

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง Factors Influencing Health Literacy Related to Cardiac Rehabilitation among Caregivers of Older Adults with Myocardial Infarction in an Urban Area

ภัทรสิริ พจมานพงศ์* ชยุตา ขอเจริญ**

Pattarasiri Potjamanpong,* Chayuda Khocharoen**

* คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

* Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok

** หน่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

** Heart Clinic, Vajira Hospital, Bangkok

* Corresponding Author: Pattarasiri@nmu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจำนวน 120 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแล 3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล 4) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 165.58$, $SD = 28.97$) 2) ปัจจัยการสนับสนุนด้านข้อมูล ($\beta = .48$) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\beta = .26$) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ($\beta = .20$) สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลได้ร้อยละ 52.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นพยาบาลควรประเมินการสนับสนุนด้านข้อมูล อารมณ์ และทรัพยากรแก่ผู้ดูแล รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ดูแลเพื่อให้เกิดศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้ดียิ่งขึ้น

Received: May 3, 2021; Revised: August 29, 2021; Accepted: September 13, 2021

คำสำคัญ: การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ดูแล ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

Abstract

This descriptive research aimed to examine the level of health literacy and factors influencing health literacy among caregivers of older adults with myocardial infarction in an urban area. Sample included 120 caregivers who were the main responsibility of continually taking care of the patients, were simple random sampling selected. Data were collected between December 2020 to April 2021. The research instruments were 1) a demographic questionnaire for the caregivers; 2) a measure of the attitude of caregivers toward caregiving in older adults; 3) a measure of social support; and 4) a measure of the health literacy. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that: 1) The caregivers had a moderate level of the health literacy ($M = 165.58$, $SD = 28.97$). 2) The supports including informational ($\beta = .48$), emotional ($\beta = .26$), and instrumental supports ($\beta = .20$) were significant predictors of the health literacy among the caregivers. These significant predictive variables accounted for 52.1% of the caregivers' health literacy with statistical significance ($p < .05$). Based on the results of this study to promote health literacy among caregivers of older adults with myocardial infarction in an urban area, it is necessary to have support about the informational, emotional, and instrumental supports for effectiveness.

Keywords: cardiac rehabilitation, caregivers, health literacy, older adults with myocardial infarction

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ในสหรัฐอเมริกาพบผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดถึงร้อยละ 35¹ อีกทั้งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2561

พบประชากรไทยวัยสูงอายุช่วง 60 - 69 ปี เจ็บป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเพศหญิงมีจำนวน 2,575.59 ต่อแสนประชากร และเพศชาย 4,272.81 ต่อแสนประชากร และเพิ่มสูงขึ้นในเพศหญิงมีจำนวน 7,430.39 ต่อแสนประชากร และเพศชาย 9,757.95 ต่อแสนประชากร ในช่วงอายุมากกว่า 70 ปี² ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงสูงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่การเสียชีวิต³

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดโคโรนารีอย่างเฉียบพลันโดย



เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นลดลงหรือหยุดทันที ซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดแดงจนอาจทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันซึ่งมีกระบวนการที่ต่อเนื่อง ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ส่งผลให้การทำหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความเสื่อมถอย ทำให้การทำหน้าที่ในการสูบฉีดโลหิตเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายเกิดข้อจำกัด⁴ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ควบคุมปัจจัยเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้สูงอายุจึงต้องได้รับคำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นโปรแกรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลังจากผ่านพ้นภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย การให้ความรู้ สุขศึกษา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด เพื่อช่วยลดความพิการ ความรุนแรงของโรค ลดภาวะซึมเศร้า ภาวะเปราะบางจากความเสื่อม ลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหัวใจ และลดอัตราการเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เกิดการตระหนักและเกิดการเฝ้าระวังความก้าวหน้าของโรคอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต⁵ การแนะนำผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ถึงแม้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจจะได้รับการยอมรับถึงประโยชน์ รวมถึงความปลอดภัยและเป็นส่วนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ แต่พบว่า การคงอยู่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจมีน้อย อุปสรรคที่สำคัญก็คือ ผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิตต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น และญาติยังมีความเข้าใจน้อยและยังไม่ได้ทราบประโยชน์⁶ การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลใน

การจัดการดูแลตนเองเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เนื่องจากความรู้ทางสุขภาพเป็นตัวกลางระหว่างปัจจัยในการกำหนดสุขภาพทางสังคมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ⁷ ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมีส่วนช่วยควบคุมโรคของผู้ป่วยได้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมของโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการสนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น⁸

การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้นั้น สิ่งสำคัญ คือ ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม⁹ โดยองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ¹⁰ ความรอบรู้ทางสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพต่ำจะมีผลต่อองค์ประกอบของความรู้ทางสุขภาพทุกองค์ประกอบและมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงเนื่องจากขาดความสามารถในการดูแลตนเองส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น¹¹ ซึ่งสัมพันธ์กับข้อบ่งชี้ในการเกิดโรคหัวใจ ระดับของความรู้ทางสุขภาพต่ำทำให้ความชุกต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจได้น้อย อีกทั้งคุณภาพชีวิตแย่ ระดับของการอ่านออกเขียนได้ต่ำร่วมกับมีการจัดการตนเองได้น้อยมักมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูง อัตราการตายสูงเช่นเดียวกับการรอบรู้ในการดูแลสุขภาพต่ำจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

เช่นเดียวกัน¹² ทั้งนี้ผู้สูงอายุมักมีข้อจำกัดทางร่างกายจากกระบวนการสูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยินและความจำที่ลดลง ทำให้การเรียนรู้รับรู้ข้อมูล และความสามารถในการดูแลตนเองลดลงจึงต้องมีการพึ่งพาผู้ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของญาติผู้ดูแลและการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะโรคหัวใจ และครอบครัวเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์¹³ อีกทั้งการศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลในการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ญาติผู้ดูแลต้องการข้อมูลการปรับตัวเมื่อเผชิญกับอาการ การจัดการภาวะฉุกเฉิน ยา การสนับสนุนภาวะทางอารมณ์ การสนับสนุนการออกกำลังกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนจากภาครัฐในระยะยาว¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมแม้ว่าปัจจุบันได้มีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แต่พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถเข้ามีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้และทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ^{15,16} แม้ในปัจจุบันจะมีช่องทางในการส่งเสริมความรู้ของผู้ดูแล ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในการดูแลตนเองของ

ญาติผู้ดูแลโดยตรง สำหรับในประเทศไทยไม่ปรากฏการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในกลุ่มญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ควรมองข้ามที่เป็นบุคคลสำคัญ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพมาเป็นแนวทางเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน พัฒนาเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้สามารถดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ทัศนคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ต่อความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
2. ทัศนคติของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
3. การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวก



กับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

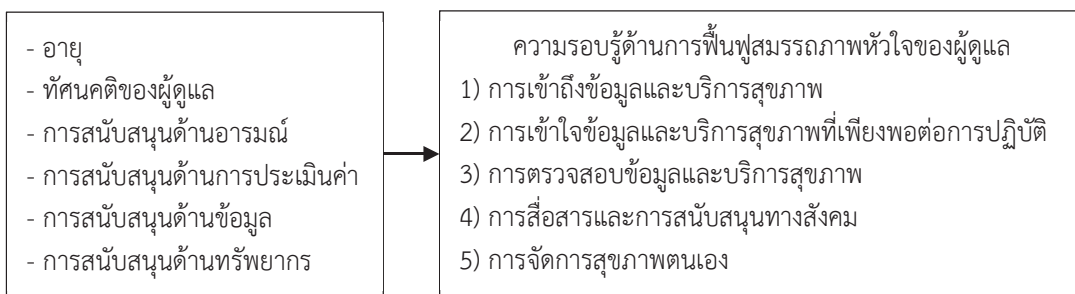
4. อายุ ทักษะคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Osborne และคณะ¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษาซึ่งมีความใกล้เคียงกับกลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ไม่มีบริบทของสภาพปัญหาหรืออาการของโรคเฉพาะกลุ่ม ซึ่งสามารถอธิบายว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นความสามารถในการทำความเข้าใจและการเลือกใช้ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มวิถีทางเลือกในการดูแลสุขภาพให้กับตนเองให้มากขึ้น ความรอบรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การ

เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 5) การจัดการสุขภาพตนเอง¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม¹⁸ ทักษะคติของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน¹⁹ และการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์²⁰ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า²⁰ การสนับสนุนด้านข้อมูล²¹ การสนับสนุนด้านทรัพยากร²² มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ทักษะคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร มาเป็นตัวแปรในการศึกษาทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลและเสนอเป็นแผนภาพ ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย คู่สมรส ลูกหลานญาติพี่น้อง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่าง

เดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุ 20 - 59 ปี (เป็นเกณฑ์ที่บรรลุนิติภาวะ มีความสามารถในการกระทำและการตัดสินใจได้ด้วยตนเอง)

2. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยตรง ไม่น้อยกว่า 3 เดือน

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วน

2. มีความประสงค์จะออกจากการศึกษา

ขนาดตัวอย่าง การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึง เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน²³ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับอำนาจการทดสอบ .80 และค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (Effect size) ที่ขนาดกลาง เท่ากับ .13 โดยใช้สูตร Lemeshow , Hosmer, Klar & Lwanga²⁴

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 104 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 จำนวน 16 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้รวมทั้งสิ้น 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

1.2 แบบสอบถามข้อมูลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติต่อผู้สูงอายุของ Kogan (Kogan's Attitude toward Old People Scale: KOAP) ที่ ศิริพันธุ์ สาสัตย์²⁵ แปลและตรวจสอบการแปลจากผู้เชี่ยวชาญ มีจำนวน 34 ข้อ แบ่งออกเป็น ข้อคำถามเชิงบวก 17 ข้อ (คำถามเลขคู่) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 17 ข้อ (คำถามเลขคี่) เป็น Rating scale เริ่มจาก ไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 6 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34 - 204 การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนสูงยิ่งจะมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ สามารถแบ่งทัศนคติออกเป็น 5 ระดับ (5.10 ขึ้นไป มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด 4.10 - 5.00 มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับมาก 3.10 - 4.00 มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับปานกลาง 2.10 - 3.00 มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับน้อย และ 1.00 - 2.00 ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุในระดับน้อยที่สุด)

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลจากวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง²⁶ มีจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้าน



อารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านการประเมินค่า จำนวน 3 ข้อ ด้านการให้ข้อมูล จำนวน 5 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้การจัดคะแนนแบบอิงเกณฑ์หาอันตรภาคชั้น โดยคะแนน 4.50 - 5.00 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คะแนน 3.50 - 4.49 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนน 2.50 - 3.49 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 1.50 - 2.49 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย และคะแนน 1.00 - 1.49 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ผู้วิจัยดัดแปลงแบบสอบถามมาจากแบบสอบถามการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย¹⁶ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 47 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ตอน

ตอนที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (8 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 24 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี คะแนน 24 - 31.99 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 32 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีมาก

ตอนที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 15 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี คะแนน 15 - 19.99 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 20 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีมาก

ตอนที่ 3 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (6 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน

ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี คะแนน 18 - 23.99 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 24 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีมาก

ตอนที่ 4 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (17 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 51 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี คะแนน 51 - 67.99 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 68 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีมาก

ตอนที่ 5 การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ (11 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 33 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี คะแนน 33 - 43.99 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 44 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 141 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี คะแนน 141 - 187.99 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับพอใช้ คะแนนมากกว่า 188 คะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาารายข้อ (Content validity index for items: I-CVI) ได้แก่ 1) แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแล 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และ 3) แบบสอบถามความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลที่มีเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าเท่ากับ 0.93, 0.94, 0.87 ตามลำดับ แล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไป

ตรวจสอบความเที่ยงจากผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีลักษณะใกล้เคียง จำนวน 30 คน ณ หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83, 0.89, 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าเก็บข้อมูล และผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังในช่วงขณะรอเข้ารับการรักษา และ/หรือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 - 50 นาที ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่โครงการ KFN 20/2020 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ 212/63E

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อคำถามแต่ละ

ฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ version 20 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ และอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ทัศนคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากรกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลโดยวิธีการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลจาก อายุ ทัศนคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 120 คน พบว่า มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 79.2 อายุเฉลี่ย 45.94 โดยมีอายุมากที่สุด 59 ปี น้อยที่สุด 20 ปี กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45.8 รองลงมา สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 43.3 ระดับการศึกษาสูงสุด จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมา จบการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 34.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 20.8 รองลงมา เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60 และมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด มีช่วงคะแนนระหว่าง 34 - 240 คะแนน พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 97.5 โดยมีค่าเฉลี่ย 123.26 คะแนนทัศนคติสูงสุด คือ 167 คะแนน ต่ำสุด คือ 84 คะแนน

