

Factors Predicting Self-management Behaviors among Older Persons with Cardiovascular Risks*

Jirawan Phuaphae, RN, MNS¹, Narirat Jitramontree, RN, PhD¹,
Veenus Leelahakul, RN, DSc¹

Abstract

Purpose: The purpose of this research was to evaluate the knowledge of cardiovascular disease and self-conduct, self-efficacy, social support, and self-management behaviors of older persons with cardiovascular risks, to assess the associations among those factors, and to study the ability of such factors to predict self-management behaviors.

Design: Predictive design.

Methods: The sample group was consisted of older persons between the ages of 60-79 years old, with cardiovascular risks and showed a response from at least 1 item on the General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care. A total of 85 subjects were selected by purposive sampling during the months of June and July of 2014. The data were collected via questionnaires which included demographics information, knowledge of cardiovascular disease and self-conduct, self-efficacy, social support, and self-management behaviors. Data analysis was done using descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: The results of this study found that 70.6% of the sample group had a high level of knowledge regarding cardiovascular disease and self-conduct ($\bar{X} = 14.4$, $SD = 3.2$), 75.3% had a high level of self-efficacy ($\bar{X} = 237.6$, $SD = 41.2$), 51.8% had a medium level of social support ($\bar{X} = 61.7$, $SD = 11.3$), and 75.3% had a high level of self-management behaviors ($\bar{X} = 74.0$, $SD = 9.9$). The stepwise regression analysis found that all 3 factors can predict self-management behaviors by 70.6%, ($R^2 = .706$, $F = 68.314$, $p = .000$).

Conclusion and recommendations: To promote self-management behaviors in older persons with cardiovascular risks, several factors are involved. Nurses should provide knowledge on cardiovascular disease and self-conduct effectively. It should be easy to understand by older persons. Further, their self-efficacy in self-management should be strengthened by providing a record book to monitor blood sugar level and blood pressure. Family support for promoting self-management should be also encouraged.

Keywords: knowledge of cardiovascular disease and self-conduct, self-efficacy, social support, self-management

J Nurs Sci. 2015;33(2):41-50

Corresponding Author: Assistant Professor Narirat Jitramontree, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: narirat.jit@mahidol.ac.th

** Master thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด*

จิราวรรณ เผื่อนแผ้ว พย.ม.¹ นาริรัตน์ จิตรมนตรี, PhD¹ วิษีส สีพท์กุล, DSc¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และศึกษาความสัมพันธ์รวมทั้งอำนาจการทำนายของตัวแปรต้น ดังกล่าวต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาแบบหาค่าอำนาจการทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปีและมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ จาก General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 85 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2557 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 14.4$, $SD = 3.2$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 237.6$, $SD = 41.2$) การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 61.7$, $SD = 11.3$) และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 74.0$, $SD = 9.9$) และผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรต้นทั้ง 3 สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 70.6 ($R^2 = .706$, $F = 68.314$, $p = .000$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดควรประกอบด้วยหลายส่วน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พยาบาลควรมีการพัฒนาวิธีการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้มีความเหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ และควรใช้วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น เช่น ใช้สมุดบันทึกแสดงการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต รวมทั้งควรกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองด้วย

คำสำคัญ: ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเอง

J Nurs Sci. 2015;33(2):41-50

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นาริรัตน์ จิตรมนตรี, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: narirat.jit@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญขงปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO)¹ ระบุว่าในปี พ.ศ. 2551 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.3 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 23.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้เสียชีวิตมาจากกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา สำหรับประเทศไทยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 3 อันดับแรก ในช่วงเวลาราว 20 ปีที่ผ่านมา และยังพบว่าความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย โดยพบความชุกในประชากรวัยสูงอายุมากกว่าวัย 3-5 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่² เนื่องจากในผู้สูงอายุ ลักษณะทางกายภาพและสรีรวิทยาบางอย่างของระบบหัวใจและหลอดเลือดมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เช่น ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นกว่าวัยอื่นด้วย^{1,3}

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถประเมินได้จากปัจจัยหลายประการ และความเสี่ยงแต่ละประการก็ส่งผลต่อระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่แตกต่างกัน จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไว้อย่างหลากหลาย การศึกษาหนึ่งที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดคือ Framingham Heart Study⁴ โดยความเสี่ยงหลักต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ทำการศึกษาคือ ได้แก่ เพศ อายุ Systolic Blood Pressure (SBP) ระดับไขมันในเลือด เป็นโรคเบาหวาน สูบบุหรี่⁵ ซึ่งจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 เกี่ยวกับโรคและภาวะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายต้องมีการลดบทบาททางสังคมลง และในบางครั้งอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทั้งยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจะได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจร้อยละ 54 และรัฐบาลยังต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 1,070,575,799 บาทต่อปี ยังไม่นับรวมถึงต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหัวใจขาดเลือด 1,034,950,193 บาทต่อปี

ผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติจึงต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นจำนวนมาก⁶ ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน: Integrated Theory of Health Behavior Change⁷ เป็นทฤษฎีที่มีการผสมผสานปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากทฤษฎีด้านสุขภาพหลายทฤษฎี สามารถช่วยอธิบายเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ชัดเจนและมีความเชื่อมโยงมากขึ้น โดยตามแนวคิดเชื่อว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี รวมทั้งมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะส่งผลให้บุคคลเกิดกระบวนการกำกับตนเองและทักษะในการกำกับตนเอง ก่อให้เกิดเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลที่ดีต่อภาวะสุขภาพตามมาด้วย อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านลักษณะของบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม การจัดการตนเองที่แตกต่างกันด้วย แต่เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งอาจเป็นการยากต่อการนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการศึกษาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจึงมุ่งเน้นไปที่ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลที่จะสามารถนำไปใช้ในการให้คำแนะนำ และส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดพฤติกรรมจัดการตนเอง จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมจัดการตนเอง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้^{10,16,19-22} แต่การศึกษายังไม่ครอบคลุมในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง¹¹ โรคความดันโลหิตสูง^{13,19,22} โรคเบาหวาน^{10,20-21} ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังนั้น มีความแตกต่างจากความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีการศึกษาในกลุ่มของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ อีกทั้งการศึกษาส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาที่ทำในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ อาจมีความแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สูงกว่า อาจมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น จากการที่มีการเข้าถึงข้อมูลและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากบุคลากรสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างทั่วไป การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ก็อาจมีความแตกต่างกันออกไป เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ อาจต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในด้านร่างกาย และการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จะช้าลง ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อนำความรู้ไปส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

สมมติฐานวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาแบบหาค่าทำนาย (predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตบางกอกน้อย ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 30 วัด เจ้าอาวาส กรุงเทพมหานคร และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างน้อย 1 ข้อ จาก General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care⁵ ดังนี้ 1) มีญาติสายตรงที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนวัยอันควร ก่อนอายุ 45 ปีในเพศชาย ก่อนอายุ 55 ปีในเพศหญิง หรือ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (total cholesterol > 160 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์, HDL < 45 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์) หรือ 3) มีระดับความดันโลหิตสูง (กรณี ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา SBP > 130 มิลลิเมตรปรอท, ได้รับการรักษาด้วยยา SBP > 120 มิลลิเมตรปรอท) หรือ 4) มีภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) หรือ 5) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือ 6) สูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบัน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 85 คน ตามคุณสมบัติดังนี้ คือ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดข้างต้นอย่างน้อย 1 ข้อ ข้างต้น มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลที่ถูกต้อง สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยทริโคระห์อำนาจของการทดสอบ (power of analysis) สำหรับสถิติสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ .80 ค่าอิทธิพลของความสัมพันธ์ขนาดปานกลาง ($f^2 = .15$) โดยมีตัวแปรทำนาย จำนวน 3 ตัว ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 คน ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบ รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดัดแปลงจาก General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care⁵ ใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอ

ของรายได้ โรคประจำตัวและการรักษา

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของวินัส ลิฟท์กุล⁸ มีข้อความคำถามจำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบถูก ผิด แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่สูง

2.3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ วินัส ลิฟท์กุล⁸ และสุภาพร เพ็ชรอรุณ¹⁰ มีข้อความคำถามจำนวน 33 ข้อ (กรณีเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ) และมีข้อความ 24 ข้อ (กรณีไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 11 ระดับ แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีระดับความมั่นใจที่สูง

2.4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ กนกกาญจน์ สวัสดิภาพ¹¹ ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹² มีข้อความคำถามจำนวน 23 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ คะแนนมาก หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

2.5 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือของ เบญจมาศ ถาดแสง¹³ และสุภาพร เพ็ชรอรุณ¹⁰ มีข้อความคำถามจำนวน 25 ข้อ (กรณีเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ) และมีข้อความ 17 ข้อ (กรณีไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพบแพทย์และรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองที่ดี

เครื่องมือในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน หลังจากนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วจึงนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ .89, .85, .83 และ .88 ตามลำดับ จึงนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำผลการทดสอบมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ใช้วิธีของ Kuder-Richardson สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .75 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87, .91 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA No.IRB-NS2014/ 20.2703

