

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร



นางสาวภรปภา จันทร์ศรีทอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS PREDICTING SELF MANAGEMENT IN OLDER PERSONS WITH ACUTE
CORONARY SYNDROME IN TERTIARY HOSPITALS, BANGKOK

Miss Phornpapha Jansrithong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่ม อาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติย ภูมิ กรุงเทพมหานคร
โดย	นางสาวกรรปภา จันทร์ศรีทอง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประพนธ์ โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยา ภัทรอาชาชัย)

ภรปภา จันท์ศรีทอง : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร (FACTORS PREDICTING SELF MANAGEMENT IN OLDER PERSONS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN TERTIARY HOSPITALS, BANGKOK) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ทัศนาศูววรรณ ประภรณ์, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. นพ. สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, 134 หน้า.

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย(Predictive Correlation Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 56 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 55 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.97, 0.91, 0.80 และ 0.99 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบถดถอยแบบใช้ทุกตัวแปรเป็นตัวทำนาย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหัวใจเฉียบพลัน มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($x = 63.19$, $SD=11.68$)

2. การสนับสนุนจากครอบครัว, การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.739$ และ $r = 0.738$), เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r=0.169$) ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.599$) ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

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

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม

5777184636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: PREDICTING FACTOR / SELF MANAGEMENT / OLDER PERSONS

PHORNPAPHA JANSRITHONG: FACTORS PREDICTING SELF MANAGEMENT IN OLDER PERSONS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME IN TERTIARY HOSPITALS, BANGKOK. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., CO-ADVISOR: ASSOC. PROF. SUPHOT SRIMAHACHOTA, M.D., 134 pp.

The purpose of this research study was to examine the relationships and prediction of predicting factor (including gender, self-efficacy, frailty, comorbidity and family support) on self-management in older person with acute coronary syndrome. One hundred and eleven out patients of Chulalongkorn memorial hospital and Police hospital who had diagnosis of acute coronary syndrome aged more than 60 years old. 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. Descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and multiple regression were used to analyze data. The major findings were as follows:

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 ($r= -.599$) Comorbidity was not related to self-management

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

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2016

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความห่วงใย เอาใจใส่สละเวลาอันมีค่าเพื่อทุ่มเทให้ผู้วิจัยรู้จักคิดวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ตามหลักวิชาการ ให้กำลังใจ และให้แนวคิดที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชค อาจารย์ที่ปรึกษาฯ ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เวลาที่มีค่ายิ่ง ในการให้คำแนะนำ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งแนะนำแนวทางกระบวนการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด และขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ โอทกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จรรยา ภัทรอาชาชัย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่า และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

กราบขอบพระคุณ Prof. Michelle M. Graham ณ University of Alberta ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำเครื่องมือของท่านมาแปลและใช้ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งอาจารย์ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความอนุเคราะห์ยืมใช้แบบสอบถามบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล วัตราคูล ดร.เอมอร แสงสิริ นางสาวมณฑิชา อนุกุลวุฒิมงคล และนางสาวสุจิตรา บุญทวี ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำรวจ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน กราบขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วย คือ นางสาววิภาวรรณ บัวสรวง นางสาวอนันทยา ซื่อตรง นางสาวอังคณา หิรัณย์ภิญโญภาส และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยซีซีซีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ คำแนะนำและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา กราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

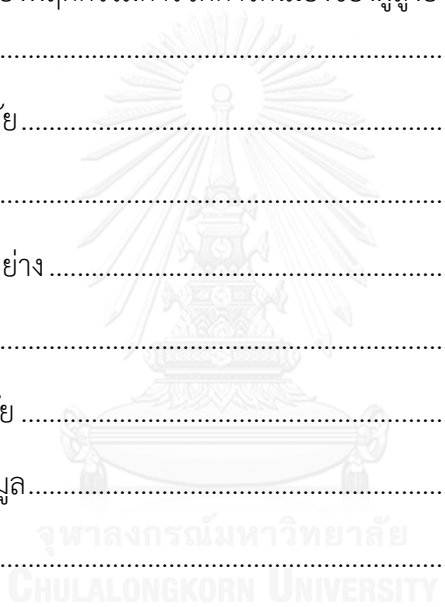
กราบขอบพระคุณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ มารดา นางนิชา บุรณะภานุพันธ์ และครอบครัวของผู้วิจัยทุกท่านที่ให้การสนับสนุน การเรียนและการดำเนินชีวิตที่ดีเสมอมา คอยเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยอยู่เสมอจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการศึกษาและทำวิทยานิพนธ์ประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและระบบการไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุ.....	11
2. กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในผู้สูงอายุ.....	12
2.1 ความหมาย	12
2.2 พยาธิสรีรวิทยา.....	13
2.3 สาเหตุ.....	14
2.4 อาการและอาการแสดง.....	15
2.5 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ.....	16
2.6 การตรวจหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary angiography).....	16
2.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ	17

2.8 การดูแลรักษา.....	18
2.9 แนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป.....	20
3. การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.....	21
4. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง.....	27
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.....	31
6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน.....	38
7. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	65
สรุปผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผลการวิจัย.....	69
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	75
รายการอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	89
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	90



ภาคผนวก ข หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความอนุเคราะห์ ทดลองใช้ เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย.....	92
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หนังสือแสดงความ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	98
ภาคผนวก ง ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและตารางวิเคราะห์ข้อมูล	128
ภาคผนวก จ รายชื่อผู้ตรวจสอบการแปลเครื่องมือ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และตาราง วิเคราะห์ข้อมูล	132
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	134



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวม และรายด้าน.....	46
ตารางที่ 2 แสดงการแปลผลระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม และรายด้าน	49
ตารางที่ 3 แสดงการแปลผลระดับคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม และรายด้าน.....	53
ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n=111 คน).....	57
ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=111)..	60
ตารางที่ 6 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (n=111)	60
ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบางภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n=111).....	61
ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n=111).....	62
ตารางที่ 9 ตารางวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าที่ละตัว (Enter) (n=111).....	63
ตารางที่ 10 ตารางวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าที่ละตัว (Enter) และคะแนนตัวอย่างสมมติ	64

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome: ACS) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอัตราการตายและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2554) อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในประชากรผู้สูงอายุ (Sahyoun et al., 2001) จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 พบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 17.3 ล้านคนและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 23 ล้านคน (World Health Organization, 2012) และจากสถิติในสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีแนวโน้มการเป็นโรคสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 80 (Dhruva & Cheitlin, 2014) ในประเทศไทยผู้ที่มีอาการเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นด้วยเช่นกัน กล่าวคือ มีการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงถึง 58,681 คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 7 คน (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) จากสถิติดังกล่าวสามารถสะท้อนให้เห็นอุบัติการณ์ของ ACS ที่เพิ่มขึ้นของทั้งประเทศไทยและทั่วโลก

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มหลอดเลือดหัวใจอุดตันทั้งหมด (ST-elevation Myocardial infarction: STEMI) และกลุ่มหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันบางส่วน (Non-ST elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) (สุรพันธ์ สิทธิสุข และคณะ, 2557) โดยทั้ง STEMI และ NSTEMI มีพยาธิสภาพในการเกิดโรคคล้ายกัน คือเกิดจากการสะสมของคราบไขมัน แคลเซียมและสารเคมีอื่นๆ กลายเป็นตระกรันเกาะที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี หรือเกิดการแตกของตระกรัน (plaque rupture) ที่เกาะอยู่ด้านในของผนังหลอดเลือดแดงเฉียบพลัน นำไปสู่การตีบแคบหรืออุดตันของหลอดเลือดโคโรนารี (Dhruva & Cheitlin, 2014) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณนั้นลดลงหรือหยุดลงทันที (อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2555) จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจทะลุ หรืออาจร้ายแรงถึงขั้นการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Verrier & Deelstra, 2010) กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นปัญหาที่ไม่เพียงแต่มีอันตรายถึงชีวิต แต่ยังเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับการปรับพฤติกรรมการจัดการตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมการจัดการตนเองครอบคลุมการปฏิบัติทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีสิ่งที่จะต้องกระทำ 3 ประการคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทและพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig & Holman, 2003)

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้ง STEMI และ NSTEMI ถือเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และแม้ว่าการรักษาในระยะเฉียบพลันของทั้งสองกลุ่มจะมีลักษณะแตกต่างกันบ้าง แต่การรักษาในระยะยาวรวมทั้งพฤติกรรมการจัดการตนเองมีลักษณะเหมือนกัน (Bucher & Castellucci, 2011) ดังที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การควบคุมภาวะโรคร่วม การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การเลิกบุหรี่ และการจัดการความเครียด เป็นต้น (European Society of Cardiology: ESC, 2012; American Heart Association: AHA, 2014)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีความยากลำบากมากกว่าวัยผู้ใหญ่เนื่องจากกระบวนการสูงอายุ ความเปราะบาง ความเสื่อมของร่างกาย และการมีโรคเรื้อรังหลายโรคเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองทำให้มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Singh et al., 2008) อีกทั้งยังพบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมทำให้รัฐสูญเสียงบประมาณในการใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขจำนวนมาก ถึงร้อยละ 80 (Willard-Grace et al., 2013)

กล่าวคือ พบว่า ผู้สูงอายุ ACS ยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการออกกำลังกาย (สุทธิชา สุวรรณศรี, 2548) มีการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม (จิราภรณ์ นาสูงชน, 2552) ไม่ควบคุมอาหาร (จิณณพัต ธนกิจวรบูลย์, 2554) ยังสูบบุหรี่ (นงลักษณ์ ทองอินทร์ และคณะ, 2554) รับประทานอาหารเค็มและมัน (นวลจันทร์ ดิเรกวุฒิกุล, 2552) ไม่เลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Willard - Grace et al., 2013) และพบว่า การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลง (Dickinson et al., 2006) พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรคนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามมา เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น ที่เลวร้ายที่สุดคือทำให้เสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลัน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหานั้นสาเหตุโดยตรง

จากการทบทวนวรรณกรรม Potter & Perry (2005) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัว มี 2 อย่างคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในที่มีผลต่อพฤติกรรมการ

จัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วม ปัจจัยภายนอก ที่เป็นมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังจำนวน 352 คน พบว่าภาวะโรคร่วม เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมจัดการตนเอง (Bayliss et al., 2007) ต่อมา มีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในประเทศเกาหลี จำนวน 430 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม (Shin et al., 2013) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 2,212 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ของความเปราะบางกับพฤติกรรมจัดการตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้น้อยลง (Cramm et al., 2014) และการศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 109 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมมากกว่าเพศชาย (Cramm et al., 2016)

ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 คน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ฉวีวรรณ ยี่สกุล และคณะ, 2553) สอดคล้องกับณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน และยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยต่างๆที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดของ Potter & Perry โดยเน้นปัจจัยภายในตัวบุคคลและจากภายนอกบุคคล กล่าวคือ ปัจจัยภายในเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่ติดตัวมา ผู้วิจัยเลือกตัวแปร เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้งการรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย คือ ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วม ส่วนปัจจัยภายนอก ผู้วิจัยเลือกตัวแปร การสนับสนุนจากครอบครัว (Potter & Perry, 2005)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ในการวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดย Lorig อธิบายว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองใน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยา การหยุดดื่มแอลกอฮอล์ การหยุดสูบบุหรี่ และการไปตรวจตามแพทย์นัด 2) ด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เช่น การเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ เพิ่มการรับประทานอาหารเส้นใยสูง และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด วิตกกังวล โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือวิธีการอื่นที่ผ่อนคลายความเครียดได้

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการจัดการตนเองนี้จะเกิดขึ้นและประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง Potter & Perry (2005) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมี 2 ประการ คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดนี้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการเลือกตัวแปรอิสระในการศึกษา โดยปัจจัยภายในได้เลือกตัวแปร เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วม ส่วนปัจจัยภายนอก ได้เลือกตัวแปร การสนับสนุนจากครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้

เพศ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ (Pender, 1996) โดยมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุภาวะหัวใจวายเรื้อรัง ที่รัฐแคลิฟลอเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 66 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .67$) และเพศชายมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าเพศหญิง (Chriss et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหัวใจในปี ค.ศ. 2004-2006 จำนวน 122 คน

เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าเพศหญิง (Heo et al., 2008)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ในการจัดการตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด (Badura, 1977; Ryan & Sawin, 2009) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยกล่ามนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี (อิสริย์กร สุรศรีสกุล, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Shin et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาในรัฐ New York ประเทศสหรัฐอเมริกาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 117 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา (Rajpura et al., 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศอิตาลี ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจ (Buck et al., 2015)

ความเปราะบาง (Frailty) คือ กลุ่มอาการทางชีววิทยาในผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านร่างกาย มีความอ่อนแอและเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Afilalo et al., 2015) มีการศึกษาภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ความเปราะบางทำให้พฤติกรรมการจัดการตนเองลดลง (Singh et al., 2008) และต่อมา มีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการตนเองและความเปราะบางในผู้สูงอายุ จำนวน 2,212 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้น้อยลง (Cramm et al., 2014)

ภาวะโรคร่วม คือ โรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก ทั้งนี้ไม่ใช่โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังโรคที่เป็น โรคร่วมได้แก่ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น พบการศึกษาผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค จำนวน 352 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Bayliss et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหัวใจ จำนวน 1192 คน จากคลินิกโรคหัวใจ จาก 28 จังหวัดของประเทศอิตาลี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2011 ถึง เดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2012 พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ (Buck et al., 2015)

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ครอบครัวมีส่วนช่วยในการให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย (Ryan & Sawin, 2009) พบการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมจัดการตนเอง เช่น การศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) และพบว่า การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Jerant et al., 2005) ต่อมาเมื่อมีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($r=.525, p<.05$) (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553) และพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (Schioetz et al., 2012) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($r=.610, p<.01$) (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดของ Potter & Perry (2005) ที่อธิบายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้เกิดจากอิทธิพลของปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือ เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และ การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกเพื่อนำมาหาความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และศึกษาตัวแปรตาม คือพฤติกรรมจัดการตนเองภายใต้แนวคิดพฤติกรรมจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003) ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษาจะสามารถอธิบายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวรวมทั้งจะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองและนำสู่การพัฒนาสร้างโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
3. ความเปราะบางและภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
4. เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และ การสนับสนุนจากครอบครัวต่อ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยมีขอบเขตการวิจัยดังนี้

ประชากร คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ Acute ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI), Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ โรงพยาบาลตำรวจ

ตัวแปรที่ศึกษา คือ เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจเอส-ทียกสูง และชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ยกสูง มาแล้วตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ

พฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยจัดกระทำกับตนเองอย่างตั้งใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Lorig & Holman (2003) ได้แก่ การปฏิบัติ 1) ด้านการแพทย์ คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสม คือการใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ 2) ด้านบทบาท คือ การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบจากการเจ็บป่วย ได้แก่ การบริโภคอาหารเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ 3) ด้านอารมณ์ คือ การปฏิบัติเพื่อจัดการกับความเครียด พฤติกรรมจัดการตนเองประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทาน อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) แบบสอบถามมีจำนวน 17 ข้อ

ความเปราะบาง (Frailty) หมายถึง กลุ่มอาการทางชีววิทยาในผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านร่างกาย มีความอ่อนแอและเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้น ประกอบด้วยการประเมินทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การรู้คิด สุขภาพโดยทั่วไป ความเป็นอิสระในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยา โภชนาการ อารมณ์ความรู้สึก การกลั้นปัสสาวะ และ ความสามารถในการปฏิบัติ (Functional performance) ความเปราะบางของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประเมินโดยแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง EFS (Edmonton Frail Scale) โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือในการนำเครื่องมือดังกล่าวมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยร่วมกับสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบบประเมินมีจำนวน 9 ข้อ

ภาวะโรคร่วม หมายถึง จำนวนภาวะหรือโรคที่ปรากฏขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยได้จากแฟ้มประวัติ และการให้ข้อมูลของผู้ป่วย

การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ประเมินโดยแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ซึ่งดัดแปลงมาจาก มาลินี มาลาฮี (2549) ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al., (1981) และ Cobb (1976) แบบสอบถามมีจำนวน 27 ข้อ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและระบบการไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุ
2. กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 พยาธิสรีรวิทยา
 - 2.3 สาเหตุ
 - 2.4 อาการและอาการแสดง
 - 2.5 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
 - 2.6 การตรวจหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary angiography)
 - 2.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ
 - 2.8 การดูแลรักษา
 - 2.9 แนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป
3. การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
4. แนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
 6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน
 7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและระบบการไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุ

ระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกระบวนการสูงอายุตามปกติ ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหารและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคน (Upadhyaya, 2015) หัวใจของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้าง และสรีรวิทยาทำให้ปริมาณเลือดที่บีบออกจากหัวใจแต่ละครั้ง และปริมาตรเลือดที่ถูกสูบฉีดออกจากหัวใจในระยะเวลา 1 นาทีลดลง (สุภาณี กาญจนจारी, 2553) ร่วมกับอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลงตามอายุเนื่องจากการตอบสนองต่อการกระตุ้น Beta-adrenergic ลดลง (Dhruva & Cheittin, 2014) อีกทั้งเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ทำหน้าที่นำกระแสไฟฟ้าเพื่อควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจมีจำนวนลดลง (ที่ปภา แจ่มกระจ่าง และ พัสมณต์ คุ่มทวีพร, 2558) ทำให้การนำไฟฟ้าผิดปกติ หัวใจจึงอาจเต้นช้าหรือเร็วผิดปกติได้ (สุภาณี กาญจนจारी, 2553) นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติของลิ้นหัวใจจากการมีแคลเซียมเกาะที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกและลิ้นหัวใจไมทรัล ซึ่งปัจจัยทั้งหลายที่กล่าวมาเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่ายกว่าคนทั่วไป (Eliopoulos, 2014)

ส่วนการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดตามกระบวนการปกติของการสูงอายุ คือ หลอดเลือดแดงสูญเสียความยืดหยุ่นมีความหนาตัวและตีบแข็ง (Atherosclerosis) มากขึ้น (Eliopoulos, 2014) ส่งผลให้หัวใจต้องเพิ่มแรงดันในการสูบฉีดเลือดเพื่อไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น และความดันไดแอสโตลิกสูงขึ้นเล็กน้อย (Dhruva & Cheittin, 2014) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (สุภาณี กาญจนจारी, 2553) ส่งผลให้กระบวนการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น เกิดการเกาะกลุ่มกันของเกร็ดเลือดได้ง่ายขึ้น และทำให้ระดับไขมันเอชดีแอลลดลง ระดับไขมันไตรกรีเซอไรด์สูงขึ้น ทำให้มีการแข็งตัวของหลอดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุชักนำไปเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทั้งนี้ยังพบอีกว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ (Bucher & Castellucci, 2011)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความหนาตัวและการตีบแข็งของหลอดเลือดรุนแรงมากขึ้นนั้น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการจัดการตนเองและแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม คือ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน (Upadhyaya, 2015) โดยเริ่มจากการอักเสบของเซลล์เยื่อบุชั้นในของหลอดเลือดแดงโคโรนารี ร่วมกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของคราบไขมันที่แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการเกิดคราบไขมันในผนังหลอดเลือดแดงชั้นในโดยการสะสมของไขมันแอลดีแอล แล้วเกิดการกระตุ้นการหลั่งสารเคมีออกมาจับตัวกับเม็ดเลือดขาวจน

กลายเป็นคราบไขมันสีเหลืองจับตัวกันที่ผนังหลอดเลือด ระยะที่ 2 ระยะที่คราบไขมันเกิดการอักเสบ และขยายตัวใหญ่ขึ้น ระยะที่ 3 ระยะที่เกิดพังผืดมาหุ้มจากแคลเซียมและเซลล์ไขมันอื่นๆ ทำให้หลอดเลือดแดงหนาตัวและตีบแคบมากขึ้น (McCance & Huether, 2014)

จากภาวะที่หลอดเลือดโคโรนารีที่มีคราบไขมันหนาตัวตีบแคบกว่าร้อยละ 60-80 ร่างกายจะสร้างระบบไหลเวียนขึ้นมาใหม่บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด แต่ถ้ามีการตีบแคบมากกว่าร้อยละ 85 จะขัดขวางการไหลเวียนของเลือด และการส่งออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ถ้าเกิดคราบไขมันที่เปราะบางปริแตก เกิดเลือดออก และเกร็ดเลือดวิ่งมาอุดกั้นบริเวณดังกล่าว จะทำให้เกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และถ้ากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดนานเกิน 20 นาที กล้ามเนื้อหัวใจจะเกิดการตายเป็นวงกว้างได้ อาการเจ็บหน้าอกจะรุนแรงขึ้นจากการคั่งของของเสีย และกรดแลคติก กลายเป็นภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

2. กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในผู้สูงอายุ

2.1 ความหมาย

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome: ACS) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเฉียบพลัน (อภิชาติ สุคนธธรรม และ ศรัณย์ ควบประเสริฐ, 2555) เกิดจากการปริแตกของคราบไขมันหรือ ตระกรันในหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้มีการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแหของเกร็ดเลือด ทำให้รูหลอดเลือดตีบแคบมากขึ้นหรืออุดตัน (Dhruva & Cheitlin, 2014) ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจน จึงเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอย่างเฉียบพลันขึ้น (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2554) โดยปกติผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอก แต่ผู้สูงอายุเพศหญิง หรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย อาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการอื่นๆ เช่น หมดสติ เหนื่อย ใจสั่น หรือสับสน ที่เรียกว่า atypical angina syndrome ซึ่งพบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Eliopoulos, 2014)

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1) กลุ่มหลอดเลือดหัวใจอุดตันทั้งหมด (ST-elevation Myocardial infarction: STEMI) คือ กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะเอสทียกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน หรือเกิด LBBB ขึ้นใหม่ พบ cardiac biomarkers positive (สุรพันธ์ สิทธิสุข และคณะ, 2557) ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน

หากไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะอย่างรุนแรง ภาวะช็อกจากหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจทะลุ หรืออาจร้ายแรงถึงขั้นการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันได้ (Verrier & Deelstra, 2010)

2) กลุ่มหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันบางส่วน (Non-ST elevation Myocardial Infarction: NSTEMI) คือกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ชนิดที่ไม่พบเอสที ยกสูง แต่มักพบลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นเอสทีลดต่ำลงและหรือ ที่ หัวกลับ ผู้สูงอายุจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกนานกว่า 30 นาที ถ้าเกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะตรวจพบ cardiac biomarkers positive หรือถ้าอาการไม่รุนแรงอาจเกิดเพียงภาวะเจ็บเค้นอกไม่คงที่ (Unstable Angina: UA) ซึ่งจะไม่พบ cardiac biomarkers แต่เนื่องจากกลไกการเกิดตลอดจนการรักษาไม่ต่างกัน จึงใช้วิธีการดูแลรักษาเหมือนกัน (ณัฐวดี วงษ์ประภารัตน์, 2556)

ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ถือเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและสามารถอยู่กับโรคได้อย่างเหมาะสม ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง (เสาวนีย์ เนาวพณิช, 2552)

2.2 พยาธิสรีรวิทยา

หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่ไปเลี้ยงหัวใจ ประกอบไปด้วย

1) หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านซ้าย เป็นเส้นเลือดหัวใจที่ต่อจากเส้นเลือดเอออดตาทางด้านซ้าย และแตกแขนงออกเป็น 2 เส้นคือ Left anterior descending (LAD) ซึ่งนำเลือดไปเลี้ยงหัวใจด้านหน้า และ Apex รวมทั้งเลี้ยงผนังกันหัวใจด้านหน้าและด้านข้างของหัวใจด้านซ้าย ส่วนเส้นที่ 2 คือ Left circumflex (LCX) นำเลือดไปเลี้ยงผนังหัวใจทางด้านหลัง (McCance & Huether, 2014)

2) หลอดเลือดแดงโคโรนารีด้านขวา Right coronary artery (RCA) เป็นเส้นเลือดที่ต่อจากเส้นเลือดเอออดตา ทางด้านขวานำเลือดไปเลี้ยงหัวใจทางด้านขวา (วิจิตรา กุสมภ์, 2556)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันในผู้สูงอายุ คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการตีบตัน เนื่องจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Eliopoulos, 2014) เกิดจากการเสื่อมสภาพของผนังหลอดเลือดแดง การสะสมของไขมันในร่างกายผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งไขมันชนิดแอลดีแอล จะเข้าไปสะสมอยู่ในผนังหลอดเลือดแดง ทำให้สูญเสียความยืดหยุ่นหนาตัวขึ้น ตีบแคบลง เกิดกระบวนการอักเสบของผนังหลอดเลือดทำให้เกิดคราบตะกอนที่ผนังด้านในหลอดเลือดแดง (วิวรรณ ทังสุบุตร, 2556) ทั้งนี้เมื่อคราบตะกอนดังกล่าวเกิดการปริแตก จะเกิดการกระตุ้นการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกร็ดเลือดจับกับไฟบริโนเจน เกิดการเกาะกลุ่มเป็นร่างแห

ของเกร็ดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบมากขึ้นหรืออุดตันได้อย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Clare, 2014)

2.3 สาเหตุ

ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน คือ ปัจจัยเสี่ยงที่สะสมแล้วก่อให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดง และการสร้างตระกรันเกาะหลอดเลือดแดง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.3.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม ประวัติการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

2.3.2 ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารไขมันสูงที่เกินสมดุล การขาดการออกกำลังกายที่นำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ และการมีความเครียดที่มากเกินไป (Saunderson, 2014) นำไปสู่การเกิดโรคประจำตัวต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) เป็นต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายจะลดลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดแดงลดลง การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและฮอร์โมนเสื่อมลง มีผลทำให้การควบคุมการทำงานของหัวใจแย่ลง ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้พบกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้มากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น (Eliopoulos, 2014) และพบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคนี้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Bucher & Castellucci, 2011)

2) เพศ พบว่าเพศหญิงวัยก่อนหมดประจำเดือนจะมีความเสี่ยงในการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้น้อยกว่าผู้ชาย เพราะฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลทำให้ไขมันตัวดีชนิดเอชดีแอลสูงขึ้น และไขมันตัวไม่ดีชนิดแอลดีแอลต่ำลง ส่งผลดีต่อหลอดเลือดทำให้ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง แต่เมื่อภายหลังวัยหมดประจำเดือนผู้หญิงและผู้ชายจะมีความเสี่ยงเท่ากัน คือระดับไขมันเอชดีแอลต่ำลงและไตรกรีเซอร์ไรด์สูงขึ้นเสี่ยงต่อโรคอ้วนเพิ่มขึ้น (Upadhyaya, 2015)

3) พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จะมีโอกาสที่จะเป็นโรคนี้ได้สูงกว่าคนทั่วไป ปัจจัยทางพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น (เสาวนีย์ เนาวพาณิช, 2552)

4) ลักษณะการดำเนินชีวิต เช่น ขาดการออกกำลังกาย เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายหลายระบบ ทั้งด้านกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลให้มีความยากลำบากในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารไขมันสูง อาหารเค็มจัด อันเนื่องมาจากความสามารถในการรับรสของผู้สูงอายุลดลงทำให้รับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นและความจำ

ที่แย่ง ทำให้รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ลักษณะการดำเนินชีวิตดังกล่าวส่งผลให้การควบคุมโรคประจำตัวต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน ไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

5) ความอ้วน ความอ้วนทำให้หัวใจต้องทำงานหนักเพื่อให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ จึงเสี่ยงต่อการเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากกว่าคนทั่วไป (วิจิตร กุสุมภ์, 2556)

6) การสูบบุหรี่ สารเคมีในบุหรี่ทำให้เกร็ดเลือดเกาะกลุ่มกันง่ายขึ้น สารนิโคตินจะกระตุ้นฮอริโมนแอดรีโคโลมินหลังทำให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดส่วนปลายรวมถึงหลอดเลือดโคโรนารีหดเกร็งตัว ทำให้หัวใจทำงานหนัก ออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงเนื่องจากคาร์บอนไดออกไซด์จะรบกวนการได้รับออกซิเจนของเนื้อเยื่อ (Upadhyaya, 2015)

7) ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่ทำให้หลอดเลือดแดงแข็ง ขาดความยืดหยุ่น และเกิดมีไขมันมาสะสมภายในผนังหลอดเลือดง่ายขึ้น (Eliopoulos, 2014)

8) ไขมันในเลือดสูง ผู้สูงอายุมีกระบวนการเมตาบอลิซึมลดลง มีการทำกิจกรรมลดลง จึงมีการสะสมไขมันในกระแสเลือดมากกว่าวัยอื่นๆ ภาวะไขมันในเลือดสูงจะไปกระตุ้นการทำงานของเกล็ดเลือด ทำให้ลิ่มเลือดเกิดการสะสมที่ผนังภายในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดดังกล่าวเกิดการอุดตันได้ (วิจิตร กุสุมภ์, 2556) ทั้งนี้ระดับไขมันชนิดแอลดีแอลในเลือดควรน้อยกว่า 100 mg/dl และถ้าผู้ป่วยที่เป็นโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ควรมีระดับ LDL \leq 70 mg/dl (AHA, 2014)

9) เบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือตันสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-4 เท่า ทั้งนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควรอยู่ในระดับ HbA1C \leq 7% (Bucher & Castellucci, 2011)

10) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความเครียดสูง ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ A ทำให้เกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ (จารุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558)

2.4 อาการและอาการแสดง

ผู้สูงอายุเพศชายมักมีอาการเจ็บแน่นหรือบีบคั้นบริเวณกลางหน้าอกลักษณะเหมือนมีของหนักมาทับ ซึ่งเป็นอาการเด่นที่สุด โดยบางรายอาจมีอาการปวดร้าวไปที่แขนซ้าย ไหล่ซ้ายบริเวณคอหรือกรามด้านซ้าย บางรายอาจมีอาการ เหงื่อแตก ตัวเย็น ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิงและผู้ป่วยเบาหวาน มักมาด้วยอาการที่หลากหลาย เช่น หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ปวดหลัง หรือ คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่พบเร็วแต่เบา หายใจหอบ ความดันโลหิตต่ำ (Leik, 2014) บางคนอาจมาด้วยอาการ

ของโรคแทรกซ้อนของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เช่น หัวใจวาย หลอดเลือดแดงส่วนปลายถูกอุดตันด้วยลิ่มเลือด เป็นต้น อาการปวดมักเป็นอยู่นานเกิน 20 นาที และไม่สามารถบรรเทาอาการได้ด้วยการหยุดพัก หรือด้วยการอมยาไนเตรต (Clare, 2014) แต่บางคนอาจมีอาการน้อยมาก การตรวจดูค่า cardiac biomarkers ร่วมกับตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหรือไม่ และบางคนอาจมีอาการจุกแน่นบริเวณใต้ลิ้นปี่คล้ายอาการปวดของทางเดินอาหารส่วนบน จึงทำให้มีการวินิจฉัยผิดพลาดได้ (Dhruva & Cheitlin, 2014)

2.5 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 lead มีความสำคัญในการวินิจฉัยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และจำเป็นต้องทำซ้ำ เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น (วิวรรณ ทังสุบุตร, 2556)

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจพบการเปลี่ยนแปลง 2 แบบ

1) คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีส่วนของเอสทียกสูงขึ้น (ST segment elevation) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับการรักษาเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีโดยเร็วที่สุด (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2554) ซึ่งการรักษาอาจเป็นการให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy), การสวนหลอดเลือดหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือดและใส่ขดลวดค้ำยันชนิดปฐมภูมิ (primary percutaneous coronary intervention, PCI) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft, CABG) (ดาร์ส ตรีสุโกศล, 2554)

2) คลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนของเอสที ที่ไม่พบว่ามีอาการยกตัวสูงขึ้นผิดปกติ แต่พบว่า ส่วนเอสทีต่ำลงหรือมี T wave กลับหัว (สุรพันธ์ สิทธิสุข และคณะ, 2557)

2.6 การตรวจหลอดเลือดแดงโคโรนารี (coronary angiography)

เป็นการตรวจที่แม่นยำที่สุด เป็นวิธีการตรวจโดยการใส่สายสวนเข้าไปที่หลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ แล้วใส่ย่นขึ้นไปยังหลอดเลือดแดงโคโรนารี แล้วฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดแดงโคโรนารีซ้ายและขวา ถ้ามีการตีบตันของหลอดเลือดโคโรนารีตรงส่วนใด แขนงใดก็จะสามารถเห็นได้ชัดเจน ที่สำคัญคือถ้ามีหลอดเลือดเส้นใดตีบตัน แพทย์สามารถให้การรักษาโดยการถ่างขยายหลอดเลือด (balloon angioplasty) และอาจใส่ขดลวดค้ำยัน เพื่อป้องกันไม่ให้หลอดเลือดที่ตีบตันกลับเป็นซ้ำอีกหลังจากเอาบอลูนออก (วิวรรณ ทังสุบุตร, 2556)

2.7 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบ

เมื่อเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ ปริมาณเลือดที่หัวใจสามารถส่งออกไปในการบีบตัว 1 ครั้งลดลง (Saunderson et al., 2014) หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ต้องการเลือดและออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ขนาดของกล้ามเนื้อที่ขาดเลือดและตายขยายใหญ่มากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต การรักษาจึงต้องเปิดหลอดเลือดแดงที่อุดตันให้เร็วที่สุดเพื่อลดการเกิดภาวะดังกล่าว (Redfern et al., 2014)

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จะเกิดกระบวนการซ่อมสร้างเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจที่บาดเจ็บจากการขาดเลือด คือกล้ามเนื้อส่วนนี้จะถูกทดแทนด้วยพังผืด เหมือนกับการเกิดแผลเป็น ผนังกล้ามเนื้อหัวใจจะไม่มี ความแข็งแรงเหมือนกล้ามเนื้อหัวใจปกติ ผนังหัวใจส่วนนี้จะบาง และยืดขยายออก ขนาดของหัวใจโตขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้หัวใจทำงานได้ไม่ดีเช่นปกติ เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะแทรกซ้อนอื่นที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (Bucher & Castellucci, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, 2553) โดยอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องล่างเต้นเร็วผิดจังหวะที่เรียกว่า ventricular fibrillation (VF) หรือเกิด ventricular tachycardia (VT) ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่เร่งด่วนผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้อย่างเฉียบพลัน (Redfern et al., 2014) หรืออาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติได้เช่นกัน (Saunderson et al., 2014)

2) ภาวะช็อคเนื่องจากหัวใจ เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายให้ได้พอเพียง ความดันโลหิตต่ำลง เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ อาการของภาวะช็อค คือ ซึม มือเท้าเย็น ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และชีพจรเร็ว จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

3) ผนังหัวใจห้องล่างโป่งพองและแตก เกิดเนื่องจากกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายกลายเป็นจุดอ่อนแอของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ ผนังกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ตายถูกทดแทนด้วยพังผืด ไม่มีความแข็งแรง ไม่สามารถรับสภาวะที่มีแรงดันสูงที่ผนังได้ จึงยืดออกและกลายเป็นจุดที่มีการโป่งพอง และแตกทำให้เสียชีวิตในที่สุด (Upadhyaya, 2015)

4) ภาวะลิ้นหัวใจไมตรัลทำงานผิดปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อที่ควบคุมการทำงานของลิ้นหัวใจไมตรัลที่อยู่ระหว่างหัวใจห้องบนซ้าย กับหัวใจห้องล่างซ้าย ทำงานผิดปกติ ดังนั้นเมื่อหัวใจห้องล่างซ้ายบีบตัวเพื่อให้เลือดออกไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เลือดส่วนหนึ่งไหลย้อนกลับเข้าสู่หัวใจห้องบนซ้าย ส่งผลให้มีปริมาณเลือดมากกว่าปกติ ความดันภายในห้องหัวใจสูงกว่าปกติ ทำให้

เลือดจากปอดมาได้ยากขึ้น เกิดภาวะเลือดและสารน้ำคั่งอยู่ในปอด นอกจากนี้ยังทำให้หัวใจ ห้องล่างซ้ายโตขึ้น กล้ามเนื้อยืดขยายออก เมื่อกล้ามเนื้อหัวใจยืดขยายไปถึงจุดหนึ่ง ก็ไม่สามารถบีบ ตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกต่อไป ทำให้ผู้ป่วยมีอาการของหัวใจซีกซ้ายล้มเหลวตามมา (Clare, 2014)

5) เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มักเกิดขึ้นภายหลังจากเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ โดยจะมีเม็ดเลือดขาวมาที่บริเวณที่มีพยาธิสภาพมากขึ้น ก่อให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ต่ำๆ เจ็บหน้าอก อาจมีน้ำในเยื่อหุ้มหัวใจ อาการหายได้เองภายในเวลาไม่กี่วัน แต่บางรายอาจมีอาการรุนแรงมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจจนเกิดภาวะหัวใจถูกบีบรัดได้ (Bucher & Castellucci, 2011)

6) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณที่มีรอยโรคมีการเคลื่อนไหวน้อย หรือมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วยจะทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย ลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นในหัวใจนี้ อาจหลุดออกไปก่อให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดแดงส่วนปลายแบบเฉียบพลัน อาการและความรุนแรงขึ้นกับอวัยวะส่วนปลายที่เกิดการขาดเลือดนั้นๆ (McCance & Huether, 2014)

2.8 การดูแลรักษา

จุดมุ่งหมายหลักในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน คือ จำกัดความเสียหายที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจให้น้อยที่สุด ลดอาการเจ็บหน้าอก และป้องกันการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ด้วยการทำให้เลือดสามารถไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดเฉียบพลันโดยเร็วที่สุด มีการรักษาหลัก 3 แนวทาง (AHA, 2013) ดังนี้

2.8.1 การรักษาด้วยยาในกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นการรักษาเพื่อให้หลอดเลือดหัวใจเปิดโดยเร็วที่สุด เพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ และลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ (Upadhyaya, 2015) ยาที่ใช้ในการรักษา มีดังนี้

1) ยาละลายลิ่มเลือด ออกฤทธิ์สลายลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดแดงโคโรนารี ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ดีขึ้น ใช้รักษากลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ชนิด STEMI ได้แก่ ยาแอสเทรปโตโคเนส ,ยูลโรโคเนส และ ทีซซูปลาสมีโนเจน แอคติเวเตอร์ เป็นต้น (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2555)

2) ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาลดการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ได้แก่ แอสไพริน ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ที่ทำให้เกล็ดเลือดเกาะกลุ่มกัน แอสไพรินจึงลดการทำงานของเกล็ดเลือดได้อย่างถาวร ทำให้เกล็ดเลือดไม่สามารถสร้างลิ่มเลือดได้ ส่วนยาโคลพิโดเกรล จะออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ ADP receptor บนเกล็ดเลือด จึงสามารถยับยั้งการรวมตัวกันของเกล็ดเลือดได้ เป็นต้น (ดาร์ส ตรีสุโกศล, 2554)

3) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ช่วยป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดซ้ำ ได้แก่ ยากลุ่มอนุพันธ์ของเฮพาริน (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2554)

4) ยากลุ่มไนเตรต ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด โดยขยายหลอดเลือดดำได้มากกว่าหลอดเลือดแดง ลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ได้แก่ ไนโตรกริเซอริน, ไอซอร์ติล, ไอโซซอร์ไบรด์ โมโนไนเตรต เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

5) ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ beta-receptor ส่งผลให้ลดการบีบตัวของหัวใจ ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดความดันโลหิต ได้แก่ คาร์เวดิโรล, เมโทโพรโพรล, ไบโซโพรโพรล เป็นต้น (อภิชาติ สุคนธสรณ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ, 2555)

6) ยากลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดแดงโคโรนารี ลดแรงต้านทานในหลอดเลือดแดงโคโรนารี และเพิ่มระบบการไหลเวียนของหลอดเลือดโคโรนารี ได้แก่ แอมโลดิปีน, เวราพามิล เป็นต้น (Upadhyaya, 2015)

7) ยากลุ่มเอซีอี อินฮิบิเตอร์ ออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือด และป้องกันการเกิด remodeling ของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ แคมโตรพิว, อีนาริล เป็นต้น (Eliopoulos, 2014)

8) ยากลุ่มสแตติน ออกฤทธิ์ลดกระบวนการอักเสบ และช่วยป้องกันการปริแตกของคราบตะกรันที่เกาะในผนังหลอดเลือดแดง และลดระดับไขมันในกระแสเลือดได้ (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2555) ได้แก่ อะทอร์วาสแตติน ซิมวาสแตติน เป็นต้น ทั้งนี้เป้าหมายของการลดระดับไขมัน LDL < 100 mg/dl และถ้าเป็นไปได้ควรลดให้ต่ำกว่า 70 mg/dl (สุพจน์ ศรีมหาโชค, 2554)

2.8.2 การสวนขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง ได้แก่ การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน หรือ ใส่ขดลวด และในรายที่หลอดเลือดมีแคลเซียมเกาะหนาแพทย์จะใช้เครื่องมือพิเศษในการกรอเพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตัน (ชวนพิศ ทำนอง, 2557)

2.8.3 การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดเมื่อไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้ โดยศัลยแพทย์โรคหัวใจและทรวงอก ทำการผ่าตัดโดยการเปิดแผลตรงกลางหน้าอก และนำหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงบริเวณทรวงอกและเต้านม, หลอดดำบริเวณขา, หรือหลอดเลือดแดงที่แขน ทำการเชื่อมต่อแทนเส้นเลือดหัวใจเดิมที่ตีบตัน ให้มีการไหลเวียนของเลือดใหม่ (ธนวัฒน์ เบญจานุวัตร, 2555)

2.9 แนวทางปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป

(European Society of cardiology: ESC, 2012; American Heart Association: AHA, 2014) ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำนวนไม่น้อยเสียชีวิตภายหลังจากที่ผู้ป่วยกลับออกจากโรงพยาบาล แต่ในทางกลับกันพบว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะยาวที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมได้นั้น จำเป็นจะต้องได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่เข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล พฤติกรรมการจัดการตนเองที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ได้แก่

1) การงดสูบบุหรี่ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่หยุดสูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่หยุดสูบบุหรี่