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล มีช่วงคะแนนระหว่าง 18 - 90 คะแนน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70 โดยมีค่าเฉลี่ย 59.23 คะแนนสูงสุด คือ 86 คะแนน ต่ำสุด คือ 33 คะแนน เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ช่วงคะแนนระหว่าง 5 - 25

คะแนน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.3 โดยมีค่าเฉลี่ย 17.74 คะแนนสูงสุด คือ 25 คะแนน ต่ำสุด คือ 5 คะแนน 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ช่วงคะแนนระหว่าง 3 - 15 คะแนน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.3 โดยมีค่าเฉลี่ย 10.12 คะแนนสูงสุด คือ 15 คะแนน ต่ำสุด คือ 4 คะแนน 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล ช่วงคะแนนระหว่าง 5 - 25 คะแนน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.23 โดยมีค่าเฉลี่ย 16.69 คะแนนสูงสุด คือ 25 คะแนน ต่ำสุด คือ 9 คะแนน และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ช่วงคะแนนระหว่าง 5 - 25 คะแนน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.7 โดยมีค่าเฉลี่ย 14.68 คะแนนสูงสุด คือ 25 คะแนน ต่ำสุด คือ 5 คะแนน

ความรู้รอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความรู้รอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 165.58$, $SD = 28.97$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 51.70 ($M = 23.62$, $SD = 5.58$) และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 50.80 ($M = 18.97$, $SD = 3.93$) อยู่ในระดับดีมาก ส่วนด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 46.70 ($M = 57.43$, $SD = 13.01$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 41.70 ($M = 29.36$, $SD = 6.06$) อยู่ในระดับพอใช้ และด้านการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 45 ($M = 36.21$, $SD = 7.66$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ความรอบรู้ทางสุขภาพฯ	คะแนนเฉลี่ยรายด้าน				ระดับ		
	Min	Max	Mean	SD	ไม่ตี จำนวน (ร้อยละ)	พอใช้ จำนวน (ร้อยละ)	ดีมาก จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	10.00	40.00	29.36	6.06	25 (20.80)	50 (41.70)	45 (37.50)
ด้านการเข้าใจข้อมูลและ บริการสุขภาพที่เพียงพอต่อ การปฏิบัติ	5.00	25.00	18.97	3.93	26 (21.70)	33 (27.50)	61 (50.80)
ด้านการตรวจสอบข้อมูล และบริการสุขภาพ	6.00	61.00	23.62	5.58	19 (15.80)	39 (32.50)	62 (51.70)
ด้านการสื่อสารและการ สนับสนุนทางสังคม	21.00	85.00	57.43	13.01	39 (32.50)	56 (46.70)	25 (20.80)
ด้านการจัดการสุขภาพของ ผู้สูงอายุ	13.00	55.00	36.21	7.66	54 (45.00)	43 (35.80)	23 (19.20)
โดยรวม	82.00	235.00	165.58	28.97	27 (22.50)	64 (53.30)	29 (24.20)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($r = .490$, $r = .463$, $r = .653$, $r = .422$ ตามลำดับ) ทศนคติของผู้ดูแลและอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ทศนคติของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร และความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value	แปลผล
อายุ	.080	.040	ต่ำ
ทศนคติของผู้ดูแล	.006	.007	ต่ำ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	.490	< .001	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการประเมินค่า	.463	.003	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านข้อมูล	.653	< .001	สูง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	.422	< .001	ปานกลาง

การวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression) พบว่า ตัวแปรการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สามารถร่วมพยากรณ์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 52.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 42.097$; $p < .001$) ซึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล ($\beta = .48$) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\beta = .26$) และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ($\beta = .20$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 แสดงตามสมการ ดังนี้

$$Y' = 51.46 + 3.49 (x_1) + 2.08 (x_2) + 1.29 (x_3)$$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรพยากรณ์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ด้วยการถดถอยพหุคูณโดยใช้วิธี Stepwise multiple regression

ตัวแปรพยากรณ์	b	S.E.	β	t	p-value
Constant	51.46	10.91		4.718	< 0.001
การสนับสนุนด้านข้อมูล	3.49	.54	.48	6.424	< 0.001
การสนับสนุนด้านอารมณ์	2.08	.57	.26	3.629	< 0.001
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	1.29	.45	.20	2.900	.004

$$F = 42.097, p\text{-value} < 0.001; R^2 = .521, \text{Adjust } R^2 = .509$$

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .08$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 45.94 ปี

