JNPHR
Journal of Nursing and Public Health Research
วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข

e269707

Journal of Nursing and Public Health Research

อายุและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ: เปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

Age and Self-Care Behaviors for Maintaining Health Status in Patients with Cardiovascular Disease: A Comparison Between Adults and Older Adults

นันท์ณภัส สารมาศ[1], นฤเบศร์ โกศล[1], กมลนาถ มุขมณเฑียร[1*]

Nannapath Saramad[1], Naruebeth Koson[1], Kamonnard Mookmontien[1*]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก[1]

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute[1]

(Received: June 13, 2024; Revised: August 5, 2024; Accepted: November 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของปัจจัยด้านอายุและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคะแนนและอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 401 ราย เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย และอัตราพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent t-test, Chi-Square และ Odd Ratio

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมเหมาะสมเท่ากับ 80.50 คะแนน (S.D. = 14.57) ซึ่งวัยผู้ใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่สูงกว่าวัยสูงอายุ (OR = 1.30 95%CI: 1.07-1.58) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด (OR = 1.55 95%CI: 1.30-1.86) รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (OR = 1.28 95%CI: 1.06-1.55) ทำกิจกรรมทางกาย (OR = 1.26 95%CI: 1.05-1.52) รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา (OR = 1.43 95%CI: 1.19-1.71) พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ) (OR = 1.45 95%CI: 1.20-1.74) ในวัยผู้ใหญ่มีอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากกว่าวัยสูงอายุ และไม่แตกต่างกันในอีก 4 ด้านที่เหลือ ดังนั้น ควรมีการพัฒนารูปแบบส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมาตรวจรักษาตรงแพทย์นัด การรับประทานยาต่อเนื่อง ส่งเสริมการออกแรงกิจกรรมทางกาย รวมไปถึงการเข้าถึงวัคซีนไข้หวัด และวิธีการป้องกันการเจ็บป่วย

คำสำคัญ: อายุ, การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ, โรคหลอดเลือดหัวใจ, ผู้ใหญ่, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ กมลนาถ มุขมณเฑียร e-mail: kamonnard@bcnnakhon.ac.th

Abstract

This cross-sectional survey aimed to examine the effects of age and self-care behaviors on maintaining health status among adult and older patients with cardiovascular disease. It also compared the scores and proportions of self-care behaviors between these two groups. Secondary data were used, involving 401 participants diagnosed with cardiovascular disease. The research instrument was the 9-item Self-Care Maintenance subscale of the Self-Care of Coronary Heart Disease Index-Thai version (SC-CHDI-Thai), which had a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.80. Data analysis included comparing mean scores and appropriate self-care maintenance behaviors between adults and older adults using Independent t-tests, Chi-square tests, and Odds ratios.

The study found that patients with cardiovascular disease had an overall mean self-care maintenance score of 80.50 (S.D. = 14.57), indicating an appropriate level of self-care, with adults scoring significantly higher than older adults. Adults also demonstrated higher odds of engaging in specific self-care maintenance, including attending scheduled medical appointments (OR = 1.55, 95% CI: 1.30–1.86), taking aspirin or anticoagulant medication (OR = 1.28, 95% CI: 1.06–1.55), participating in physical activity (OR = 1.26, 95% CI: 1.05–1.52), adhering to prescribed medications without forgetting doses (OR = 1.43, 95% CI: 1.19–1.71), and avoiding illness through preventive measures like flu vaccination and handwashing (OR = 1.45, 95% CI: 1.20–1.74). The remaining self-care maintenance showed no significant differences between groups. These findings highlight the need to develop interventions for older adults that focus on improving self-care behaviors, including attending medical appointments, ensuring consistent medication adherence, promoting physical activity, increasing access to flu vaccines, and adopting preventive measures to avoid illness.

Keywords: Age, Self-Care Maintenance, Coronary Heart Disease, Older Adults, Adults

บทนำ

อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ด้วยความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีการรักษา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น การแก่ชราเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ซึ่งมีลักษณะของการทำงานทางสรีรวิทยาที่เสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง ด้วยเหตุนี้ปัจจัยด้านอายุหรือการแก่ชราจึงได้รับการยอมรับกันทั่วโลกว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจำนวน

ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิด “พายุการกระจายตัวของโรคหลอดเลือดหัวใจ” อย่างสมบูรณ์ โดยอัตราเฉลี่ยของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจครั้งแรกในช่วงอายุระหว่าง 35 ถึง 44 ปี ประมาณ ร้อยละ 0.30 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.40 ในช่วงอายุระหว่าง 85 ถึง 94 ปี (Camici & Liberale, 2017) การแก่ชราจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจผ่านกลไกทางพยาธิสรีรภาพหลายประการ เช่น การหนาตัวของหลอดเลือดแดงหรือผนังหัวใจห้องล่าง การเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น ระดับความเครียดจากปฏิกิริยาออกซิเดชันและการอักเสบที่เพิ่มขึ้น ระดับไขมันในเลือดสูง และการสูญเสียระบบการเผาผลาญระดับน้ำตาลในเลือด (Cacciatore, Martone, Landi, & Tosato, 2023) โดยกระบวนการของพยาธิสรีรภาพเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเกือบครึ่งหนึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ดัชนีมวลกาย ไขมันแอลดีแอล ความใกล้ชิดในครอบครัว (Li et al., 2022; Oliveira et al., 2019) การสูญเสียความคล่องตัวทางกายภาพ เป็นต้น (Belitardo & Ayoub, 2015) เช่นเดียวกับประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล 1-2 ครั้งในระยะเวลา 12 เดือน โดยโรคร่วมเป็นปัจจัยทำนายการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Polsook & Aungsuroch, 2021) ซึ่งภายหลังการเกิดเหตุการณ์หัวใจชนิดที่รุนแรง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self-Care Maintenance) ควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินของโรคผ่านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ด้วยวิธีการรับประทานยาสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงกับโรค การทำกิจกรรมทางกาย จัดการความเครียด หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยหรือการป้องกันหวัด รวมไปถึงการมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ (Riegel et al., 2021; Riegel et al., 2017) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพทีมสุขภาพต้องคำนึงถึงปัจจัยความแตกต่างด้านอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ต้องอาศัยความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญา เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ลืมกินยา การมาพบแพทย์ตามนัด ทำกิจกรรมทางกาย เป็นต้น ซึ่งกระบวนการชราจะส่งผลให้ความสามารถเหล่านี้น้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถทางสติปัญญาเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง (Cognitive Impairment) ที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะเปราะบาง พลัดตกหกล้ม แสดงให้เห็นว่าความอ่อนแอทางร่างกายและสติปัญญามีกลไกทางชีววิทยาและการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมร่วมกัน (Borges, Yassuda, Cesari, & Aprahamian, 2019; Muir, Gopaul, & Montero Odasso, 2012) รวมไปถึงความเสื่อมถอยของความสามารถในการควบคุมความคิด การกระทำ อารมณ์ และความสามารถในการจดจำลดลงอาจทำให้การสื่อสาร การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำลดลงตามไปด้วย อันส่งผลต่อการตัดสินใจทางคลินิกของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ปัจจุบันมีทฤษฎีและสมมุติฐานจำนวนมากอธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคหลอดเลือดหัวใจกับสมองในผู้สูงอายุผ่านกระบวนการพยาธิสรีรวิทยาของหลอดเลือดหัวใจที่มีการอุดตัน จนทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเกิดการบาดเจ็บหรือสูญเสียหน้าที่ในการบีบตัว อันส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง นำไปสู่

ความบกพร่องในการไหลเวียนเลือดไปยังสมองโดยตรง และการไหลเวียนเลือดในไตลดลง ไปกระตุ้นระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน อัลโดสเตอโรน และหลังจากนั้นทำให้การไหลเวียนเลือดในสมองบกพร่อง หรือนำไปสู่ความเสียหายของเนื้อเยื่อสมองจากการอักเสบทั่วร่างกาย รวมไปถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ทำหัตถการสวนหลอดเลือดหัวใจหรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดขนาดเล็กหลุดลอยเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดไปยังสมอง ซึ่งท้ายที่สุดนำไปสู่ความเสื่อมถอยทางสติปัญญาเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง นอกจากนี้ความผิดปกติของเยื่อบุผนังหลอดเลือดอาจนำไปสู่ความเครียดของหลอดเลือดและการการผลิตไนตริกออกไซด์ลดลง ซึ่งไนตริกออกไซด์เกี่ยวข้องกับการผลิตโปรตีนที่ได้มาจากสมอง มีบทบาทสำคัญในการทำงานของการรับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเรียนรู้และความจำ (Wang et al., 2023; Zuo & Wu, 2022) นอกจากการเสื่อมถอยของสติปัญญาและร่างกายตามช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น (ชญาณี สุวรรณสา, วารี กังใจ และสหัทยา รัตนจรณะ, 2566)

รายงานการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าปัจจัยด้านอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Al-Sutari & Ahmad, 2022) ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Nurdina, Daulati, & Herdiman, 2023) และวิถีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุ (OR 0.959, 95%CI: 0.924–0.994) ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและแย่ลง (Ingadóttir, Svavarsdóttir, Jurgens, & Lee, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า อัตราส่วนผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าวัยผู้ใหญ่ (อรุณศรี รัตนพรหม, นิตยา ศรีสุข และนฤเบศร์ โกศล, 2566) นอกจากนี้ยัง พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งอายุผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ศึกษาพบว่ามีอายุระหว่าง 51-60 ปี เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีการเสื่อมถอยทางร่างกายในด้านประสาทการรับรู้ การเคลื่อนไหว การมองเห็น ตลอดจนพฤติกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงและอาจนำไปสู่เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง จึงอาจทำให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่ดี (ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, อณัญญา ลาลุน และธรณินทร์ คุณแขวน, 2564) อย่างไรก็ตามข้อสมมุติฐานข้างต้นยังไม่มีหลักฐานการวิจัยสนับสนุนเพียงพอ โดยส่วนใหญ่จะรายงานความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ไม่มีการศึกษาความแตกต่างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพรายข้อระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้จึงเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ย และอัตราพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาผลของปัจจัยด้านอายุและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

3. เปรียบเทียบอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

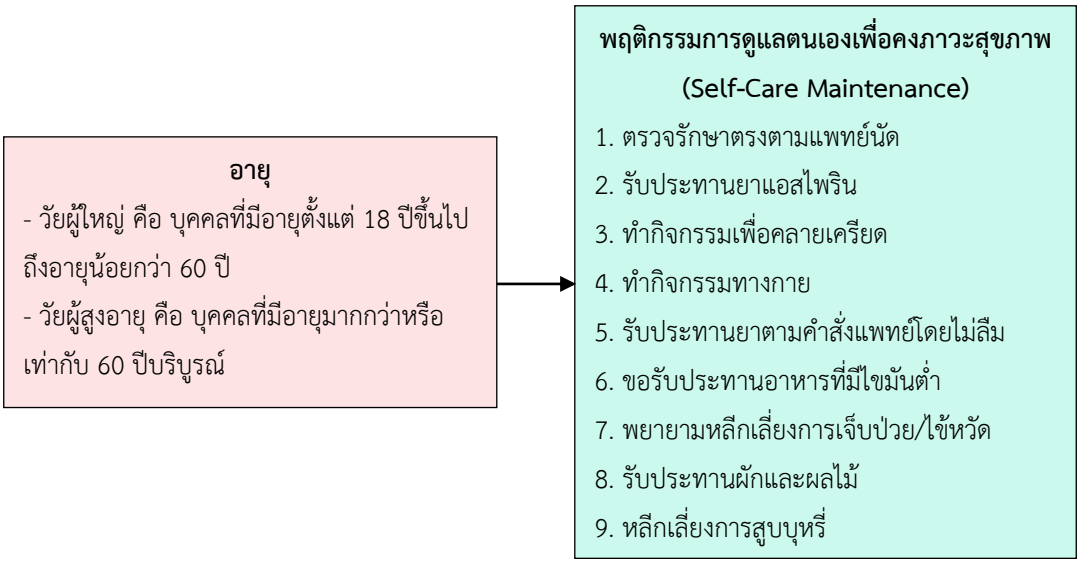
1. อายุมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่แตกต่างกับวัยสูงอายุ

