

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจ

ชญาณี สุวรรณสา, พย.ม.^{1*} วาริ กังใจ, พย.ด.² สหทัยา รัตนจรณะ, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจำนวน 105 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ($M = 67.17, SD = 6.85$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .571, .428, .284, p < .01$ ตามลำดับ)

การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปในการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองให้ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: csuwannasa@gmail.com

Factors Related to Self-Management Behaviors Among Older Adults With Coronary Artery Disease

Chayanee Suwannasa, M.N.S.^{1*}, Waree Kangchai, D.N.S.², Sahattaya Rattanajarana, Ph.D.²

Abstract

This research aimed to study self-management behaviors and the related factors among older adults with coronary artery disease. The sample included 105 older adults aged 60 years and above diagnosed with coronary artery disease and undergoing treatment at the cardiology clinic, Somdej Phraborom Ratchathewi Hospital, Sriracha. Simple random sampling was used. Research instruments were the demographic data, health perception, knowledge about disease and self-management, self-efficacy perception, social support, and self-management behavior questionnaires. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation statistics.

The results revealed that the samples had higher mean scores in self-management behaviors ($M = 67.17$, $SD = 6.85$). Perceived self-efficacy, health perception, and knowledge about the disease and self-management behaviors were statistically positively correlated with self-management behaviors ($r = .571, .428, .284, p < .01$, respectively).

This study suggests that nurses and health care teams could apply these findings in planning appropriate care to encourage self-management behaviors among older persons with coronary artery disease, with an emphasis on perceived self-efficacy, health perception, and knowledge about disease and self-management.

Key words: Self-management behaviors, self-efficacy, health perception, knowledge about disease and self-management behaviors, older adults with coronary artery disease

¹ Student of the Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: csuwannasa@gmail.com

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลกและพบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Eliopoulos, 2018; Touhy & Jett, 2016) รวมทั้งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของคนทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ใน 1 นาทีมีคนเสียชีวิต 1 คนจากโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 69 และเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี (World Health Organization [WHO], 2020) ในประเทศไทยเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในอัตรา 125.4 ต่อประชากรแสนคน (Strategy and Planning Division, the Ministry of Public Health, 2017) โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 6.9 และต้องเข้ารับการรักษาสูงถึง 1,213 ครั้งต่อปี (Annual Report Somdej Phraborom Ratchathewi Sriracha Hospital, 2020) สถิติดังกล่าวสะท้อนความรุนแรงของปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการการจัดการด้านสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบตันหรือมีการอุดตันที่มีสาเหตุจากการสะสมของคราบไขมันและแคลเซียมภายในเยื่อผนังด้านในของหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนทำให้เส้นผ่านศูนย์กลางด้านในของหลอดเลือดเกิดการตีบแคบ เมื่อหลอดเลือดมีการตีบแคบกว่าร้อยละ 50-70 ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Miller, 2019) โรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบด้านร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก ทำให้ผู้สูงอายุทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล กลัว หรือเครียด ส่งผลให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Eliopoulos, 2018) รักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และควบคุมภาวะของโรคหลอดเลือดได้จึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับที่ไม่ดี ประกอบด้วย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม รวมทั้งยังมีการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Huynh-Hohnbaum, Marshall, Villa, & Lee, 2015; Khatun et al., 2021; Willard-Grace et al., 2013) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่ไม่เหมาะสมมีปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง (Chaiwong, Duangpaeng, & Masingboon, 2014; Jansrithong & Choowattanapakorn, 2018; Sirikutjatuporn, Wirojatana, & Jitramontree, 2017; Teotid, Kunsongkeit, & Dungpaeng, 2019)

เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็นดังกล่าว โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม และถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

