



บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กรปภา จันทรศรีทอง* และทัศนา ชูวรรณะปรกรณ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษชั้น 12 พระราม 1 เขตปทุมวัน กทม. 10330

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนายผลการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 111 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง และแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และหาความสัมพันธ์ของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.97, 0.91, 0.80 และ 0.99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบถดถอยแบบใช้ทุกตัวแปรเป็นตัวทำนาย

ผลการวิจัย: 1. ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 63.19$, $SD = 11.68$)

2. การสนับสนุนจากครอบครัว, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.739$ และ $r = 0.738$), เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = 0.169$) ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.599$) และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: พยาบาลควรส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงเพศ และภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์คือคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย / พฤติกรรมการจัดการตนเอง / ผู้สูงอายุ



Factors Predicting Self Management in Older Persons with Acute Coronary Syndrom in Tertiary Hospitals, Bangkok

Phornpapha Jansrithong* and Tassana Choowattanapakorn**

Abstract

Purpose: To examine the factors predicting self-management in older person with acute coronary syndrome. In tertiary hospitals, Bangkok

Design: Descriptive predictive research

Method: The subjects were 111 patients aged 60 years and above, with acute coronary syndrome from Chulalongkorn memorial hospital and Police hospital. Simple random sampling was used to recruit subjects. The instruments were composed of 1) Demographic information 2) Self-management questionnaires 3) Self-efficacy questionnaires 4) Edmonton Frail scale and 5) Family support questionnaires. The reliabilities of these questionnaires were 0.97, 0.91, 0.80 and 0.99, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and enter multiple regression.

Finding: 1. The mean score of Self-management among older person with acute coronary syndrome was high. ($\bar{x} = 63.19$, $SD = 11.68$)

2. Family support, self-efficacy, gender were positively related to self-management at level of .05 ($r = .739, .738, .169$). Frailty was negative related to self-management at level .05 ($r = -.599$) Gender and Comorbidity were not related to self-management.

3. Self-efficacy, family support, gender and frailty were together predicted self-management of older person with coronary syndrome 69.6% ($R^2 = 69.6$, $p < .05$)

Conclusion: Nurses should promote self-management of older persons by increasing self-efficacy under family support and decrease or slow down frailty of older persons to maintained self-management and good quality of life.

Keyword: Predicting factor / Self-management / Older persons

* Master Student in Nursing Science Program Faculty of Nursing Chulalongkorn University.

** Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Borommaratchachonnani Srisataphat Building, Rama 1 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, Thailand. Email: Tassana__C@chula.ac.th



บทนำ

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหลอดเลือดหัวใจอุดตันทั้งหมด (ST-elevation Myocardial infarction: STEMI) และกลุ่มหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันบางส่วน (Non-ST elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) โดยทั้ง STEMI และ NSTEMI มีพยาธิสภาพในการเกิดโรคคล้ายกัน คือเกิดจากการสะสมของคราบไขมัน แคลเซียมและสารเคมีอื่นๆ กลายเป็นตะกรันเกาะที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีหรือเกิดการแตกของตะกรัน (plaque rupture) ที่เกาะอยู่ด้านในของผนังหลอดเลือดแดงเฉียบพลัน นำไปสู่การตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี (Dhruva & Cheitlin, 2014) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นลดลงหรือหยุดลงทันที จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจ หรืออาจร้ายแรงถึงขั้นการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Verrier & Deelstra, 2010) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุ (Sahyoun et al., 2001) ทั้งนี้จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 โดยมีส่วนเสียชีวิตจำนวน 17.3 ล้านคน (World Health Organization, 2012) ส่วนในประเทศไทย จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 58,681 คนหรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน (Ministry of Public Health, 2014) จากสถิติดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นอุบัติการณ์ของ ACS ที่เพิ่มขึ้นของทั้งประเทศไทยและทั่วโลก อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นปัญหาที่ไม่เพียงแต่มีอันตรายถึงชีวิต แต่ยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับพฤติกรรม

จัดการตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ACS มีความสำคัญต่อการควบคุมอาการของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค อันได้แก่ การมีพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ ด้านการแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาถูกต้องตามแผนการรักษา และการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ด้านบทบาท ได้แก่ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย เช่น การบริโภคอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้สูงอายุ ACS ยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ดีนักเนื่องจากการสูงอายุทำให้มีความถดถอยทางด้านร่างกายหลายอย่าง ทั้งประสาทการรับรู้ การมองเห็น การเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง พฤติกรรมจัดการกับกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นเรื้อรังและต้องการการจัดการที่เคร่งครัดจึงยังไม่เพียงพอ คือ ยังมีการรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย (Suwannasri, 2005) หลายรายยังสูบบุหรี่ (Thongin et al., 2011) รับประทานอาหารเค็มและมัน (Dirhekwuttikul, 2008) ไม่เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Willard - Grace et al., 2013) และพบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกกำลังกายน้อยลง (Dickinson et al., 2006) พฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวส่งผลทำให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรคนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ที่เลวร้ายที่สุดคือทำให้เสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลัน Potter & Perry (2005) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว มี 2 อย่างคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการ



โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วมปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว

พฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมการจัดการตนเองครอบคลุมทั้งการปฏิบัติทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ประการคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทและพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig & Holman, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น มีการศึกษาในผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 60 ปีที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 54 รายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (Jerant et al., 2005) ต่อมาการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 352 คน พบว่า ภาวะโรคร่วม เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมจัดการตนเอง (Bayliss et al., 2007) ต่อมาการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในประเทศเกาหลี จำนวน 430 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม (Shin et al., 2013) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี จำนวน 2,212 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงมีพฤติกรรมจัดการ

ตนเองได้น้อยลง (Cramm et al., 2014) และการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 109 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมมากกว่าเพศชาย (Cramm et al., 2016) ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Yeekul et al., 2010) สอดคล้องกับ Chaiwong (2014) ที่ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดของ Potter & Perry โดยเน้นปัจจัยภายในตัวบุคคลและจากภายนอกบุคคล กล่าวคือ ปัจจัยภายในเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ติดตัวมา ผู้วิจัยเลือกตัวแปร เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้งการรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย คือ ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วม ส่วนปัจจัยภายนอก ผู้วิจัยเลือกตัวแปร การสนับสนุนจากครอบครัว (Potter & Perry, 2005)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และ การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
3. ศึกษาปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research)

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐที่มีศูนย์โรคหัวใจ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่ได้รับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย รับรู้วันเวลาสถานที่ ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และจากโรงพยาบาลตำรวจ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนด Effect size ระดับปานกลาง = 0.15 , α = .05 และ power of test = .80 ตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 92 คน (Orathai & Phumanaskul, 2013) เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลด้วยการคำนวณสัดส่วนจากประชากรผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 โดยใช้สัดส่วนเท่ากัน (Reantakol, 2010) คำนวณได้เท่ากับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 56 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 55 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติการคัดเข้าที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นให้เลือกตอบและเติมคำได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมานาน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ วิธีการรักษาที่เคยได้รับ สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ผู้ที่ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Chaiwong (2014) จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (likert scales) คือ ปฏิบัติประจำ จนถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Chaiwong (2014) สร้างตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (likert scales) คือ มั่นใจมากที่สุด จนถึง ไม่มั่นใจเลย คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.97 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

4. แบบประเมินความเปราะบาง แปรจากแบบประเมิน EFS (Edmonton Frail Scale) ของ Graham (2013) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น



มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แปลผลคะแนนอยู่ระหว่างจาก 0-17 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงมีความเปราะบางระดับรุนแรง โดยผู้วิจัยแปลเครื่องมือโดยกระบวนการแปลเครื่องมือเป็นฉบับภาษาไทย ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับของ Brislin (1970) ร่วมกับ WHO (2013) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80

5. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ Chaiwong (2014) สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al., (1981) และ Cobb (1976) จำนวน 27 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (likert scales) คือ มากที่สุด จนถึง ไม่ได้รับเลย คะแนนมาก หมายถึง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.97 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.99

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ EFS จากเจ้าของเครื่องมือ คือ Professor Graham อาจารย์แพทย์มหาวิทยาลัย Edmonton ผ่านทาง Email วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2559 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือจากเจ้าของเครื่องมือคือคุณณรงค์กร ชัยวงศ์ และมหาวิทยาลัยบูรพา ตั้งแต่ กันยายน 2558 และ สิงหาคม 2559 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลของโรงพยาบาลตำรวจ หนังสือรับรองเลขที่

จว.68/2559 และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ IRB no 520/59 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2559-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ รวมทั้งขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบถดถอยแบบเข้าที่ละตัว (Enter multiple regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 71.2 อายุเฉลี่ย 71.12 ปี (SD = 8.12) สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.1 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 99.1 มีผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส และบุตร เท่าๆกันคือ ร้อยละ 45 มีโรคร่วมร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 44.1 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 45.9 วิธีที่เคยได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ร้อยละ 86.5 สิทธิการรักษาข้าราชการ ร้อยละ 53.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นกลุ่ม



อาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมานาน เฉลี่ยประมาณ 5.97 ปี (SD = 4.67)

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 63.19 (SD = 11.68) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 62.45 (SD = 11.40) มีความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.49 (SD = 2.70) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 107.85 (SD = 18.70)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง คือ การรับรู้

สมรรถนะแห่งตน ($r = 0.738$) การสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.739$) และเพศ ($r = 0.169$) ส่วนความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = -0.599$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนการสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($n=111$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P value
เพศ	0.169	0.03
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.738	0.00
ความเปราะบาง	-0.599	0.00
ภาวะโรคร่วม	0.133	0.08
การสนับสนุนจากครอบครัว	0.739	0.00

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ตัวแปร	B	beta	t	P value
(constant)	10.685	-	1.742	.084
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.469	.458	6.164	.000
การสนับสนุนจากครอบครัว	193	.319	3.908	.000
ความเปราะบาง	-.665	-.154	-2.169	.032
เพศ	3.780	.147	2.578	.011

$F = 48.103$, $R = .834$, $R^2 = .696$, Adjusted $R^2 = .682$, Std.Error of the Estimate 6.59058



อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 36-80 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 63.19 (SD = 11.68) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 62.45 (SD = 11.40) มีคะแนนความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.49 (SD = 2.70) และการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 107.85 (SD = 18.70) อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับคะแนนความเปราะบางที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีความเสื่อมที่อาจเป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ในทางกลับกันพบว่า สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมากนั้น เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมาก ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยเฉลี่ย 5.97 ปี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จึงทำให้สามารถมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการ

ตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2009) ที่กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นการลดอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมนั่นเอง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.169$, $p < 0.05$) และพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 66.28 เพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.94 จึงสรุปได้ว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่า เพศหญิงเป็นเพศมีธรรมชาติของการดูแลตนเองสูง มีความอดทน มีระเบียบวินัยในการดูแลตนเอง มีความสามารถในการปรับตัวได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ แล้วนั้นเพศหญิงจึงเป็นเพศที่สามารถปรับตัวและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุภาวะหัวใจวายเรื้อรัง ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 66 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = 0.67$) (Chriss et al., 2004) ส่วนในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Juntanon et al., 2011)



การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = 0.738$) อธิบายได้ว่า บุคคลเมื่อมีความเชื่อมั่นมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตนเองที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thimoonnee (2010) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.45$) สอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศอิตาลี ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Buck et al., 2015)

การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $r = 0.739$ กล่าวคือ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรส และบุตร ในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 45 แสดงให้เห็นว่ามีการสนับสนุนจากครอบครัวสูงถึงร้อยละ 90 ร่วมกับสังคมไทยเป็นสังคมของความกตัญญูทดแทนที่ จึงจะเห็นได้ว่าบุตรมีหน้าที่ดูแลบิดามารดา อีกทั้งค่านิยมของภรรยาที่มีหน้าที่ดูแลสามีและผู้สูงอายุในครอบครัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอย่างดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมากด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยในการให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการมีพฤติกรรมการ

จัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งผลการวิจัยฉบับนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับเช่น มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีด้วย (Lortakune, 2000) ทั้งนี้ครอบครัวและญาติเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.363$) (Umpichit, 2009) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.26$) (Yunus & Sharoni, 2016)

ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = -0.599$) อธิบายได้ว่า ความเปราะบาง (Frailty) คือ กลุ่มอาการทางชีววิทยาในผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อนั่นคงทางด้านร่างกาย มีความอ่อนแอและเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Afilalo et al., 2015) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่เริ่มมีความเสื่อมเล็กน้อย จึงมีคะแนนความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความเสื่อมและความเปราะบางนั้นเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการตนเองและความเปราะบางในผู้สูงอายุจำนวน 2212 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้น้อยลง (Cramm et al., 2014) อีกทั้งมีการศึกษาภาวะเปราะบางในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าความเปราะบางทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองลดลง (Singh et al., 2008)



ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และมีคะแนนพฤติกรรม การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในระดับมาก ร่วมกับการมีคะแนนการ สนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากด้วย ทำให้ถึง แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีภาวะโรคร่วมหลายโรค กลุ่ม ตัวอย่างก็ยังสามารถมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Surasrisakul (2012) ที่พบว่า ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์ความร่วมมือ ในการรับประชนาษาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r = 0.067$)

3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเอง ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบ พลัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว ความเปราะบาง และ เพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือด หัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีน้ำหนักใน การทำนายสูงสุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดย มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .458 รองลงมาคือ การสนับสนุนจาก ครอบครัว เพศ และความเปราะบาง โดยมีค่า สัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .319, -.154 และ .147 ตามลำดับอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนาย พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 =$

.696), เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนน มาตรฐาน (β) เท่ากับ .458 อธิบายได้ว่ากลุ่ม ตัวอย่างเมื่อมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองแล้วนั้นก็จะทำให้มีพฤติกรรม การจัดการตนเองในระดับมากด้วยเช่นกัน ทั้งนี้อธิบาย ได้ตามแนวคิดของ Pender (1996) และ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมจัดการตนเองในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นและมั่นใจใน การปฏิบัติตัว ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การ ออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการ ปฏิบัติตามแผนการรักษาแล้วนั้นย่อมทำให้มีการ แสดงออกของพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Payukkaruk (2010) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถ ร่วมทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน เขตภาคใต้ได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($R^2 = .29$) และต่อมาการศึกษาของ Chaiwong (2014) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้ป่วย ($\beta = .55, p < .01$)

การสนับสนุนจากครอบครัว จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วม ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่ม อาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบ คะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .319 อธิบายได้ว่า จาก ทฤษฎีของ Potter & Perry (2005) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคล เกิดจาก ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เหมาะสม กล่าวคือ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกที่มี ความสำคัญในการทำให้บุคคลมีพฤติกรรมจัดการ



ตนเองที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Surasrisakul (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทุษร้ายของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ($R^2 = .160$, $= .128$) ต่อมาการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($\beta = .261$) (Luangpitak, 2015)

เพศ จากผลการศึกษาพบว่าเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ $-.154$ อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีของ Potter & Perry (2005) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลจะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จะเห็นได้ว่า เพศเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยภายในที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chriss และคณะ (2004) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุภาวะหัวใจวาย ($r = .67$) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย (Rodkert et al., 2012)

ความเปราะบาง จากผลการศึกษาพบว่าความเปราะบางสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ $.147$ จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 52.3 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีกระบวนการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น การมอง