2) การบริโภคอาหาร และการควบคุมน้ำหนัก คือการรับประทานอาหารที่หลากหลาย และจำกัดปริมาณแคลอรีอาหารแต่ละมื้อที่รับประทานเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะอ้วน โดยเพิ่มปริมาณผักและผลไม้ในมื้ออาหาร เลือกรับประทานข้าวแป้งที่ไม่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ธัญพืชต่างๆ หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน ควรรับประทานเนื้อสัตว์ย่อยง่ายเช่น เนื้อปลา หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติเค็มจัด หรือหวานจัด ทั้งนี้ควรควบคุมให้ BMI ไม่เกิน 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเอวไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตรในผู้หญิงและไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตรในเพศชาย

3) การทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย สำหรับผู้ป่วยหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่อาการคงที่แล้ว สามารถเริ่มออกกำลังกายได้หลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 ถึง 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นสามารถเริ่มออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับเบาจนถึงปานกลางได้ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 5 ครั้งต่อสัปดาห์ การออกกำลังกายสามารถลดความวิตกกังวล ลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการคุกคามต่อชีวิต และสามารถเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ป่วย ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความสามารถในการบีบตัวของหัวใจ ลดอัตราการเกิดลิ้นเลือดอุดตันในร่างกาย และสามารถช่วยให้กระบวนการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจที่ออกกำลังกายสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 26 นอกจากนี้การออกกำลังกายในวัยผู้สูงอายุ จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจและระบบหายใจและจะมีการรับรู้ถึงความสนุก

ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรม ขึ้นอยู่กับการฟื้นตัวของความสามารถในการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายที่มีความสมบูรณ์ของการฟื้นสภาพจากการรักษามากขึ้นเพียงใด ภายหลังการออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวัน ในระดับเบาจนถึงปานกลางได้ ในกรณีที่ยังมีรอย

โรคของการขาดเลือดบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจรวมกับการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติควรหลีกเลี่ยงการเดินทางที่มีความกดอากาศต่ำในช่วง 4 – 6 สัปดาห์แรก

4) การควบคุมระดับความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันควรควบคุมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท ด้วยการรับประทานยาตามแผนการรักษา (beta-blockers, ACE inhibitors หรือ ARBs) ร่วมกับการควบคุมการรับประทานเกลือ การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก

5) การจัดการกับความเครียด มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีการศึกษาในผู้ป่วย 362 รายที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี ที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ หรือ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมาแล้ว 1 ปี ที่มีพฤติกรรมจัดการกับความเครียดที่เหมาะสมสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจได้ร้อยละ 41 และสามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของโรคได้สูงถึงร้อยละ 45

3. การพยาบาลผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในระยะแรกผู้ป่วยจะได้รับการดูแลแบบทบทวนทั้งหมดในหอผู้ป่วยซีซียู (Eliopoulos, 2014) มีวัตถุประสงค์การดูแลเพื่อจำกัดความเสียหายที่เกิดกับกล้ามเนื้อหัวใจให้น้อยที่สุด ลดอาการเจ็บหน้าอก ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนป้องกันการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ (Bucher & Castellucci, 2011) และเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่พยาบาลจะให้ความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โดยให้ความรู้เรื่องการบริหารจัดการตนเองที่เหมาะสม ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนัก การบริโภคอาหารไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด การส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยา การควบคุมภาวะโรคร่วม และการตรวจตามนัด (Miller, 2015) อีกทั้งการประเมินอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด (Redfern et al., 2014) ทั้งนี้การพยาบาลที่ให้จะอยู่ภายใต้กระบวนการพยาบาล และการเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว (Upadhyaya, 2015) มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน

1) ดูแลให้ได้รับยาและการรักษาเพื่อให้เลือดกลับมาเลี้ยงหัวใจใหม่ ได้แก่ การให้ยาเพื่อแก้ไขภาวะลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจโคโรนารีด้วยการทำบอลลูนและการใส่โครงตาข่ายหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (สุพจน์ ศรีมหาโชคตะ, 2554)

2) ดูแลให้ออกซิเจนเพื่อให้ออกซิเจนที่ไหลเวียนในหัวใจได้รับออกซิเจนเพิ่มมากขึ้นและช่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก (ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, 2553)

3) ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบถึงการติดเครื่องเฝ้าระวังเพื่อดูการทำงานของหัวใจ เครื่องใช้ต่างๆ ใน ซีซียู ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และสร้างความมั่นใจกับผู้ป่วยและญาติว่ามีแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามได้ตลอดเวลา

(สมจิต หนูเจริญกุล, 2552)

4) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก และปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบนเตียง 24 ชั่วโมงแรก เพื่อลดการทำงานของหัวใจและป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

3.2 การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ

การให้ความรู้และหาแนวทางการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมภายหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ร่วมกันกับผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรค (Miller, 2015) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ต่างๆที่มีผลต่อหลอดเลือดหัวใจ (Clare, 2014) โดยมีความจำเป็นต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป (AHA, 2013) ภายใต้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมจัดการตนเองของ Lorig ซึ่งใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นแนวคิดพื้นฐาน กล่าวคือ พฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมจะประกอบไปด้วยการมีพฤติกรรมจัดการตนเอง 3 ประการ (Lorig & Holman, 2003) ได้แก่

3.2.1 พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการแพทย์ (medical or behavior management)

1) การรับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ ยาต้านเกล็ดเลือด เช่น แอสไพริน, โคพิโดเกรล, ทิคากิลเลอร์ (ดำรัส ตรีสุโกศล, 2554) ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เช่น วาฟาริน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดสั้นปลิว (สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, 2554) ยากลุ่มไนเตรต เช่น ไนโตรกรีสเซอริน, ไอซอร์ดิล, และ ไอโซซอร์ไบด์ โมโนไนเตรต เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) ยากลุ่มเบต้าบล็อกเกอร์ เช่น คาร์เวดิโรล, เมทโทโพรลอล, ไบโซโพรลอล เป็นต้น (อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และ ศรีณย์ ควรรประเสริฐ, 2555) ยากลุ่มเอซีอี อินฮิบิเตอร์ เช่น แคปโตพริว, อีนาริล เป็นต้น (Eliopoulos, 2014) ยากลุ่มแคลเซียม แชนแนล บล็อกเกอร์ เช่น แอมโรดิปิน, เวอรापารามิล เป็นต้น (Upadhyaya, 2015) และยากลุ่มสแตติน ได้แก่ อะทอวาสแตติน, ซิมวาสแตติน เป็นต้น (ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, 2555)

2) การเลิกบุหรี่ โดยการเลิกบุหรี่และการหลีกเลี่ยงสถานที่หรือสถานการณ์ที่ต้องสัมผัสตมกลิ่นควันบุหรี่ สำหรับผู้ป่วยบางรายหากไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ควรขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือคลินิกเลิกบุหรี่ (จิรวรรณ ทั้งสุขบุตร, 2556)

3) การตรวจตามนัด ผู้ป่วยหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีความจำเป็นต้องได้รับการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการรักษา ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดซ้ำ (Upadhyaya, 2015)

4) การควบคุมภาวะโรคร่วม ได้แก่ ผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มีความดันโลหิตสูง หรือมีโรคเบาหวานร่วมด้วยควรควบคุมระดับความดันโลหิต ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130/80 mmHg และควบคุมระดับน้ำตาลสะสมให้น้อยกว่าร้อยละ 7 ส่วนโรคไขมันในเลือดสูง ควรควบคุมระดับไขมัน LDL ให้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 70 mg/dl หรือน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของ LDL เดิม (AHA, 2013)

3.2.2. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาท (role management) เพื่อคงไว้หรือเปลี่ยนแปลงและสร้างพฤติกรรมหรือบทบาทใหม่ของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง (Lorig & Holdman, 2004) สำหรับผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือบทบาทหน้าที่ของตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ แต่มีความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคประจำตัว ได้แก่

1) การจัดการตนเองด้านอาหารที่เหมาะสม และการควบคุมน้ำหนัก โดยคนเอเชียและคนไทยควรมีดัชนีมวลกาย อยู่ในช่วง 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนรอบเอวในเพศหญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร และ 90 เซนติเมตรในเพศชาย (มยุรี หอมสนิท, 2554) อาหารที่มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุโรคหัวใจ (Redfern et al., 2014) ดังนี้

คาร์โบไฮเดรต เนื่องจากผู้สูงอายุมีความทนต่อกลูโคสลดลง ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติได้ง่าย พบว่าอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนและใยอาหาร เช่น ข้าว แป้ง เผือก มัน รำข้าว ถั่วเปลือกแข็ง จะทำให้ร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินดีขึ้น (อรวรรณ แผนคง, 2553) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดหรือคาร์โบไฮเดรตที่ไม่มีใยอาหาร เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง เค้ก น้ำอัดลม ไอศกรีม น้ำผลไม้ ชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน และผลไม้หวานจัด เช่น ลำไย ขนุน ทูเรียน เงาะ ลองกอง มะม่วงสุก ผลไม้กวนหรือ แอ้ม เป็นต้น เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างรวดเร็วเป็นอันตรายต่อสมองได้ กล่าวคือควรบริโภคน้ำตาลไม่เกินวันละ 6 ช้อนชา เนื่องจากหากระดับน้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลจะเปลี่ยนเป็นไกลโคเจนทำให้

หลอดเลือดตีบแคบและแข็งตัวส่งผลให้หัวใจต้องทำงานหนักในการบีบเลือดส่งไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย นำไปสู่ภาวะหัวใจวายรุนแรงได้ (กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) ทั้งนี้ คาร์โบไฮเดรต เป็นแหล่งที่ให้พลังงานและใยอาหารแก่ร่างกาย ควรรับประทานร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ได้รับ

โปรตีน ควรรับประทานโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ หรือ 1-1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม (อรรวรรณ แผนคง, 2553) ควรรับประทานเนื้อปลา เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาทู ปลาทะเลขนาดใหญ่ เนื่องจากปลาเป็นโปรตีนที่ย่อยง่ายและมีกรดไขมัน (omega 3 fatty acid) ช่วยลดคลอเรสเตอรอล ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ชนิดอื่นควรเลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ไก่กิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ อาหารประเภทถั่วต่างๆ เต้าหู้ ซึ่งสามารถลดระดับคลอเรสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือด และควรดื่มนมขาดมันเนย (Eliopoulos, 2014)

จำกัดอาหารที่มีรสเค็ม ควรบริโภคเกลือไม่เกิน 2000 มิลลิกรัมกรัมต่อวัน (เกลือ 1 ช้อนชา = 5 กรัม = โซเดียม 2000 มิลลิกรัม) เนื่องจากอาหารรสเค็มมีปริมาณโซเดียมสูง ซึ่งโซเดียมมีหน้าที่ควบคุมความดันออสโมติก ถ้าโซเดียมในเซลล์เพิ่มขึ้นน้ำจากนอกเซลล์จะเข้าสู่เซลล์ทำให้เกิดการบวมของเซลล์จะพบอาการปลายมือปลายเท้าบวม และมีการเพิ่มปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงขยายตัวทำให้เลือดไปอวัยวะต่างๆเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งไตมีการกรองเพิ่มขึ้น ปัสสาวะเพิ่มขึ้น มีการขับโซเดียมออกทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณน้ำในหลอดเลือดลดลง ซึ่งเป็นการบ่งบอกว่าร่างกายได้รับโซเดียมมากเกินไป หากร่างกายมีภาวะโซเดียมสูงเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้หลอดเลือดแดงมีการขยายและหดตัวได้ลดลงเกิดแรงดันที่หลอดเลือดส่วนปลายหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น อาจเกิดภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (Dhruva & Cheittin, 2014) ซึ่งอาหารเค็มที่ควรหลีกเลี่ยงคือ ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักกาดดอง เต้าหู้ยี้ เต้าเจี้ยว ซุปก้อน ซุปผง ขนมปัง ซาลาเปา ผงฟู ขนมเค้ก กะทิ ผงชูรส น้ำมะเขือเทศ และอาหารทะเล เป็นต้น

ผักและผลไม้ สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Clare, 2014) เนื่องจากวิตามินเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ โดยเฉพาะ วิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน เน้นการรับประทานผักและผลไม้สดให้หลากหลาย เส้นใยอาหารจะช่วยรักษาและป้องกันท้องผูก ช่วยลดไขมันในเลือด ควรได้รับเส้นใยอาหาร 20-35 กรัมต่อวัน เช่น ฝรั่ง ส้ม สับปะรด มะละกอ กล้วย ควรบริโภคผักสดอย่างน้อยวันละ 3 ถ้วยตวง หรือ 1.5 ถ้วยตวงสำหรับผักสุก (จรรุวรรณ กฤตย์ประชา, 2558)

การควบคุมระดับไขมัน (lipid management) ไขมันเมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีการเปลี่ยนเป็นไตรกลีเซอไรด์ ควรรับประทานไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ (Smith, 2011)

ชนิดของไขมันมี 4 ประเภท ได้แก่

ประเภทที่ 1. กรดไขมันไม่อิ่มตัวหนึ่งตำแหน่ง (Monounsaturated fatty acid) มีมากในน้ำมันรำข้าว น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วลิสง แมคคาเดเมีย น้ำมันคาโนลา และน้ำมันเมล็ดชา พบว่า การรับประทานไขมันชนิดนี้จะลดระดับ LDL แต่ไม่ลดระดับ HDL (Eliopoulos, 2014)

ประเภทที่ 2. กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid) ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นต้น พบว่าการรับประทานไขมันชนิดนี้จะลดระดับ LDL แต่ไม่ลด HDL (Smith, 2011)

ประเภทที่ 3. กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากสัตว์เป็นส่วนใหญ่ เช่น หนังสัตว์ ขาหมู เป็ดย่าง เบคอน หมูติดมัน หนังกุ้ง นม เนย ชีส ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเลบางชนิด เช่น กุ้ง หอย ปู ปลาหมึก ไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ อาหารเหล่านี้จะทำให้ระดับ Cholesterol ในเลือดสูง จึงควรหลีกเลี่ยง (Dhruva & Cheitlin, 2014)

ประเภทที่ 4. กรดไขมันทรานส์ (Trans fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จากน้ำมันพืชและทำกรรมวิธีเติม hydrogen เข้าไป ยิ่งเติมมากก็จะมีความแข็งตัวมากขึ้น ได้แก่ มาการีน เนยเทียม เนยขาว น้ำมันที่ใช้ทอดซ้ำๆ ไขมันชนิดนี้ทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าไขมันอิ่มตัวจึงควรหลีกเลี่ยงและควรรับประทานอาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวซึ่งได้จากพืชและปลา อาหารประเภท ตุ่น ต้ม นึ่ง ย่าง เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

2) การจัดการด้านการออกกำลังกาย หรือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยโรคหัวใจ หลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำเป็นต้องมีการส่งเสริมสมรรถภาพให้เกิดการฟื้นตัว อย่างช้าๆ จนถึงระดับที่ยอมรับได้ตามอาการหรือโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดความพิการและความรุนแรงของโรค ซึ่งการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยชะลอการกำเริบของโรคได้ ควรออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่น การเดิน ติดต่อกันนาน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เพื่อส่งเสริมให้อวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพ ทำให้หัวใจและหลอดเลือดแข็งแรง ช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เป็นต้น (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553)

หลักการบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ

หลักการที่ 1. ควรออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 20 – 30 นาที โดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่นร่างกายรวมถึงการยืดเหยียดกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาที ช่วงออกกำลังกายประมาณ 10-15 นาที และช่วงกลับสู่สภาพปกติประมาณ 5-10 นาที ควรออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง หรือ ออกกำลังกายวันเว้นวัน เมื่อร่างกายเริ่มปรับสภาพได้แล้วจึงเพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์

(พรรณธร เจริญกุล, 2555) ทั้งนี้ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายโดยการเดิน ซึ่งเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ดีและง่ายที่สุด

หลักการที่ 2. ขณะออกกำลังกายหากมีอาการเหนื่อย หรือแน่นหน้าอกให้หาที่นั่งพักทันทีและจับชีพจรบริเวณข้อมือด้านในว่าชีพจรเต้นเร็วเกินไปหรือไม่ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 80-120 ครั้งต่อนาที ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 83-123 ครั้งต่อนาที ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป ขณะออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจระหว่าง 75-113 ครั้งต่อนาที (พรรณธร เจริญกุล, 2555) ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีอาการดังต่อไปนี้ควรงดการออกกำลังกาย ได้แก่ แน่นหน้าอกหรือเจ็บหน้าอก, ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 mg% ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน, มีไข้สูง เวียนศีรษะ หายใจเหนื่อยหอบ, อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 200/100 มิลลิเมตรปรอท และร่างกายอ่อนเพลีย อากาศร้อนจัดหรือหนาวจัด เป็นต้น (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553)

หลักการที่ 3. คำแนะนำสำหรับการออกกำลังกาย คือ ควรออกกำลังกายหลังการรับประทานอาหารอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน และงดสูบบุหรี่ ควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ สวมรองเท้าผ้าใบที่พอดีกับเท้า ควรมีป้ายชื่อของท่านโรคที่เป็นแพทย์ประจำตัว หมายเลขโทรศัพท์ที่บ้านหรือผู้ที่สามารถติดต่อได้เวลาฉุกเฉิน เบอร์โรงพยาบาลที่รักษา ใส่ไว้ในกระเป๋าเสื้อ หรือ กางเกง พกติดตัวไว้ ควรพกยาอมใต้ลิ้น ติดตัวด้วยเสมอ (ชมรมฟื้นฟูหัวใจ, 2553)

3.2.3 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์ (emotional management) ภาวะเรื้อรังของโรคส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ เช่น ความโกรธ ความกลัว ความผิดหวัง และความเครียด (Lorig & Holman , 2003) ซึ่งความเครียดทำให้ระบบประสาทซิมพาเทติก กระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอิพิเนฟริน และนอร์อิพิเนฟริน ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย เพิ่มแรงต้านทานภายในหลอดเลือด ทำให้หัวใจทำงานหนัก และความดันโลหิตสูงขึ้น สำหรับผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการผ่านพ้นวิกฤตของชีวิต (Eliopoulos, 2014) โดยวิธีจัดการกับความเครียดสำหรับผู้สูงอายุมี 3 วิธี คือ

- 1) การกำจัดสาเหตุของความเครียด ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากเมื่อสามารถกำจัดสาเหตุของความเครียดได้แล้วความเครียดนั้นก็หายไ
- 2) การปรับเปลี่ยนความคิด โดยเน้นการปรับมุมมองที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่นการมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

3) การบรรเทาผลของความเครียด โดยการปรับอารมณ์ จัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความอดทนต่อความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้เมื่อไม่สามารถกำจัดสาเหตุของความเครียดนั้นได้ (พัสมณฑท์ คัมทวีพร, 2558)

4. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (self-management) เป็นทฤษฎีที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theories) หลากหลายทฤษฎี ซึ่งมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดย Lorig & Holman อธิบายว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดี และเหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ได้อย่างมีความสุขนั้น จะต้องปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) ด้านการแพทย์ ได้แก่ การรับประทานยาและการไปตรวจตามแพทย์นัด 2) ด้านบทบาท ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย เช่น การเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ และเพิ่มอาหารเส้นใยสูง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ 3) ด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับอารมณ์เครียดวิตกกังวล โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือวิธีการอื่นที่ผ่อนคลายความเครียดได้ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นแนวคิดข้างต้นมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีความเป็นองค์รวม และมีความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกาและยุโรป การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรตาม คือพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองภายใต้แนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003)

4.1 ความหมาย

ปัจจุบันมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไว้อย่างแพร่หลาย เช่น

Kanfer (1980) กล่าวว่า พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง คือ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ของคุณ

Tobin (1986) กล่าวว่า พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคด้วยตนเองภายใต้การสนับสนุนและความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์

Creer (2000) กล่าวว่า พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง คือ กระบวนการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองเพื่อควบคุมโรคเมื่อคุณค่านั้นมีการเจ็บป่วยหรืออยู่ในระหว่างการได้รับการรักษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตร

Riegel (2000) กล่าวว่า พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง คือ กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และการจัดการกับภาวะเจ็บป่วย

Barlow (2002) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง คือ ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการ การรักษา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยการติดตามภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง มีกระบวนการรู้คิด มีการตอบสนองที่จำเป็นต่อพฤติกรรมและอารมณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

Lorig และ Holman (2003) กล่าวว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการใช้ชีวิตร่วมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยการควบคุมกระบวนการต่างๆ ของร่างกายและจิตใจในการเผชิญกับโรคเรื้อรังเพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยใช้ความรู้จากการเรียนรู้ด้วยตนเองในการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการตนเองที่ผ่านมาให้มีสุขภาพที่ดีและปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้และความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน

ดังนั้นพฤติกรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจัดกระทำกับตนเองอย่างตั้งใจเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต โดยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสมและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยอาศัยคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพและความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วย

4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง

มีการแบ่งองค์ประกอบกระบวนการของพฤติกรรมการจัดการตนเองไว้หลายแนวคิดที่มีทั้งความคล้ายและแตกต่างกัน

