



Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Congestive Heart Failure*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

ปาณิกา	ธนหิรัญกิจทอง**	Palika	Thanahirankijthong**
โรจน์	จินตนาวัฒน์***	Rojanee	Chintanawat***
พนิดา	จันทโสภิษฐ์***	Phanida	Juntasopeepun***

Abstract

Self-management among older persons with congestive heart failure is rather complex. Therefore, the ability to control the disease's symptoms requires adequate health literacy. This correlational descriptive research aimed to examine health literacy, self-management, and the relationship between health literacy and self-management among older persons with congestive heart failure. Participants were older persons with congestive heart failure who visited a heart failure clinic at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The 84 participants were selected using convenience sampling during September to November 2021. The research instruments used in this study included a demographic data recording form, and a health literacy and self-management behaviors scale for older persons with congestive heart failure. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation.

The results indicated that participants' health literacy and self-management were at high levels. Health literacy had a positive relationship with self-management at a high level with statistical significance ($r = .70, p < .01$).

The results from this study demonstrate the benefits for healthcare providers in encouraging health literacy and self-management among older persons with congestive heart failure.

Key word: Self-management; Health literacy; Older persons; Congestive heart failure

* Master's thesis, Master of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: aompalikat@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



บทคัดย่อ

การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นค่อนข้างซับซ้อน ดังนั้นศักยภาพในการควบคุมอาการของโรคจึงจำเป็นต้องมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 84 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก ระหว่างเดือนกันยายน ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70, p < .01$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว

* วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: aompalikat@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แม้ปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาล แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องเผชิญกับความเสี่ยงของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Jonkman et al., 2016) โดยจากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีอายุ 40 - 59 ปี อายุ 60 - 79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 2.70, 11.40 และ 24.10 ตามลำดับ (Mackert, Mabry-Flynn, Champlin, Donovan, & Pounders, 2016) เห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นตามจำนวนอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้ข้อมูลจากสมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation) พบอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับร้อยละ 45 หรือคิดเป็น 17.90 ล้านคนต่อปี (Ferreira et al., 2019) ส่วนในประเทศไทยจากการสำรวจของกลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2561 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 31.12 ของประชากรทั้งหมด (Department of Disease Control, 2018) เป็นไปทำนองเดียวกันกับข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่พบผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวปี พ.ศ. 2560 จำนวน 84,000 ราย เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ถึงร้อยละ 25 ที่มี 67,000 ราย (Bayer Thailand, 2019) และผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ โดยมีการกลับเข้ามานอนในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 23.70 (Chou, Matcho, Postva, Bilderback, & Freburger, 2021)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรับภาระตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ บริโภคอาหารครบทุกหมู่อย่างเพียงพอ จำกัดน้ำดื่มและเกลือ ในกรณีที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรง (Dickstein et al., 2008) ต้องงดดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งน้ำหนักเป็นประจำวัน ต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องปรับตัวในการเข้าสังคม และต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวล และภาวะเครียดหรือซึมเศร้าได้ (Apiromrat, 2017) ซึ่งหากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจัดการตนเองก็จะสามารถควบคุมโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับพฤติกรรมของตนเองด้วยความตั้งใจและมีส่วนร่วมในการจัดการโรคเรื้อรังกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ 1) การจัดการทางด้านการรักษา (medical management) เช่น รับประทานยาให้ถูกต้องเหมาะสม ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด และเพื่อป้องกันอาการกำเริบที่คุกคามต่อชีวิต มาตรวจตามนัด หรือมาตรวจก่อนนัดหากมีอาการผิดปกติ 2) การจัดการทางด้านการบทบาทหน้าที่ (role management) เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ปรับบทบาทในการดำเนินชีวิต เพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และ 3) การจัดการทางด้านการอารมณ์ (emotional management) ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น วิตกกังวล กลัว เครียด คับข้องใจ ท้อแท้ รู้สึกหมดหวัง ซึมเศร้า เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมการจัดการตนเองทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ โดยพบว่าการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยการศึกษาของ ซาโน และ มาจิมา (Sano & Majima, 2018) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพศชายของประเทศญี่ปุ่นที่มีอายุ 70 - 85 ปี พบว่ามีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของ จิตติมา ทาสวรรณอินทร์, ลินจง โปธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ (Tasuwannin, Pothiban, & Khampolsiri, 2019) พบว่าการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการจัดการตนเองจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยปัจจัยที่แก้ไขได้และปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ ได้แก่ อายุ (Jacobson et al., 2018) ระดับการศึกษา (Gallagher, 2010) ส่วนปัจจัยที่แก้ไขได้ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Peters, Potter, Kelly, & Fitzpatrick, 2019) แรงสนับสนุนทางสังคม (Rosland, Heisler, Choi, Silveira, & Piette, 2010) ภาวะความรุนแรงของโรค (Bostouwen et al., 2015) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) (Chen et al., 2014) จากการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ร่วมกับผู้สูงอายุ และเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น แต่การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงมีน้อย และศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ เข้าถึง และคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการควบคุมโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะที่ค่อนข้างซับซ้อน ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ต้องมีความรู้ในการควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างเหมาะสม