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพเหมาะสมกว่าวัยผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจภายใต้ทฤษฎีระดับกลางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness) พัฒนาโดย ริเกล และคณะ (Riegel, Jaarsma, & Strömberg, 2012) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การรักษาสุขภาพ หรือรักษาความสมดุลทางร่างกายและอารมณ์ (Riegel, Jaarsma, Lee, & Strömberg, 2019) โดยการปรับวิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมทางสุขภาพควบคู่กับการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาพยาบาล (Sigamani & Gupta, 2022) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพประกอบไปด้วย การมาพบแพทย์หรือพยาบาลตามนัดหมาย การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดของเกล็ดเลือด การออกกำลังกาย รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ การเลิกสูบบุหรี่ และการป้องกันการเจ็บป่วยจากไข้หวัด (Riegel et al., 2021; Riegel et al., 2017) และจากการทบทวนวรรณกรรมรายงานการศึกษาทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์การดูแลตนเองภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าปัจจัยด้านอายุเป็นหนึ่งปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง กล่าวคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพต้องใช้ความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ซึ่งกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย (Riegel, Dickson & Vellone, 2022) ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-Sectional Study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายนถึงกันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้เก็บรวบรวมบันทึกในโปรแกรมวิเคราะห์สถิติจากทั้ง 2 โครงการ (อรุณศรี รัตนพรหม, นิตยา ศรีสุข และนฤเบศร์ โกศล, 2566; Koson, Srisuk, Rattanaprom, Thompson & Ski, 2023) มารวมกันเป็นชุดข้อมูลใหม่ (Pool Data) ภายใต้ 2 โครงการวิจัยหลักเป็นวิจัยแบบบรรยายภาคตัดขวาง (Descriptive Cross Sectional Study) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพียงครั้งเดียว กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 โครงการ

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาอย่างน้อย 1 เดือน
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ไม่มีประวัติความบกพร่องทางการรู้คิดที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนครั้งปัจจุบัน
5. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ไม่มีประวัติประเมินการเจ็บป่วยทางจิตที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน โดยใช้แนวปฏิบัติเดียวกันในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้ โครงการที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการรักษาด้วยยา หลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ และหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่เข้ารับการติดตามอาการในโรงพยาบาลตติยภูมิ รวม 250 ราย (ร้อยละ 62.34) โครงการที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจติดตามการรักษา ณ โรงพยาบาลตติยภูมิ รวม 151 ราย (ร้อยละ 37.66) โดยชุดข้อมูลใหม่ กลุ่มตัวอย่าง 401 ราย เป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ < 60 ปี) จำนวน 194 ราย และวัยสูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) จำนวน 207 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จากทั้งสองโครงการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยร่วมกับทบทวนบันทึกในแฟ้มเวชระเบียน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยลักษณะของข้อมูลส่วนนี้เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และความเพียงพอของรายได้

2. แบบสอบถามลักษณะความเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย โรคร่วม ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก และระยะเวลาการรักษา

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI)) ต้นฉบับเดิมเป็นภาษาอังกฤษ (Dickson et al., 2023) ซึ่งพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระดับกลางการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง (A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (Self-Care Maintenance) จำนวน 9 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับบุคคลที่เป็นโรคหัวใจตามคำแนะนำของแนวปฏิบัติการป้องกันทุติยภูมิ ลักษณะการให้คะแนนเป็นแบบลิเกิร์ท 5 ระดับ จากไม่เคยปฏิบัติหรือนาน ๆ ครั้ง (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติทุกครั้งหรือเป็นประจำ (5 คะแนน) สำหรับประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะการคำนวณคะแนนต้องปรับค่าคะแนนเต็มเป็นฐาน 100 โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ป่วยยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีซึ่ง Dickson et al. (2023) แนะนำใช้ค่าจุดตัดที่ ≥70 แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Self-Care Adequacy)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory Version 3) ได้รับการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (Forward - Backward Translation) โดย Koson, Srisuk, Rattanaprom,

Thompson, & Ski (2023) และทดสอบยืนยันคุณภาพทางจิตวิทยาของเครื่องมือ พบว่าความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index (CVI)) เท่ากับ 0.86 ความตรงเชิงโครงสร้างมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี และความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคด้านการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ เท่ากับ 0.90 (Koson, Srisuk, Rattanaprom, Thompson, & Ski, 2023) และเมื่อนำมาวิเคราะห์ในกลุ่มตัวอย่าง 401 ราย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.80

การตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกไว้แล้วในโปรแกรมวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างคู่มือการลงรหัสตัวแปร (Coding Data) และตรวจสอบข้อมูลเทียบกันระหว่างนักวิจัย 2 คน จากนั้นจึงทวนสอบซ้ำ โดยผู้วิจัยคนที่สองตรวจสอบข้อมูลตรงกันแล้ว นักวิจัย 2 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของชุดข้อมูลที่ได้บันทึกลงในโปรแกรมวิเคราะห์ (Checking Data of Completeness) ตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ โดยทำงานแยกกันในการตรวจสอบ จากนั้นจึงแยกกันวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางและขั้นตอนการปฏิบัติที่เขียนไว้ในคู่มือวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากทั้งสองโครงการวิจัย หลังจากที่โครงร่างการวิจัยได้รับอนุมัติผ่านจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการเพื่อพิจารณาและขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการฝึกเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้ในคู่มือวิจัย และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ประจำคลินิกอายุรกรรมโรคหัวใจ คลินิกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวกขณะรอพบแพทย์ ใช้เวลาโดยรวมทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที สำหรับข้อมูลบันทึกจากเวชระเบียน ผู้วิจัยสืบค้นและบันทึกข้อมูลที่เป็นปัจจุบันด้วยตนเอง เมื่อข้อมูลครบถ้วน นำผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบลงรหัสแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ การทดสอบในเบื้องต้น พบว่า ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพรายข้อที่มีระดับการวัดเป็นค่าต่อเนื่องทุก ๆ รายข้อมีค่าความโค้ง และค่าความเบ้น้อยกว่า 2 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายตามปกติและยอมรับได้ (Tabachnick & Fidell, 2007) ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพรายข้อระหว่างวัยผู้ใหญ่ (อายุ < 60 ปี) และผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) ส่วนข้อมูลของตัวแปรที่มีระดับการวัด

เป็นนามบัญญัติ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ (χ^2) ซึ่งมีค่าคาดหวัง (Expected Frequency) ไม่น้อยกว่า 5 และมีค่าคาดหวังที่น้อยกว่า 5 ไม่เกินร้อยละ 20 ของจำนวนเซล แสดงค่าอัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio (OR)) และช่วงค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confident Interval (95%CI))

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิริธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2567/105 ลงวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2567 โดยการนำเสนอข้อมูลการศึกษาจะทำการปกปิดผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า 3 ใน 4 คนเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 59.97 ปี โดยครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.89 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว ค้าขาย ร้อยละ 16.96 โดย 4 ใน 5 คนมีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 65.84 มีโรคร่วมไขมันในเลือดสูงร้อยละ 60.60 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 54.86 และ 25.68 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก CCS Class I ร้อยละ 66.83 ซึ่งเกินครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี

การเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะความเจ็บป่วยที่อาจเป็นปัจจัยร่วม (Confounding Factor) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุจบชั้นระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีโรคร่วมเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงมากกว่าวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างในด้านอื่น ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคลของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	Pool data (n=401) n (%)	ผู้ใหญ่ (n=194) n (%)	ผู้สูงอายุ (n=207) n (%)	ค่าสถิติ	P-value
เพศ				χ^2=12.19	<0.001*
ชาย	297 (74.07)	159 (81.96)	138 (66.67)		
หญิง	104 (25.93)	35 (18.04)	69 (33.33)		
อายุ	59.97±11.01	50.99±6.94	68.39±6.58	t=-25.78	<0.001*

ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	Pool data (n=401) n (%)	ผู้ใหญ่ (n=194) n (%)	ผู้สูงอายุ (n=207) n (%)	ค่าสถิติ	P-value
ระดับการศึกษา				χ^2=32.44	<0.001*
ไม่ได้รับการศึกษา	31 (7.73)	23 (11.86)	8 (3.86)		
ชั้นประถมศึกษา	210 (52.37)	74 (38.14)	136 (65.70)		
ชั้นมัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร	118 (29.43)	71 (36.60)	47 (22.71)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	42 (10.47)	26 (13.40)	16 (7.73)		
อาชีพ				χ^2=49.93	<0.001*
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	66 (16.46)	8 (4.12)	58 (28.02)		
พนักงาน/รับจ้าง	49 (12.22)	25 (12.89)	24 (11.59)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	68 (16.96)	35 (18.04)	33 (15.94)		
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	42 (10.47)	32 (16.49)	10 (4.83)		
เกษตรกร	176 (43.89)	94 (48.45)	82 (39.61)		
สถานภาพสมรส				χ^2=0.78	0.69
แต่งงาน	331 (82.54)	157 (80.93)	174 (84.06)		
โสด	35 (8.73)	19 (9.79)	16 (7.73)		
หย่า/แยกกันอยู่	35 (8.73)	18 (9.28)	17 (8.21)		
ความเพียงพอของรายได้				χ^2=3.70	0.29
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	26 (6.48)	16 (8.25)	10 (4.83)		
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	37 (9.23)	18 (9.28)	19 (9.18)		
พอใช้แต่ไม่มีเงินเก็บ	264 (65.84)	130 (67.01)	134 (64.73)		
พอใช้และมีเงินเก็บ	74 (18.45)	30 (15.46)	44 (21.26)		
โรคร่วม					
เบาหวาน	103 (25.68)	41 (39.81)	62 (60.19)	χ^2=4.08	0.04*
ความดันโลหิตสูง	220 (54.86)	88 (40.00)	132 (60.00)	χ^2=13.70	<0.001*
ไขมันในเลือดสูง	243 (60.60)	103 (42.39)	140 (57.61)	χ^2=8.87	0.003*
ระดับความรุนแรงเจ็บหน้าอก				χ^2=7.27	0.064
CCS class I	268 (66.83)	142 (60.87)	126 (60.87)		
CCS class II	68 (16.96)	27 (13.92)	41 (19.81)		
CCS class III	52 (12.97)	21 (10.82)	31 (14.98)		
CCS class IV	13 (3.24)	4 (2.06)	9 (4.35)		

ลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล	Pool data (n=401) n (%)	ผู้ใหญ่ (n=194) n (%)	ผู้สูงอายุ (n=207) n (%)	ค่าสถิติ	P-value
ระยะเวลาการรักษา				χ^2=0.29	0.59
น้อยกว่า 1 ปี	164 (40.90)	82 (42.27)	82 (39.61)		
มากกว่า 1 ปี	237 (59.10)	112 (57.73)	125 (60.39)		

*p-value < 0.05

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจโดยรวมเฉลี่ย 80.50 (S.D. = 14.57) และผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุด คือ ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง) คะแนนเฉลี่ย 77.65 (S.D. = 24.32) รองลงมามากที่สุด คือ ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) คะแนนเฉลี่ย 79.15 (S.D. = 24.42) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (t = 3.49, *p-value* = 0.001) รวมไปถึง ด้านการไปตรวจตามแพทย์นัด (t = 3.35, *p-value* = 0.001) การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (t = 2.38, *p-value* = 0.02) ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) (t = 2.75, *p-value* = 0.006) รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ลืมรับประทานยา (t = 2.98, *p-value* = 0.003) การพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ) (t = 3.77, *p-value* < 0.001) และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่สูบบุหรี่น้อยกว่า (t = 2.06, *p-value* = 0.04) แต่ไม่แตกต่างกันในด้านอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	รวม (n=401) Mean ± S.D.	ผู้ใหญ่ (n=194) Mean ± S.D.	ผู้สูงอายุ (n=207) Mean ± S.D.	t-test	P-value
ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด	81.30 ± 20.79	84.84 ± 19.93	77.97 ± 21.08	3.35	0.001*
รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด	83.64 ± 20.92	86.18 ± 19.18	81.26 ± 22.22	2.38	0.02*
ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง)	77.65 ± 24.32	77.01 ± 24.71	78.26 ± 23.99	-.51	0.61
ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได)	79.15 ± 24.42	82.58 ± 22.66	75.94 ± 25.60	2.75	0.006*

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	รวม (n=401) Mean ± S.D.	ผู้ใหญ่ (n=194) Mean ± S.D.	ผู้สูงอายุ (n=207) Mean ± S.D.	t-test	P-value
รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา	79.20 ± 23.61	82.78 ± 22.17	75.84 ± 24.46	2.98	0.003*
ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น	79.80 ± 23.75	81.55 ± 22.48	78.16 ± 24.82	1.43	0.15
พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ)	82.19 ± 22.16	86.39 ± 17.88	78.26 ± 24.94	3.77	<0.001*
รับประทานผักและผลไม้	79.25 ± 23.46	81.34 ± 22.40	77.29 ± 24.30	1.73	0.09
หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่สูบบุหรี่	82.34 ± 26.53	85.15 ± 24.39	79.71 ± 28.25	2.06	0.04*
รวม	80.50 ± 14.57	83.09 ± 14.13	78.08 ± 14.59	3.49	0.001*

*p-value < 0.05

3. เปรียบเทียบอัตราส่วนของพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (คะแนน ≥ 70) ของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 76.56 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมด้านที่น้อยที่สุดคือ การทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ร้อยละ 65.84 และด้านที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมมากที่สุดคือ ด้านพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด การล้างมือ) ร้อยละ 78.80 อัตราส่วนของวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าวัยผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด (OR = 1.34, 95%CI: 1.18-1.53) การรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด (OR = 1.16, 95%CI: 1.03-1.31) ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) (OR = 1.19, 95%CI: 1.03-1.37) รับประทานยา ตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ลืมรับประทานยา (OR = 1.28, 95%CI: 1.12-1.47) และพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ) (OR = 1.19, 95%CI: 1.08-1.32) รวมไปถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมที่เหมาะสมในวัยผู้ใหญ่เป็น 1.30 เท่ามากกว่าวัยสูงอายุ (OR = 1.30, 95%CI: 1.07-1.58) แต่ไม่แตกต่างในด้านอื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (คะแนน ≥ 70) ของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	รวม (n=401) จำนวน (ร้อยละ)[a]	ผู้ใหญ่ (n=194) จำนวน (ร้อยละ)[b]	ผู้สูงอายุ (n=207) จำนวน (ร้อยละ)[c]	P-value	Odds Ratio	95% CI
ไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด	282 (70.32)	157 (80.93)	125 (60.39)	<0.001*	1.34	1.18 - 1.53
รับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด	292 (72.82)	152 (78.35)	140 (67.63)	0.02*	1.16	1.03 - 1.31
ทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง)	269 (67.08)	129 (66.49)	140 (67.63)	0.81*	0.98	0.86 - 1.13
ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได)	264 (65.84)	139 (71.65)	125 (60.39)	0.02*	1.19	1.03 - 1.37
รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยา	273 (68.08)	149 (76.80)	124 (59.90)	<0.001*	1.28	1.12 - 1.47
ขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่น	285 (71.07)	144 (74.23)	141 (68.12)	0.18	1.09	0.96 - 1.23
พยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ)	316 (78.80)	167 (86.08)	149 (71.98)	0.001*	1.19	1.08 - 1.32
รับประทานผักและผลไม้	272 (67.83)	136 (70.10)	136 (65.70)	0.35	1.07	0.93 - 1.22
หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และ/หรือบุคคลที่สูบบุหรี่	304 (75.81)	153 (78.87)	151 (72.95)	0.17	1.08	0.97 - 1.20
รวม	307 (76.56)	159 (81.96)	148 (71.50)	0.01*	1.30	1.07 - 1.58