Lorig (2004) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นทักษะการเรียนรู้และการปฏิบัติที่จำเป็นต้องกระทำเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองเกิดจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นจะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนเอง รู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น สามารถเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งตัดสินใจที่จะมีพฤติกรรมการจัดการกับความเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ทั้งนี้พฤติกรรมการจัดการตนเองประกอบด้วยสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ประการ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ เช่น การรับประทานยาตามแผนการรักษา การหยุดสูบบุหรี่ การตรวจตามนัด และ การควบคุมภาวะโรคร่วม 2) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาท คือ การเปลี่ยนแปลงและสร้างพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย เช่น การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคประจำตัว เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และ 3) พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์ที่เป็นผลมาจากภาวะเรื้อรังของโรค เช่น การจัดการกับความเครียด อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

จากองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Creer มีความเหมาะสมกับการใช้กับการจัดการตนเองในโรงพยาบาลภายใต้การดูแลช่วยเหลือของบุคลากรทางการแพทย์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีความพร้อมมากกว่าในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเอง ตั้งแต่การเลือกเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และประเมินข้อมูล การตัดสินใจ การปฏิบัติ และการประเมินตนเอง ซึ่งในวัยผู้สูงอายุมีความสามารถในการจัดการตนเองตามกระบวนการดังกล่าวได้น้อยกว่าในวัยผู้ใหญ่ จึงไม่เหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ ส่วนแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Barlow มีการให้ข้อมูลการดูแลเรื่องยา และการปรับวิถีชีวิตคล้ายคลึงกันแต่เป็นลักษณะการให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในขณะที่ผู้วิจัยพบว่าแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Lorig มีความเข้มทั้งการฝึกแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ฝึกทักษะในการจัดการตนเอง และฝึกการตัดสินใจในการจัดการตนเอง ทั้งในด้านการรักษา พฤติกรรม และอารมณ์ ซึ่งมีความครอบคลุมมากกว่าและเป็นองค์รวม

ทั้งนี้เหตุผลที่เลือกแนวคิดดังกล่าวเนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ตามแนวทางปฏิบัติของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา และยุโรป ได้แก่ การรับประทานยาตามแผนการรักษา การเลิกบุหรี่ การตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมภาวะโรคร่วม ซึ่งตรงกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ส่วนการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ การทำกิจกรรมและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับโรคประจำตัว ตรงกับพฤติกรรมกรรมการจัดการกับบทบาท และการจัดการความเครียด ตรงกับพฤติกรรมกรรมการจัดการกับอารมณ์ และมีความเป็นองค์รวม การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรตามจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Lorig & Holman (2003)

4.3 ผลของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่ตนเป็นอยู่ เพื่อการควบคุมหรือกำจัดผลกระทบจากโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองยังมีผลที่ตามมาอีกหลายประการ (Embrey, 2006) ดังนี้

- 1) พลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (empowerment) จะช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อจัดการและลดผลกระทบของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 2) การเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมโรค เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง จะทำให้บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นและมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่อง

3) ความถี่ในการเข้ารับการรักษาลดลง เนื่องจากเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากโรคเรื้อรังได้แล้ว บุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้ความถี่ในการเข้ารับการรักษาลดลงด้วยเช่นกัน

4) ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือเมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองและ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมทำให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีตามมา

5) ลดค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข การควบคุมโรคหรือภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในระบบสุขภาพลดลง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยลดลงด้วยเช่นกัน

4.4 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเอง

การประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองมีผู้สร้างเครื่องมือไว้หลายท่าน เช่น

1) แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับอาการและอารมณ์ ด้านการใช้จ่ายและการตรวจตามนัด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด 6 ระดับ ตามความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง โดย 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านนั้นเลย และ 5 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านนั้นเป็นประจำ (Lorig et al., 1996)

2) แบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management ability scale 30: SMAS - 30) โดย Schuurmans และ คณะ (2005) เป็นแบบประเมินการรายงานการจัดการตนเองด้วยตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ ความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเริ่มปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการคิดเชิงบวก ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นมาตราวัด 5 ระดับ 1 หมายถึง ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้เลย 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองได้มากที่สุด

3) แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) สร้างขึ้นตาม Guideline for cardiac rehabilitation and secondary prevention (Balady et al., 2007) ร่วมกับจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการมีกิจกรรมที่เหมาะสม ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการปฏิบัติตัวด้านการรักษา ประเมินโดยใช้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองด้านนั้นๆ เป็นมาตราวัด 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย 4 หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ

จากข้างต้นจะเห็นได้ว่าเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองของมหาวิทยาลัย สแตนฟอร์ด มีความเหมาะสมในการประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไป ทั้งวัยผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุได้ ส่วนแบบประเมินความสามารถในการจัดการตนเอง (self-management ability scale 30: SMAS - 30) เป็นแบบประเมินที่มีความจำเพาะเจาะจงในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แต่เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซึ่ง แบบประเมินของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) มีความจำเพาะเจาะจงกับประชากรที่ผู้วิจัยทำการศึกษา มากที่สุด จึงเลือกเครื่องมือดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองภายใต้แนวคิดของ Potter และ Perry ปี 2005 เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย แบ่งเป็น

- 1) ปัจจัยภายใน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ติดตัวมา อันได้แก่ เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้การทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วมต่างๆ
- 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว กล่าวคือ สมาชิกครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ในการแสวงหาข้อมูล การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ และการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ร่วมกับแนวคิดของ Potter และ Perry ปี 2005 ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่มีผลกระทบกับพฤติกรรมจัดการตนเองโดย มีรายละเอียดดังนี้

5.1 เพศ (Gender)

เพศเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและกิจกรรมของมนุษย์ (Pender, 1996) ซึ่งเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านสรีรวิทยา บุคลิกภาพ สมรรถภาพทางกาย และบทบาทหน้าที่ทางสังคม (King, 2000) กล่าวคือ เพศชายมีโครงสร้างของร่างกายที่แข็งแรง มีความเชื่อมั่นในตัวเองสูง ได้รับการยกย่องให้เป็นผู้นำครอบครัว มีโอกาสทางการศึกษาสูง เมื่อมีการเจ็บป่วยจึงมีความสามารถในการแสวงหาข้อมูลความรู้ในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมได้ แต่ในทางกลับกันเพศชายเมื่อมีการเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่าได้ (สายรุ้ง บัวระพา, 2547) ส่วนในเพศหญิงมีโครงสร้างของร่างกายที่บอบบาง อ่อนแอ มีความต้องการการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Heo et al., 2008) มีโอกาสทาง

การศึกษาน้อยทำให้เมื่อมีการเจ็บป่วย บางรายปล่อยให้การดำเนินโรครุนแรงแล้วจึงจะเข้ารับการรักษา (สายรุ้ง บัวระพา, 2547)

มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุภาวะหัวใจวายเรื้อรัง ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 66 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .67$) (Chriss et al., 2004) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหัวใจในปี ค.ศ. 2004-2006 จำนวน 122 คน เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าเพศหญิง (Heo et al., 2008)

5.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

5.2.1 ความหมาย

Badura (1977) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ภายใต้กระบวนการคิดร่วมกับความรู้นำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเอง เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมที่ตนเองต้องการ และแสดงพฤติกรรมนั้น

Ryan & Sawin (2009) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือการรับรู้ความสามารถ ของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง

สรุปว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

5.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง โดยวัดระดับความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ (Bandura, 1977) มีการสร้างเครื่องมือประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจไว้ เช่น

สายรุ้ง บัวระพา (2547) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการทำกิจกรรมของ Jenkins (1989) ที่สร้างจากแนวคิดของ Bandura (1986) มีข้อคำถาม 17 ข้อ มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.80 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92

สินินุช หลวงพิทักษ์ (2558) สร้างเครื่องมือแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 14 ข้อ มีคะแนนรวม 0-140 คะแนน แบ่งตามระดับคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 0-47 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ 48-95 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับปานกลาง และ 96-140 หมายถึง มีการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79

ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) สร้างเครื่องมือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภายใต้แนวคิด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura 1997 จำนวนข้อคำถาม 17 เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.93 ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้านที่สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของ Lorig ปี 2003 ได้แก่ 1. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ 2. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาท 3. พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์ (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษามากที่สุด ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือดังกล่าว

5.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของหทัยรัตน์ เวชมนัส (2547) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.442, p < 0.01$) ต่อมาเสาวลักษณ์ ทามาก (2552) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.324, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กล่าวคือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านความร่วมมือในการรับประทานยา (อิสริย์กร สุศรีสกุล, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Shin et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาในรัฐ New York ประเทศสหรัฐอเมริกาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 117 คน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา (Rajpura et al., 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศอิตาลี จำนวน 28 จังหวัดช่วงระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2011 ถึง เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2012 ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหัวใจ (Buck et al., 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 82 คน ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r=.507, p < .001$) (สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558)

5.3 ความเปราะบาง (Frailty)

5.3.1 ความหมาย

ความเปราะบาง (Frailty) มีรากศัพท์มาจากภาษาฝรั่งเศส หมายถึงกลุ่มอาการทางชีววิทยาที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านร่างกาย มีความอ่อนแอและเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งสิ่งกระตุ้นนั้นมีทั้งภาวะเฉียบพลันและเรื้อรัง (Afilalo et al., 2015) ผู้ป่วยที่มีความเปราะบางมีความเสี่ยงต่อความไม่สมดุลและความล้มเหลวในการรักษา มีอาการข้างเคียงที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา การฟื้นตัวช้า เกิดความพิการ และการเสียชีวิตในที่สุด (Haehling, 2013) ความเปราะบางมีคำจำกัดความ 5 ประการ คือ 1) slowness ความเชื่องช้า 2) Weakness ความอ่อนเพลียไร้สมรรถภาพ กระปรกกระเปลี้ย 3) Shrinking ความเหี่ยวยุบ น้ำหนักลด 4) Inactivity ความเฉื่อยชา และ 5) Exhaustion ภาวะหมดแรง เหนื่อยล้า (Fried et al., 2001)

พยาธิสรีรวิทยาของความเปราะบาง มีบางสมมติฐานเชื่อว่าความเปราะบางเกิดจากกลไกความไม่สมดุลในร่างกาย เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน ฮอโมน และระบบต่อมไร้ท่อ ระบบควบคุมกระบวนการอักเสบของร่างกาย การลดลงของฮอโมน Testosterone และความต้านทานต่ออินซูลิน ทำให้ระบบการสร้างกล้ามเนื้อถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของมวลกล้ามเนื้อและความเข้มแข็งของกล้ามเนื้อลดลง การมีกิจกรรมน้อยลง และภาวะทุพโภชนาการทำให้เกิดความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ความเปราะบางและโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสัมพันธ์กับกระบวนการอักเสบ ซึ่งส่งผลต่อผนังหลอดเลือดแดงทำให้เกิดกระบวนการ Atherosclerosis มากขึ้น ร่วมกับความชราภาพส่งเสริมให้เกิดความเปราะบางเพิ่มมากขึ้น (Afilalo et al., 2015)

สรุปว่า ความเปราะบางหมายถึง กลุ่มอาการทางชีววิทยาในผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านร่างกาย มีความอ่อนแอและเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้น ประกอบด้วยการประเมินทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การรู้คิด สุขภาพโดยทั่วไป ความเป็นอิสระในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยา โภชนาการ อารมณ์ความรู้สึก การกลั้นปัสสาวะ และ ความสามารถในการปฏิบัติ (Functional performance)

5.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเปราะบาง

เครื่องมือประเมินความเปราะบาง (Frailty assessment tools) มีการพัฒนาเครื่องมือมากกว่า 20 เครื่องมือ แต่เครื่องมือส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินได้ครบทั้ง 5 มิติ (slowness, weakness, low physical activity, exhaustion and shrinking) เช่น comfortable-pace gait speed test ใช้ประเมิน slowness, maximal handgrip strength test ใช้ประเมิน weakness , เป็นต้น ดังนั้นการให้คะแนนและแปลผลจึงมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้พบว่า The Fried scale เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 5 มิติ สามารถวินิจฉัยว่ามีความเปราะบาง (Frailty) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับ

ความนิยมสูงสุด และสามารถทำนายอัตราตายและอัตราความพิการในการศึกษากลุ่มผู้สูงโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนได้ (Fried et al., 2001)

แต่การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซึ่งพบว่ามีเครื่องมือประเมินความเปราะบางที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว สร้างขึ้นโดยมหาวิทยาลัยแห่ง Alberta ที่รัฐ Edmonton ประเทศ Canada ทำการศึกษาเรื่องความเปราะบางในผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีประวัติการรักษาที่ต่อเนื่อง อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 183 คน ณ Edmonton Alberta ประเทศแคนาดา โดยใช้แบบประเมิน EFS (Edmonton Frail Scale) ที่มีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาเครื่องมือให้ผู้ประเมินที่ไม่ใช่เพียงแค่มะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเท่านั้น แต่บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ สามารถนำไปใช้ในการประเมินผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวได้ง่าย ผลการศึกษาพบว่าคะแนน EFS มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรม ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และอัตราการเสียชีวิต กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีคะแนน EFS สูงจะมีอัตราการเสียชีวิต ใน 1 ปีสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนน EFS ต่ำ ทั้งนี้พบว่าผู้ที่มีคะแนน EFS สูง ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่อายุมากๆ และมีโรคร่วมหลายโรค (Graham et al., 2013)

5.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบางกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความเปราะบางในชุมชนจังหวัดกระบี่ จำนวน 480 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสี่มีความเปราะบาง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ความชุกของความเปราะบางจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และปัจจัยส่วนบุคคลอันได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เศรษฐกิจ และการมีโรคเรื้อรังสองโรคขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเปราะบางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (นุชนงค์ อินหนู , 2555) พบว่าในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะเปราะบางกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง มีการศึกษาในต่างประเทศอย่างแพร่หลาย เช่น มีการศึกษาภาวะเปราะบางในผู้สูงอายโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าความเปราะบางทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองลดลง (Singh et al., 2008) และต่อมาได้มีการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองและความเปราะบางในผู้สูงอายุ จำนวน 2,212 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงจะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้น้อยลง (Cramm et al., 2014) ดังนั้น ความเปราะบางในผู้สูงอายุจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

5.4 ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม (comorbidity) หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับโรคที่เป็นการวินิจฉัยหลัก ทั้งนี้ไม่ใช่โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลัง โรคที่เป็นโรคร่วมได้แก่โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น อีสริย์กร สุรศรีสกุล (2555) กล่าวว่า ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดก่อนเข้ารับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือด

โคโรนาไวรัส และยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่ได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนาไวรัสหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้น ภาวะโรคร่วม หมายถึง ภาวะหรือโรคที่ปรากฏขึ้นก่อนหรือเกิดขึ้นร่วมกับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยได้จากแฟ้มประวัติ และการให้ข้อมูลของผู้ป่วย

มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค จำนวน 352 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรคเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง (Bayliss et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 80 คน พบว่าผู้ป่วยมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาไม่เหมาะสม (ปริญญญา สงวนพงษ์ , 2552) นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหัวใจ 1192 คน อายุเฉลี่ย 73 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ (Buck et al., 2015)

5.5 การสนับสนุนจากครอบครัว

5.5.1 ความหมาย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าจะได้รับการดูแล ความรัก การให้ความนับถือ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และ 3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมทางสังคม

Schaefer et al (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งระดับประคองจิตใจของบุคคลเพื่อใช้ในการจัดการกับความเครียด และก่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ

การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยในการให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นมากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ (Embery, 2006) อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย (Ryan & Sawin, 2009)

ดังนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลในครอบครัว เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

5.5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ส่วนใหญ่ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) และ Schaefer et al., (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทั้งหมด 5 ด้านคือ 1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์

2. การสนับสนุนทางการเป็นที่ยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า 3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
 4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร และ 5. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ถูกนำไปใช้ใน
 ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ค่า CVI เท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือฉบับนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรค
 กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นส่วนหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซึ่งมี
 ความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการศึกษามากที่สุด

5.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง
 มีการศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการ
 การจัดการตนเองด้านการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) และ
 พบว่าการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรค
 เรื้อรัง (Jerant et al., 2005) นอกจากนี้ มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านแล้ว 6 สัปดาห์
 เกี่ยวกับประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมและลดปัจจัยเสี่ยงหลังเกิดภาวะหัวใจขาด
 เลือดเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Condon &
 McCarthy, 2006) ต่อมามีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมี
 ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r=.525, p<.05$) (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553)
 และพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีผลลัพธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Schlotz et
 al., 2011) และพบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการ
 ปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (อิสริย์กร สุรศรีสกุล, 2555) และยังพบอีกว่าการสนับสนุนจาก
 ครอบครัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557)
 สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 82 คน ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมี
 ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r=.502, p = .000$) (สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558)
 ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ
 หลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

6. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

Bayliss et al (2007) ศึกษาอุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต ด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค จำนวน 352 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55 อายุระหว่าง 65 ถึง 74 ปี กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่ มีค่าเฉลี่ยจำนวนโรคร่วม 8.7 โรคต่อคน พบว่า อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคซึ่งมีความสามารถในการทำกิจกรรมน้อยลง ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่มีรายได้น้อย อีกทั้งความสามารถในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

Cramm & Nieboer (2012) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วยการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างโรคหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 1,570 คน พบว่า ภาวะสุขภาพ และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

Shin et al (2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 430 คน ที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในประเทศเกาหลี ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม อีกทั้งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีการรับรู้ประโยชน์มากขึ้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางอ้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

Rajpura & Nayak (2014) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 117 คน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ภาระของการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยาลดลง แต่การมีความเชื่อทางบวกสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคดังกล่าวมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสมได้

Abed (2015) ศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ในประเทศจอร์แดน จำนวน 231 คน เกี่ยวกับความตระหนักและการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 80 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 128 คนคิดเป็นร้อยละ 55 และพบว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากกว่า 1 ข้อ (1.สูบบุหรี่ 2.โรคความดันโลหิตสูง 3. โรคเบาหวาน 4. ภาวะไขมันในเลือดสูง 5. โรคอ้วน) สูงถึงร้อยละ 93 อีกทั้งยังพบว่า

ความตระหนักในปัจจุบันเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำ

Buck et al (2015) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรคร่วม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 1192 คน จากคลินิกโรคหัวใจ จาก 28 จังหวัดของประเทศอิตาลี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนมกราคม ปี ค.ศ. 2011 ถึง เดือนพฤศจิกายน ปี ค.ศ. 2012 พบว่าผู้ป่วยที่มีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางกลับกันผู้ป่วยที่มีภาวะโรคร่วมหลายโรคจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองในระดับต่ำ

Cramm & Nieboer (2016) ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางในชุมชน Rotterdam ในประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 109 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เกิดในประเทศเนเธอร์แลนด์ มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จิราภรณ์ นาสูงชน (2552) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโครงตาข่าย จำนวน 63 คน โดยกลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ 60 – 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 55 และพบว่า สามี/ภรรยา เป็นบุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาคือบุตร/ธิดา , กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 61.91, มีประวัติการสูบบุหรี่ร้อยละ 61.90 และยังคงสูบบุหรี่อยู่ร้อยละ 11.10, มีความเครียดค่อนข้างบ่อยสูงถึงร้อยละ 66.70 , ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 39.70 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับที่ดีถึงดีมาก

ฉวีวรรณ ยี่สกุล และคณะ (2553) ศึกษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 100 คน พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การจัดการตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.22$, $p<.05$)

จิรนนท์ ปินะถา (2555) ศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้สูงอายุเบาหวานมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การจัดการความเครียด การสังเกตและประเมินสภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

สุพิชา อาจคิดการ (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคไต โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 110 คน พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว

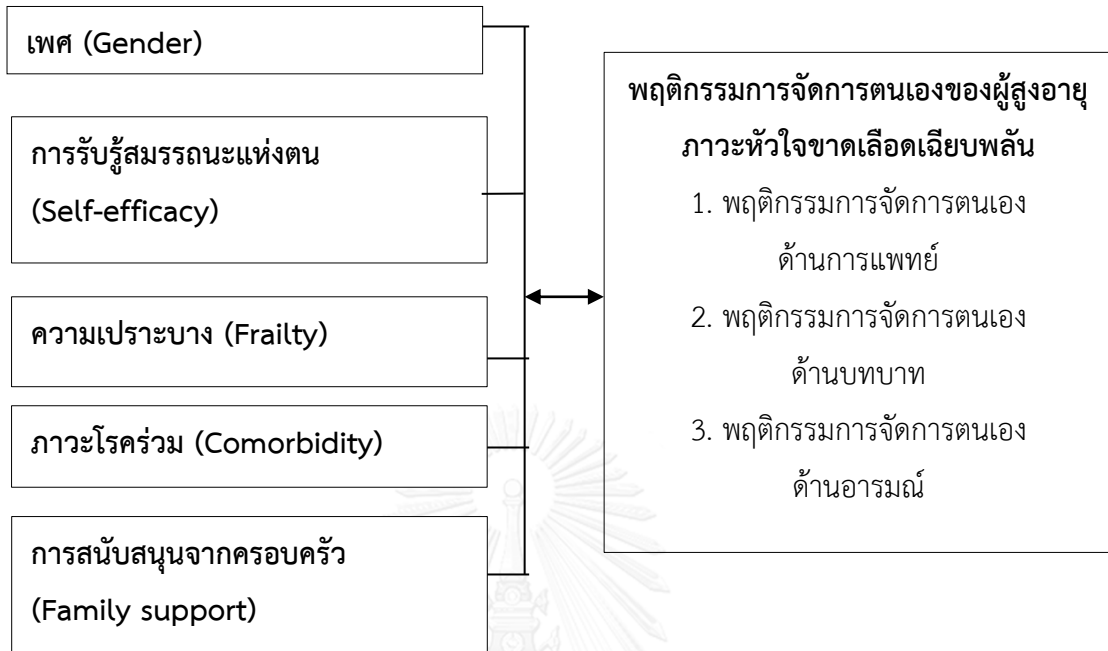
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < .01$)