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ประจำศูนย์บริการสาธารณสุข 30 วัดเจ้าอาาม ในการร่วมเข้าเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อช่วยแนะนำผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ ในการเข้าเก็บข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุในชุมชน หลังจากนั้นผู้วิจัยเป็นผู้ทำหน้าที่ชี้แจงผู้สูงอายุในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และทำการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ หากพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ 1 ข้อ ขึ้นไป จึงถือว่าผู้สูงอายุมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบถึงโครงการวิจัยโดยละเอียด วัตถุประสงค์ในการศึกษา ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงอธิบายถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตามรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมสอบถามความสมัครใจ หากผู้สูงอายุตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจึงให้ผู้สูงอายุลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรต้นทั้ง 3 ตัว ต่อตัวแปรตาม โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน (stepwise regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 56.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.9 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 48.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.2 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 69.4 มีแหล่งรายได้จากบุตร/หลานมากที่สุด ร้อยละ 51.8 รายได้เฉลี่ย 12,000 บาทต่อเดือน รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.5 และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.4

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 14.4$, $SD = 3.2$) ร้อยละ 70.6 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 237.6$, $SD = 41.2$) ร้อยละ 75.3 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 61.7$, $SD = 11.3$) ร้อยละ 51.8 และพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 74.0$, $SD = 9.9$) ร้อยละ 75

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (N = 85)

ตัวแปร	Range	\bar{X}	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	6-19	14.4	3.2	สูง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	100-317	237.6	41.2	สูง
การสนับสนุนทางสังคม	35-89	61.7	11.3	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	39-92	74.0	9.9	สูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .795$, $p = .000$) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .640$, $p = .000$) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .684$, $p = .000$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยทำนาย กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	1			
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.655**	1		
3. การสนับสนุนทางสังคม	.403**	.609**	1	
4. พฤติกรรมการจัดการตนเอง	.684**	.795**	.640**	1

** p = .000

4. อำนาจการทำนายของตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ระดับ $p = .000$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเท่ากับ .847 สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 70.6 มีค่าความคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย (standard error of estimate) เท่ากับ ± 5.375 ($R^2 = .706$, $F = 68.314$, $p = .000$) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE b	β	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว	.880	.242	.284	3.634	.000
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.110	.022	.458	5.077	.000
และการสนับสนุนทางสังคม	.216	.065	.246	3.305	.001

a = 21.827, SE est = ± 5.375

R = .847, $R^2 = .706$, $F = 68.314$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 70.6 มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 14.4$, $SD = 3.2$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 83.5 จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง มีการเข้าถึงข้อมูลและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง จากบุคลากรสุขภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นโรคเรื้อรัง ตรงตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ⁴ ที่เชื่อว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคล มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรยา ภูมิศรีแก้ว¹⁵ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างทั่วไปที่ไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.3 มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 237.6$, $SD = 41.2$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองให้เหมาะสมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiou และคณะ¹⁶ ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชาวไต้หวัน อายุเฉลี่ย 70 ± 10.1 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-79 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งยังมีกรรับรู้ที่ดี สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองเป็นอย่างดี และมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง แม้บางรายจะมีโรคประจำตัว แต่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้ง่าย เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.4 เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ มาจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้อยู่เสมอ ทั้งยังสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสังเกตประสบการณ์ความสำเร็จในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอื่นด้วย ตรงตามแนวคิดของ Bandura¹⁷ ที่เชื่อว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งสามารถสร้างให้เกิดได้โดยการเรียนรู้ข้อมูลจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ¹⁰ ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีระดับความมั่นใจในการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากขึ้น เมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 51.8 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 61.7$, $SD = 11.3$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร เพ็ชรอาวุธ และคณะ¹⁰ อาจเนื่องมาจากครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างต้องประกอบอาชีพ เพื่อเป็นรายได้หลักของครอบครัว จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งรายได้หลักจากบุตร/หลาน (ร้อยละ 51.8) จึงทำให้บุตร/หลานไม่มีเวลาในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างเป็นอยู่ รวมถึงไม่สามารถพากลุ่มตัวอย่างไปพบแพทย์ได้อย่างไรก็ดีครอบครัวมักจะเอาใจใส่กลุ่มตัวอย่างโดยการพูดคุยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อาการเกี่ยวกับโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างและแผนการรักษาของแพทย์ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจ ก็ยังสามารถพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวได้ ส่วนเพื่อน/เพื่อนบ้าน พบว่ามีการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอยู่บ้าง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการพูดคุยเรื่องทั่วไปมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Cobb¹⁸ ที่เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลที่ได้รับเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแลเอาใจใส่ และเป็นที่ยกของบุคคลอื่น ได้รับการเคารพและมีบุคคลมองเห็นคุณค่าของตน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 75.3 มีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 74.0$, $SD = 9.9$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผัก ผลไม้ที่มีรสหวานน้อยเป็นประจำ เลือกใช้น้ำมันจากพืชแทนน้ำมันจากสัตว์ในการประกอบอาหาร และพยายามควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งมักจะมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการจัดเตรียมอาหารสำหรับสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังเป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง ซึ่งยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นอย่างดี และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง เนื่องจากสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมได้ง่าย ทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองและครอบครัวเรื่องพฤติกรรมรับประทานอาหารได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดดา นางแย้ม¹⁹ ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 64.6 เป็นผู้สูงอายุ และมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเหมาะสมมาก ด้านการออกกำลังกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3-5 ครั้ง/สัปดาห์