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือ ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม (Nutbeam, 2000) ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ 3 ชั้น ดังนี้ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy/basic skill and understanding) เป็นทักษะในการอ่านและการเขียน การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคล 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร (interactive/communication health literacy) เป็นทักษะของการสื่อสาร การพูด การฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรับใช้ข้อมูลให้เข้ากับสภาวะสุขภาพที่ดี และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจลญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะในการคิดวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อนำมาปฏิบัติในการส่งเสริมและควบคุมโรคของตนเองได้ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ค่อนข้างซับซ้อน เรื้อรัง อาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของตนเองและการบริการ การค้นหาแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีการสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ ข้อมูลด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับภาวะโรคของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลง

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ ดาฮาล และ ฮอสเซอินซาเดห์ (Dahal & Hosseinzadeh, 2019) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้ที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จาก 14 งานวิจัย พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาของ ปาปาตากอส และ คณะ (Papadakos et al., 2018) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อายุมากกว่า 65 ปี ในประเทศอังกฤษ จำนวน 44 ราย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = 0.29$, $p = 0.4$) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ($r = .54$, $p < .01$) (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) และผู้สูงอายุที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($r = .55$, $p < .01$) (Mahanupab, Chintanawat, & Juntasopeepun, 2022) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในไทยและต่างประเทศ แม้จะพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ร่วมกับผู้สูงอายุ และเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น แต่การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยตรงมีน้อย มีการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุ



เพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย การศึกษาที่ผ่านมาจึงยังคงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับวัย เพศ การศึกษา และวิถีดำเนินชีวิตและบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน อาจทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สามารถนำมาอ้างอิงได้โดยตรงกับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคค่อนข้างซับซ้อน ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของโรค ซึ่งการจัดการตนเองตามแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยการจัดการตนเองใน 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จะสามารถจัดการตนเองได้นั้นต้องอาศัยทักษะทางปัญญาในการเข้าถึงข้อมูล ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ร่วมกับอาศัยทักษะทางสังคมในการสื่อสาร ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อคิดวิเคราะห์และตัดสินใจ เลือกข้อมูลสุขภาพมาสู่การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และได้รับการรักษาที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกตามสะดวก (convenience sampling) จากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและเข้ามารับการรักษา ที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เนื่องจากเป็นคลินิกหัวใจล้มเหลวที่ใหญ่ที่สุดในภาคเหนือ และรับดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 โดยมีเกณฑ์นำเข้าสู่กลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้

สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ มีการรับรู้ที่ปกติ โดยผ่านการประเมินด้วยแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Police Station, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2014) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนนมากกว่า หรือเท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป และมีความสนใจและยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการ power analysis (Cohen, 1988) กำหนดค่าอำนาจทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ค่า r เท่ากับ 0.54 นำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม G power ได้ค่า lower critical r เท่ากับ 0.38 จึงเลือกค่า r ที่ต่ำสุด คือ 0.30 และนำไปคำนวณในโปรแกรม G power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของ ไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของ สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Police Station, 2018)