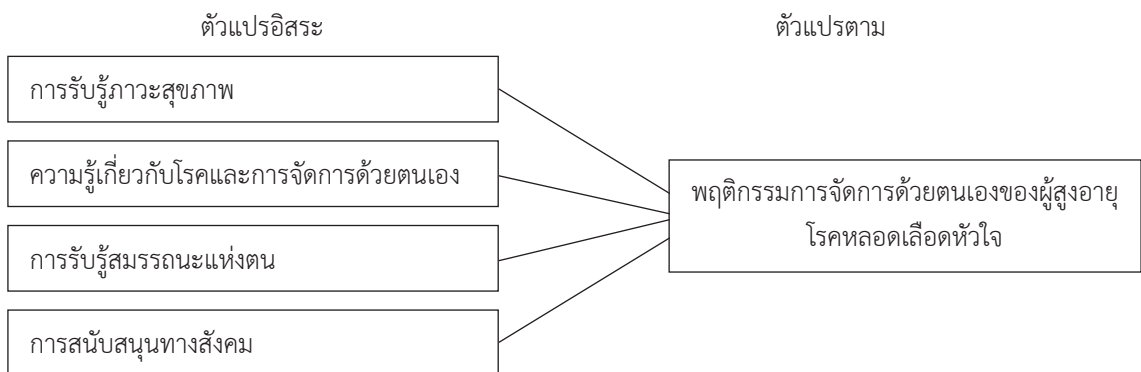
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อกำหนดของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (Dehmer et al., 2020) ในการกำหนดตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองและใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการเลือกตัวแปรอิสระ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริการะบุว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ควรปฏิบัติอย่างเหมาะสม มี 4 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา แนวคิดการจัดการด้วยตนเองอธิบายไว้ว่า การจัดการด้วยตนเองเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านความรู้คิด 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 3) ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Kanfer & Gaelick, 1991; Karoly & Kanfer, 1982) ปัจจัยด้านความรู้คิด มีบทบาทความสำคัญในปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งโดยบุคคลจะมีความสามารถในการวางแผนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลตนเองเมื่อปรับพฤติกรรมได้ สามารถควบคุมสภาวะทางสังคมสิ่งแวดล้อมและกระบวนการทางสรีรวิทยาได้ การวิจัยครั้งนี้คัดสรรปัจจัยด้านความรู้คิดมาศึกษา 3 ปัจจัยคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่วนปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้บุคคลจัดการตนเองได้ ช่วยกระตุ้นให้มีการตอบสนองที่ดีขึ้น กระตุ้นการเรียนรู้ที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดการตอบสนองตามลำดับอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยคัดสรรมาศึกษา 1 ปัจจัยคือการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งคาดว่าทั้ง 4 ปัจจัยนี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ สรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากประชากรที่ศึกษา จำนวน 105 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II 2) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่วิกฤตจากโรคร่วม 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยรู้เรื่อง และ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีความผิดปกติของการรู้คิด และสติปัญญา ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจู่หา ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนรวม 19 คะแนน (Jitapunkul, 1999) สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) .35 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Medium effect size) ที่ Cohen (1988) แนะนำว่าเหมาะสมกับงานวิจัยแบบหาความสัมพันธ์หรือปัจจัยทำนายที่ไม่สามารถหาค่าขนาดอิทธิพลได้โดยตรง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบทดสอบสภาพจิตจู่หา ที่พัฒนาโดย Jitapunkul (1999) มี 13 ข้อคำถามหลัก และ 19 ข้อคำถามย่อย หากตอบคำถามถูกต้องได้ 1 คะแนน ถ้าตอบคำถามผิดได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน การตัดสินใจว่าผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมจะใช้คะแนนจุดตัดที่ 15 คือ ผู้สูงอายุที่ได้คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนน ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านความจำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะเป็นชุดข้อคำถามเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประวัติการประกอบอาชีพ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และยาที่ใช้ในปัจจุบัน

2.2 แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Hanhunakul (1997) มีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนต่ำแสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ไม่ดี และคะแนนสูง แสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทิศทางที่ดี

2.3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเองและการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียด และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีข้อคำถาม 20 ข้อ ให้เลือกตอบ ถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกต้อง ได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบว่าไม่ทราบ ได้คะแนน 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้มาก คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้น้อย

2.4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Chaiwong et al. (2014) เพื่อวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจเลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-60 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองต่ำ

2.5 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ Wangnum (2017) ประเมินการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลสิ่งของ การเงิน/แรงงาน และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีข้อความถาม 17 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ไม่น่าสนใจ/เฉย ๆ เล็กน้อย และไม่เลย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 17-85 คะแนน คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ถ้าคะแนนเฉลี่ยน้อย หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

2.6 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันของ Chaiwong et al. (2014) มีข้อความถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 19-76 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเอง ที่สร้างขึ้นใหม่ไปตรวจความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการด้านหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้ค่า CVI เท่ากับ .83

