

## บทความวิจัย

# ปัจจัยทำนายความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง

## Factors Influencing Health Literacy of Cardiac Rehabilitation Among Older Adults with Myocardial Infarction in Urban Area

ภัทรสิริ พจมานพงศ์<sup>1\*</sup> ชยุดา ขอเจริญ<sup>2</sup> ยุพา วงศ์รสไตร<sup>3</sup>  
Pattarasiri Potjamanpong<sup>1\*</sup> Chayuda Khocharoen<sup>2</sup> Yupha Wongrodtri<sup>3</sup>  
พิรุณณา เบ็ญพาด<sup>1</sup> กิตติกร นิลมานัต<sup>3</sup>  
Pirunapa benpad<sup>1</sup> Kittikorn Nilmanat<sup>3</sup>

<sup>1</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

<sup>1</sup>Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand.

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup>Registered nurse, Professional Level, Vajira hospital, Bangkok, Thailand.

<sup>3</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>3</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

\*ผู้รับผิดชอบหลัก: pattarasiri@nmu.ac.th

\*Corresponding author: pattarasiri@nmu.ac.th

Received 23 July 2021 • Revised 8 July 2022 • Accepted 23 July 2022

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและปัจจัยทำนายความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง

**วิธีการ:** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างง่าย คือ ผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 260 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบบประเมินความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน **ผลการศึกษา:** พบว่า ระดับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 12.58 (SD = 2.51) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความแปรปรวนความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ร้อยละ 16.80 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **สรุป:** ในการส่งเสริมความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วย

**คำสำคัญ:** การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ; ความรอบรู้ทางสุขภาพ; ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

## Abstracts

**Objective:** This predictive research aimed to examine the level of health literacy and factors influencing health literacy related to cardiac rehabilitation among older adults with myocardial infarction in an urban area. **Methods:** Simple sampling was used to recruit sample that consisted of 260 myocardial infarctions in elderly and data were collected from February to June 2021. The instruments used include 1) a demographic questionnaire; 2) a measure of health literacy; 3) a measure of social support. The content validity index and reliability of health literacy and social support were tested and yielded Cronbach's alpha coefficients of .86 and .78, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. **Results:** The findings showed that the older people with myocardial infarction had a moderate level of health literacy related to cardiac rehabilitation ( $M = 12.58$ ,  $SD = 2.51$ ). "social support" was a significant predictor that could explain 16.80% of the variance in the myocardial infarction in elderly's health literacy with statistical significance. **Conclusion:** To improve the health literacy of cardiac rehabilitation ability among elderly patients with myocardial infarction should promote social support to them.

**Keywords:** cardiac rehabilitation; health literacy; older adults with myocardial infarction

## ความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการดูแลตนเองที่ดีขึ้นส่งผลให้ประชากรทั่วโลกมีอายุขัยเฉลี่ยมากขึ้น สำหรับสถิติจำนวนประชากรสูงอายุทั่วโลกปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 703 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นอีกเป็น 1,500 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593<sup>1</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของประเทศไทยที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลจำนวนประชากรสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2562 จำนวน 11,136,059 ราย และคาดว่าจะเพิ่มจำนวนเป็น 17,581,000 ราย ในปี พ.ศ. 2573 โดยกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดของประเทศไทย<sup>2</sup> วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เป็นกระบวนการเสื่อมโดยธรรมชาติที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคหัวใจตามทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (cross linkage theory) พบว่า การเชื่อมกันตามขวางของเส้นใย คอลลาเจนและเส้นใยอีลาสติน รวมถึงมีแคลเซียมมาเกาะในหลอดเลือดและลิ้นหัวใจ ส่งผลให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว กล้ามเนื้อหัวใจและผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายหนา ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจและปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ผู้สูงอายุจึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย โดยเฉพาะช่วงที่หัวใจต้องออกแรงทำงานหนัก และระบบสื่อประสาทสัญญาณไฟฟ้าหัวใจเปลี่ยนแปลง จึงมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือภาวะสัญญาณ

ไฟฟ้าหัวใจถูกปิดกั้นอย่างสมบูรณ์<sup>3</sup> จากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตลำบากและอาจเกิดผลกระทบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้<sup>4</sup> อีกทั้งผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยทางปัญญา โดยเฉพาะประสาทสัมผัสต่าง ๆ การรับรู้ การมองเห็น การเคลื่อนไหว และการทำกิจวัตรประจำวันลดลง<sup>5</sup> ภาวะเปราะบางตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ขาดความใส่ใจการดูแลสุขภาพตามความเหมาะสม<sup>6</sup> ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง รวมทั้งการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอพร้อมทักษะในการสื่อสารทางสุขภาพที่ดีส่งผลให้การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย เกิดข้อจำกัดในการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพ ดังนั้น การช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการช่วยสร้างความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพและมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้

และทำความเข้าใจบริบทด้านสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง โดยสามารถจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนสิ่งที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะการเรียนรู้ทางปัญญาและสังคมในการใช้ความรู้และการสื่อสารเพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพที่มากขึ้นและความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้<sup>7</sup> ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสื่อตัวกลางที่เชื่อมระหว่างปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทางสังคมและผลลัพธ์ทางสุขภาพ อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นขณะเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจ<sup>8</sup> ในการที่ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดเป็นโรคหัวใจซ้ำ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจในการเลือกใช้อุปกรณ์สุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการโต้ตอบซักถามข้อมูล หากมีข้อสงสัยสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้อุปกรณ์สุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถบอกต่อข้อมูลที่ถูกต้องแก่บุคคลอื่นได้ ซึ่งทักษะเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้<sup>9</sup>

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดหรือไม่เพียงพอ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มักมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม มักล้มรับประทายยา รับประทานยาผิดขนาด ไม่ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับโรค<sup>10</sup> มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพได้จำกัด ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ขาดความสามารถในการตัดสินใจที่ถูกต้อง การตัดสินใจต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลทางด้าน

สุขภาพรวมถึงความรู้ความเข้าใจเชิงภาษาและเชิงตัวเลขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากการศึกษาของ Kripalani, et al.<sup>11</sup> พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพระดับน้อยร่วมกับการมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ความเข้าใจเชิงตัวเลขมักมีพฤติกรรมมารับประทายยาที่ไม่สม่ำเสมอ อีกทั้งเกิดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 30 วัน<sup>12</sup> ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่อยู่ในระดับน้อยจะมีความชุกต่อการเกิดโรคหัวใจเพิ่มมากขึ้น เกิดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น<sup>13</sup> เป็นภาระในการเข้ารับการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เนื่องจากมีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองน้อยมีการรับรู้ช่องทางและวิธีการสื่อสารทางสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญตลอดจนการเข้าถึงบริการทางสุขภาพระดับน้อย<sup>14</sup> ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงให้เห็นถึงทักษะการรู้คิดทางปัญญาและทักษะทางสังคม (cognitive and social skills) ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการอ่านเพิ่มความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ หากประชากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำอาจทำให้มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น<sup>15</sup>

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด<sup>16</sup> พบว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความหวังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความหวังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ<sup>17</sup> พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านของการประเมินผลสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 31.20 ซึ่งวิถีชีวิตของคนไทยในชุมชนเป็นครอบครัวขยายทุกคนในครอบครัวจะมีความเอื้ออาทรและ

สนใจในปัญหาดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านจึงมีส่วนผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังไม่พบการศึกษาประเด็นทางคลินิกของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจซึ่งมีความสำคัญกับผู้ป่วยโรคหัวใจในการลดการกำเริบซ้ำของโรค<sup>10</sup> ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับการเปลี่ยนแปลงสังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาการพยาบาลในการดูแล ส่งเสริมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสมในบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว จะนำไปสู่การสร้างพฤติกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจช่วยฟื้นฟูและปรับปรุงสมรรถภาพของผู้ป่วยให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และควบคุมและบรรเทาอาการเจ็บป่วยของโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมืองอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมืองได้หรือไม่ อย่างไร