ส่วนใหญ่จะไปออกกำลังกาย ที่ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนในวันที่ไม่มีกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุก็มักจะออกกำลังกายเองที่บ้าน โดยการแกว่งแขน บริหารร่างกายทำง่ายๆ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ไปออกกำลังกายร่วมกับชมรมด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างสม่ำเสมอ โดยหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนอยู่ เช่น การดื่มกาแฟ 1-2 แก้ว/วัน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจะสูบบุหรี่ ดื่มสุราน้อยกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร เพ็ชรอาวูร และคณะ¹⁰ ในกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง ส่วนการดื่มกาแฟ แม้ว่าจะดื่มกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะดื่มกาแฟเป็นประจำ แต่ก็ดื่มไม่เกินวันละ 1-2 แก้ว และมักจะดื่มกาแฟร้อนที่เติมน้ำตาล ครึ่ม ในปริมาณเล็กน้อยเท่านั้น ด้านการจัดการอารมณ์ ความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการอารมณ์ ความเครียด ที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความเครียด และหากมีเรื่องไม่สบายใจบางครั้งก็มักจะผ่อนคลายความเครียด โดยการไม่คิดมาก หรือบางเรื่องก็ใช้วิธีการพูดระบายให้เพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวฟัง และด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษาและการไปตรวจตามนัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา และการไปตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา กลุ่มตัวอย่างจะพยายามรับประทานยาให้ครบตามจำนวน และเวลาครบทุกมื้อ และพยายามไปตรวจตรงตามนัดทุกครั้ง

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐาน โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ร้อยละ 70.6 ($R^2 = .706$, $F = 68.314$, $p = .000$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ ($\beta = .458$, $\beta = .284$ และ $\beta = .246$; $p < .01$) ตามลำดับ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ($r = .684$, $p = .000$) และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ ($\beta = .284$, $p = .000$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้

เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง จึงมีผลต่อการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูงด้วย เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของบุคคลได้ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน⁷ ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ซึ่งจะส่งผลต่อการคาดหวังต่อผลลัพธ์ การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณลดา นางแย้ม¹⁹ พบว่า ความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 27.2 ($R^2 = .272$, $p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญเดือน วัฒนกุล²⁰ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ร้อยละ 21.1 ($R^2 = .211$, $p < .01$) และการศึกษาของ Didarloo และคณะ²¹ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ร้อยละ 25.3 ($R^2 = .253$, $p < .01$)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ($r = .795$, $p = .000$) และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .458$, $p = .000$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง จึงมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับที่สูงด้วย ซึ่งตรงตามแนวคิดของ Bandura¹⁷ ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความมั่นใจในความสามารถของบุคคล ว่าตนสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลจากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น และการชักจูงด้วยคำพูด รวมถึงสภาวะทางสรีระและอารมณ์ทางบวก โดยเมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Chiou และคณะ¹⁶ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ร้อยละ 38.1 ($R^2 = .381$, $p < .01$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากที่สุด ร้อยละ 24 ($R^2 = .240$, $p < .01$) และการศึกษาของ สุภาพร เพ็ชรอาวูร และคณะ¹⁰ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่

เป็นโรคเบาหวานได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = .344, p = .000$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด ($\beta = .509, p = .000$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุญเดือน วัฒนกุล²⁰ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ร้อยละ 21.1 ($R^2 = .211, p < .01$) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุด ($\beta = .243, p = .000$) และการศึกษาของ Didarloo และคณะ²¹ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 25.3 ($R^2 = .253, p < .01$) และยังคงคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ²² พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 18