อิสริย์กร สุรศรีสกุล (2555) ศึกษาปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คนพบว่า ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเป็นประจำทุกครั้งร้อยละ 93.5 , มีภาวะโรคร่วมร้อยละ 66.2 , มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูงด้วยเช่นกัน แต่เมื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาในระดับต่ำ ($r=.171$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r= .319$)

ชลการ ชายกุล (2557) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 50 คน พบว่า ผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง

ณรงค์กร ชัยวง (2557) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี และโรงพยาบาลพุทธโสธร จำนวน 155 คน เก็บข้อมูลช่วง เดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2556 พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมทุกด้าน อยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 65.83 ($SD = 8.86$) แต่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียดและด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง คือ การรับรู้สมรรถนะตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และศึกษาปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ Acute ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) , Non-ST Elevation Myocardial Infarction (NSTEMI) ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตติยภูมิ ในกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ โดยโรงพยาบาลตติยภูมิของรัฐ ในกรุงเทพมหานคร ที่มีศูนย์โรคหัวใจและมีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด มีทั้งหมด 8 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ สุ่มมา 2 ใน 8 ได้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ

3. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนด Effect size ระดับปานกลาง = 0.15 , α = .05 และ power of test = .80 ตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 92 คน (พิสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน และคำนวณสัดส่วนประชากรจากจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในเดือน กันยายน พ.ศ. 2559 ของแต่ละ

โรงพยาบาล และนำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนเท่ากัน (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553) คำนวณตามสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รพ.} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (111คน)} \times \text{จำนวนประชากรของแต่ละ รพ.}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 56 คน และโรงพยาบาลตำรวจ 55 คน ทั้งนี้มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น STEMI, NSTEMI, UA ที่ได้รับการรักษาผ่านมาแล้วอย่างน้อย 1 เดือน เนื่องจาก 1 เดือนหลังจากผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีอาการคงที่ มีความปลอดภัยและไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จึงสามารถประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองได้
2. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย รวมถึงรับรู้ วัน เวลา และสถานที่
3. มีอาการคงที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรืออาการกำเริบ และสามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์คัดออก ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง อาการไม่คงที่ เช่น มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกหรือเหนื่อยหอบมากภายใน 12-24 ชั่วโมง ก่อน หรือขณะเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและโรงพยาบาลตำรวจพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมจาก โรงพยาบาลตำรวจ ได้หนังสือรับรองเลขที่ จว.68/2559 และโรงพยาบาลสภากาชาดไทย IRB no 520/59
- 2) หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้วผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

3) หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หัวใจและหลอดเลือด ที่จะทำการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งขออนุญาต เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ตามวันเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด

2. ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทุกรายที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีตารางการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุกวันอังคารและพฤหัสบดี เวลา 13.00-16.00 น. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนดจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยทุกรายที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมีตารางการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.00 น. เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยโดยอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย อธิบายแบบสอบถามและขออนุญาตเก็บข้อมูลที่บริเวณหอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจ โดยการให้กลุ่มตัวอย่าง ทำแบบสอบถาม จำนวน 5 ชุด ได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเอง 3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว และ 5. แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอุปสรรคในการทำแบบสอบถาม เช่น การมองเห็นไม่ชัด ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามทั้งหมดและให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเอง

3) หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่สละเวลาทำแบบสอบถามเพื่อนำไปพัฒนาการพยาบาลต่อไป

4) เมื่อได้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยต่อเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นในการศึกษาให้ครบถ้วน ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ต้องการทำแบบสอบถามเอง หรือผู้ที่มีญาติคอยช่วยเหลือในการอ่านและตอบแบบสอบถาม ในรายที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการอ่านหรือเขียนหนังสือ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและคำตอบให้กลุ่มตัวอย่างเลือกโดยผู้วิจัยเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลเอง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมานาน โรคประจำตัว/ภาวะโรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ วิธีการรักษาที่เคยได้รับ สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ผู้ที่ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว

ลักษณะแบบบันทึกข้อมูลเป็นแบบให้เติมคำในช่องว่าง 3 ข้อ และแบบข้อความให้เลือกตอบ 10 ข้อ โดยข้อมูลส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บันทึกด้วยตนเอง ส่วนในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านสายตาและการเขียน ผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายและบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างให้

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจาก เอกสาร บทความงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวจากเจ้าของเครื่องมือ และทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวถึงมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการตอบกลับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ (ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า 114-116)

2.1 ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ของณรงค์ชัยวงศ์ (2557) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัด แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลระยอง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีรายละเอียดทั้งหมด 4 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตรงตามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

ปฏิบัติประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือทุกครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ปฏิบัติเป็นส่วนน้อยหรือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนน คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จะอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อยแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนจะใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

20-40 คะแนน หมายความว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อย

41- 60 คะแนน หมายความว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง

61-80 คะแนน หมายความว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองมาก

และมีการแบ่งช่วงคะแนนของแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการแปลผลระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม และรายด้าน

ปัจจัย	ช่วงคะแนน แบบสอบถาม	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	สูง
พฤติกรรมการจัดการตนเองคะแนนรวม	20-80	20-40	40.1-60	60.1-80
ด้านการบริโภคอาหาร	5-20	5-10	10.1-15	15.1-20
ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม	5-20	5-10	10.1-15	15.1-20
ด้านการจัดการความเครียด	4-16	4-8	8.1-12	12.1-16
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	6-24	6-12	12.1-18	18.1-24

2.2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลปริญญาเอกทางการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มากกว่า 10 ปี 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ และนำผลการตรวจสอบมาคำนวณความตรงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 (Pilot & Beck, 2010)

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับคำนิยาม หรือ กรอบแนวคิด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ ค่าความตรงของเครื่องมือฉบับนี้ได้เท่ากับ 0.96

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.97 (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ง หน้า 128)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจาก เอกสาร บทความงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวจากเจ้าของเครื่องมือ และทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวถึงมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการตอบกลับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ (ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า 117-119)

3.1 ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ได้เท่ากับ 1.00 และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93

แบบสอบถามประกอบด้วยแบบสอบถามนี้เป็นการวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 5 ด้านได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน การจัดการกับความเครียด การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา และพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น แต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มั่นใจมากที่สุด หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมากที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5

มั่นใจมาก หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมาก ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

มั่นใจปานกลาง หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจปานกลาง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจเล็กน้อย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

ไม่มั่นใจเลย หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างไม่มั่นใจเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง คะแนนอยู่ระหว่าง 17 – 85 คะแนน คะแนนมากแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองสูง คะแนนน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนจะใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

17-39 คะแนน หมายความว่า มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อย

40-62 คะแนน หมายความว่า มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองปานกลาง

63-85 คะแนน หมายความว่า มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองมาก

และมีการแบ่งช่วงคะแนนของแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการแปลผลระดับคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม และรายด้าน

ปัจจัย	ช่วงคะแนน แบบสอบถาม	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคะแนนรวม	17-85	17-39.66	39.67-62.33	62.34-85
ด้านการบริโภคอาหาร	4-20	4-9.33	9.34-14.66	14.67-20
ด้านการออกกำลังกายและการทำ กิจกรรม	5-25	5-11.66	11.67-18.32	18.33-25
ด้านการจัดการความเครียด	3-15	3-7	7.10-11	11.10-15
ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา	5-25	5-11.66	11.67-18.32	18.33-25

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลปริญญาเอกทางการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มากกว่า 10 ปี 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ และนำผลการตรวจสอบมาคำนวณความตรงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 (Pilot & Beck, 2010)

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับค่านิยาม หรือ กรอบแนวคิด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ ค่าความตรงของเครื่องมือฉบับนี้ได้เท่ากับ 0.97

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ง หน้า 128)

4. แบบประเมินความเปราะบาง

ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจาก เอกสาร บทความงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับความเปราะบางของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ EFS (Edmonton Frail Scale) จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวจากเจ้าของเครื่องมือ และได้รับการตอบกลับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้จากเจ้าของเครื่องมือ และได้รับเครื่องมือฉบับเต็มจากเจ้าของเครื่องมือ (ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า 124-126)

4.1 ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง จาก EFS (Edmonton Frail Scale) (Graham et al., 2013) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยอายุรแพทย์ผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัย Edmonton ประเทศแคนาดา และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.62

4.2 ผู้วิจัยแปลเครื่องมือแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง EFS (Edmonton Frail Scale) ของ Professor Graham (Graham et al., 2013) โดยกระบวนการแปลเครื่องมือเป็นฉบับภาษาไทย ด้วยเทคนิคการแปลย้อนกลับของ Brislin (1970) ร่วมกับ WHO (2013) มีขั้นตอนดังนี้

1) แปลเครื่องมือวิจัยจากภาษาดั้งเดิม เป็นภาษาเป้าหมาย โดยผู้วิจัยแปลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากฉบับภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย

2) ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจาก สถาบันภาษา คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน (ดังภาคผนวก จ หน้า 132)

3) การแปลย้อนกลับจากภาษาเป้าหมายมาเป็นภาษาต้นฉบับ โดยผู้เชี่ยวชาญคนละชุดกับข้อที่ 2 โดยแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยกลับไปเป็นฉบับภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจาก สถาบันภาษา คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 2 ท่าน (ดังภาคผนวก จ หน้า 132)

4) เปรียบเทียบเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับกับชุดที่แปลย้อนกลับเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษา โดยได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน และส่งเครื่องมือที่แปลกลับไปให้เจ้าของเครื่องมือ

5) การทดลองนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่าข้อคำถามมีความเหมาะสมในการประเมินความเปราะบาง

4.3 แบบประเมินความเปราะบางประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ การรู้คิด สุขภาพ โดยทั่วไป ความเป็นอิสระในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยา โภชนาการ อารมณ์ความรู้สึก การกลืนปัสสาวะ และ Functional performance โดยมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อ

คำตอบเท่านั้น การแปลผลคะแนนแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง คะแนนอยู่ระหว่างจาก 0-17 คะแนน คะแนนมากแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางระดับรุนแรง คะแนนน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางระดับต่ำ มีการแปลผลคะแนนดังนี้

0-3 คะแนน หมายถึง มีความเปราะบางในระดับต่ำ

4-6 คะแนน หมายถึง มีความเปราะบางในระดับปานกลาง

>7 คะแนน หมายถึง มีความเปราะบางในระดับรุนแรง

4.4 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง โดย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบ

ประเมินเรื่องความเปราะบาง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลปริญญาเอกทางการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มากกว่า 10 ปี 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ และนำผลการตรวจสอบมาคำนวณความตรงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 (Pilot & Beck, 2010)

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับคำนิยาม หรือ กรอบแนวคิด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษา ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ ค่าความตรงของเครื่องมือฉบับนี้ได้เท่ากับ 0.93

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการสนับสนุน จากครอบครัว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 30 ราย (Burn & Grove, 2001) จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80 (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ง หน้า 129)

5. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจาก เอกสาร บทความงานวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวจากเจ้าของเครื่องมือ และทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวถึงมหาวิทยาลัยบูรพา และได้รับการตอบกลับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือได้ (ดังแสดงในภาคผนวก ค หน้า 120-123)

5.1 ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) ซึ่งดัดแปลงมาจาก มาลิน มาลาอี (2549) สร้างตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer et al., (1981) และ Cobb (1976) ซึ่งนำไปใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดผ่านการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 ประกอบด้วย ข้อคำถาม 27 ข้อ แต่ละข้อมีความหมายทางด้านบวกทั้งหมด แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยสนับสนุนจากครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2

ไม่ได้รับเลย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

การแปลผลคะแนน

แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27 –135 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก คะแนนรวมต่ำ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย การแบ่งช่วงคะแนนจะใช้เกณฑ์การแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

27-63 คะแนน หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย

64-99 คะแนน หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง

100-135 คะแนน หมายความว่า ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก

และมีการแบ่งช่วงคะแนนของแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง และสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการแปลผลระดับคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวม และรายด้าน

ปัจจัย	ช่วงคะแนน แบบสอบถาม	ระดับคะแนน		
		น้อย	ปานกลาง	สูง
การสนับสนุนจากครอบครัว คะแนนรวม	27-135	27-63	63.1-99	99.1-135
การสนับสนุนด้านอารมณ์	5-25	5-11.66	11.67-18.32	18.33-25
การสนับสนุนด้านการยอมรับและ เห็นคุณค่า	6-30	6-14	14.1-22	22.1-30
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมใน สังคม	5-25	5-11.66	11.67-18.32	18.33-25
การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน	5-25	5-11.66	11.67-18.32	18.33-25
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	6-30	6-14	14.10-22	22.10-30

5.2 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว โดย

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำ

แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดังนี้ 1. อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ 1 ท่าน พยาบาลปริญญาเอกทางการพยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มากกว่า 10 ปี 1 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะ และนำผลการตรวจสอบมาคำนวณความตรงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI เท่ากับหรือมากกว่า 0.8 (Pilot & Beck, 2010)

ผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่มีความเหมาะสมกับคำนิยาม หรือ กรอบแนวคิด และให้ข้อเสนอแนะในการปรับลักษณะการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้นในบางข้อ ค่าความตรงของเครื่องมือฉบับนี้ได้เท่ากับ 0.97

5.3 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจ และหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.99 (ดังแสดงไว้ในภาคผนวก ง หน้า 129)

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ ที่ใช้ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยนี้จะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจ และมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูล ไม่มีการปิดบังหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ซึ่งผลการตัดสินใจ จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ รวมทั้งการเคารพความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำการวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนเริ่มการทำแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนบุตร ผู้ดูแลหลัก ข้อมูลด้านการรักษา การวินิจฉัยโรค และการวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาในการเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบางภาวะโรคร่วม การสนับสนุนจากครอบครัวและพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05

3. วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของพฤติกรรมจัดการตนเองโดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเข้าทีละตัว (Enter Multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2553)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research) ระหว่างเพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และศึกษาปัจจัยทำนายของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 55 คน และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 56 คน รวมทั้งสิ้น 111 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 ผลการวิจัยได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ วิธีที่เคยได้รับการรักษา สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และผู้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-6

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว ความเปราะบาง และภาวะโรคร่วม กับ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 7-8

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 9

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ วิธีที่เคยได้รับการรักษา สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และผู้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว ของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n=111 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	79	71.2
หญิง	32	28.8
อายุ (Min=60 Max=94 Mean=71.12 SD= 8.12)		
60-69 ปี	58	52.3
70-79 ปี	32	28.8
มากกว่า 80 ปี	21	18.9
สถานภาพสมรส		
โสด	10	9
คู่	85	76.6
หม้าย/หย่า/แยก	16	14.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	10	9
ประถมศึกษา	39	35.1
มัธยมศึกษา	16	14.4
ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา	20	18
ปริญญาบัตร	26	23.4
ศาสนา		
พุทธ	110	99.1
คริสต์	1	0.9

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว/ภาวะโรคร่วม		
1 โรค	25	22.5
2 โรค	49	44.1
3 โรค	34	30.6
มากกว่า 3 โรค	3	2.7
โรคประจำตัว/ภาวะโรคร่วม*		
โรคความดันโลหิตสูง	76	68.5
โรคเบาหวาน	48	43.2
โรคไขมันในเลือดสูง	97	87.4
โรคไต	4	3.6
โรคข้อเสื่อม	8	7.2
โรคอื่นๆ	7	6.3
ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	60	54.1
เคยสูบ	51	45.9
วิธีการรักษาที่ได้รับ		
ได้รับการรักษาวิธีเดียว	103	92.8
ได้รับการรักษามากกว่า 1 วิธี	8	7.2
วิธีที่ 1 ยาละลายลิ่มเลือด	6	5.4
วิธีที่ 2 การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูน	96	86.5
วิธีที่ 3 การผ่าตัดบายพาส	17	15.3
สิทธิการรักษา		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	25	22.5
ประกันสังคม	10	9
ข้าราชการ	59	53.2
จ่ายเงินสด	9	8.1
อื่นๆ(ครอบครัวเจ้าหน้าที่)	8	7.2
*ผู้สูงอายุ 1 คนมีโรคร่วมได้มากกว่า 1 โรค		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมานาน(ปี)		
Max =25 Min=0.1 Mean 5.97 ปี (SD=4.67)		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	17	15.3
10,000 - 20,000 บาท	53	47.7
20,001 - 30,000 บาท	14	12.6
มากกว่า 30,000 บาท	27	24.3
ผู้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว		
คู่สมรส	10	9
บุตร	76	68.5
ญาติพี่น้อง	3	2.7
อื่นๆ(ตนเอง)	22	19.8

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ 28.8 มีอายุเฉลี่ย 71.12 ปี(SD= 8.12) โดยมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 52.3 อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 60 และ 94 ปี ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 76.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.1 นับถือศาสนา พุทธ ร้อยละ 99.1 ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส และบุตร ในระดับที่เท่ากันคือร้อยละ 45 โดยมีโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีโรคประจำตัว 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 44.1 มีประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 45.9 วิธีที่เคยได้รับการรักษาส่วนใหญ่เป็นการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ร้อยละ 86.5 สิทธิการรักษาข้าราชการ ร้อยละ 53.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมานานน้อยที่สุด 1 เดือน มากที่สุด 25 ปี เฉลี่ยประมาณ 5.97 ปี (SD=4.67) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 47.7 ผู้ที่ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 68.5

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

พฤติกรรมจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 5-6

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของพฤติกรรมจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (n=111)

ปัจจัย	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมจัดการตนเอง(โดยรวม)	63.19	11.68	มาก
การรับรู้สมรรถนะตนเอง(โดยรวม)	62.45	11.40	มาก
ความเปราะบาง(โดยรวม)	4.49	2.70	ปานกลาง
การสนับสนุนจากครอบครัว(โดยรวม)	107.85	18.70	มาก

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 63.19 (SD=11.68) มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 62.45 (SD=11.40) มีความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.49 (SD=2.70) คะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 107.85 (SD=18.70)

ตารางที่ 6 แสดงเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองระหว่างเพศหญิงและเพศชาย (n=111)

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	\bar{x}	SD
ชาย	79	71.2	61.94	12.31
หญิง	32	28.8	66.28	9.42

ตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเท่ากับ 66.28 ในขณะที่เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.94 จึงสรุปได้ว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่าเพศชาย

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 7-8

ตารางที่ 7 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n=111)

ปัจจัย	1	2	3	4	5
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	1				
ความเปราะบาง	-.541	1			
ภาวะโรคร่วม	.063	-.044	1		
การสนับสนุนจากครอบครัว	.645	-.621	.102	1	
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.738	-.599	.133	.739	1

1 แทน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2 แทน ความเปราะบาง

3 แทน ภาวะโรคร่วม

4 แทน การสนับสนุนจากครอบครัว

5 แทน พฤติกรรมการจัดการตนเอง

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (n=111)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P value
เพศ	.169	.038
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.738	.000
ความเปราะบาง	-.599	.000
ภาวะโรคร่วม	.133	.082
การสนับสนุนจากครอบครัว	.739	.000

Correlation is significant at the 0.05 level (1- tailed)

จากตารางที่ 7-8 พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r=0.169$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = 0.738$)

ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = -0.599$)

ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = 0.739$)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผลการวิเคราะห์ดังตารางที่ 9

ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนาย ได้แก่ เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับ พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเข้าที่ละตัว (Enter multiple regression analysis) ผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตารางวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าที่ละตัว (Enter) (n=111)

ตัวทำนาย	Unstandardized coefficients		Standardized coefficients	t	sig
	B	Std.Error	beta		
(constant)	10.685	6.132		1.742	.084
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.469	.076	.458	6.164	.000
การสนับสนุนจากครอบครัว	.193	.049	.319	3.908	.000
ความเปราะบาง	-.665	.307	-.154	-2.169	.032
เพศ	3.780	1.466	.147	2.578	.011
ภาวะโรคร่วม	.645	.805	.044	.802	.424

F=48.103, R=.834, R²=.696, Adjusted R²=.682, Std.Error of the Estimate 6.59058

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน(β) เท่ากับ .458 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว ความเปราะบาง และ เพศ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน คือ .319, -.154 และ .147 ตามลำดับ ตัวแปรทั้ง 4 ตัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 (R²=.696) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถสร้างสมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{\text{พฤติกรรมจัดการตนเอง}} = 10.685 + 3.78_{\text{เพศ}} - .665_{\text{ความเปราะบาง}} + .469_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + .192_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}}$$