เห็น การได้ยิน ระบบกระดูกและข้อที่เริ่มมีความเปราะบางอีกทั้งระบบกล้ามเนื้อที่เริ่มมีการฝ่อและขาดความยืดหยุ่นและความแข็งแรงลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอุปสรรคในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh และคณะ (2008) พบว่าผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความเปราะบางทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cramm และคณะ (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้น้อยลง

สรุปผลการศึกษา

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว ความเปราะบาง และ เพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง ($\beta = .458$, $.319$, $-.154$ และ $.147$ ตามลำดับ) ดังนั้น การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้สูงอายุ ACS ให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมได้

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยเน้นการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วยโดยการลดหรือชะลอความเปราะบาง เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์คือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบ



พลงนอยู่กับโรคเรื้อรังดังกล่าวได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และ ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรมีการพัฒนาเครื่องมือให้มี

ความเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น กล่าวคือ ควรปรับคำถามให้สั้นกระชับ ลดจำนวนข้อคำถามให้น้อยลง และอาจใช้วิธีการให้คะแนนเป็น visual analogue scale แทน numerical rating scale

.....

Reference

- Afilalo, J., Alexander, K. P., Mack, M. J., Maurer, M. S., Green, P., Allen, L. A., . . . Forman, D. E. (2014). Frailty assessment in the cardiovascular care of older adults. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(8), 747-762. doi: 10.1016/j.jacc.2013.09.070
- Bandura, A. (1977). "Self-efficacy: Toward a unify theory of behavior change". *Psychologist review*, 84; 191-215
- Bayliss, E. A., Ellis, J. L., & Steiner, J. F. (2007). Barriers to self-management and quality of life outcomes in seniors with multimorbidities. *Ann Family Medicine*, 5(5), 395-402. doi:10.1370/afm.722
- Brislin, R. W. (1970). Back translation for the cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Research*, 1(3), 185-216
- Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., & Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1714-1722. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018
- Chaiwong, N. (2014). *Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patient*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Burapha University. (In Thai)
- Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson, B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 33(6), 345-353. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.03.004
- Cramm, J. M., Twisk, J., & Nieboer, A. P. (2014). Self-management abilities and frailty are important for healthy aging among community-dwelling older people: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 14(1), 28-28. doi: 10.1186/1471-2318-14-28
- Cramm, J. M. & Nieboer, A. P. (2016). Self-management abilities and quality of life among frail community dwelling individuals: the role of community nurses in the Netherlands. *Health and social care in the community*, 1-8. Doi: 10.1111/hsc.12318
- Dhruva, S. & Cheitlin, M. (2014). Coronary disease. In A. B. Williams, A. Chang, C. Ahalt, R. Conant, C. Ritchie, H. Chen, S. C. Landefeld, M. Yukawa, (editor),



- Current Diagnosis & Treatment Geriatrics*. Second edition. 178-189. Singapore: McGraw Hill Education
- 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 systemic review of randomized controlled trails. *Journal Hypertension*, 24(2), 215-233
- Dirhekwuttikul, N. (2008). *Uncontrolled high blood pressure perceived by persons with hypertention*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Burapha University. (In Thai)
- Graham, M. M., Galbraith, P. D., O'Neill, D., Rolfson, D. B., Dando, C., & Norris, C. M. (2013). Frailty and outcome in elderly patients with acute coronary syndrome. *Canadian Journal of Cardiology*, 29(12), 1610-1615. doi: 10.1016/j.cjca.2013.08.016
- Jerant, A. F., von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 300-307. doi: 10.1016/j.pec.2004.08.004.
- Juntanon, N., Singchai, B., and Worawong, W. (2011). Self-Care Behavior of Hypertension Patients Who Live in Muang District Chumphon Province. *KKU Res J*, 16(6); 749-758
- Lorig, K. & Holman, H. (2003). Self management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7
- Lortakune, N. (2000). *Social support and health promotion behavior of older persons with ischemic heart disease*. Master of Nursing Science Thesis in Geriatric Nursing, Chiang-Mai University. (In Thai)
- Luangpitak, S. (2015). *Factors influencing self-management among patients with heart failure*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Burapha University. (In Thai)
- Ministry of Public Health. (2014). *Statistic and mortality rate in non communicable disease of Thailand 2014*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> (In Thai)
- Orathai, P. & Phumanaskul, S. (2013). *Power analysis, testing, and sample size estimation using G*power program*. Bangkok: Pimdee (In Thai)
- Payukkaruk, P. (2010). *Factors predicting health promoting lifestyles in patients at risk for cardiovascular disease in southern area*. Master of Nursing Science Thesis in Nursing Science, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York : Appleton and Lange
- Potter, P.A., & Perry, A.G., (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby
- Reantakol, A. (2010). *Applied Behavioral Statistics 1*. Bangkok: Chulalongkorn University (In Thai)
- Rodkert, W., Wattanasupt, N., Suphunnakul, P., & Suwanpratest, O. (2012). Social support and health belief in self-care