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2014)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ผู้ดูแลหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว และแหล่งข้อมูลสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิกาวา, ทาเคอุชิ, และ ยาโนะ (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำพลศิริ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) โดยปรับคำว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และยังคงรายละเอียดของข้อคำถามเดิมทุกประการ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง โดยแบ่งคะแนนทางปฏิบัติเป็นทางบวกและทางลบ ได้แก่ ไม่เคย ทางบวกเท่ากับ 1 ทางลบเท่ากับ 4, นาน ๆ ครั้ง ทางบวกเท่ากับ 2 ทางลบเท่ากับ 3, บางครั้ง ทางบวกเท่ากับ 3 ทางลบเท่ากับ 2, บ่อยครั้ง ทางบวกเท่ากับ 4 ทางลบเท่ากับ 1

แบบวัดมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน ในการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class intervals) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างอันตรภาคชั้นตามหลักการค่าเฉลี่ย (Jirojkul, 2005) แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ปานกลาง สูง กำหนดตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 14.00 – 28.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับระดับต่ำ
คะแนน 28.01 – 42.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนน 42.01 – 56.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, ลินจง โพธิบาล, และ ทศพร คำผลศิริ (Tasuwatin, Pothiban, & Khampolsiri, 2019) ตามกรอบแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 32 ข้อ โดยแบ่งเป็น ข้อคำถามการจัดการตนเองด้านการรักษา จำนวน 27 ข้อ การจัดการตนเองด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 2 ข้อ และการจัดการตนเองด้านอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 4 หมายถึง สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเป็นอย่างมาก, คะแนน 3 หมายถึง สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านค่อนข้างมาก, คะแนน 2 หมายถึง สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านในบางครั้ง, คะแนน 1 หมายถึง ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติของท่านเลย

แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีคะแนน อยู่ในช่วงระหว่าง 32.00 – 128.00 คะแนน ในการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้น (class intervals) โดยใช้วิธีการคำนวณหาช่วงกว้างระหว่างอันตรภาคชั้นตามหลักการค่าเฉลี่ย (Jirojkul, 2005) โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง สูง กำหนดเกณฑ์ดังนี้

คะแนนช่วง 32.00 – 64.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ
คะแนนช่วง 64.01 – 96.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง
คะแนนช่วง 96.01 – 128.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

1. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของ อิชิคาว่า และคณะ (Ishikawa et al., 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) มาใช้ โดยปรับคำว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือเนื้อหาของข้อคำถาม ซึ่งแบบวัดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

2. แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของ ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (Tasuwatin et al., 2019) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและการจัดการตนเอง 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ จำนวน 2 ท่าน และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาข้อ (item content validity index: I-CVI) ได้เท่ากับ 0.95 และค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดทั้งชุด (scale content validity index: S-CVI) ได้เท่ากับ 0.96

การตรวจสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการที่คลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest) โดยนำแบบวัด

พฤติกรรมจัดการตนเองให้กลุ่มตัวอย่างทำ 2 ครั้ง ระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณค่า Pearson correlation ได้เท่ากับ 0.98

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอต่อ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 2564-EXP068 เมื่อได้ผ่านการรับรองและได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้นำหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ NONE-2564-08470 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยทำเอกสาร ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาหากปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งมอบหนังสือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลทำเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และในระหว่างสอบถามผู้วิจัยได้เว้นระยะห่าง และนั่งห่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 1 เมตร สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดการสัมภาษณ์ เตรียมเจลแอลกอฮอล์ไว้ให้ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างล้างมือ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตนเองจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) ทำการคัดกรองระดับสติปัญญาการรู้คิด โดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป และความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนขึ้นไป
4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตามวันที่กลุ่มตัวอย่างมีนัดกับแพทย์ที่คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามทีละข้อ โดยไม่มีการอธิบายเพิ่ม ซึ่งใช้เวลาในการตอบคำถามแต่ละครั้งประมาณ 30 – 45 นาที และในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ภายหลังสิ้นสุดการตอบคำถาม ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้สถิติพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้คะแนนรวมไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test (KS) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโค้งไม่ปกติ จึงตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรของ 2 ตัวแปร ด้วย สถิติ Spearman's rank correlation กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.57 มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 58.33 ค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 68.47 ปี (SD = 5.67) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.10 เกือบทั้งหมดอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 94.05 โดยส่วนใหญ่มีคนเดียว ร้อยละ 79.76 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับการศึกษา มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 57.14 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 67.86 โดยเป็นข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 26.19 และมีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 65.48 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.57 กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีภาวะโรคร่วม ร้อยละ 94.05 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.57 และร้อยละ 14.29 มีภาวะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ตามลำดับ (แบ่งตามความสามารถในการทำกิจกรรมตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ปี 1994) และได้รับประทานยา 6 – 10 ชนิด ร้อยละ 52.38 และกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีช่องทางการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 100.00