[a] สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมเทียบกับผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม จากทั้งสองกลุ่ม
[b] สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมเทียบกับผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เฉพาะในกลุ่มผู้ใหญ่
[c] สัดส่วนร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมเทียบกับผู้ป่วยที่ดูแลตนเองไม่เหมาะสม เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ
*p-value < 0.05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ย และอัตราพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมทั้งโดยรวมและรายข้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ซึ่งผลลัพธ์การศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (คะแนนมากกว่า 70) ทั้งโดยภาพรวมและรายข้อซึ่งสอดคล้องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโดยมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนผู้ป่วย 3 ใน 4 ราย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม (ลภัสรดา นาชัย, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, จงจิต เสน่หา และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, 2565) แม้ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่จากหลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ อายุยังคงเป็นปัจจัยอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับทฤษฎีเฉพาะสถานการณ์การดูแลตนเองภาวะหัวใจล้มเหลว ที่อธิบายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพต้องใช้ความสามารถทั้งทางร่างกายและสติปัญญา ซึ่งกระบวนการเสื่อมถอยตามวัยของผู้สูงอายุจะลดความสามารถเหล่านี้ลง (Riegel, Dickson, & Vellone, 2022) และมีรายงานการศึกษายืนยันล่าสุดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวกับวิถีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าผู้สูงอายุเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและแย่ลง (Ingadóttir, Svavarsdóttir, Jurgens, & Lee, 2024) แม้ว่าปัจจุบันการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac Rehabilitation) ใช้เป็นการป้องกันทุติยภูมิในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แต่ยังมีอีกหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติหรือปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งปัจจัยด้านชุมชน ระบบสุขภาพ ผู้ให้บริการทางสุขภาพและปัจจัยด้านอายุก็เป็นหนึ่งปัจจัยอุปสรรคต่อการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันทุติยภูมิ (Sigamani & Gupta, 2022) จากหลักฐานที่ชัดเจนของผลการศึกษาผู้สูงอายุมีอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ในรายข้อดังนี้ การไปตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด การรับประทานยาแอสไพริน หรือยาต้านการแข็งตัวของเลือด การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์โดยไม่ลืมรับประทานยา การทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) และพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด ล้างมือ)

การไปตรวจรักษาตามแพทย์นัดในผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาต่างประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่อายุ 65 ปีขึ้นไป มีโอกาสน้อยที่จะมาติดตามอาการตามนัดหมายแม้ว่าจะมีภาระโรคร่วมของโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 65 ปี การติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่ายในผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมถอยของร่างกาย ภาวะโรคร่วม การใช้ยารักษาหลายชนิด ภาวะเปราะบาง และความบกพร่องทางสติปัญญาที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ที่แย่ลงหลังออกจากโรงพยาบาล อันเป็นผลทำให้เกิดปัญหาในการทำความเข้าใจและปฏิบัติตามความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งการติดตามอาการหลังจำหน่ายเป็นกระบวนการที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาเหล่านี้ได้ โดยการนัดติดตามอาการช่วยให้ทีมสุขภาพมีโอกาสในการกระตุ้น ตรวจสอบ และจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับโรค รวมไปถึงการให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยังไม่เหมาะสม

(Goyal et al., 2016) และจากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุ 3 ใน 4 คน ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม รวมไปถึงพนักงาน/รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และข้าราชการ/พนักงานรัฐ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ต้องทำงานอย่างต่อเนื่อง และไม่ได้ลางานหรือหยุดงานเพื่อไปพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากกังวลหรือกลัวหัวหน้างานและผู้ร่วมงานไม่เข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน (Dickson, Jun, & Melkus, 2021)

คะแนนเฉลี่ยและอัตราพฤติกรรมการรับประทานยาแอสไพรินหรือยาต้านการแข็งตัวของเลือดโดยรวมเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจที่พบว่าผู้ป่วย 3 ใน 4 ราย มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดสองชนิดระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าผู้ป่วยลืมรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดมากที่สุด เนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นอาจมีโอกาสลืมรับประทานยาได้มากกว่าวัยอื่น ๆ รวมทั้งจากสาเหตุความจำที่ลดลง (ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต, 2564) อีกทั้งผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยและอัตราส่วนการรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ โดยไม่ลืมรับประทานยาเหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งอายุที่เพิ่มมากขึ้นก็ยิ่งประสบปัญหามากขึ้นโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพของตนเอง สาเหตุมาจากการทำงานของร่างกายลดลงอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาการรักษามากกว่า 1 ปี อาจทำให้เกิดการปฏิเสธ หรือการเบื่อหน่ายโรคของตนเอง จนเกิดการละเลยการปฏิบัติตัวหรือการใช้ยาตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ (Nurdina, Daulati, & Herdiman, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในประเทศไทยเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยาร้อยละ 43.80 และผู้อายุ 80 ปีขึ้นไป มีปัญหาการใช้ยาแตกต่างจากอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปี โดยสามารถอธิบายได้จากกระบวนการเสื่อมถอยตามวัย ตั้งแต่ความสามารถในการจดจำและปัญหาด้านสายตา และผู้สูงอายุที่ลืมรับประทานยาอาจส่งผลต่อการรักษาโรคจึงต้องหาวิธีการให้ผู้สูงอายุไม่ลืมรับประทานยา นอกจากการมีผู้ดูแลคอยจัดยาแล้วยังมีวิธีอื่น ๆ ที่สามารถเลือกใช้เป็นตัวช่วยในการรับประทานยาให้ถูกต้องมากขึ้น (วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช, 2566)

ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยและอัตราส่วนพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได) ที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากผู้สูงอายุมีภาวะมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง โดยผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอยู่ที่ร้อยละ 5-15 (Alonso Salinas et al., 2024) และอาจสูงขึ้นในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 22.6 (Zhang et al., 2019) การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อยังเกี่ยวข้องกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือความสามารถทางกายภาพลดลงด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเกินครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับไม่เพียงพอ (ชนิดา ลบแย้ม, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และศรีสกุล จิรกาญจนากร, 2566) และในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ผู้ป่วยที่มีความกลัวต่อการเคลื่อนไหวร่างกายมากมีความสัมพันธ์กับระดับกิจกรรมทางกายที่ลดลง (Knapik,