ซึ่งอายุที่แตกต่างกันมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพไม่ต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาดี จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมาจบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 34.2 ซึ่งผู้ดูแลสามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ จึงมีระดับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างมีด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 51.70 และด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 50.80 อยู่ในระดับดีมาก เมื่อมีปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้ดูแลสามารถหาข้อมูล และรับรู้ข้อมูลได้จากหลายช่องทาง เช่น แพทย์ พยาบาล สื่อวิทยุ โทรทัศน์จนได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ สอนอาจ²⁷ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยรวมอยู่ในระดับมาก อีกทั้งมีแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลและสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้อง

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ทศนคติของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

ทัศนคติของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .006$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความสนใจ ทำให้ ความชอบ ค่านิยม การให้คุณค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือรวมไปถึงความเชื่อช่วยบอกแนวโน้มของบุคคลในการกระทำ

ซึ่งอิทธิพลของกระบวนการคิด และแบบแผนการดำเนินชีวิตในค่านิยมของคนไทยที่ตระหนักว่าการดูแลญาติผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยเป็นการกตัญญู กตเวทิต่อผู้มีพระคุณ ไม่ว่าจะในฐานะบุตรหลาน หรือสามี/ภรรยา จากการศึกษาของ นิชภา โมราภ และคณะ²⁸ ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการรักษา ด้วยการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน ฟื้นฟูสภาพจิตใจ ชวนพูดคุย คอยอยู่เป็นเพื่อนส่งเสริมการพักผ่อนหย่อนใจ การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้สูงอายุอัลไซเมอร์ รวมไปถึงการให้ยาและพบแพทย์ตามนัด ซึ่งถือเป็นการกระทำตามกระบวนการคิดและแบบแผนการดำเนินชีวิตในค่านิยมของคนไทย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

การสนับสนุนด้านข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .653$) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .490, r = .463, r = .422$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเกิดเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะโรคหัวใจ และครอบครัวเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหัวใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปรับตัวเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์²⁹ อีกทั้งผู้ที่มีครอบครัวคอยส่งเสริมการเรียนรู้ มีการพูดคุย สนับสนุนและให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพอยู่เสมอ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ มีจัดการสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ง่าย โดยที่ครอบครัวมีส่วนส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลได้มีการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีผลต่อการอยากเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสนใจในการเรียนรู้ และช่วยสร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้นด้วย³⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ จามจุรี แซ่หลู่, ธรรมวรรณ แก้วกระจก และ ดาไลมา สำแดงสาร³¹ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท โดยภาพรวม พบว่า มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือ ทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 อายุ ทักษะคิดของผู้ดูแล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สามารถร่วมกันทำนาย

ความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า

การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร สามารถร่วมพยากรณ์ความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ร้อยละ 52.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .521$, $F = 42.097$, $p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของสังคมไทยที่ปลูกฝังเรื่องความกตัญญูต่อบุพการีเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลรักษาและเอาใจใส่เป็นระยะเวลานาน ต้องอาศัยผู้ดูแลที่จะต้องมีความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ มีความพร้อมในการดูแลรวมไปถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม³²

การสนับสนุนด้านข้อมูล มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงสุดในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ($\beta = .48$) ซึ่งการศึกษาผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องจากความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงตามวัยส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ดังนั้นในการส่งเสริมให้มีการคงอยู่และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจได้ ผู้ดูแลมักจะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดของผู้สูงอายุ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตร เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง³³ พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มักจะมีการแสวงหาความรู้ทำให้เกิด

การเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย โดยเรียนรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยโรคหัวใจรายอื่นๆ อีกทั้งการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเอง ได้แก่ การอ่านหนังสือ เอกสารแจกฟรี และการสังเกตจากตัวผู้ป่วย โดยมีความรู้ที่ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ในเรื่องของอาหารเฉพาะโรค ยา ผลข้างเคียงของยา ความผิดปกติ และการจัดการอาการผิดปกติ³⁴

การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยรองลงมาในการพยากรณ์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ($\beta = .26$) เนื่องจากพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมไทยที่ยึดถือความกตัญญูทวดที่สอนให้บุตรทดแทนบุญคุณโดยการเลี้ยงดูเพื่อเป็นการตอบแทน ทำให้บุตรหลานหรือญาติที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเข้ารับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งเมื่อพิจารณาข้อคำถาม พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าการได้รับความไว้วางใจและแสดงความเห็นใจเมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุมักได้รับคำชื่นชม มีการเคารพนับถือ และยกย่องทำให้ผู้ดูแลเกิดความภูมิใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยให้เกิดการยอมรับในตัวผู้สูงอายุและเต็มใจที่จะช่วยเหลือหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างดี²⁵ และผู้ดูแลมีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยในลักษณะเครือญาติ รวมถึงมีความรักในตัวผู้ป่วย เพราะสังคมไทยสอนให้มีความกตัญญูต่อบุพพการีและทดแทนบุญคุณย่อมทำให้เกิดความรู้สึกยอมรับในภาระที่เกิดขึ้น

การสนับสนุนด้านทรัพยากร มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยต่ำที่สุดในการพยากรณ์ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ($\beta = .20$) เนื่องจากการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรเป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ เงินทองหรือการให้บริการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลตั้งแต่ผู้สูงอายุ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษามาตลอดชีวิต ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงถึงแม้รายได้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท แต่ผู้ดูแลต้องทำงานบอຍ เกิดความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในเรื่องเงินทองจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งผู้ดูแลเมื่อได้รับการสนับสนุนจากญาติในการให้ความช่วยเหลือเรื่องการเงิน เวลา และแบ่งเบาภาระดูแล³² จะทำให้ผู้ดูแลคลายความกังวลลง และมีความสนใจในการดูแลตนเองและแสวงหาข้อมูลในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองได้มากขึ้น

ส่วนการสนับสนุนด้านการประเมินค่าพบว่า ไม่สามารถเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายได้ นั่นอาจเป็นเพราะในบริบทของสังคมไทยเป็นสังคมเคารพผู้สูงอายุหรือผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า หากมีการพูด ตักเตือนหรือให้คำแนะนำทำให้ถูกสังคมติตราว่าไม่เคารพผู้สูงอายุ อีกทั้งการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียดและกดดันจึงมีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ จากการศึกษาความชุกของปัญหาภาระดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงในอำเภอดำรงจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การใช้คำพูดไม่ดี ตำหนิว่ากล่าว ผู้ดูแลส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเศร้าและอาจส่งผลต่อเนื่องไปยังกำลังใจของผู้ดูแล ลดทอนความมีคุณค่าและกำลังใจจนเกิดภาวะหมดไฟในการดูแลซึ่งสามารถส่งผลกระทบในระยะยาวทำให้ผู้ดูแลคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ³⁵

≡ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้≡

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมือง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์



และการสนับสนุนด้านทรัพยากรเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้มีระดับที่สูงขึ้น สามารถดูแลตนเองและดูแลผู้ป่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้

สมรรถภาพหัวใจของผู้ดูแลในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมโรคหัวใจทุกกลุ่ม เพื่อเพิ่มความรู้ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก
“กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช”

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ครั้งต่อไป

ควรนำผลที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมหรือใช้เป็นแนวทางเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านการฟื้นฟู

เอกสารอ้างอิง

1. Wenger KN. STEMI at elderly age 2016. [Internet]. [cited 2020 February 22]. Available from: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2016/08/26/08/47/stemi-at-elderly-age>.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronary Artery Disease (CAD) 2018. [Internet]. [cited 2020 February 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf>.
3. Menezes AR, Lavie CJ, Milani RV, Arena RA, Church TS. Cardiac rehabilitation and exercise therapy in the elderly: should we invest in the aged?. JGC 2012;9(1):68-75.
4. Miller CA. Nursing for wellness in older adults. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
5. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. Cardiac rehabilitation. BMJ 2015;351:1-8.
6. Tanprasert P. Health rehabilitation guidelines for heart disease patients. In: Wisan Kantarrattanakun W, Kanchana Na Ayudhya R, editors. Cardiac rehabilitation medicine. Bangkok: Pfizer (Thailand Limited); 2011. p. 1-6. (in Thai).
7. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. J Health Commun 2016;21(suppl 2):54-60.
8. Nilliaum R, Pinyopasakul W, Na Ayuthya N, Sriprason S. Predicting factors of perceived readiness for hospital discharge in caregivers of patients with acute myocardial infarction. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2016;27(1):43-57. (in Thai).