2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำสุด เท่ากับ 33 คะแนน สูงสุด 49 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ 42.57 คะแนน (SD = 3.46) อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการตนเองต่ำสุด เท่ากับ 90 คะแนน สูงสุด 122 คะแนน และมีค่าเฉลี่ยการจัดการตนเองโดยรวม เท่ากับ 109.95 คะแนน (SD = 7.72) อยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

และการจัดการตนเอง โดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 84)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด – สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{X}$ (SD)	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14 - 56	33 - 49	42.57 (3.46)	สูง
การจัดการตนเอง	32 - 128	90 - 122	109.95 (7.72)	สูง



เมื่อจำแนกระดับความรู้สุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ตามระดับที่ได้กำหนดไว้ 3 ระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับสูง ร้อยละ 61.90 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.10 ส่วนการจัดการตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.90 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 13.10 และเมื่อจำแนกข้อมูลรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.86 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.86 และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจักษ์ญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.38 และเมื่อจำแนกข้อมูลการจัดการตนเองรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.67 ในรายข้อ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.48 ร้อยละ 88.10 ร้อยละ 65.48 และ ร้อยละ 94.05 ตามลำดับ ในประเด็นการสังเกตอาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.48 ส่วนในประเด็นตวงปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ทั้งโดยรวมและรายด้าน (n = 84)

ตัวแปร	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	-	32 (38.10)	52 (61.90)
ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน			
ขั้นพื้นฐาน	5 (5.95)	57 (67.86)	22 (26.19)
ขั้นปฏิสัมพันธ์	-	27 (32.14)	57 (67.86)
ขั้นวิจักษ์ญาณ	2 (2.38)	44 (52.38)	38 (45.24)
การจัดการตนเองโดยรวม	-	11 (13.10)	73 (86.90)
การจัดการตนเองรายด้าน			
ด้านการรักษา	-	7 (8.33)	77 (91.67)
การสังเกตอาการ	2 (2.38)	55 (65.48)	27 (32.14)
การตวงปัสสาวะ	84 (100.00)	-	-
การรับประทานอาหารและน้ำ	-	8 (9.52)	76 (90.48)
การรับประทานยา	-	10 (11.90)	74 (88.10)
การออกกำลังกาย	-	29 (34.52)	55 (65.48)
การจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลง	-	5 (5.95)	79 (94.05)
การดูแลสุขภาพทั่วไป	-	10 (11.19)	74 (88.10)
ด้านบทบาทหน้าที่	-	-	84 (100.00)
ด้านอารมณ์	19 (22.62)	54 (64.29)	11 (13.09)

3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70, p < .01$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสม ร่วมกับมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเอง (Nutbeam, 2000) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ชั้น ประกอบด้วย 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะในการอ่านและการเขียน การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคล 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์/การติดต่อสื่อสาร เป็นทักษะของการสื่อสาร การพูด การฟัง การใช้ความรู้ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรับใช้ข้อมูลให้เข้ากับสภาวะสุขภาพที่ดี และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ เป็นทักษะในการคิดวิเคราะห์ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับมา รู้เท่าทันสื่อ ตัดสินใจ และสามารถเลือกปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนให้ดีขึ้น ซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องกับการศึกษาของ ยาดาฟ และคณะ (Yadav et al., 2020) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วมในชนบทของประเทศเนปาล จำนวน 238 ราย ที่มีอายุมากกว่า 56 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง และจากการศึกษาของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 84 ราย ก็พบว่ามีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งร้อยละ 58.33 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และมีอายุเฉลี่ย 68.47 ปี ($SD = 5.67$) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100 ได้รับการศึกษา เกินครึ่งร้อยละ 57.14 มีการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น กระบวนการชราที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ยังมีความเสื่อมน้อย จึงทำให้ยังมีการรับรู้ที่ดี สามารถรับและเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ ใช้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา คิดวิเคราะห์ เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ (Kitsadachatree, 2019) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.57 เป็นเพศชาย ซึ่งพบว่าเพศชายจะมีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เนื่องจากมักมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ซึ่งเป็นไปอย่างต่อเนื่องกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และ ชาตินัย หวานวาจา (Kespichayawattana, Wivatvanit, & Wanwacha, 2020)

การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งร้อยละ 63.10 มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.05 อาศัยอยู่กับครอบครัว คู่สมรส บุตร หลาน ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ สามารถช่วยในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค ภาวะสุขภาพต่าง ๆ การอ่านฉลากยาได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.57 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.86 มีภาวะความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะหัวใจล้มเหลวนาน รวมทั้งการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน ความรุนแรงของโรคเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการดูแลที่

ต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยสนิทสนมใกล้ชิดกับบุคลากรสุขภาพ ถ้ามีปฏิสัมพันธ์ พูดคุยเกี่ยวกับการรักษา ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรับผิดชอบด้านสุขภาพร่วมกันกับบุคลากรสุขภาพ จะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดร้อยละ 100.00 ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองจากบุคลากรสุขภาพ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง

กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ถึงแม้ว่าจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อจำแนกรายด้าน จะเห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน และขั้นวิจารณ์ญาณของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.86 และ ร้อยละ 52.38 อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างบางรายที่มีอายุมาก มีข้อจำกัดในการเรียนรู้และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ มีปัญหาความจำ และมีความบกพร่องในการสื่อสาร เช่น การได้ยิน การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และการอ่านข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ (Kespichayawattana et al., 2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยลง ส่วนการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.86 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์สูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.14 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ วรณศิริ นิลเนตร (Nilnate, 2014) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่จบการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สามารถค้นคว้าข้อมูลสุขภาพ และสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้มากกว่า และด้วยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องสื่อสารปัญหาสุขภาพของตนเองกับแพทย์และพยาบาลทุกครั้งที่มาตรวจตามนัด รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพโดยตรง จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านอารมณ์ตามกรอบแนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.33 มีอายุช่วง 60-69 ปี ซึ่งยังเป็นวัยสูงอายุตอนต้นที่มีความเสื่อมสภาพทางกายตามกระบวนการชราไม่มาก จึงยังคงสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ จาคอบสัน และคณะ (Jacobson et al., 2018) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รัฐโอไฮโอ ประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุเฉลี่ย 67.8 ปี พบว่าการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อายุเฉลี่ย 69.69 ปี ก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เกือบทั้งหมด ร้อยละ 94.05 อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการควบคุมโรคของตนเองได้ ให้คำชี้แนะด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับภาวะของโรคได้ดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.48 มีรายได้พอเพียง ซึ่งการมีรายได้ที่พอเพียง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านรายได้ ทั้งยังสามารถมาพบแพทย์ตามนัด และได้รับการดูแลรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเอเชีย เป็นการทบทวนวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ ของ จันท์จิรา สีสว่าง และ ปุลวิช ทองแดง (Seesawang & Thongtang,

2019) พบว่าปัจจัยปัญหาทางการเงินและแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเอเชีย

นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองสูง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งร้อยละ 53.57 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป การที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเจ็บป่วยค่อนข้างนาน จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และมีประสบการณ์ในการจัดการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคได้ดี เนื่องจากจะได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของ ลู และ คณะ (Luo et al., 2015) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานจะมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.90 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของตนเองกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพดังกล่าวไปสู่การจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งสามารถสนับสนุนผลจากการศึกษาของ อามานี แดมะยู, นูร์ดีนี ดือเระ, สุภาวดี อติศัยศักดิ์, พิชราวดี ทองเนื่อง, และ ปุณณัฐจารี จรินทร์ธนันต์ (Daemayu, Dereh, Adisaisakda, Tongnuang, & Jarintanan, 2022) ที่ศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุไทยมุสลิมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะสามารถจัดการตนเองได้ดี

ผลการศึกษาครั้งนี้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการจัดการตนเองด้านการตรวจปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 100 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีการประกอบอาชีพ ซึ่งการที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่สะดวกต่อการตรวจปัสสาวะ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.57 มีความรุนแรงของโรคอยู่ในระยะที่ 2 ยังสามารถควบคุมโรคได้จึงอาจไม่ให้ความสำคัญต่อการตรวจปัสสาวะ นอกจากนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการจัดการตนเองด้านบทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 แต่มีการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.29 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ปี ขึ้นไป ระยะเวลาของการเป็นโรคค่อนข้างนาน อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับบทบาทการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้ แต่เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมีความซับซ้อน อาการและการแสดงมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย จึงทำให้การจัดการตนเองมีความยุ่งยาก จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด รู้สึกเบื่อหน่าย และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของตนเองลดลงได้เช่นกัน (Ko et al., 2012)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .70, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีระดับความรู้ที่เพียงพอจะทำให้มีการจัดการตนเองที่ดี แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถใช้ความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล มีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยอาศัยทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ซึ่งการอ่านออกเขียนได้แล้ว ยังต้องอาศัยทักษะความสามารถของแต่ละบุคคล ที่มีความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพและการบริการ การค้นหาแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ มีการสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกข้อมูลทางด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมกับภาวะโรคของตนเอง (Peterson et al., 2011) จากการศึกษาของ ยาดาฟ และคณะ (Yadav et al., 2020) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วมในชนบทของ



ประเทศเนปาล จำนวน 238 ราย มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี โดยร้อยละ 73.90 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ($r = .37, p < .001$) จากการศึกษาในประเทศไทยของ พิมพ์พลอย มหานุภาพ และคณะ (Mahanupab et al., 2022) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 84 ราย พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($r = 0.55, p < 0.01$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งจบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.33

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเองที่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการรักษาที่เกี่ยวข้อง การสังเกตอาการ และการตรวจปัสสาวะให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายในการจัดการตนเองด้านการรักษา และด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองที่เป็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

Reference

- Apiromrat, R. (2017). Promotion of quality of life among patients with congestive heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 28(2), 2-15. (in Thai)
- Bayer Thailand. (2019). *Report healthy heart, healthy aging, Thailand*. Retrieved from <https://www.bayer.com/th/th/thailand-healthy-hearts-healthy-aging-thailand-report>
- Bos-Touwen, I., Schuurmans, M., Monnickhof, E. M., Korpershoek, Y., Spruit-Bentvelzen, L., Ertugrul-van der Graaf, I., & Trappenburg, J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: A cross-sectional survey study. *PLoS One*, 10(5), e0126400. doi: 10.1371/journal.pone.0126400
- Chiang Mai Provincial Police Station. (2018). *Elderly health screening guide (Health Promotion Group, Chiang Mai Provincial Public Health Office)*. Retrieved from http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197 (in Thai)
- Chen, A. M., Yehle, K. S., Albert, N. M., Ferraro, K. F., Mason, H. L., Murawski, M. M., & Plake, K. S. (2014). Relationships between health literacy and heart failure knowledge, self-efficacy, and self-care adherence. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(2), 378-386. doi: 10.1016/j.sapharm.2013.07.001
- Chou, A., Matcho, B., Postva, A. M., Bilderback, A., & Freburger, J. K. (2021). Is discordance between recommended and actual postacute discharge setting a risk factor for readmission in patients with congestive heart failure? *Journal of the American Heart Association*, 10(15), 15219-3130. doi: 10.1161/JAHA.120.020425



- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Daemayu, A., Dereh, N., Adisaisakda, S., Tongnuang, P., & Jarintanan, P. (2022). Factors influencing self-management among Thai Muslim elderly with type 2 diabetes mellitus in community. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(3), 169-187. (in Thai)
- Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2019). Association of health literacy and diabetes self-management: A systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 526-533. doi: 10.1071/PY19007
- Department of Disease Control. (2018). *Coronary artery disease (CAD) 2019*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227091554.pdf> (in Thai)
- Department of Medical Services. (2014). *Long term care*. Retrieved from <https://www.udo.moph.go.th/thepost/upload/UX4ctZPEMRiXzcWnqcMqylj5O/EgzAFiPptt9hEgeHvmTU5Xuwo.doc> (in Thai)
- Dickstein, K., Cohen-Solal, A., Filippatos, G., McMurray, J. V., Ponikowski, P., Poole-Wilson, P., ... Swedberg, K. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Journal of Heart Failure*, 10(10), 933-989. doi: 10.1016/j.ejheart.2008.08.005
- Ferreira, J. P., Kraus, S., Mitchell, S., Perel, P., Pineiro, D., Chioncel, O., ... Sliwa, K. (2019). World heart federation roadmap for heart failure. *Glob Heart*, 14(3), 197-214. doi: 10.1016/j.gheart.2019.07.004
- Gallagher, R. (2010). Self management, symptom monitoring and associated factors in people with heart failure living in the community. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(3), 153-160. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.12.006
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879. doi: 10.2337/dc07-1932
- Jacobson, A. F., Sumodi, V., Albert, N. M., Butler, R. S., DeJohn, L., Walker, D., ... Ross, D. M. (2018). Patient activation, knowledge, and health literacy association with self-management behaviors in persons with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Cardiopulmonary and Acute Care*, 47(5), 447-451. doi: 10.1016/j.hrtlng.2018.05.021
- Jirojkul, P. (2005). *Research in nursing concepts, principles and practices* (2nd ed.). Bangkok: Academic Welfare Project Praboromarajchanok Institute. (in Thai)