Dąbek & Brzęk, 2019) ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ โดยวัฒนธรรมของผู้สูงอายุคิดว่าการทำงานคือ การมีกิจกรรมทางกายทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลง และการทำงานอาจทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า สอดคล้องกับรายงานการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในประชากรวัยทำงานสูงอายุที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยผู้สูงอายุ ระบุว่า “เหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้” (Dickson, Jun, & Melkus, 2021) ดังนั้นการส่งเสริมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (กมลชนก จี้อาทิตย์ และยุพา วงศ์รสไตร, 2566)

พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในด้านพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนไข้หวัด การล้างมือ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนจากงานวิจัยเกี่ยวกับอุปสรรคการใช้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2562-2563 มีผู้สูงอายุรับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 10.20-12.40 ซึ่งสาเหตุที่น่าสนใจเกิดจากผู้สูงอายุกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อน ความกลัวผลข้างเคียงหรือการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องจากวัคซีน การขาดความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน ความกลัวเข็ม การไม่เชื่อในความร้ายแรงของไข้หวัดใหญ่ ความไม่สะดวกและความอ่อนไหวส่วนบุคคล โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (Pietraszek, Sobieszczańska, Makuch, Dróżdż, Mazur, & Agrawal, 2022) จากหลักฐานข้างต้นยังคงมีความแตกต่างกับงานวิจัยต่างประเทศ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นร่วมกับการมีโรคร่วมเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนอย่างมาก (Yeung, Lam & Coker, 2016) ดังนั้นการตัดสินใจฉีดวัคซีนจะเกิดร่วมกับปัจจัยโรคร่วมหรือมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมหรือไม่นั้น ผู้วิจัยมีความเห็นว่าในการศึกษาครั้งนี้ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ แต่ต้องศึกษาเพิ่มเติมว่าปัจจัยด้านลักษณะบุคคล ปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา รวมไปถึงปัจจัยด้านการเข้าถึงสุขภาพเป็นปัจจัยร่วมกันที่จะทำให้บุคคลได้รับการฉีดวัคซีน (Bhugra et al., 2021)

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ยังสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ย และอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองทำกิจกรรมบางอย่างเพื่อคลายเครียด (เช่น รับประทานยา โยคะ ฟังเพลง) ไม่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ แต่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านนี้ต่ำสุด ซึ่งสอดคล้องกับรายงานต่างประเทศ สะท้อนถึงสภาวะที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่เหล่านี้ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมการลดระดับความเครียด (Di Matteo et al., 2024) และพฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้ หรือขอรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเมื่อไปกินข้าวนอกบ้าน หรือไปเยี่ยมบ้านคนอื่นไม่แตกต่างกัน อนึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งยังประกอบอาชีพ และสามารถเลือกรับประทานอาหารตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากหลักฐานความรู้ในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมดจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสม แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงมีอัตราส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุจากความเสื่อมถอยของสติปัญญา และร่างกาย ที่ต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งในด้านของการตรวจรักษาตรงตามแพทย์นัด การรับประทานยาสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมทางกาย หรือพฤติกรรมพยายามหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย (เช่น ฉีดวัคซีน ไข้หวัด ล้างมือ) ดังนั้นทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือนวัตกรรมการแจ้งเตือนวันไปพบแพทย์ตามนัด แจ้งเตือนการรับประทานยา รวมไปถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้เกิดคุณภาพและผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ปัจจัยเกี่ยวกับการรู้คิดบกพร่อง ภาวะเปราะบาง ผู้ดูแลเศรษฐานะ และการประกอบอาชีพ/ทำงาน ที่อาจมีผลทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมไปถึงการวิจัยและการพัฒนาแนวทางประเมินความต้องการความช่วยเหลือพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมความสามารถพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยนำข้อมูลพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมในเรื่องการมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย หรือการมีกิจกรรมทางกาย มาออกแบบโปรแกรมการพยาบาลในการให้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กมลชนก จี้อาทิตย์ และยุพา วงศ์รสไตร. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวด้านการออกกำลังกายต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและความสามารถในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล, 38*(3), 160-181.

ชญาณี สุวรรณสา, วารี กังใจ และสหัทยา รัตนจรณะ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 31*(1), 70-80.

ชนิดา ลบแย้ม, อัจฉริยา พ่วงแก้ว, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และศรีสกุล จิรกาญจนากร. (2566). ปัจจัยทำนายกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารสภาการพยาบาล, 38*(1), 112-128.

ชาคริญาณ์ บุญเกื้อ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์ และฉัตรกนก ทุมวิภาต. (2564). ปัจจัยทำนายความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเกล็ดเลือดสองชนิด ในผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหลังทำหัตถการขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 40*(3), 60-75.

ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, อณัญญา ลาลุน และธรณินทร์ คุณแขวน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการโรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 39*(2), 97-106.

ลภัสรดา นาชัย, ศรินรัตน์ ศรีประสงค์, จงจิต เสน่หา และธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารสภาการพยาบาล, 37*(3), 93-108.

วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์, ธัญรดี ปราบริปู, กิตติยา มหาวิริโยทัย และฉัตรวารินทร์ บุญเดช. (2566). ปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 13*(2), 48-63.

อรุณศรี รัตนพรหม, นิตยา ศรีสุข และนฤเบศร์ โกศล. (2566). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังทำหัตถการสวนขยายหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 41*(4), 56-72.