สามารถสร้างสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{พฤติกรรมจัดการตนเอง}} = .458_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + .319_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}} - .154_{\text{ความเปราะบาง}} + .147_{\text{เพศ}}$$

จากตารางผลการวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยได้จัดทำตัวอย่างสมมติขึ้นเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนในการนำไปใช้ ดังนี้

ตัวอย่างสมมติ

ตารางที่ 10 ตารางวิเคราะห์ผลของการหาความสามารถในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จากการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าที่ละตัว (Enter) และคะแนนตัวอย่างสมมติ

ตัวทำนาย	Unstandardized	Standardized	คะแนน สมมติ A	คะแนน สมมติ B
	coefficients	coefficients		
	B	beta		
(constant)	10.685			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.469	.458	38	48
การสนับสนุนจากครอบครัว	.193	.319	60	70
ความเปราะบาง	-.665	-.154	6	4
เพศ	3.780	.147	1	1
ภาวะโรคร่วม	.645	.044	-	-

P value of model <.05 R² = .696, Adjusted R² = .682

จากตารางคะแนนสมมติ A เมื่อนำคะแนนมาแทนในสมการคะแนนดิบ พบว่า คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย (29.45 คะแนน) ส่วนคะแนนสมมติ B มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวสูงขึ้น จากคะแนนเดิม 10 คะแนน และคะแนนความเปราะบางลดลงจากเดิม 2 คะแนน พบว่า คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปานกลาง (47.76 คะแนน) จากตัวอย่างคะแนนสมมติ A และ คะแนนสมมติ B แสดงให้เห็นว่า หากมีโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนจากครอบครัว ร่วมกับการชะลอความเปราะบาง สามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันเพิ่มมากขึ้นได้

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เพื่อหาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนจากครอบครัว กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษาตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมโรคหัวใจและหลอดเลือดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 55 คน และโรงพยาบาลตำรวจจำนวน 56 คน รวมทั้งสิ้น 111 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power กำหนด Effect size ระดับปานกลาง = 0.15 , $\alpha = .05$ และ power of test = .80 ตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 92 คน เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (พิสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 111 คน ดำเนินการสุ่มโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิที่มีศูนย์โรคหัวใจและมีคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลตำรวจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติการคัดเลือกที่กำหนดไว้ และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนเท่ากัน คือ ได้จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 56 คน และจากโรงพยาบาลตำรวจ 55 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤศจิกายน – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ผู้ดูแล ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมานาน โรคประจำตัว/ ภาวะโรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ วิธีการรักษาที่เคยได้รับ สิทธิการรักษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ผู้ที่ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัว

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
 4. แบบประเมินความเปราะบาง และ 5. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งแบบสอบถาม
 และแบบประเมินทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิ
 จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ดังนี้ 0.96, 0.97, 0.93
 และ 0.97 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรค
 หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด
 ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
 เท่ากับ 0.97, 0.91, 0.80 และ 0.99 ตามลำดับ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่าน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ใช้ในการศึกษา
 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2559 และโรงพยาบาล
 จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ได้รับการอนุมัติวันที่ 29 พฤศจิกายน 2559 เมื่อได้รับการอนุมัติการ
 พิจารณาจริยธรรมในคนเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงาน
 วิจัยนี้จะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมโดยสมัครใจ โดยมีเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย
 ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจ และมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะตัดสินใจเข้าร่วม
 หรือปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการให้ข้อมูล ไม่มีการปิดบังหรือบิดเบือนความจริงใดๆ ซึ่งผลการตัดสินใจ
 จะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ รวมทั้งการเคารพความเป็นส่วนตัวและ
 รักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน
 ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของอาสาสมัครจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะ
 ใช้เฉพาะรหัสประจำการวิจัย ผู้วิจัยขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบให้ความ
 ยินยอมให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนเริ่มการทำแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ 0.5

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
 จำนวนบุตร ผู้ดูแลหลัก ข้อมูลด้านการรักษา การวินิจฉัยโรค และการวินิจฉัยโรคร่วม ระยะเวลาใน
 การเจ็บป่วย วิเคราะห์โดยใช้ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่าง เพศ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเปราะบาง ภาวะ
 โรคร่วม การสนับสนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญ

3. วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นเข้าทีละตัว (Enter Multiple regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 111 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ 28.8 มีอายุเฉลี่ย 71.12 ปี (SD= 8.12) อายุต่ำสุดและสูงสุดคือ 60 และ 94 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 52.3 ซึ่งเป็นช่วงของผู้สูงอายุตอนต้น รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี หรือผู้สูงอายุตอนกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.8 และช่วงอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป หรือ ผู้สูงอายุตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 18.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 76.6 รองลงมา หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 14.4 และโสด ร้อยละ 9 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.1 รองลงมา คือ ปริญญาบัตร , ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา, มัธยมศึกษา, และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 23.4, 18, 14.4 และ 9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมานานน้อยที่สุด 1 เดือนมากที่สุด 25 ปี เฉลี่ยประมาณ 5.97 ปี (SD=4.67)

กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีภาวะโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีภาวะโรคร่วม 2 โรค คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาคือมีภาวะโรคร่วม 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 30.6 มีภาวะโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคอื่นๆ และ โรคไต คิดเป็นร้อยละ 87.4, 68.5, 43.2, 7.2, 6.3 และ 3.6 ตามลำดับ มีประวัติเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 45.9 วิธีที่เคยได้รับการรักษาส่วนใหญ่ได้รับการรักษาวิธีเดียว คิดเป็นร้อยละ 92.8 โดยเป็นการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน ร้อยละ 86.5 การผ่าตัดบายพาส ร้อยละ 15.3 และการได้ยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 5.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมาใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 22.5 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 10,000 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 47.7 โดยมีผู้ช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 68.5 รองลงมาคือ ตนเอง คู่สมรส และญาติพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 19.8, 9 และ 2.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองเท่ากับ 61.94 ในขณะที่เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.28

2. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 36-80 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 63.19 (SD=11.68) กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 62.45 (SD=11.40) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.49 (SD=2.70) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 107.85 (SD=18.70) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 61.94 ในขณะที่เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.28 จึงสรุปได้ว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าเพศชาย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $r = 0.739$ และ $r = 0.738$, เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r=0.169$) ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบ ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $r = -.599$ และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว ความเปราะบาง และ เพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .458 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .319, -.154 และ .147 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สามารถสร้างสมการในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$Y_{\text{พฤติกรรมการจัดการตนเอง}} = 10.685 + 3.78_{\text{เพศ}} - .665_{\text{ความเปราะบาง}} + .469_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + .192_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}}$$

สามารถสร้างสมการในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{พฤติกรรมการจัดการตนเอง}} = .458_{\text{การรับรู้สมรรถนะแห่งตน}} + .319_{\text{การสนับสนุนจากครอบครัว}} - .154_{\text{ความเปราะบาง}} + .147_{\text{เพศ}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlation Research) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 36-80 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 63.19 (SD=11.68) มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 62.45 (SD=11.40) มีคะแนนความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลางโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.49 (SD=2.70) และการสนับสนุนจากครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมากโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 107.85 (SD=18.70)

อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมเพียงเล็กน้อย สอดคล้องกับคะแนนความเปราะบางที่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีความเสื่อมที่อาจเป็นอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ในทางกลับกันพบว่า สิ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมากนั้น เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีคะแนนความเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับมาก ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันโดยเฉลี่ย 5.97 ปี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จึงทำให้สามารถ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคู่สมรส และสมาชิกในครอบครัวให้กำลังใจ และให้การสนับสนุนทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการตรวจตามนัด จึงเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan & Sawin (2009) ที่กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่มีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นการลดอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมนั่นเอง

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 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 เพศหญิงเป็นเพศที่มีความละเอียดอ่อน มีความอดทน มีระเบียบ มีบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างจากเพศชาย กล่าวคือในสังคมไทยเพศหญิงเป็นเพศที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีกว่าเพศชาย

สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุภาวะหัวใจวายเรื้อรัง ประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 66 คน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r = .67$) (Chriss et al., 2004) ในประเทศไทยมีการศึกษาของ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) และ ภัสราวัลย์ ศีตีสาร และคณะ ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วันวิสา รอดก่อน และคณะ (2555) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย

และถึงแม้ว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในเพศหญิงและเพศชายไม่แตกต่างกันมากนัก คืออยู่ในระดับมากเหมือนกัน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก ร่วมกับการมีคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัวคอยสนับสนุนการมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ดีด้วยเช่นกัน จึงทำให้มีความแตกต่างกันในการมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพียงเล็กน้อย

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับสูง ($r = 0.738$) อธิบายได้ว่า บุคคลเมื่อมีความเชื่อมั่น มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมแล้วนั้นย่อมมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมด้วยเช่นกัน นำไปสู่การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.171$) (อิสริย์กร สุรศรีสกุล, 2555) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ จริญญา

คมเฉียบ (2556) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.541$) อีกทั้งยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($r=0.70$, $p<.01$) (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 82 รายพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองเช่นกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.502$) และพบอีกว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.45$) (เมธิกานต์ ทิมูลนีย์, 2557) นอกจากนี้มีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.507$) (สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558)

นอกจากนี้มีการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Shin et al., 2013) สอดคล้องกับการศึกษาในรัฐ New York ประเทศสหรัฐอเมริกาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาตามแผนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 117 ราย พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานยา (Rajpura et al., 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศอิตาลี ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ (Buck et al., 2015)

การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $r = 0.739$ อธิบายได้ว่า สังคมไทยเป็นสังคมของความกตัญญูกตเวทีร่วมกับค่านิยมของผู้หญิงไทยที่มีเป็นภรรยาที่ดูแลสามีและบุคคลทุกคนในครอบครัว ดังผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรส และบุตร ในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 45 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวสูง ถึงร้อยละ 90 ทั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วมในสังคม ด้านสิ่งของการเงินและแรงงาน และด้านข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมากทั้งหมด แสดงว่า ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมาก ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมากด้วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีที่กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม มีส่วนช่วยในการให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น

มากขึ้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้เป็นผลสำเร็จ อีกทั้งยังเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมอีกด้วย (Ryan & Sawin, 2009)

ซึ่งผลการวิจัยฉบับนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับเช่น มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีด้วย (น้ำเพชร หล่อตระกูล, 2543) ในทางกลับกันพบว่า การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Jerant et al., 2005) ครอบครัวและญาติเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.363$) (พรพิมล อ่ำพิจิตร, 2552) มีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($r=0.525$, $p<.05$) (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553) ต่อมามีการศึกษาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.65$) (จกณ พงศ์พัฒน์จิต และ นวรัตน์ สุทธิพงศ์, 2554) และพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลลัพธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (Schlotz et al., 2011) และมีการศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนจากครอบครัว ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง ($r=0.610$, $p<.01$) (ณรงค์กร ชัยวงศ์, 2557) และมีการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.502$) (สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=0.26$) (Yunus & Sharoni, 2016)

ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง ($r = -0.599$) อธิบายได้ว่า ความเปราะบาง (Frailty) คือ กลุ่มอาการทางชีววิทยาในผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านร่างกาย มีความอ่อนแอและเปราะบางต่อสิ่งกระตุ้นส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง (Afilalo et al., 2015) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่เริ่มมีความเสื่อมเล็กน้อย จึงมีคะแนนความเปราะบางอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความเสื่อมและความเปราะบางนั้นเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมจัดการตนเอง ด้านการออกกำลังกายและการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องพฤติกรรมจัดการตนเองและความเปราะบางในผู้สูงอายุ จำนวน 2212 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้น้อยลง (Cramm et al., 2014) อีกทั้งมีการศึกษาภาวะเปราะบางใน

ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า ความเปราะบางทำให้พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองลดลง (Singh et al., 2008)

ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโรคร่วมมากกว่า 1 โรค และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับมาก ร่วมกับการมีคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับมากด้วย ทำให้ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีภาวะโรคร่วมหลายโรค กลุ่มตัวอย่างก็ยังสามารถมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศริย์กร สุครศรีสกุล (2555) ที่พบว่า ภาวะโรคร่วม ไม่มีความสัมพันธ์ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี ($r=0.067$)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว ความเปราะบาง และ เพศ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .458 รองลงมาคือ การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบาง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .319, -.154 และ .147 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) , เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายสูงสุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .458 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเมื่อมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองแล้วนั้นก็จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในระดับมากด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ อธิบายได้ตามแนวคิดของ Pender (1996) และ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนคือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี กล่าวคือเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติตัว ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการปฏิบัติตามแผนการรักษา แล้วนั้นย่อมทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมเช่นกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ พยัคฆ์รักษ์ (2553) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ

หลอดเลือดในเขตภาคใต้ได้ร้อยละ 29 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .29$) สอดคล้องกับการศึกษาของอิสรียกัร สุรศรีสกุล (2555) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20.2 ($R^2 = .202$, $\beta = .046$) และต่อมามีการศึกษาของ ณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย ($\beta = .55$, $p < .01$)

การสนับสนุนจากครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .319 อธิบายได้ว่า จากทฤษฎีของ Potter & Perry (2005) ที่กล่าวไว้ว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคล เกิดจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่เหมาะสม กล่าวคือ การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญในการทำใหบุคคลมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี และจากทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Ryan & Sawin (2009) ได้กล่าวไว้ว่า การได้รับการสนับสนุน และการตั้งเป้าหมายร่วมกันของบุคคลและครอบครัวทำใหบุคคลมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมและสามารถคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อิสรียกัร สุรศรีสกุล (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารีได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 ($R^2 = .160$, $\beta = .128$) และการศึกษาของณรงค์กร ชัยวงศ์ (2557) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($\beta = .207$, $p < .05$) และต่อมามีการศึกษาในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($\beta = .261$) (สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558)

เพศ จากผลการศึกษาพบว่าเพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ -.154 อธิบายได้ว่า ตามทฤษฎีของ Potter & Perry (2005) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของบุคคลจะประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก จะเห็นได้ว่า เพศเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยภายในที่สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chriss และคณะ (2004) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุภาวะหัวใจวาย ($r = .67$) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคหัวใจในปี ค.ศ. 2004-2006 จำนวน 122 ราย เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าเพศหญิง (Heo et

al., 2008) และสอดคล้องกับ เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ (2554) ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า เพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

ความเปราะบาง จากผลการศึกษาพบว่าความเปราะบางสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันได้ร้อยละ 69.6 ($R^2 = .696$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน (β) เท่ากับ .147 จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 52.3 เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีกระบวนการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน ระบบกระดูกและข้อที่เริ่มมีความเปราะบางอีกทั้งระบบกล้ามเนื้อที่เริ่มมีการฝ่อและขาดความยืดหยุ่นและความแข็งแรงลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีอุปสรรคในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองเล็กน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Singh และคณะ (2008) พบว่าผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีความเปราะบางทำให้พฤติกรรมจัดการตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Cramm และคณะ (2014) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางสูงจะมีพฤติกรรมจัดการตนเองได้น้อยลง

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการเพิ่มความมั่นใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญเรื่องความเปราะบางของผู้สูงอายุแต่ละท่านโดยมุ่งเน้นการลดความเปราะบางเพื่อลดอุปสรรคในการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมของผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว

2. สามารถนำผลการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองโดยเน้นการเพิ่มสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์คือการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันอยู่กับโรคเรื้อรังดังกล่าวได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจซ้ำ อัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และควรมีการพัฒนาเครื่องมือให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากขึ้น กล่าวคือ ควรปรับคำถามให้สั้นกระชับ ลดจำนวนข้อคำถามให้น้อยลง และอาจใช้วิธีการให้คะแนนเป็น visual analogue scale แทน numerical rating scale

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *จำนวนและอัตราตายโรคไม่ติดต่อและอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคน จำแนกตามจังหวัดในเขตบริการสาธารณสุข และจำแนกตามสคร.12 เขต และภาพรวมประเทศ(รวมกรุงเทพมหานคร) ปี 2557* สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php> เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2558.
- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2557). *แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- จงกณ พงศ์พัฒนจิต และ นวรัตน์ สุทธิพงศ์. (2554). การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(2) เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม.
- จรรวมล แพ้งโยธา. (2548). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการอาการเจ็บหน้าอก ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรงพยาบาลศูนย์ภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จารุวรรณ กฤตย์ประชา. (2558). *ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน*. ใน กิตติกร นิลมานัต และจารุวรรณ กฤตย์ประชา(บรรณาธิการ), *กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด: มติที่ท้าทายสำหรับการพยาบาล*, 1-31. สงขลา: จอยปริ้นท์
- จิราภรณ์ นาสูงชน. (2552). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและขดลวดโคโรนารี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จිරนนท์ ปินะธา. (2555). *ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการโรคเรื้อรังในครอบครัวต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและพฤติกรรมจัดการโรคเรื้อรังของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ตำบลหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- จริญญา คมเฉียบ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของ*

- ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- จินณพัทธ์ ธนกิจวรบูลย์. (2554). *พฤติกรรมสุขภาพเพื่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันโรงพยาบาลท่าม่วงจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
- ฉวีวรรณ ยี่สกุล, สุกัลญา พรหมมาต, อุมา จันทวิเศษ และ จารูวรรณ กฤตย์ประชา. (2553). การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 30(2); 1-15
- ชวนพิศ ทำนอง. (2557). ภาวะวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดและการพยาบาล. ใน สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง(บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต*, 305-327. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา
- ชลการ ชายกุล. (2557). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ชมรมฟื้นฟูหัวใจ. (2553). *แนวทางการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. (ออนไลน์). สืบค้นจาก www.thaiheart.org เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2558
- ณรงค์กร ชัยวงศ์. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ณัฐวุฒิ วงษ์ประภารัตน์. (2556). การตรวจวัดสสารเพื่อวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. ใน พูลชัย จรัสเจริญวิทยา, วันรัชดา คัชมาตย์ และ พจมาน พิศาชลประภา (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 2556*, 469-481. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- ดำรงส ตริสุโกศล. (2554). Acute ST Elevation Myocardial Infarction. ใน ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และ เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (บรรณาธิการ). *Cardiac Emergencies ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด*, 27-61. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- ทีปภา แจ่มกระจ่าง และ พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2558). *การพยาบาลผู้สูงอายุ 1*. กรุงเทพฯ: ทีเอสบี โปรดักส์
- ธนวัฒน์ เบญจानุวัตร. (2555). 2012 update coronary revascularization. ใน อภิชาติ สุคนธสรรพ์ และ ศรัณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ). *Cardiovascular medicine: the new balance*, 155-167. เชียงใหม่: ทริค ดิงค์
- พรพิมล อ่ำพิจิตร. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอาการหัวใจขาด*

- เลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พัชรวรรณ ศรีคง. (2553). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจวาย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พัสมณต์ คุ่มทวีพร. (2558). ความเครียดและการจัดการกับความเครียดในผู้สูงอายุ. ใน ทีปภา
แจ่มกระจ่าง และ พัสมณต์ คุ่มทวีพร(บรรณาธิการ). *การพยาบาลผู้สูงอายุ 1*. กรุงเทพฯ:
ทีเอสพี โปรดักส์
- พิสมัย อรทัย และศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประเมินค่า
ขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา
- ภัสราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจากรุวรรณ ใจลังกา. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอก
คำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 9(2); 120-136
- นงลักษณ์ ทองอินทร์, เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา และภีรพร ต่านธีระภากุล. (2554). ผลของโปรแกรมการ
จัดการตนเองต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่ได้รับการ
ขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วชิรเวชสาร*, 55(1); 77-86
- นวลจันทร์ ดิเรกภูมิกุล. (2552). *ภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามการรับรู้ของผู้ที่มี
ความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยบูรพา
- น้ำเพชร หล่อตระกูล. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นุชอนงค์ อินทนู. (2555). *ภาวะห่อหมกเกินวัย: การวิเคราะห์สถานการณ์ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
- เนาวรัตน์ จันทานนท์, บุษราคัม สิงห์ชัย และวิวัฒน์ วรวงษ์ (2553). พฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*,
16(6); 749-758
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5.
กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.

- ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน. (2554). Unstable Angina/Acute Non-ST Elevation Myocardial Infarction. ใน ประดิษฐ์ ปัญจวิณิน, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์ และ เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (บรรณาธิการ). *Cardiac Emergencies ภาวะฉุกเฉินระบบหัวใจและหลอดเลือด*. 1-26. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- ปาริชาติ พยัคฆ์รักษ์. (2553). ปัจจัยทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคใต้. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เมธิกานต์ ทิมูลนีย์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในพนักงานทำความสะอาดก่อนหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์
- วิวรรณ ทั้งสุขบุตร. (2556). โรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล(บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป*, 461-479. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์
- วันวิสา รอดเกิด, นิสافر วัฒนศัพท์, ปัทมา สุพรรณกุล และอรอุมา สุวรรณประเทศ. (2555). การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการของโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2); 76-88
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 3)*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: วีเจ พรินติ้ง
- สายรุ้ง บัวระพา. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมและกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยหัวใจวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สินีนุช หลวงพิทักษ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ. (2554). แนวทางการรักษากล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มี ST-Elevation. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), *Clinical Practice Guideline 2011 เล่ม 2*, 18-34. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, สมนพร บุณยะรัตเวช, รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, ปิยมิตร ศรีธรา, รุ่งโรจน์ กฤตยพงษ์, รพีพล กฤษุช ญ อยุธยาและ ปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์. (2555). ทะเบียนผู้ป่วย

กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของไทย (TRACS) การศึกษาเพิ่มเติมจากการศึกษาก่อนหน้า(TACS): อัตราการเสียชีวิตที่ 1 ปียังคงสูง. *Journal Medicine Association Thai* . 95 (4): 508-518

สุภาณี กาญจนจारी. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1 (ฉบับปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 5)*. พิมพ์ครั้งที่ 14. 227-254. กรุงเทพฯ: วีเจ พริ้นติ้ง

สุรพันธ์ สิทธิสุข และคณะ. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557*. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20ischemic%20Heart%20Disease%202104.pdf สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ [1 มีนาคม 2558].

