการจัดการด้วยตนเองแตกต่างกันไปตามระยะของโรคที่เป็น ดังข้อมูลที่พบผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 มีโรคประจำตัว 3 โรค คือ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และ/ หรือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 30 มีโรคประจำตัว 2 โรค คือ โรคความดันโลหิต และ/หรือโรคเบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องจัดการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะของโรคเหล่านี้ด้วย ประกอบกับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบจากบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนในยามเจ็บป่วย จึงอาจจะยังไม่ครอบคลุมกับการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุประเมินว่าได้รับจากการศึกษาครั้งนี้อาจจะยังไม่มากพอที่จะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองให้ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่องโดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะตนเอง และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นแม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยซ้ำเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมและพัฒนารูปแบบพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติให้ครอบคลุม แม้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล

และส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุให้สามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการหรือรูปแบบในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจให้มีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ดี โดยเน้นการสนับสนุนด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กชชุกร หว่างนุ่ม. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กมลพร สิริคุตจตุพร, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล, 32*(1), 81-93.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ.* กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.

จิรประภา ภาวิไล. (2535). *การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราวรรณ เผื่อแผ่, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, และวีนัส ลีฬหกุล. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 33*(2), 41-50.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.

ฉวีวรรณ ยี่สกุล, สุกัลญา พรหมาด, อุมาพร จันทวิเศษ, และจารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2553). การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด. *วารสารสงขลานครินทร์, 30*(2), 1-16.

ชวิศา แก้วอนันต์. (2563). โภชนากรสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 12*(2), 112-119.

ฐิติมา ทาสุวรรณอินทร์, ลินจง โปธิบาล, และทศพร คำผลสิริ. (2562). ผลของการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลสาร, 46*(4), 108-121.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, สุภาภรณ์ ด้วงแพง, และเขมารดี มาสิงบุญ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 9*(3), 112-119.

นงลักษณ์ ทองอินทร์, เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา และภีรพร ด่านธีระภากุล. (2554). ผลของโปรแกรม

การจัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วชิรเวชสาร, 51*(1), 77-86.

นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2557). *การเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: แนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นราภูร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด* (พิมพ์ครั้งที่ 10). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

พนารัตน์ ศรีฉายา, ปชาณัฏฐ นันไทยทวีกุล, และยุพิน อังสุโรจน์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารแพทย์นาวี, 45*(3), 257-543.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และจารุกัญญ์ พริกบุญจันทร์. (2560). *การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 30*(2), 81-94.

รายงานประจำปีโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. (2563). *งานทะเบียนและสถิติ: Top 10 OPD ผู้ป่วยที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2562*. ชลบุรี: งานทะเบียนและสถิติ.

วนิดา หาญคุณากุล. (2539). *ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันวิสา ทีอุทิศ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ด้วงแพง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 35*(1), 120-129.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สหประชาพาณิชย์.

วิวรรณ ทังสุบุตร. (2556). *โรคหลอดเลือดหัวใจ ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2558). *แนวปฏิบัติการจัดกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุกับโรคหัวใจ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. เข้าถึงได้จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. เข้าถึงได้จาก https://www.searo.who.int/thailand/areas/national-ncd-prevention-and-control-plan-2017- 2021-thai.pdf

สุจิตรา บุญประสิทธิ์, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และชมนาด สุ่มเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 33*(3), 70-80.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

เสาวลักษณ์ ทำมาก, อรสา พันธ์ภักดี, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และพิศสมัย อรทัย. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 20*(2), 33-44.

อังคณา ศรีวิรัญ, ชมนาด สุ่มเงิน, และศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2561). ปัจจัยทำนายความหวังของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 29*(1), 101-112.

เอกพลพลเดช เดชแก้ว, นิภาวรรณ สามารถกิจ, และเขมารดี มาสิงบุญ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียดในการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังการได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 29*(2), 72-80.

อาภรณ์ ดีนาน. (2563). *โรคหลอดเลือดหัวใจ: การส่งเสริมการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิต*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

American Heart Association [AHA]. (2013). Heart disease and stroke statistics-2013 update:

A report from the American Heart Association. *Circulation, 131*(4), e29-e322

American Heart Association [AHA]. (2019). *Cardiology Advisor' Coverage of AHA 2019*. Retrieved from https://www.thecardiologyadvisor.com/home/conference-highlights/aha-conference-highlights-2016/american-heart-association-2016-preview/

American Heart Association [AHA]. (2020). Heart disease and stroke statistics-2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596.