- Jonkman, N. H., Westland, H., Groenwold, R. H., Agren, S., Atienza, F., Blue, L., ... Hoes, A. W. (2016). Do self-management interventions work in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Circulation*, 133(12), 1189-1198. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018006
- Kespichayawattana, J., Wivatvanit, S., & Wanwacha, C. (2020). Health literacy of older persons participating in senior clubs and learning centers in the Bangkok metropolitan. *Demography Journal*, 36(2), 40-57. (in Thai)
- Kitsadachatree, P. (2019). Cognitive status, cognitive thinking and memory of the elderly. *Journal of MCU Humanities Review*, 5(1), 63-72. (in Thai)
- Ko, S. H., Park, S. A., Cho, J. H., Ko, S. H., Shin, K. M., Lee, S. H., ... Ahn, Y. B. (2012). Influence of the duration of diabetes on the outcome of a diabetes self-management education program. *Diabetes & Metabolism Journal*, 36(3), 222-229. doi: 10.4093/dmj.2012.36.3.222
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01
- Luo, X., Liu, T., Yuan, X., Ge, S., Yang, J., Li, C., & Sun, W. (2015). Factors Influencing self-management in Chinese adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11304-11327. doi: 10.3390/ijerph120911304
- Mackert, M., Mabry-Flynn, A., Champlin, S., Donovan, E. E., & Pounders, K. (2016). Health literacy and health information technology adoption: The potential for a new digital divide. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e264. doi: 10.2196/jmir.6349
- Mahanupab, P., Chintanawat, R., & Juntasopeepun, P. (2022). Health literacy and self-management in older persons receiving hemodialysis. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 37(1), 108-124. (in Thai)
- Nilnate, W. (2014). *Health literacy in Thai elders in senior citizens club of Bangkok*. (Doctoral dissertation) Chulalongkorn University, Thailand.
- Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal*, 47(2), 251-261. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124(21), 4202-4210. doi: 10.1002/cncr.31733
- Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: A cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 37. doi: 10.1186/s12955-019-1103-3



- Peterson, P. N., Shetterly, S. M., Clarke, C. L., Bekelman, D. B., Chan, P. S., Allen, L. A., ... Masoudi, F. A. (2011). Health literacy and outcomes among patients with heart failure. *JAMA*, 305(16), 1695-1701. doi: 10.1001/jama.2011.512
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Rosland, A. M., Heisler, M., Choi, H. J., Silveira, M. J., & Piette, J. D. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure: Do family members hinder as much as they help? *Chronic Illness*, 6(1), 22-33. doi: 10.1177/1742395309354608
- Sano, M., & Majima, T. (2018). Self-management of congestive heart failure among elderly men in Japan. *International Journal of Nursing Practice*, 24(Suppl.1), e12653. doi: 10.1111/ijn.12653
- Seesawang, J., & Thongtang, P. (2019). Factors associated with self-management ability among older adults with hypertension in Asia: A systematic review of qualitative studies. *Nursing Science Journal*, 37(1), 86-107. (in Thai)
- Tasuwanin, T., Pothiban, L., & Khampolsiri, T. (2019). Effects of self-management enhancement on quality of life and rehospitalization rate among elderly with heart failure. *Nursing Journal*, 46(4), 108-121. (in Thai)
- Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., Bhatta, N., & Harris, M. F. (2020). Self-management practice, associated factors and its relationship with health literacy and patient activation among multi-morbid COPD patients from rural Nepal. *BMC Public Health*, 20(1), 300. doi: 10.1186/s12889-020-8404-7