สุพิชา อาจคิดการ. (2555). *พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*.

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เสาวลักษณ์ ท่ามาก, อรสา พันธภักดี, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ และ พิศสมัย อรทัย. (2552).

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*. 20(2): 31-44

เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลูน*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เสาวนีย์ เนาวพานิช. (2552). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(Acute Coronary Syndrome) ที่ถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ*

(*Percutanouse Coronary Intervention*). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ปราณี ทุไฟเราะ และ คณะ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1*, 35-59. กทม: เอ็นพีเพรส

หทัยรัตน์ เวชมนัส. (2547). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อวยพร เรืองตระกูล. (2553). *สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1*. กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อรรวรรณ แพนคง. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส

- อารักขา ใจธรรม. (2545). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*
โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อิสริย์กร สุศรีสกุล. (2555). *ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อ*
หัวใจขาดเลือดหลังได้รับการขยายหลอดเลือดโคโรนารี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อภิชาติ สุนทรธรรม และ ศรีณย์ ควรประเสริฐ(บรรณาธิการ). (2555). *Cardiovascular Medicine:
The new balance*. เชียงใหม่: ทริค อินค์

ภาษาอังกฤษ

- American Heart Association. (2013). *2013 ACCF/AHA Guideline for the management
of ST-Elevation Myocardial Infarction: A report of the American college of
cardiology foundation/American Heart Association Task Force on
Practice* (online). Available from www.heart.org. (2015, August 31)
- American Heart Association. (2014). *2014 AHA/ACC Guideline for the management
of patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes a report of
the American college of cardiology/American Heart Association Task Force
on Practice Guidelines*(online). Available from www.heart.org. (2015, August
31)
- Abed, M. A., Khalil, A. A., & Moser, D. K. (2015). Awareness of modifiable acute
myocardial infarction risk factors has little impact on risk perception for heart
attack among vulnerable patients. *Heart Lung, 44*(3), 183-188. doi:
10.1016/j.hrtlng.2015.02.008
- 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
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought of and action: A social cognitive
theory*. New Jersey: Prentice-Hall

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., & Foody, J. M., (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update –A scientific statement from the American Heart Association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee, the council on clinical cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, epidemiology and prevention, and nutrition, physical activity, and metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 115(20), 2675-2682.
- 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
- Bucher, L., & Castellucci, D. (2011). Coronary artery disease and acute coronary syndrome. In S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher & I. M. Camera (Eds.), *Medical-Surgical Nursing* (8th ed., pp. 760- 796). St. Louis: Elsevier Mosby.
- 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>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders
- Burns, N., & Grove, S. K. (2011). *Understanding nursing research : Building and evidence – based practice* (5th ed.). Maryland: Elsevier Saunders
- Carro, A., & Kaski, J. C. (2011). Myocardial Infarction in the elderly. *Aging and Disease*,

2(2),116-137

- 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>
- Clare, C. (2014). The person with a cardiovascular disorder. In I. Peate, K. Wild & M. Nair (Eds.), *Nursing practice knowledge and care* (pp. 542-565): Wiley Blackwell.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychomatic Medicine*, 38; 300-313.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005
- 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
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In Boekaerts, M., Printrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.). *Handbook of self-regulation* pp. 601-629. San Diego, CA: Academic press
- 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: Mc Graw 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

- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing*. (8th, ed.). Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins
- European Society of cardiology. (2012). *ESC Guideline for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation* (online). Available from www.escardio.org (2015, August 31)
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., . . . McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical science*, 56(3), M146-156.
- 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
- Haehling, S. V., Anker, S. D., Doehner, W., Morley, J. E. and Vellas, B. (2013). Frailty in heart disease. *International Journal of cardiology*, 168, 1745-1747
- Heo, S., Moser, D. K., Lennie, T. A., Riegel, B., & Chung, M. L. (2008). Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1807-1815. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008>
- Holman, H., & Lorig, K. (2004). Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Report*, 119(3), 239-243. doi: 10.1016/j.phr.2004.04.002
- 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
- Kanfer, F. H. (1980). *Self management in F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (eds.), Helping people change: textbook of methods*. 2nd ed. (pp. 334-389). Newyork: Pergamon Press
- King, K. M. (2000). Gender and short term recovery from cardiac surgery. *Nursing Research* 49(1): 29-36

- Leik, M. T. C. (2014). *Adult-Gerontology Nurse Practitioner Certification Intensive Review* (2nd ed.). Newyork: Springer
- Linnell, K. (2005). Perspectives in ambulatory care. chronic disease self-management: One successful program. *Nursing Economic*, 23(4), 189-198 110p
- Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., González, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). *Outcome measures for health education and other health care interventions*. Thousand Oaks, California: Sage
- Lorig, K., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., Holman, H. R., (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical care*, 37(1), 5-14
- Lorig, K. & Holman, H. (2003). Self management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7
- McCance, K. L. & Huether. S. E. (2014). *Pathophysiology the biologic basis for disease in adults and children*. Missouri: Elsevier mosby
- Miller, C. A. (2015). *Nursing for wellness in older adult*. (7th ed). Wolters Kluwer
- Murali-Krishnan, R., Iqbal, J., Rowe, R., Hatem, E., Parviz, Y., Richardson, J., . . . Gunn, J. (2015). Impact of frailty on outcomes after percutaneous coronary intervention: A prospective cohort study. *Open Heart*, 2(1), e000294. doi: 10.1136/openhrt-2015-000294
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). New York : Appleton and Lange
- Pilot, D. F., Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Potter, P.A., & Perry, A.G., (2005). *Fundamentals of nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby
- Rajpura, J. and Nayak, R. (2014). Medication adherence in a sample of elderly suffering from hypertension: Evaluating the influence of illness perceptions, treatment beliefs and illness burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(1), 58-65

- Renilla, A., Barreiro, M., Barriales, V., Torres, F., Alvarez, P., & Lambert, J. L. (2013). Management and risk factors for mortality in very elderly patients with acute myocardial infarction. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(1), 146-151. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00876.x
- 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
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 29(1), 4-15. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0147-9563\(00\)90033-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0147-9563(00)90033-5)
- Redfern, J., Hyun, K., Chew, D. P., Astley, C., Chow, C., Aliprandi-Costa, B., . . . Briffa, T. (2014). Prescription of secondary prevention medications, lifestyle advice, and referral to rehabilitation among acute coronary syndrome inpatients: results from a large prospective audit in Australia and New Zealand. *Heart*, 100(16), 1281-1288. doi: 10.1136/heartjnl-2013-305296
- Schaefer, C., Coyne, I. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-401.
- Schiøtz, M. L., Bøgelund, M., Almdal, T., Jensen, B. B., & Willaing, I. (2012). Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(5), 654-661. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03485.x
- Schuermans, H., Steverink, N., Frieswijk, N., Buunk, B. P., Slaets, J. P., & Lindenberg, S. (2005). How to measure self-management abilities in older people by self-report: The development of the SMAS-30. *Quality of Life Research*, 14(10), 2215-2228.
- Smith, S. C., Jr., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., . . . Taubert, K. A. (2011). AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: A guideline from the American Heart

- Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(23), 2432-2446. doi: 10.1016/j.jacc.2011.10.824
- 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
- Saunderson, C. E., Brogan, R. A., Simms, A. D., Sutton, G., Batin, P. D., & Gale, C. P. (2014). Acute coronary syndrome management in older adults: Guidelines, temporal changes and challenges. *Age Ageing*, 43(4), 450-455. doi: 10.1093/ageing/afu034
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., and Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory. In K.A. Holroyd and T.L. Creer (eds), *self-management of chronic disease: handbook of clinical interventions and research*, pp. 29-55. New York: Academic Press
- Upadhyaya. R. C. (2015). Cardiovascular Function. In Meiner. S. E.(Eds.), *Gerontologic Nursing* (5th ed., pp.388-421). Missouri: Elsevier Mosby.
- 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).

Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

(2015, March 20)

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

Yu, H. T., Kim, K. J., Bang, W. D., Oh, C. M., Jang, J. Y., Cho, S. S., . . . Jang, Y. (2011).

Gender-based differences in the management and prognosis of acute coronary syndrome in Korea. *Yonsei Med J*, 52(4), 562-568.

doi: 10.3349/ymj.2011.52.4.562





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะ	รองศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
2. ดร.ดวงกมล วัตราคูล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8 ภาควิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. ดร. เอมอร แสงศิริ	พยาบาลชำนาญการสาขาการพยาบาล อายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางสาวฉันทิชา อนุกุลวุฒิพงศ์	หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอซีซียู โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงการพยาบาล อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ (อายุรศาสตร์)
5. นางสาว สุจิตรา บุญทวี	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ประจำหอผู้ป่วย ซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวก ข
หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือขอความอนุเคราะห์
ทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/2394

วันที่ 28 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรปภา จันท์ศรีทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

สุพจน์ ชูวรรณะปกรณ์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุพจน์ ชูวรรณะปกรณ์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุพจน์ ศรีมหาโชตะ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151

นางสาวกรปภา จันท์ศรีทอง โทร. 085-118-0096

ที่ ศธ 0512.11/2324



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรรปภา จันทศรีทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตตราคุลย์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

วสุพร ธนศิลป์

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ดวงกมล วัตตราคุลย์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประภรณ์ โทร. 02-218-1151

นางสาวกรรปภา จันทศรีทอง โทร. 085-118-0096

ที่ ศร 0512.11/2324



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๘ กรกฎาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรปภา จันทร์ศรีทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประภรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นางสาวมณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์ | หัวหน้าหอผู้ป่วย ไอซีซียู |
| 2. ดร. เอมอร แสงศิริ | พยาบาลชำนาญการ สาขาการพยาบาลอายุรกรรม |
| 3. นางสาวสุจิตรา บุญทวี | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ประจำหอผู้ป่วยซีซียู |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ชาญศิลป์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

นางสาวมณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์, ดร. เอมอร แสงศิริ และนางสาวสุจิตรา บุญทวี
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณระประภรณ์ โทร. 02-218-1151
นางสาวกรปภา จันทร์ศรีทอง โทร. 085-118-0096

ที่ ศธ 0512.11/2375



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

5 สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรรภา จันท์ศรีทอง นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ในผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชาย และเพศหญิง ที่มีประวัติกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 86 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกรรภา จันท์ศรีทอง ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ โทร. 02-218-1151
นางสาวกรรภา จันท์ศรีทอง โทร. 085-118-0096



ที่ ศร 0512.11/ ๒๓๘๓

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕ สิงหาคม 2559

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ.8) โรงพยาบาลตำรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกรปภา จันทรศรีทอง นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ในผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เพศชาย และเพศหญิงที่มีประวัติกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 55 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนของครอบครัว และแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกรปภา จันทรศรีทอง ดำเนินการรวบรวมข้อมูลวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุธีพร chonlarp)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ นิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ โทร. 02-218-1151

นางสาวกรปภา จันทรศรีทอง โทร. 085-118-0096

ภาคผนวก ค

เอกสารพิจารณาจริยธรรม เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



โรงพยาบาลตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
๕๙๒/๑ ถนนพระรามที่ ๑ เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.จ.ร.๒.๒๕๕๙.๒๕๕๙

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ หลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
ชื่อโครงการ/ภาษาอังกฤษ	FACTORS PREDICTING SELF MANAGEMENT IN OLDER PERSONS WITH POST ACUTE CORONARY SYNDROME
ชื่อหัวหน้าโครงการ/ หน่วยงานที่สังกัด	นางสาว ภรปภา จันทศรีทอง พยาบาลประจำการ (ระดับ ๕) หอผู้ป่วย CCU รพ.จุฬาลงกรณ์
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	๑. รายละเอียดโครงการวิจัย ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 31 September 2016) (ฉบับภาษาไทย) ๒. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ฉบับที่ ๑.๐ ลงวันที่ ๒๑ กันยายน ๒๕๕๙ (Version 1.0 Date 21 September 2016) (ฉบับภาษาไทย)
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	๒๑ กันยายน ๒๕๕๙
วันที่หมดอายุ	๒๐ กันยายน ๒๕๖๐

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พันตำรวจเอกหญิง พนิตี รัตนสุวรรณ

(พนิตี รัตนสุวรรณ)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ

พันตำรวจเอก อนันต์ สุวรรณทေး

(อนันต์ สุวรรณทေး)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัย
โรงพยาบาลตำรวจ



COA No. 955/2016

IRB No. 520/59

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

- Study Title : FACTORS PREDICTING SELF MANAGEMENT IN OLDER PERSONS WITH POST ACUTE CORONARY SYNDROME.
- Study Code :-
- Principal Investigator : Miss Phornpapha Jansrithong
- Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- Review Method : Full board
- Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.
- Document Reviewed :
- 1. Research Proposal Version 2 Date 27/10/16
 2. Protocol Synopsis Version 2 Date 27/10/16
 3. Information sheet for research participant Version 2 Date n27/10/16
 4. Informed consent for participating volunteers Version 2 Date 27/10/16
 5. Curriculum Vitae
 6. GCP Training
 7. Tools used in research Version 1 date 23/8/16



8. Budget

Signature: Tada Sueblinong Signature: Ananong Kulaputana
 (Emeritus Professor Tada Sueblinong MD) (Associate Professor Ananong Kulaputana MD, PhD)
 Chairperson Member and Assistant Secretary, Acting
 The Institutional Review Board The Institutional Review Board

Date of Approval : November 29, 2016

Approval Expire Date : November 28, 2017

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 955/2016

IRB No. 520/59

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวรปภา จันตรีทอง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 27/10/59
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 27/10/59
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 Date n27/10/59
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 27/10/59
5. Curriculum Vitae



8. งบประมาณ

ลงนาม *อิน ฐินพร*
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สีบหลินวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม..... *ดร. พญ. อรอนงค์ กุละพัฒน์*
 (รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.อรอนงค์ กุละพัฒน์)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 29 พฤศจิกายน 2559

วันหมดอายุ : 28 พฤศจิกายน 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำชี้แจงผู้วิจัย ในการเขียนเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยตามตัวอย่างโครงร่าง

1. ผู้วิจัยสามารถปรับแก้ต้นแบบ (template) เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้เข้ากับบริบทงานวิจัยของตัวเอง สามารถตัดหัวข้อที่ไม่เกี่ยวข้องออก เช่น ถ้าเป็นงานวิจัยที่ให้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น สามารถตัดหัวข้อเรื่องความเสี่ยงที่ได้รับจากการเจาะเลือดออก เป็นต้น
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดทำเป็นครั้งแรก ให้ใส่เป็น Version 1.0 พร้อมลงวันที่ เดือน ปี ที่จัดทำกำกับ ถ้ามีการแก้ไขครั้งที่ 1 ให้ใส่เป็น Version 2.0 พร้อมลงวันที่ เดือน ปี ที่จัดทำกำกับ และถ้ามีการแก้ไขอีกให้เปลี่ยน Version ใหม่พร้อมลงวันที่ เดือน ปี กำกับทุกครั้งที่มีการแก้ไข
3. ให้ลดการใช้ศัพท์แพทย์ ศัพท์เทคนิคให้เหลือน้อยที่สุด ในกรณีจำเป็นไม่มีคำศัพท์ภาษาไทย ให้เขียนทับศัพท์คำอ่านและวงเล็บภาษาอังกฤษต่อท้าย
4. ในกรณีที่มีวิธีดำเนินการวิจัยที่จะเกิดขึ้นกับอาสาสมัครมีหลายขั้นตอนและซับซ้อนควรสรุปเป็นตารางหรือแผนภาพ (Diagram) ให้เข้าใจง่าย
5. ในหัวข้อการจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือ ขอให้ผู้วิจัยเลือกวิธีการจัดการกับตัวอย่างชีวภาพที่เหลือเพียงข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น
6. หากโครงการวิจัยไม่มีการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพ ขอให้ตัดส่วนของคำยินยอมและลงนามการเก็บตัวอย่างทางชีวภาพออก

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ผู้สนับสนุนการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวกรรปภา จันทร์ศรีทอง
 ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย หอผู้ป่วยซีซียู โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 / สถานศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4570

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 085-118-0096

ผู้วิจัยร่วม

ที่อยู่ทำงาน รongศาสตราจารย์ นายแพทย์สุพจน์ ศรีมหาโชตะ
 ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาล สภากาชาดไทย
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลขที่ 1873 ถนนพระราม 4
 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4184

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการดูแลในระยะยาวซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม 2) ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ

พฤติกรรมจัดการตนเองของบุคคล เช่น การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การรับประทาน อาหารไขมันสูง การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการมีความเครียดที่มากเกินไป ทั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุมีความยากลำบากเนื่องจากกระบวนการสูงอายุ ความ เปราะบาง ความเสื่อมของร่างกาย และการมีโรคเรื้อรังหลายโรคเป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองทำ ให้มีการพยากรณ์โรคไม่ดี เสี่ยงต่อการเสียชีวิต

พฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีสิ่งที่จะต้องกระทำ 3 ประการคือ พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการแพทย์ พฤติกรรมกา รจัดการตนเองด้านบทบาทและพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอารมณ์

อย่างไรก็ตามก็ยังพบว่าผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ยังมี พฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม คือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ, ขาดการออกกำลังกาย, มี การจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสม, ไม่ควบคุมอาหาร, สูบบุหรี่, รับประทานอาหารเค็มและมัน, ไม่รับประทานยาเพื่อสุขภาพ และพบว่าการไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลง พฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสมส่งผลทำให้เกิดการ กำเริบซ้ำของโรคนำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามมา ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากปัญหาพฤติกรรมจัดการตนเองที่ยังไม่ถูกต้องนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษปัจจัย ทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อ นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวให้มี ประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และอัตราการเสียชีวิตลดลง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรค หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 111 คน จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 56 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบ แบบสอบถาม ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1 ครั้ง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที หลังการพบแพทย์ สถานที่ห้องให้คำปรึกษาหรือ ห้องสอนแสดง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิง พรรณนาหาความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อหาปัจจัยทำนายของปัจจัยต่างๆต่อพฤติกรรมจัดการ

ตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามมีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง จำนวน 20 ข้อ
3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 17 ข้อ
4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 27 ข้อ
5. แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง จำนวน 9 ข้อ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านด้วยความสัตย์จริง

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยแก่ผู้ทำวิจัย ท่านสามารถโทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัยโดยตรง

คือ นางสาวกรรปภา จันทร์ศรีทอง เบอร์โทรศัพท์ 085-118-0096 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายกับโรค และชีวิต หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา

การพบแพทย์นอกตารางนัดหมายในกรณีที่เกิดอาการข้างเคียง

หากมีอาการข้างเคียงใด ๆ เกิดขึ้นกับท่าน ขอให้ท่านรีบมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลทันที ถึงแม้ว่าจะอยู่นอกตารางการนัดหมาย เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการข้างเคียงของท่าน และให้การรักษาที่เหมาะสมทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

“ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลของการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อวางแผน และแก้ไขปัญหาให้กับผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อนำไปใช้พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวต่อไป” การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีขึ้น หรืออาจจะลดความรุนแรงของโรคได้ แต่ไม่ได้รับรองว่าสุขภาพของท่านจะต้องดีขึ้นหรือความรุนแรงของโรคจะลดลงอย่างแน่นอน

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามโดยใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวกรรภา จันทร์ศรีทอง ที่เบอร์โทรศัพท์ 085-118-0096 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/

ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้รับผิดชอบหากเกิดอันตรายที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวกรรภา จันทร์ศรีทอง หมายเลขโทรศัพท์ 085-118-0096 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้าไม่มีให้ระบุว่าไม่มี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนหรือค่าชดเชยจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด ท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์ และพยาบาลตามปกติ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่น่าจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอ
ยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวกรรภา จันทรศรีทอง 1873 หอผู้ป่วย ซีซียู รพ.
จุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กทม 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัว
ของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมิน
ผลการวิจัย

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและ
อุปกรณ์ที่ใช้
ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจาก
โครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับ
ผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้
อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง
8. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และสำเนาเอกสารใบ
ยินยอมที่มีทั้งลายเซ็น และวันที่

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการ
วิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการตึกชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail :
medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่
ท่านพึงมีขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุหลังเกิดกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ชุด ได้แก่

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว
- ชุดที่ 5 แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง



ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียว หรือกรอกข้อความในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. อายุ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย / หย่า / แยก

4. ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้ศึกษา 2. ประถมศึกษา
 3. มัธยมศึกษา 4. ประกาศนียบัตร/อาชีวศึกษา
 5. ปริญญาบัตร 6. อื่นๆ.....

5. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์ 3. อิสลาม 4. อื่นๆ

6. ผู้ดูแลหลัก

1. คู่สมรส 2. บุตร 3. ญาติพี่น้อง 4. อื่นๆ.....

7. ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมานาน.....เดือน.....ปี

8. โรคประจำตัว/ ภาวะโรคร่วม ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1. โรคความดันโลหิตสูง 2. โรคเบาหวาน
 3. โรคไขมันในเลือดสูง 4. โรคไต
 5. โรคข้อเสื่อม 6. โรคอื่นๆ

9. ประวัติการสูบบุหรี่

1. ไม่เคยสูบ
 2. เคยสูบ ระยะเวลาที่สูบ.....ปี จำนวน...../วัน หยุดมานาน.....ปี

10. วิธีการรักษาที่เคยได้รับ

1. ยาละลายลิ่มเลือด
 2. การผ่าตัดบายพาส
 3. การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ แต่ละข้อถามถึงความถี่ของการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการแพทย์ ได้แก่ การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา 2. พฤติกรรมจัดการตนเองด้านบทบาท ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม 3. พฤติกรรมจัดการตนเองด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับ (Rating Scale) ผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนตรงตามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ดังนี้

ปฏิบัติประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปฏิบัติสม่ำเสมอ หรือทุกครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปฏิบัติเกือบทุกครั้ง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันปฏิบัติเป็นส่วนน้อยหรือกระทำกิจกรรมนั้น ๆ เป็นบางครั้งให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	กิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1
ไม่สามารถปฏิบัติได้	หมายถึง	กิจกรรมนั้น ผู้สูงอายุหลังเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันไม่สามารถปฏิบัติได้เลย จึงไม่นำมาคิดคะแนน

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ไม่สามารถ ปฏิบัติได้
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านการแพทย์					
1. เมื่อท่านมีอาการเจ็บหน้าอก ท่านจะหยุดทำกิจกรรมหาก อาการไม่ดีขึ้นจะอมยาใต้ลิ้น ทันที					
2. ท่านรับประทานยาถูกต้อง ครบถ้วนตามตามเวลาและ ขนาดยา					
3. ท่านมาตรวจรักษาก่อนวัน นัดหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ก่อน					
4. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง					
5. ท่านแสวงหาความรู้เรื่องการ ใช้ยา เช่นสรรพคุณของยา ขนาด และวิธีใช้ยา รวมถึงการ เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ ยา					
6. ท่านหลีกเลี่ยงปัจจัยที่จะ กระตุ้นให้เกิดอาการเจ็บ หน้าอก เช่น ควันบู่หรือ อากาศ เย็น ภาวะเครียด หรือการอยู่ใน ที่ชุมชนแออัด					
7. ท่านงดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยง สถานที่ที่มีควันบุหรี่					

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ไม่สามารถ ปฏิบัติได้
พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ด้านบทบาท 8. ท่านหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่มี ไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ อาหารผัดหรือทอด ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู แกงกะทิ ไข่แดง เป็น ต้น					
9. ท่านหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหารที่มีโซเดียม สูงเช่น อาหารเค็ม อาหาร กระป๋อง อาหารหมักดอง ซีอิ๊ว น้ำปลา เกลือ ผงชูรส เป็นต้น					
10. ท่านเลือกรับประทาน อาหารที่มีกากและเส้นใย เช่น ผักและผลไม้ เพื่อป้องกัน ท้องผูก					
11. ท่านงดหรือหลีกเลี่ยงการ ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือ น้ำอัดลม					
12. ท่านออกกำลังกาย สม่ำเสมอวันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และ พยาบาล					

ข้อความ	ปฏิบัติ ประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ (1)	ไม่สามารถ ปฏิบัติได้
13. ท่านงดการออกกำลังกายถ้ามี อาการเจ็บหน้าอก ใจสั่น ไขว้สูง หรือเวียนศีรษะ เป็นต้น					
14. ท่านสังเกตอาการผิดปกติ ขณะออกกำลังกาย หากมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก ใจสั่น หายใจ ลำบาก หรือหน้ามืด จะหยุดออก กำลังกายทันที					
15. ท่านหลีกเลี่ยงการยกของ หนัก หรือทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรง เบ่ง เช่น เบ่งถ่ายอุจจาระ					
16. ในแต่ละคืนท่านพักผ่อนนอน หลับเพียงพอ 7-8 ชั่วโมง					
พฤติกรรมจัดการด้าน อารมณ์					
17. ท่านหาวิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การ ปล่อยวาง ทำสมาธิ เป็นต้น					
18. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านจะ พูดคุยปรึกษาหรือระบายกับคน ใกล้ชิดที่ท่านเชื่อถือหรือไว้วางใจ					
19. ท่านจะเลือกใช้วิธีคลาย เครียดด้วยตนเอง หากไม่ดีขึ้นจะปรึกษาแพทย์ หรือ พยาบาล					
20. ท่านหลีกเลี่ยงการซื้อยานอน หลับหรือ ยาคลายเครียดมาใช้เอง					

ชุดที่ 3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นการวัดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1. ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ได้แก่ การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา 2. ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาท ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม 3. ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์ ได้แก่ การจัดการกับความเครียด มีจำนวนข้อคำถาม 17 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมากที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มั่นใจมาก	หมายถึง	การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจมาก ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจปานกลาง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างมั่นใจเล็กน้อย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้อย่างไม่มั่นใจเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ข้อความ	ไม่มั่นใจ เลย (1)	มั่นใจ เล็กน้อย (2)	มั่นใจ ปานกลาง (3)	มั่นใจ มาก (4)	มั่นใจ มากที่สุด (5)
ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้าน การแพทย์ 1. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถประเมิน อาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเช่น อาการเจ็บ หน้าอก หายใจหอบเหนื่อย และ จัดการอาการได้ถูกต้อง					
2. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ รับประทานยาเฉพาะโรค ได้ถูกต้อง ครบถ้วนตามขนาดและเวลา					
3. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถใช้ยาม ยาได้ลิ้นได้ถูกวิธี เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก					
4. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถไปรับ การตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง					
5. ท่านมั่นใจที่จะปรึกษา หรือขอ คำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล เมื่อ มีปัญหาสุขภาพ					
6. ท่านมั่นใจว่าจะเลิกสูบบุหรี่ได้					
ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านบทบาท 7. ท่านมั่นใจว่าจะหลีกเลี่ยงการ รับประทานอาหาร ที่มีไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู แกง กะทิ หรืออาหารที่ปรุงจากไข่แดง เป็น ต้น					

ข้อความ	ไม่มั่นใจ เลย (1)	มั่นใจ เล็กน้อย (2)	มั่นใจ ปานกลาง (3)	มั่นใจ มาก (4)	มั่นใจ มากที่สุด (5)
8. หากน้ำหนักเกินมาตรฐาน ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมน้ำหนักตัวโดยการจำกัดอาหารให้เพียงพอเหมาะสมได้					
9. ท่านมั่นใจว่าจะเลิกดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์คาเพื่อนได้ เช่น สุรา ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง					
10. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3-5 วันต่อสัปดาห์					
11. ขณะออกกำลังกาย หากมีอาการเจ็บหน้าอกท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้					
12. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถจัดการตนเองให้หลับพักผ่อนได้ 7-8 ชั่วโมงในแต่ละวันโดยไม่ใช้ยานอนหลับ					
13. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถประเมินความพร้อมก่อนมีเพศสัมพันธ์ และประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะมีเพศสัมพันธ์ได้					
14. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมตามสมรรถภาพร่างกาย					

ข้อความ	ไม่มั่นใจ เลย (1)	มั่นใจ เล็กน้อย (2)	มั่นใจ ปานกลาง (3)	มั่นใจ มาก (4)	มั่นใจ มากที่สุด (5)
ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้าน อารมณ์ 15. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิด ความเครียด					
16. ท่านมั่นใจว่าจะสามารถ ควบคุมและจัดการกับความเครียด ได้อย่างเหมาะสม					
17. หากไม่สามารถจัดการ ความเครียดได้ ท่านมั่นใจว่าจะ สามารถขอคำปรึกษาจากแพทย์ หรือพยาบาล					

ชุดที่ 4. แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

คำชี้แจง แบบประเมินฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการสนับสนุนที่ท่านได้รับจากครอบครัว ในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น ซึ่งแต่ละข้อมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 5
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมาก ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 4
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวปานกลาง ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 3
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวน้อย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 2
ไม่ได้รับเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกว่าไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเลย ให้ระดับคะแนนเท่ากับ 1

ข้อความ	ได้รับ มากที่สุด (5)	ได้รับ มาก (4)	ได้รับปาน กลาง (3)	ได้รับ น้อย (2)	ไม่ได้รับ เลย (1)
การสนับสนุนด้านอารมณ์					
1. เมื่อท่านกังวลหรือไม่สบายใจสมาชิก ในครอบครัว จะรับฟังท่านปรับทุกข์ หรือระบายความรู้สึก					
2. ท่านได้รับคำปลอบโยนและได้รับ กำลังใจในการต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่จาก สมาชิกในครอบครัว					
3. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ แสดง ความห่วงใยเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยจาก สมาชิกในครอบครัว					
4. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่นใจปลอดภัย					
5. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีเรื่องไม่สบาย ใจ ท่านได้รับกำลังใจ หรือการสัมผัส ปลอบโยน					
การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็น คุณค่า					
6. สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพ นับถือ และเกรงใจท่าน					
7. สมาชิกในครอบครัวเห็นด้วยกับท่าน ในการตัดสินใจหรือการจัดการเกี่ยวกับ งานอื่น ๆ ภายในบ้าน					
8. สมาชิกในครอบครัวชมเชยว่าท่าน ดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี					

ข้อความ	ได้รับ มากที่สุด (5)	ได้รับ มาก (4)	ได้รับปาน กลาง (3)	ได้รับ น้อย (2)	ไม่ได้รับ เลย (1)
9. เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ จะมาขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากท่าน					
10. สมาชิกในครอบครัวแสดงออกว่าท่านมีความสำคัญต่อครอบครัว					
11. สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความเคารพในความเชื่อและการตัดสินใจของท่าน					
การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม					
12. สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปเที่ยวพบปะเพื่อนฝูงหรือไปร่วมงานสังสรรค์ต่าง ๆ ตามที่ท่านต้องการ					
13. เมื่อสมาชิกในครอบครัวของท่านมีปัญหาท่านได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหา					
14. สมาชิกในครอบครัวยินดีที่จะให้ท่านทำงานร่วมกับครอบครัว เช่น การปลูกต้นไม้ การช่วยเหลือบุตร-หลาน					
15. ท่านได้รับเชิญไปร่วมงานที่ญาติพี่น้องหรือเพื่อนจัดขึ้นเสมอ เช่น งานแต่งงาน งานบวช					
16. สมาชิกในครอบครัวเห็นด้วยและสนับสนุนเมื่อท่านต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ไปวัด ทำบุญ					

ข้อความ	ได้รับ มากที่สุด (5)	ได้รับ มาก (4)	ได้รับปาน กลาง (3)	ได้รับ น้อย (2)	ไม่ได้รับ เลย (1)
การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และ แรงงาน					
17. สมาชิกในครอบครัวให้ความ ช่วยเหลือท่านเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นอย่างดี					
18. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือใน การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ หรืออาหารที่ เหมาะสมกับโรคของท่าน					
19. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือแบ่ง เบาภาระงานในบ้านเพื่อให้ท่านมีเวลา พักผ่อนอย่างเต็มที่					
20. สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือท่าน ในการพาท่านไปตรวจตามนัด					
21. สมาชิกในครอบครัวให้ความ ช่วยเหลือท่านโดยจัดที่อยู่อาศัยให้ สะดวกสบายในชีวิตประจำวันของท่าน					
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร					
22. สมาชิกในครอบครัวสนใจและเอาใจ ใส่ หาข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายมาบอกท่าน					
23. สมาชิกในครอบครัวชักชวนให้ท่าน อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ หรือดูรายการ โทรทัศน์ที่เกี่ยวกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย					

ข้อความ	ได้รับ มากที่สุด (5)	ได้รับ มาก (4)	ได้รับปาน กลาง (3)	ได้รับ น้อย (2)	ไม่ได้รับ เลย (1)
24. สมาชิกในครอบครัวให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายแก่ท่าน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เป็นต้น					
25. สมาชิกในครอบครัวตักเตือนเมื่อท่านปฏิบัติตนที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของท่าน เช่น การรับประทานอาหารรสเค็ม การออกกำลังกายหักโหม เป็นต้น					
26. สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล					
27. สมาชิกในครอบครัวตักเตือนท่านเกี่ยวกับการไปตรวจตามที่แพทย์นัด					

ชุดที่ 5. แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง

คำชี้แจง แบบประเมินเรื่องความเปราะบาง EFS (Edmonton Frail Scale) แปลจาก (Graham et al., 2013) ความเปราะบางประกอบด้วย 9 ด้าน ได้แก่ การคิดรู้ สุขภาพโดยทั่วไป ความเป็นอิสระในการทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การรับประทานยา โภชนาการ อารมณ์ความรู้สึก การกลั้นปัสสาวะ และ Functional performance โดยมีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับผู้ตอบสามารถเลือกตอบเพียงข้อละ 1 ข้อคำตอบเท่านั้น

การแปลผลคะแนนแบบประเมินเรื่องความเปราะบาง คะแนนอยู่ระหว่างจาก 0-17 คะแนน คะแนนมากแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางระดับรุนแรง คะแนนน้อย แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเปราะบางระดับต่ำ มีการแปลผลคะแนนดังนี้

- 0-3 คะแนน หมายถึง มีความเปราะบางในระดับต่ำ
- 4-6 คะแนน หมายถึง มีความเปราะบางในระดับปานกลาง
- >7 คะแนน หมายถึง มีความเปราะบางในระดับรุนแรง

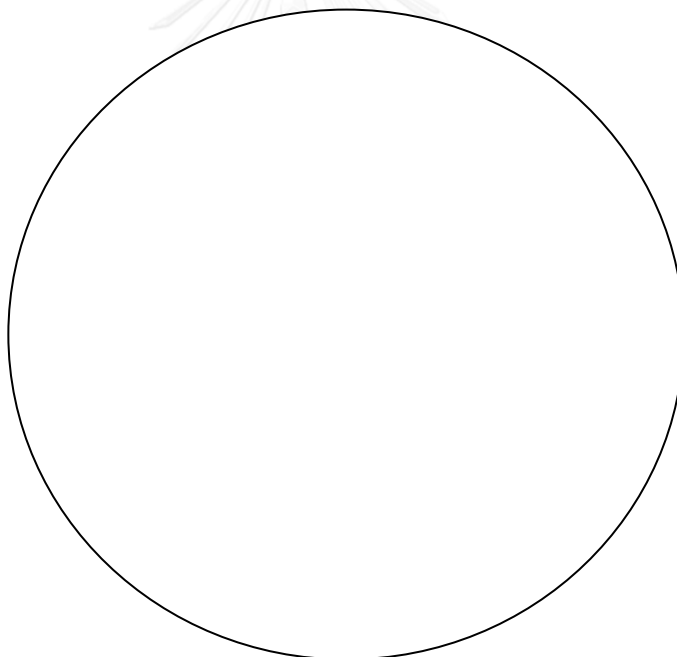
แบบประเมินความเปราะบาง ของเอ็ดมันตัน

ผู้ตรวจสอบ
วันที่
คะแนน column 2 x 1 =คะแนน
column 3 x 2 = คะแนน

1. ด้านการคิดรู้

ให้ท่านจินตนาการว่าวงกลมที่เห็นด้านล่างเป็นหน้าปัดนาฬิกา ให้ท่านเติมตัวเลขลงในตำแหน่งที่
ถูกต้องบนหน้าปัดนาฬิกา จากนั้นวาดเข็มนาฬิกาบอกเวลา สิบเอ็ดนาฬิกาสิบนาที

- ผ่าน (0 คะแนน) ไม่ผ่านโดยมีข้อผิดพลาดเล็กน้อย (1 คะแนน)
- ไม่ผ่านโดยมีข้อผิดพลาดที่สำคัญ (2 คะแนน)



2. สุขภาพโดยทั่วไป

ท่านมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปีที่ผ่านมากี่ครั้ง

- 0 (0 คะแนน) 1-2 (1 คะแนน) > 2 (2 คะแนน)

ท่านให้คำจำกัดความภาวะสุขภาพของตนเองว่าอย่างไร (เลือกเพียง 1 ข้อ)

- ดีเยี่ยม (0 คะแนน) ดีมาก (0 คะแนน) ดี (0 คะแนน)
 ปานกลาง (1 คะแนน) แย่ (2 คะแนน)

3. ความเป็นอิสระในการทำกิจกรรม

จำนวนกิจกรรมที่ท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น การเตรียมอาหาร, ไปตลาด, การเดินทาง, โทรศัพท์, ทำความสะอาดบ้าน, ซัก-รีดผ้า, การจ่ายเงิน-ทอนเงิน, การรับประทานยา

- 0-1(0 คะแนน) 2-4 (1 คะแนน) 5-8 (2 คะแนน)

4. การสนับสนุนทางสังคม

เมื่อจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ท่านมีผู้ที่ให้ความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการได้หรือไม่

- มีคนช่วยได้เสมอ (0 คะแนน) มีคนช่วยได้เป็นบางครั้ง (1 คะแนน)
 ไม่มีคนช่วยเหลือ (2 คะแนน)

5. การรับประทานยา

ยาที่ท่านรับประทานมีมากกว่า 5 ชนิดใช่หรือไม่ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน)

ท่านลืมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งใช่หรือไม่ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน)

6. โภชนาการ

ในช่วงที่ผ่านมาท่านน้ำหนักลด จนเสื้อผ้าท่านหลวมใช่หรือไม่

- ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน)

7. อารมณ์ความรู้สึก

ท่านรู้สึกเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้า บ่อยครั้งใช่หรือไม่

- ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน)

8. การกลืนปัสสาวะ

ท่านมีอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ใช่หรือไม่

- ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน)

9. Functional performance ไม่ต้องทำหากผู้ป่วยไม่เต็มใจหรือไม่ปลอดภัยที่จะทำการประเมิน

ให้ท่านนั่งเก้าอี้ตัวนี้ แล้วเอนหลังและวางแขนตามสบาย จากนั้นลุกขึ้นยืน และเดินด้วยระยะก้าวที่ท่านรู้สึกปลอดภัยและสบายใจ ในระยะทาง 3 เมตรและเดินกลับมาที่เก้าอี้และนั่งลง ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมดวินาที

- 0-10 วินาที (0 คะแนน) 11-20 วินาที (1 คะแนน) >20 วินาที (2 คะแนน)



Reliability

Scale: Self-management

Case Processing Summary

		N	%
Valid		30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
Total		30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.968	20

Reliability

Scale: Self-efficacy

Case Processing Summary

		N	%
Valid		30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
Total		30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.908	17

Reliability

Scale: Frailty

Case Processing Summary

		N	%
Valid		30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
Total		30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.795	11

Reliability

Scale: Family support

Case Processing Summary

		N	%
Valid		30	100.0
Cases	Excluded ^a	0	.0
Total		30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.993	27

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.834 ^a	.696	.682	6.59058	.696	48.103	5	105	.000	1.573

a. Predictors: (Constant), คะแนนรวมความเปราะบาง, เพศ, ภาวะโรคร่วม, ผลรวมคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ผลรวมคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัว

b. Dependent Variable: ผลรวมคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10446.881	5	2089.376	48.103	.000 ^b
	Residual	4560.759	105	43.436		
	Total	15007.640	110			

a. Dependent Variable: ผลรวมคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง

b. Predictors: (Constant), คะแนนรวมความเปราะบาง, เพศ, ภาวะโรคร่วม, ผลรวมคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ผลรวมคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัว

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics		
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF	
	1	(Constant)	10.685			6.132		1.742	.084	-1.474	22.843		
	เพศ	3.780	1.466	.147	2.578	.011	.873	6.688	.169	.244	.139	.887	1.128
	ภาวะโรคร่วม	.645	.805	.044	.802	.424	-.950	2.241	.133	.078	.043	.972	1.028
	ผลรวมคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.469	.076	.458	6.164	.000	.318	.619	.738	.515	.332	.525	1.904
	ผลรวมคะแนนการสนับสนุนจากครอบครัว	.192	.049	.319	3.908	.000	.095	.290	.739	.356	.210	.435	2.301
	คะแนนรวมความเปราะบาง	-.665	.307	-.154	-2.169	.032	-1.273	-.057	-.599	-.207	-.117	.574	1.743

a. Dependent Variable: ผลรวมคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ภาคผนวก จ
รายชื่อผู้ตรวจสอบการแปลเครื่องมือ
ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ และตารางวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้แปลเครื่องมือแบบประเมินความเปราะบาง Edmonton frail scale

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. ดร.วรวรรณ เพ็ชรกิจ | สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาวิตรี วุฒิศะโร | สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. อาจารย์นันทิญา วิชญะเรีร | สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. Mr.James Muphy | สถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวภรปภา จันท์ศรีทอง เกิดวันพุธที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2529 ที่จังหวัดจันทบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2552 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ในปีการศึกษา 2557 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