Brook, R. H., Ware, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., & Johnston, S. A. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study. *Medical Care*, *17*(7), 1-131.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC. (2011). Vital signs: asthma prevalence, disease characteristics, and self-management education: United States, 2001-2009. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, *60*(17), 547-552.

Chaimayo, O., & Suthakorn, W. (2021). Alcohol drinking behavior among elders and consequences. *Nursing Journa*l. *48*(3) ,404-416.

Clark, P. G. (1991). Geriatric health care policy in the United States and Canada: A comparison of facts and values in defining the problems. *Journal of Aging Studies*, *5*(3), 265-281.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for the Behavioral Science* (2nd Ed). Hillsdale: Lawrence Eribaum.

Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekart, P. Pinrich, & M. Seidner (Eds.), *Self-Regulation Theory, Research, and Application* (pp. 601-609). Olrando: Academic Press.

Dickinson, H. O., Mason, J. M., Nicolson, D. J., Campbell, F., Beyer, F. R., Cook, J. V., & Ford, G. A. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, *24*(2), 215-233.

Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological Nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Faul, F. (2020). *G*Power version 3.1.9.6*. Retrieved from http://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/ allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower.html

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & 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.

Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). *Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Intervention and Research.* Florida: Academic Press.

Horwitz, L. I., Chang, C., Arcilla, H. N., & Knickman, J. R. (2020). Quantifying Health Systems' Investment in Social Determinants Of Health, By Sector, 2017–19: Study analyzes the extent to which US health systems are directly investing in community programs to address social determinants of health. *Health Affairs*, *39*(2), 192-198.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* New Jersey: Prentice Hall.

Hubert, R. J. & Van Meter, K. C., (2018). *Gould's Pathophysiology for the Health Profession* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.

Huynh-Hohnbaum, A. L. T., Marshall, L., Villa, V. M., & Lee, G. (2015). Self-management of heart disease in older adults. *Home Health Care Services Quarterly*, *34*(3-4), 159-172.

Jessup, M., Marwick, T. H., Ponikowski, P., Voors, A. A., & Yancy, C. W. (2016). 2016 ESC and ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update-what is new and why is it important. *Nature Reviews Cardiology*, *13*(10), 623-628.

Kanfer, E. H. G. L. (1986). Self-management methods. In F.H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change*: *A Textbook of Methods* (2nd ed., pp 283-245). New York: Pergamon Press.

Kanfer, F. H., & Schefft, B. K. (1988). *Guiding the Process of Therapeutic Change*. Illinois: Research Press.

Kanfer, F. H. & Gaelick, L. (1988). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods* (3rd ed., pp. 283-245). New York: Pergamon Press.

Kanfer, F. H. & Gaelick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping People Change: A Textbook of Methods* (4th ed., pp. 305-360). New York: Pergamon Press.

Karoly, P., & Kanfer, F. H. (1982). *Self-Management and Behavior Change: From Theory to Practice.* New York: Pergamon Press.

Khatun, T., Maqbool, D., Ara, F., Sarker, M. R., Anwar, K. S., & Hoque, A. (2021). Dietary habits of patients with coronary artery disease in a tertiary-care hospital of Bangladesh: a case-controlled study. *Journal of Health, Population and Nutrition*, *40*(1), 1-6.

Lloyd-Jones, D. M., Hong, Y., Labarthe, D., Mozaffarian, D., Appel, L. J., Van Horn, L., & Rosamond, W. D. (2010). Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*, *121*(4), 586-613.

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, *26*(1), 1-7.

McGowan, P. T. (2012). Self-management education and support in chronic disease management. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, *39*(2), 307-325.

Miller, C. A. (2019). *Nursing for Wellness in Older Adults* (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Rajpura, J., & Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: Evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs, and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, *20*(1), 58-65.

Rehm, L. P., & Rokke, P. (1988). Self-management therapies. In K. S. Dobson (Ed), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* (pp.136-166). New York: The Guilford Press.

Ryan, P., & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook, 57*(4), 217-225.

Songthai, N., Subgranon, R., Kangchai, W., & Rosenberg, E. (2014). Effect of Peer-Support, Self-management program on self-management behavior and blood pressure of older adults with essential hypertension. *Chiang Mai University Journal of Natural Science, 13*(3), 371-282.