Alonso Salinas, G. L., et al. (2024). The impact of geriatric conditions in elderly patients with coronary heart disease: A state-of-the-art review. *Journal of Clinical Medicine*, *13*(7), 1891. https://doi.org/10.3390/jcm13071891

Al-Sutari, M. & Ahmad, M. (2022). Predictors of adherence to self-care behaviors among patients with coronary heart disease. *Nursing Practice Today, 9*(2), 145-157. https://doi.org/10.18502/npt.v9i2.8897

Belitardo, J. N. & Ayoub, A. C. (2015). Identification of readmission predictors in elderly patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, *28*(2), 139-47. https://doi.org/10.5935/2359-4802.20150016

Bhugra, P., et al. (2021). Determinants of influenza vaccine uptake in patients with cardiovascular disease and strategies for improvement. *Journal of the American Heart Association*, *10*(15), e019671. https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019671

Borges, K., Yassuda, M., Cesari, M., & Aprahamian, I. (2019). The relationship between physical frailty and mild cognitive impairment in the elderly: A systematic review. *The Journal of Frailty & Aging*, *8*(4), 192-197. https://doi.org/10.14283/jfa.2019.29

Cacciatore, S., Martone, A. M., Landi, F., & Tosato, M. (2023). Acute coronary syndrome in older adults: An update from the 2022 scientific statement by the American Heart Association. *Heart, Vessels and Transplantation*, *7*(1), 7-10. https://doi.org/10.24969/hvt.2023.367

Camici, G. G. & Liberale, L. (2017). Aging: The next cardiovascular disease. *European Heart Journal, 38*(21), 1621-1623. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx239

Di Matteo, R., et al. (2024). Self-care behaviors and their determinants in people affected by coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1-12. https://doi.org/10.1111/jocn.17299

Dickson, V. V., et al. (2023). Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory version 3.0. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *38*(4), E131-E140. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000952

Dickson, V. V., Jun, J., & Melkus, G. D. E. (2021). A mixed methods study describing the self-care practices in an older working population with cardiovascular disease (CVD): Balancing work, life and health. *Heart & Lung*, *50*(3), 447-454. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.02.001

Goyal, P., et al. (2016). Patterns of scheduled follow-up appointments following hospitalization for heart failure: Insights from an urban medical center in the United States. *Clinical Interventions in Aging*, 1325-1332. https://doi.org/10.2147/CIA.S113442

Ingadóttir, B., Svavarsdóttir, M. H., Jurgens, C. Y., & Lee, C. S. (2024). Self-care trajectories of patients with coronary heart disease: A longitudinal, observational study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, zvae055. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvae055

Knapik, A., Dąbek, J., & Brzęk, A. (2019). Kinesiophobia as a problem in adherence to physical activity recommendations in elderly polish patients with coronary artery disease. *Patient Preference and Adherence, 13*, 2129-2135. https://doi.org/10.2147/PPA.S216196

Koson, N., Srisuk, N., Rattanaprom, A., Thompson, D. R., & Ski, C. F. (2023). Psychometric evaluation of the Thai version of the self-care of coronary heart disease inventory version 3. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *22*(3), 311-319. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac069

Li, Y. L., et al. (2022). A readmission risk prediction model for elderly patients with coronary heart disease. *Journal of Clinical and Nursing Research*, *6*(2), 126-133.

Muir, S. W., Gopaul, K., & Montero Odasso, M. M. (2012). The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, *41*(3), 299-308. https://doi.org/10.1093/ageing/afs012

Nurdina, G., Daulati, T., & Herdiman, H. (2023). Factors affecting medical adherence in patients with coronary heart disease. *Jurnal Keperawatan Komprehensif*, *9*(2), 157-165. https://doi.org/10.33755/jkk.v9i2.499

Oliveira, L. M. S. M., et al. (2019). Readmission of patients with acute coronary syndrome and determinants. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 113*, 42-49. https://doi.org/10.5935/abc.20190104

Pietraszek, A., Sobieszczańska, M., Makuch, S., Dróżdż, M., Mazur, G., & Agrawal, S. (2022). Identification of barriers limiting the use of preventive vaccinations against influenza among the elderly population: A cross-sectional analysis. *Vaccines*, *10*(5), 651. https://doi.org/10.3390/vaccines10050651

Polsook, R. & Aungsuroch, Y. (2021). A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease. *Journal of Research in Nursing*, *26*(4), 293-304. https://doi.org/10.1177/1744987120946792

Riegel, B., Dickson, V. V., & Vellone, E. (2022). The Situation-Specific Theory of heart failure self-care: An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart failure self-care. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 37*(6), 515-529. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000919

Riegel, B., et al. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association, 6*(9), e006997. https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997

Riegel, B., et al. (2021). Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies, 116*, 103713. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103713

Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science, 35*(3), 194-204. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba

Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, *42*(3), 206-215.

Sigamani, A. & Gupta, R. (2022). Revisiting secondary prevention in coronary heart disease. *Indian Heart Journal, 74*(6), 431-440. https://doi.org/10.1016/j.ihj.2022.11.011

Tabachnick, B. G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.

Wang, Y., et al. (2023). Cognitive function and cardiovascular health in the elderly: Network analysis based on hypertension, diabetes, cerebrovascular disease, and coronary heart disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *15*, 1229559. https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1229559

Yeung, M. P., Lam, F. L., & Coker, R. (2016). Factors associated with the uptake of seasonal influenza vaccination in adults: A systematic review. *Journal of Public Health*, *38*(4), 746-753. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv194

Zhang, N., et al. (2019). Prevalence and prognostic implications of sarcopenia in older patients with coronary heart disease. *Journal of Geriatric Cardiology*, *16*(10), 756-763. https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2019.10.002

Zuo, W. & Wu, J. (2022). The interaction and pathogenesis between cognitive impairment and common cardiovascular diseases in the elderly. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, *13*, 20406223211063020. https://doi.org/10.1177/20406223211063020