9. Srison P, Hachuck W, Ratchapakdee P, Uppasarn W. Health literacy and self-care behavior among post valvular heart surgery patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand Northern Region* 2019;25(1):1-13. (in Thai).
10. Choeisuwan W. Health literacy: concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):183-97. (in Thai).
11. Tachavijitjaru C. Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(suppl):1-11. (in Thai).
12. Aaby A, Friis K, Christensen B, Maindal HT. Health literacy among people in cardiac rehabilitation: associations with participation and health-related quality of life in the heart skills study in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(2):443.
13. Jung-Won L, Zebrack B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual life Outcome* 2012;34:147-56.
14. Wingham J, Frost J, Britten N, Jolly K, Greaves C, Abraham C, et al. Needs of caregivers in heart failure management: a qualitative study chronic illness. *Chronic Illn* 2015;11(4):304-19.
15. Promnoi C, Thaniwattananon P, Nupet P. Factors predicting caregivers' participation in caring for hospitalized elderly: a case study at Songklanagarind hospital. *Songkla Med J* 2005;23(6):405-41. (in Thai).
16. Intarakamhang U. Creating and developing of Thailand health literacy scales. [Internet]. [cited 2020 July 23]. Available from: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>. (in Thai).
17. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013;13:658-75.
18. Jiang Y, Sereika SM, Lingler JH, Tamres LK, Erlen JA. Health literacy and its correlates in informal caregivers of adults with memory loss. *Geriatric Nursing* 2018;39(3):285-91.
19. Piriya Jaratchai N, Sasat S. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(Suppl September-December):231-40. (in Thai).
20. Hamtanon P, Voracharoensri S, Charupheng M, Kritkharuehart S. Positive aspects of caregiving among family caregivers of patients with dementia 2017;4(2):186-99. (in Thai).
21. Muenhor C, Poonpol S. Factors associated with the caregivers, role in caring for the elderly in Nakhon Phanom province. *Nakhon Phanom University Journal* 2016;6(1):79-86. (in Thai).
22. Kandee P, Sukwong P, Weiangkham D. Perceived social support of community-dwelling rural elderly in northern Thailand. *Journal Mental Health Thai* 2016;24(1):40-51. (in Thai).

23. Sangkhaphong A, Toonsiri C, Lawang W. Factors influencing health literacy among family caregivers of chronic disease patients in community. *Journal of Nursing and Health Care* 2019;37(2):55-62. (in Thai).
24. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health studies. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.
25. Sasat S. Complete report of long-term care for the dependent elderly institutes: quality of care and knowledge, attitudes and practices of nursing staff. Bangkok: Office of the Higher Education Commission (OHEC); 2011. (in Thai).
26. Imote P. Influencing factors of home care behaviors by family caregivers for stroke patients. [Master's Thesis, Faculty of Nursing]. Christian University of Thailand; 2008. (in Thai).
27. Sonart B. A health literacy guideline on health promotion behaviors for working age populations in Bangkok and metropolitan region. [Master's Thesis, Department of Education Foundations]. Silpakorn University; 2019. (in Thai).
28. Morathop N, Kanchanakijisakul C, Pannarunothai S, Prachuabmoh V, Satayavongthip B. Role of family caregivers for the elderly with alzheimer's disease. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2012;6(2):122-31. (in Thai).
29. Astin F, Atkin K, Darr A. Family support and cardiac rehabilitation: a comparative study of the experiences of South Asian and White-European patients and their career's living in the United Kingdom. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2008;7(1):43-51.
30. Rasrikrid P, Choowattanapakron T. The effect of self-efficacy promotion combined with family support program on physical activity in older persons with coronary artery disease receiving percutaneous coronary intervention. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2019;46(3):653-68. (in Thai).
31. Saeloo J, Kaewkrachok T, Samdaengsarn D. How social support and health literacy influence quality of life of elders in Mueang district of Nakhon Si Thammarat. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;8(2):39-52. (in Thai).
32. Thongdang K, Promsiripaiboon Y. Effect of group process to change health behavior of patients with hypertension at Watpradoo health promotion hospital, Muang district, Suratthani province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2015;3(2):261-71. (in Thai).
33. Deenuanpanao S, Kunsongkeit W, Duangpaeng S. Experiences of family members in caring of patients with chronic congestive heart failure. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2014;22(2):52-64. (in Thai).
34. Imes CC, Dougherty CM, Pyper G, Sullivan MD. Descriptive study of partners' experiences of living with severe heart failure. *Heart & Lung* 2011;40(3):208-16.



35. Asawarochoongs O. Prevalence of caregiver burden and associated factors in primary caregivers of the bed-ridden in Tha Muang district, Kanchanaburi province. Region 4-5 Medical Journal 2020;39(1):35-49. (in Thai).