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and lifestyles of the elderly. *Research in Nursing & Health*, *12*(2), 93-100.

Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2012). Cardiac ageing and systemic disorders. *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 405-412.

Taffet, G. E., Donohue, J. F., & Altman, P. R. (2014). Considerations for managing chronic obstructive pulmonary disease in the elderly. *Clinical Interventions in Aging*, *9*(1), 23.

Teleki, S., Zsidó, A. N., Komócsi, A., Lénárd, L., Kiss, E. C., & Tiringer, 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.

The Joint Commission. (2018). *Specifications Manuanl for Joint Commission National Quality Measures*. Retrieved from https://www. manual. jointcommission.org/releases/ TJC2018A/DataElem0439.html.

Thoresen, C. E., & Kirmil-Gray, K. (1983). Self-management psychology and the treatment of childhood asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *72*(5), 596-606.

Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-Management and social learning theory. In K.A. Holroyd and T.L. Creer. (Eds.), *Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Interventions and Research* (pp. 5-55). New York: Academic Press, Inc.

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2016). *Ebersole & Hess' Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*. St. Louis: Elsevier Mosby.

Willard-Grace, R., DeVore, D., Chen, E. H., Hessler, D., Bodenheimer, T., & Thom, D. H. (2013). The effectiveness of medical assistant health coaching for low-income patients with uncontrolled diabetes, hypertension, and hyperlipidemia: protocol for a randomized controlled trial and baseline characteristics of the study population. *BioMed Central Family Practice*, *14*(1), 27.

World Health Organization [WHO]. (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals*.

World Health OrganizationWorld Health Organization [WHO]. (2020). *Cardiovascular diseases*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

ที่ ๐๖๔/๒๕๖๓

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 065/2563
โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวชญาณี สุวรรณสา
หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ โครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

๑. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๒. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย	ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๓. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๔. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๕. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว หรือชุดที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ ๒ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
๖. เอกสารอื่น ๆ ประกาศเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ ๑ วันที่ ๒ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

วันที่รับรอง : วันที่ ๔ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓
วันที่หมดอายุ : วันที่ ๓ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

ลงนาม วิทรส แจ้ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ้งเอี่ยม)
ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ชุดที่ ๑ (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)

ที่ อว ๘๑๓๗/๙๒๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวชญาณี สุวรรณสา รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๗ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากหน่วยงานของท่าน

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอจัดส่งเอกสารของนิสิตรายนามดังกล่าว เพื่อประกอบการขอรับพิจารณาจริยธรรม ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖-๔๕๖-๕๕๖๔ หรือ E-mail: csuwannasa@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา
เลขรับที่ (นอก) 10999/63
วันที่ 23 S.A. 2563
เวลา 10.32 น.

ที่ อว ๘๑๓๗/๙๒๑

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา
๒. เค้าโครงวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนางสาวชญาณี สุวรรณสา รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๗ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตัวยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมจากหน่วยงานของท่าน

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอจัดส่งเอกสารของนิสิตรายนามดังกล่าว เพื่อประกอบการขอรับพิจารณาจริยธรรม ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตดังรายนามข้างต้นได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๖-๔๕๖-๕๕๖๔ หรือ E-mail: csuwannasa@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

หัวหน้าฝ่ายวิชาการและวิจัย
ดำเนินการ

รศ.นายแพทย์เรืองศักดิ์ เลิศขจรสุข
รองผู้อำนวยการ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

(น. พ. ......)
๑ 8 S.A. 2563

ภาคผนวก ข

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : : G-HS 065/2563

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า นางสาวชญาณี สุวรรณสา นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ข้าพเจ้าใคร่ขอเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจและเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จากปัจจัยที่คัดสรรได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

เนื่องจากท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติในเบื้องต้นที่สอดคล้องกับการศึกษานี้ จึงได้รับการเชิญเพื่อเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ท่านทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการศึกษา และเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามในสิ่งที่เป็นข้อสงสัย เพื่อเป็นข้อมูลให้ท่านตัดสินใจว่ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยนี้ สิ่งที่ท่านต้องปฏิบัติ คือ ท่านต้องลงชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นท่านจะได้รับแบบสอบถามจำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที ในระหว่างตอบแบบสอบถาม ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามที่ท่านต้องการ<u>โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ</u> <u>การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบ สิทธิการรักษาพยาบาลหรือบริการสุขภาพที่ท่านจะได้รับ</u>