- behavior among essential hypertension patients receiving services at promphiram hospital, phitsanulok province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 6(2); 76-88 (In Thai)
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225.e216.doi: 10.1016/j.outlook.2008.10.004
- Sahyoun, N. R., Lentzner, H., Hoyert, D., Robinson, K. N. (2001). Trends in causes of death among the elderly. *Aging Trends*, 1(1), 1-10.
- Shin, E. S., Hwang, S. Y., Jeong, M. H., & Lee, E. S. (2013). Relationships of factors affecting self-care compliance in acute coronary syndrome patients following percutaneous coronary intervention. *Asian Nursing Research*, 7(4), 205-211. doi: 10.1016/j.anr.2013.10.003
- Singh, M. Alexander, K., Roger, V. L., Rihal, C. S., Whitson, H. E., Lerman, A., ...Nair, K. S. (2008). Frailty and its potential relevance to cardiovascular care. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 83(10), 1146-1153. Doi: 10.4065/83.10.1146
- Surasrisakul, I. (2012). *Predicting factors of medication adherence among myocardial infarction patients after underwent percutaneous coronary intervention*. Master of Nursing Science Thesis in Nursing Science, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Suwanasri, S. (2005). *Self-care behaviors of myocardial infarction patients before and after discharge from the hospital to home*. Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing, Korn Kaen University. (In Thai)
- Thimoonnee, M. (2010). *Factors related to preventive behaviors for cardiovascular disease in premenopausal cleaning personnel*. Master of Nursing Science Thesis in Nursing Science, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Thongin, N., Saerewatana, P. & Danteraparkune, P. (2011). Result of self-management program on health status and quality of life in post percutaneous coronary. *Vajira Medical Journal*, 55(1); 77-86
- Umpichit, P. (2009). *Factors related to self-care in acute coronary syndrome*. Master of Nursing Science Thesis in Nursing Science, Chulalongkorn University. (In Thai)
- Verrier, J. M. B., & Deelstra, M. H. (2010). Acute coronary syndrome. In S. L. Wood, E. S. S. Froelicher, S. U. Motzer & E. J. Bridges (Eds.), *Cardiac Nursing* (6th ed., pp. 511-536): Wolters Kluwer Health.
- 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. *BMC Family Practice*, 14, 27-27. doi: 10.1186/1471-2296-14-27
- World health organization. (2012). *Cardiovascular diseases (CVDs)* (online). Retrieved from:



- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>. (2015, March 20)
- World health organization. (2013). *Process of translation and adaptation of instruments* (online). Retrieved from: www.who.int (2016, March 20)
- Yeeskul, C., Prommard, S., and Kritpracha, J. (2010). Self-management and quality of life in patients with ischemic heart disease in Songklanagarind hospital. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 30(2); 1-15(In Thai)
- Yunus, D. H., & Sharoni. A. K. S.. (2016). Social support and self-care management among patients with chronic heart failure. *Malaysian journal of public health medicine*. 16(1): 92-98