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient Cronbach) ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการด้วยตนเองวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ และการจัดการด้วยตนเอง แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ .84, .86, .76, .93, .83 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคหัวใจของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มไว้ในแต่ละวันที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก อาคารอนุสรณ์ 100 ปี ชั้น 1 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายคน แจกแบบประเมินที่ใช้ในการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างในห้องที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งอยู่ใกล้กับห้องรอตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบประเมินประมาณ 30-45 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการทำแบบประเมินแล้วผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบประเมิน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากในช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล อยู่ในระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยดำเนินการ

เก็บข้อมูลโดยปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ตามนโยบายของ
โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อย่างเคร่งครัด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS-065-2563 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจง
วัตถุประสงค์ของการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบและเข้าใจถึงการเข้าร่วมวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจว่าจะยินยอม
เข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ การปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการ
ศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น การทำลายข้อมูลกระทำ
ภายหลังจากผลการวิจัยมีการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ โดย
ใช้สถิติหาความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation statistic) ก่อนวิเคราะห์ข้อมูล
ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสหสัมพันธ์เพียร์สันซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.2 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 51.4
อายุเฉลี่ย 69.20 ปี ($SD = 10.04$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.6 ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 75.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.1 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค
หลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 51.4 กลุ่มยาที่ใช้ในปัจจุบัน เป็นยารักษาโรคหัวใจ ร้อยละ 100
2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองเท่ากับ 67.17 คะแนน ($SD = 6.85$) ซึ่งอยู่ใน
ระดับมาก โดยมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.22 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.71
3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพ เท่ากับ 50.04 ($SD = 3.66$) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ
โรคและการจัดการด้วยตนเอง เท่ากับ 19.55 ($SD = 0.91$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 52.00
($SD = 5.22$) และคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนสังคม เท่ากับ 74.29 ($SD = 4.71$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการ
ด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง ($n = 105$)

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

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .571, .428, .284, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ($r = .077, p = .43$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n= 105)

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

อภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในระดับมาก ($M = 67.17, SD = 6.85$) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.4 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ซึ่งเป็นช่วงแห่งการเป็นผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง เป็นช่วงจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความผิดปกติของการรู้คิดและสติปัญญา ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเพียง 1 โรคคือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 77.1) โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ Class I และ Class II ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ช่วยเหลือตนเองได้ดี ทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.6) มีสถานภาพสมรสคู่ จึงได้รับการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือจากคู่สมรส มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน พึ่งพาอาศัยกัน และผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.4) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยกว่า 5 ปี ยังคงมาพบแพทย์ได้ตามเวลานัดจึงได้รับความรู้ และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาล ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณาวิธีการดูแลตัวเอง ติดตามอาการของโรค สะท้อนผลของการดูแลตัวเองทุกครั้งที่มาตรวจตามนัดจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งอธิบายตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเองได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองประการหนึ่ง คือ การได้รับการสนับสนุนและเป็นหุ้นส่วน (Mutual investment) ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Kanfer & Gaelick, 1991) การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการสนับสนุน และการเป็นหุ้นส่วนระหว่างแพทย์และพยาบาลในระหว่างการรักษานั้น เป็นการส่งเสริมและสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีการเริ่มต้นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้มีความเหมาะสมถูกต้องยิ่งขึ้นทั้งด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เพื่อควบคุม ป้องกันการกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดหัวใจ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .571, p < .01$) อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วจะแสดงออกถึง

พฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเองเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1991) การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความสามารถของตนเองในการจัดการต่อภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วยตัวเอง การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jansrithong and Choowattanapakorn (2018) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเอง มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ($r = .738, p < .01$) รวมทั้งการศึกษาของ Phuaphae, Jitmontree, and Leelahakul (2015) พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ($r = .795, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwong et al. (2014) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ($r = .70, p < .01$)