ข้อมูลทั้งหมดของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำผลการศึกษาไปใช้เฉพาะในทางวิชาการและ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อของท่าน ข้อมูลและเอกสาร

จะถูกเก็บไว้ในตู้ที่ใส่กุญแจ และจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานไปแล้ว 1 ปีหาก ท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ที่ นางสาวชญาณี สุวรรณสา หมายเลข โทรศัพท์ 086-4565564 หรือ e-mail address: csuwannasa@gmail.com ตลอดเวลา หรือติดต่อ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร. วารี กังใจ e-mail address: wareek.@buu.ac.th

เมื่อท่านได้พิจารณาเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดง ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ได้แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านได้เข้าร่วม การวิจัยในครั้งนี้ และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหาร การวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102620

นางสาวชญาณี สุวรรณสา
ผู้วิจัย

BURAPHA UNIVERSITY

เอกสารแสดงความยินยอม

ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Consent Form)

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 056/2563

โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

ให้คำยินยอม วันที่ …….......….. เดือน …………........……..……… พ.ศ. ………………..

ก่อนที่จะลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการวิจัย และรายละเอียดต่างๆ ตามที่ระบุในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ไว้แก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเข้าใจคำอธิบายดังกล่าวครบถ้วนเป็นอย่างดีแล้ว และผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนั้นไม่มีผลกระทบต่อ การรักษาโรคตามแผนการรักษา และการบริการทางการพยาบาล ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในส่วนที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

กรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารแสดงความยินยอม

ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในเอกสารแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม..ผู้ยินยอม

(....)

ลงนาม..พยาน

(....)

ลงนาม..ผู้วิจัย

(..)

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)

คำถาม	**บันทึกคำตอบ**	**คะแนน**	**คำตอบ/เกณฑ์ที่ให้คะแนน**
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไหร่			ถูก = 1, ผิด = 0
2. ขณะนี้กี่โมง			ถูก = 1, ผิด = 0
3. ผู้ประเมินพูดคำว่า “ร่ม, กระทะ, ประตู”			ไม่ถูก = 0 คะแนน ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน ถูก 2 ชื่อ = 2 คะแนน ถูก 3 ชื่อ = 3 คะแนน
....	....	....	....
13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบ ลบเลขทีละ 3 จาก 20 ทั้งหมด 3 ครั้ง 20 -3 = 17- 3 = 14- 3 =			0 = ไม่ถูกแม้แต่ครั้งเดียว 1 = ถูก 1 จำนวน 2 = ถูก 2 จำนวน 3 = ถูก 3 จำนวน

รวมคะแนนทั้งหมด (ต่ำสุด = 0 คะแนน สูงสุด = 19 คะแนน)

เปรียบเทียบกับเกณฑ์

≤ 15 คะแนน หรือ ต่ำกว่า น่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function

≥ 16 คะแนน หรือ มากกว่า Cognitive function ปกติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

1. แบบประเมินข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการจัดการด้วยตนเอง
4. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
5. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
6. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง

ชุดที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ขอให้ท่านตอบแบบประเมินต่อไปนี้ตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับตัวท่าน

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง

1.2 อายุ .... ปี

1.3 สถานภาพสมรส

( ) โสด ( ) คู่

( ) หม้าย ( ) หย่า / แยกกันอยู่

1.4 ระดับการศึกษาสูงสุด

( ) ไม่ได้เรียน ( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา/ปวช. ( ) อนุปริญญา / ปวส.

( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี

....

....

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

2.1 โรคประจำตัว

....

2.3 การใช้ยาในปัจจุบัน...

....

....

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบถึงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตน ภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยผู้วิจัยแจกแบบประเมินให้ท่านและขอให้ท่านทำเครื่องหมายว่าท่านมีความรู้สึกหรือความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นหรือไม่ ถ้ามี มีในระดับใด ซึ่งมีคำตอบให้ท่านเลือก 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเป็นส่วนมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านบางส่วน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่านเลย

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด 4**	**เห็นด้วย 3**	**ไม่เห็นด้วย 2**	**ไม่เห็นด้วยมากที่สุด 1**
1. รู้สึกว่า ตนเองมีสุขภาพดีขึ้นตามที่แพทย์บอก				
2. ถึงแม้จะเจ็บป่วยบ้าง ก็คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิต				
…………………………………..				
…………………………………...				
15. แม้สุขภาพจะดีขึ้นมาก ก็จำเป็นต้องมาพบแพทย์ตามนัด				