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ($r = .640, p = .000$) และสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ ($\beta = .246, p = .000$) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและตอนกลาง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี และได้รับการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจากบุคลากรสุขภาพและชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จึงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ดี เพราะการสื่อสารระหว่างผู้รับบริการสุขภาพและบุคลากรสุขภาพ จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีผู้รับบริการสุขภาพและบุคลากรสุขภาพ Polzer²³ และทำให้ผู้สูงอายุเกิดประสบการณ์ที่ดี มีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในตนเอง และส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Cobb¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพาพร เพ็ชรอาวูธ และคณะ¹⁰ พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 34.4 ($R^2 = .344, p < .000$) โดยการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองได้ ($\beta = .229, p < .05$) และการศึกษาของ บุญเดือน วัฒนกุล²⁰ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ร้อยละ 21.1 ($R^2 = .211, p < .001$)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้าสนับสนุนแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสานของ Ryan⁷ ซึ่งใช้อธิบายแนวทางในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง และมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา สำหรับอำนาจการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่เหลืออีกร้อยละ 29 ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน เช่น ปัจจัยด้านองค์ประกอบส่วนบุคคล จึงทำให้การผันแปรของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองไม่ได้นั้นอยู่แต่เพียงปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรประกอบด้วยหลายส่วน ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว พยาบาลควรมีการพัฒนาวิธีการให้ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้มีความเหมาะสมกับลักษณะการเรียนรู้ของผู้สูงอายุเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ และควรใช้วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น เช่น ใช้สมุดบันทึกแสดงการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต รวมทั้งควรกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้วย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 2013 June 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
2. National Health Examination Survey Office. Public health survey in Thailand by physical examination 4th 2008-2009 [Internet]. Nonthaburi: Health Information System Development Office-HISO; 2013 [cited 2013 June 18]. Available from: <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/index.php?m=1>. (in Thai).
3. American Heart Association. What is cardiovascular disease (heart disease)? [Internet]. Dallas: American Heart Association; 2013 [cited 2013 June 18]. Available from: http://www.heart.org/HEARTORG/Caregiver/Resources/WhatIsCardiovascularDisease/What-is-Cardiovascular-Disease_UCM_301852_Article.jsp.

4. Framingham Heart Study. History of the Framingham heart study [Internet]. Framingham: Framingham Heart Study; 2013 [cited 2013 June 18]. Available from: <http://www.framinghamheartstudy.org/about-fhs/history.php>.
5. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care the Framingham heart study. *Circulation*. 2008;117(6):743-53.
6. Pitayatiennan P, Thavorncharoensap M, Suksomboon N, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Boonchon R, Impact of overweight and obesity on health-care costs in Thailand. *Journal of Health Systems*. 2011;5(3):287-98. (in Thai).
7. Ryan P. Integrated theory of health behavior change: Background and intervention development. *Clin Nurse Spec*. 2009;23(3):161-70.
8. Leelahakul V. Health promotion model improves cardiovascular risks in Thai overweight adults. Paper presented at: The meeting of Sigma Theta Tau International's 22nd International Nursing Research Congress; 2011 July; Cancun, Mexico.
9. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Engle Wood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1997.
10. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. *J Nurs Sci*. 2012;29(4):18-26. (in Thai).
11. Sawasdiaphab K, Sanpanawat N. Factors affecting cardiovascular disease preventive behavior of the dyslipidemia people in Ubon Ratchathani province. *Journal of Graduate School, Pityatat*. 2011;6(1):7-15. (in Thai).
12. House JS. *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley; 1981.
13. Thatsaeng B, Lasuka D, Khampolsiri T. Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal*. 2012;39(4):124-37. (in Thai).
14. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Q*. 1988;15(2):175-83.
15. Poomsrikaew O. Risk factors and perception of coronary heart disease risk among Thai patients with type 2 diabetes. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2012;18(2):34-47. (in Thai).
16. Chiou AF, Wang HL, Chan P, Ding YA, Hsu KL, Kao HL. Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in Northern Taiwan. *J Nurs Res*. 2009;17(3):221-30.
17. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of self-control*. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
18. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300-14.
19. Nangyaem A. Determinants of eating behavior of hypertensive patients [master's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2007. 87 p. (in Thai).
20. Wattanakul B. Factors influencing diabetes self-management behaviors among patients with T2DM in rural Thailand [dissertation]. Chicago: University of Illinois; 2012. 141 p.
21. Didarloo A, Shojaeizadeh D, ASL RG, Habibzadeh H, Niknami S, Pourali R. Prediction of self-management behavior among Iranian women with type 2 diabetes: Application of the theory of reasoned action along with self-efficacy (ETRA). *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(2):86-95.
22. Lee JE, Han HR, Song H, Kim J, Kim KB, Ryu JP, et al. Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):411-7
23. Polzer RL. African Americans and diabetes: Spiritual role of the health care provider in self-management. *Res Nurs Health*. 2007;30(2):164-74.