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .428, p < .01$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยด้านการรู้คิดซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากที่จะสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายทั้งทักษะในการจัดการ และความคาดหวังที่มีผลต่อความสามารถในการจัดการ ทำให้เกิดการวางแผน ริเริ่มสร้างสรรค์ นำไปสู่การพัฒนาด้านพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1991) การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง เนื่องจากมีผลต่อการรับรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจที่เฝ้าระวังและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบ และเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจ หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองที่เหมาะสม มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมภาวะของโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiwong et al. (2014) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.167, p < .05$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ($r = .284, p < .01$) อธิบายได้ว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง เป็นปัจจัยด้านการรู้คิด (Kanfer & Gaelick, 1991) ซึ่งข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงการจัดการตนเองในภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจนั้น เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจในการเจ็บป่วย ข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์และพยาบาลในขณะที่ไปรับการตรวจตามนัดสามารถใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดจากการดูแลตัวเอง เป็นข้อมูลให้ผู้สูงอายุในการที่จะตัดสินใจนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuaphae et al. (2015) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684, p < .01$)

ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ($r = .077, p = .43$) ซึ่งจากการพิจารณาคะแนนรายข้อที่กล่าวว่า ข้อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก ผู้ป่วย/บุคคล/สมาชิกในครอบครัว ($M = 3.86, SD = .693$) เมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด คนใกล้ชิดคอยเตือนสติ ($M = 3.67, SD = .622$) มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ จึงเป็นไปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจไม่ได้รับข่าวสารจากสมาชิกในครอบครัว และเมื่อมีอารมณ์หงุดหงิด ไม่มีคนใกล้ชิดคอยเตือนสติ ประกอบกับแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้เป็นการประเมินการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ การเงินหรือแรงงาน และการประเมินเปรียบเทียบกับบุคคล

ในครอบครัว หรือเพื่อนในยามเจ็บป่วย จึงอาจจะยังไม่ครอบคลุมกับการสนับสนุนทางสังคมที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจกลุ่มนี้ ทำให้การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลในการวางแผนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองให้ดียิ่งขึ้นและต่อเนื่องโดยเน้นการส่งเสริมปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ จากปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง
2. ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล และส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองของผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม
3. ควรมีการออกแบบโปรแกรมพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง โดยออกแบบกิจกรรมที่พัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการด้วยตนเอง

References

- Annual Report Somdej Phraborom Ratchathewi Sriracha Hospital. (2020). *Registration and statistics: Top 10 OPD patients aged 60 years and over, 2019*. Chonburi: Registration and Statistics.
- Chaiwong, N., Duangpaeng, S., & Masingboon, K. (2014). Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 9(3), 112-119. [In Thai]
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Dehmer, G. J., Badhwar, V., Bermudez, E. A., Cleveland Jr, J. C., Cohen, M. G., D'Agostino, R. S., & Shahian, D. M. (2020). 2020 AHA/ACC key data elements and definitions for coronary revascularization: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical data standards (writing committee to develop clinical data standards for coronary revascularization). *Journal of the American College of Cardiology*, 75(16), 1975-2088.
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hanhunakul, W. (1997). *Effect of constructive adaptation activity on health perception and adaptation in myocardial infarction patients*. Master's Thesis, Nursing Science, Faculty of Nursing. Mahidol University. [In Thai]
- 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.

- Jansrithong, P., & Choowattanapakorn, T. (2018). Factors predicting self-management in older person with acute coronary syndrome in tertiary hospitals, Bangkok. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 30*(2), 81-94. [In Thai]
- Jitapunkul, S. (1999). *Principles of geriatric medical* (2nd ed.). Bangkok: Faculty of Medical Chulalongkorn University. [In Thai]
- 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.
- Miller, C. A. (2019). *Nursing for wellness in older adults* (8th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Phuaphae, J., Jitmontree, N., & Leelahakul, V. (2015). Factor predicting self-management behaviors among older persons with cardiovascular risks. *Journal of Nursing Science, 33*(2), 41-50. [In Thai]
- Sirikutjatuporn, K., Wirojratana, V., & Jitramontree, N. (2017). Factor predicting self-management behavior of elderly type 2 diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(1), 81-93. [In Thai]
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *Public health statistics A.D.2017*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
- Teeotid, W., Kunsongkeit, W., & Dungpaeng, S. (2019). Factor influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 35*(1), 120-129. [In Thai]
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2016). *Ebersole & Hess' toward healthy aging: human needs and nursing response*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Wangnum, K. (2017). *Factor related to self-care agency of older people with cancer receiving chemotherapy*. Master's Thesis, Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. [In Thai]
- 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), 1-10.
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Cardiovascular diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>