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการจัดการด้วยตนเอง เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดโดยเลือกคำตอบเพียงข้อเดียว

ข้อคำถาม	**ถูก**	**ผิด**
1. โรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง โรคที่เกิดจากการมีเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เนื่องจากหลอดเลือดแดงที่หัวใจตีบแคบ หรือตัน		
2. การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ		
....		
....		
....		
....		
19. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจต้องปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่น การรับประทานยาและการไปตรวจตามนัด		
20. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่ควรจัดการกับความเครียดด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือบุหรี่		

ชุดที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบนี้เป็นการวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4 ด้าน คือ 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา 2) การบริโภคอาหาร 3) การออกกำลังกาย และ 4) การจัดการความเครียด ท่านสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์ การให้คะแนน ดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมากที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
มั่นใจมาก	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมาก ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจปานกลาง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจเล็กน้อย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างไม่มั่นใจเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 0

ข้อคำถาม	ไม่มั่นใจเลย (0)	มั่นใจเล็กน้อย (1)	มั่นใจปานกลาง (2)	มั่นใจมาก (3)	มั่นใจมากที่สุด (4)
1. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาการเจ็บที่หน้าอก หายใจหอบเหนื่อย และจัดการอาการได้ถูกต้อง					
2. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถรับประทานยาเฉพาะโรค ได้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามขนาดและเวลา					
....					
....					
13. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียด					
....					
15. หากไม่สามารถจัดการความเครียดได้ ท่านมั่นใจว่าจะสามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือพยาบาล					

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของการเงินหรือแรงงาน และด้านการประเมินเปรียบเทียบจากบุคคลในครอบครัว หรือ เพื่อนในยามเจ็บป่วย เมื่อท่านได้อ่านคำถามแล้ว กรุณาตอบตามความจริงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ การเลือกจะถือเกณฑ์ ดังนี้

5 มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อความนี้ทุกประการ (ร้อยละ 76 -100)

4 มาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เป็นส่วนมาก (ร้อยละ 51 -75)

3 ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ หมายถึง ท่านรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมบ้าง ไม่ได้รับบ้าง (ร้อยละ 26-50)

2 เล็กน้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามข้อนี้เล็กน้อย (ร้อยละ1-25)

1 ไม่เลย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนี้เลย (ร้อยละ0)

ข้อความ	**มากที่สุด**	**มาก**	**ไม่แน่ใจ/เฉย ๆ**	**เล็กน้อย**	**ไม่เลย**
	5	**4**	**3**	**2**	**1**
1. ได้รับความรัก ความห่วงใยจากบุคคลใกล้ชิด					
....					
....					
17. คนใกล้ชิดชื่นชม และพอใจในการปฏิบัติตัว					

ชุดที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ แต่ละข้อถามถึงความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลัง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ท่านสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตรงตามความคิดเห็นของท่านต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือทุกครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติเป็นส่วนน้อยหรือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจปฏิบัติไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ข้อคำถาม	**ปฏิบัติประจำ 4**	**ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3**	**ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2**	**ไม่เคยปฏิบัติ 1**
1. ท่านรับประทานยาถูกต้องครบถ้วนตามเวลาและขนาดยา				
2. ท่านสามารถตรวจรักษาก่อนวันนัดหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น				
……………………………………………………				

ข้อคำถาม	ปฏิบัติประจำ 4	ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2	ไม่เคยปฏิบัติ 1
....				
....				
18. ท่านจะเลือกใช้วิธีคลายเครียดด้วยตนเอง หากไม่ดีขึ้นจะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล				
19. ท่านหลีกเลี่ยงการซื้อยานอนหลับหรือยาคลายเครียดมาใช้เอง				

BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องตนสถิติถดถอยพหุคูณ

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นสถิติถดถอยพหุคูณ

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณ (จุฑาลักษณ์ บารมี, 2555) ดังนี้

1. ตัวแปรทำนาย (ตัวแปรต้น) และตัวแปรตามเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดที่ระดับ Interval และมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Q-Q plot พบว่า ข้อมูลมีการเรียงเกาะกันเป็นเส้นตรงจากล่างซ้ายขึ้นไปบนขวา และจากกราฟ Box-plot ไม่พบค่า Extreme และ Outliers ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ไม่มี Multicolinearity) ทดสอบโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) ระหว่างตัวแปรอิสระทุกตัว พบว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง .271 ถึง .582 และไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85 แสดงว่าไม่มี Multicollinearity ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

3. ค่าความคลาดเคลื่อน (Errors หรือ residuals) มีการแจกแจงเป็นปกติ เป็นอิสระต่อกัน (Independence) หรือไม่เกิด Autocorrelation ซึ่งทำการทดสอบโดยหาค่าสถิติ Dubin-Watson มีค่าปกติเท่ากับ 1.630 (ค่าปกติอยู่ระหว่าง 1.5 ถึง 2.5)

4. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่และเป็นเอกภาพ (Homoscedusticity) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) และไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ระหว่างค่าที่ทำนายได้จากสมการถดถอย (Standardized regression residual) พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่เกาะกันอยู่ตรงกลางเมื่อพิจารณาเส้นผ่าศูนย์กลางผ่านจุดศูนย์ และการกระจายของจุด พบว่าห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ 3 (ปกติจุดกระจายอยู่ระหว่าง -3 ถึง 3)

ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ และขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ อว ๘๑๓๗/๑๓๐

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๔ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วยนางสาวชญาณี สุวรรณสา รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๗ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ คือ แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย วิทยานิพนธ์ของคุณวนิดา หาญคุณากุล หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๓๙ โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ฟาริดา อิบราฮิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นางสาวชญาณี สุวรรณสา ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๖๔๕๖-๕๕๖๔ หรือที่ E-mail: csuwannasa@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๗/ ๑๕๔

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้วยนางสาวชญาณี สุวรรณสา รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๗ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ดังนี้

๑. แบบประเมินสมรรถนะแห่งตน

๒. แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง
จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของคุณภรปภา จันทร์ศรีทอง หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

๓. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม
จากวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ของคุณกชกร หว่างนุ่ม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นางสาวชญาณี สุวรรณสา ใช้เครื่องมือวิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๖๔๕๖-๕๕๖๔ หรือที่ E-mail: csuwannasa@gmail.com

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน
ผู้รักษาการแทนอธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
โทร ๐๓๘ ๒๗๐ ๐๐๐ ต่อ ๗๐๗, ๗๐๕
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 0 0 9 3 4
วันที่ 1 มิ.ย. 2563
เวลา 16.20

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) **โทร.** ๒๘๓๖
ที่ อว ๘๑๐๖/ ๑๑๒๑ วันที่ ๒๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ด้วย นางสาวชญาณี สุวรรณสา รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๗ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เรียบร้อยแล้วนั้น ทั้งนี้ นิสิตมีความประสงค์จะขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ดังรายนามต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชกานต์ ทรงไทย
๒. คุณจันทนงค์ อินทรสุข } นอก
๓. คุณชฎายุ เลียวธิตินันท์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านออกหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยของนิสิตดังกล่าวด้วย (รายละเอียดดังเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ
๒. เห็นควรมอบคุณ... พิจารณาดำเนินการ
๑ มิ.ย. ๖๓

ม/ ... ๖
๑ มิ.ย. ๖๓

บัณฑิตวิทยาลัย
รับที่ 0934
วันที่ 1 มิ.ย. 2563
เวลา 16.20

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) **โทร.** ๒๘๓๖
ที่ อว ๘๑๐๖/ ๑๑๒๑ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ออกหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ด้วย นางสาวชญาณี สุวรรณสา รหัสประจำตัว ๖๑๙๑๐๑๑๗ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ เรียบร้อยแล้วนั้น ทั้งนี้ นิสิตมีความประสงค์จะขอเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย ดังรายนามต่อไปนี้

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณิชกานต์ ทรงไทย
๒. คุณจันทนงค์ อินทรสุข
๓. คุณชฎายุ เลียวธิตินันท์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านออกหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยของนิสิตดังกล่าวด้วย (รายละเอียดดังเอกสารแนบ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จูลเมตต์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เรียน คณบดี
๑. เพื่อโปรดทราบ

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวชญาณี สุวรรณสา	
วัน เดือน ปี เกิด	13 เมษายน พ.ศ. 2522	
สถานที่เกิด	จังหวัดร้อยเอ็ด	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	346/ 5 หมู่บ้านไลฟ์วัลเลย์ ตำบลสุรศักดิ์ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2545-2546	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด
	พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตำบลศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดศรีราชา
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2545	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	พ.ศ. 2564	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ ระดับบัณฑิตศึกษา จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	