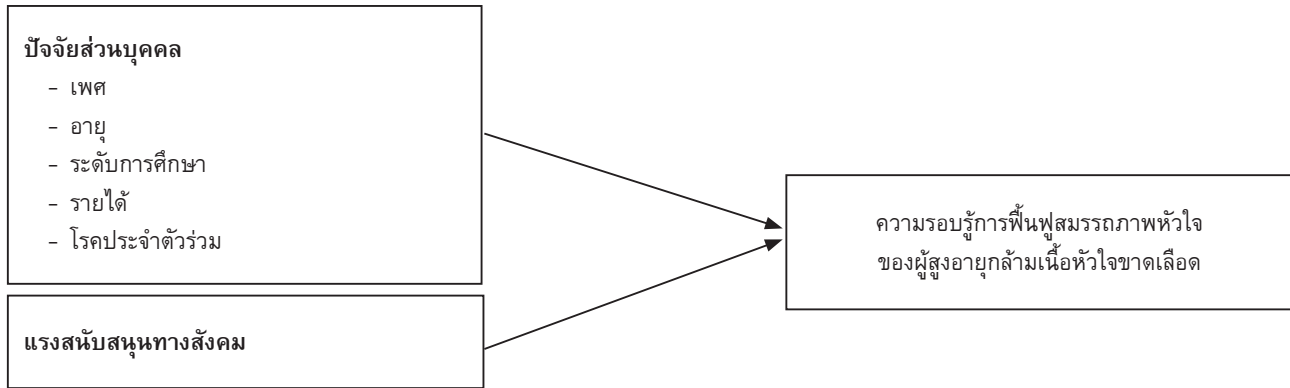
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมือง

### รูปแบบการศึกษา

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam<sup>7</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคม ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจบริบทด้านสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนสิ่งที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน รวมถึงการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับจำนวนตัวเลข การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูล รวมทั้งความเข้าใจในการปฏิบัติตัวจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด<sup>10</sup> ดังนั้นผู้วิจัยจึงคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวรวม และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรในการศึกษาทำนายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมืองและเสนอเป็นภาพ 1 ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam<sup>7</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาใช้เป็นแนวทางในการคัดเลือกตัวแปรที่ต้องการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง โดยมีการศึกษาปัจจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัวร่วม และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลสตยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

**ประชากร** เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

**กลุ่มตัวอย่าง** เป็นผู้ป่วยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มิถุนายนปี พ.ศ. 2564 จำนวน 260 ราย

### เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) มีคะแนนการประเมินภาวะประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (basic activities of daily living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป
- 2) มีคะแนนสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mini Mental State: TMSE) ใช้ประเมินภาวะการบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) ตั้งแต่ 23 คะแนน ขึ้นไป
- 3) ไม่มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ใจสั่น เหงื่อแตก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน ที่แสดงถึงการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซ้ำภายใน 24 ชั่วโมง ก่อนการเก็บข้อมูล
- 4) ไม่มีปัญหาภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ (complex ventricular arrhythmia) ในขณะพักหรือออกแรง ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคของหัวใจ (cardiogenic shock) มีภาวะหัวใจล้มเหลว

### เกณฑ์การคัดออก

- 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน
- 2) มีความประสงค์จะออกจากการศึกษา

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษาการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ Meebunmak, et al.<sup>20</sup> เรื่องความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรีโดยวิเคราะห์ค่าโดยใช้สูตรของ Lemeshow, et al.<sup>21</sup> คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 258 ราย แต่เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 260 คน

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

โดยที่	$n$	หมายถึง	ขนาดตัวอย่าง
	$Z_{\alpha/2}$	หมายถึง	ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z_{\alpha/2} = 1.96$
	$d$	หมายถึง	ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ ( $d = \epsilon\mu$ ) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ที่ร้อยละ ( $\epsilon = .03$ ) ดังนั้น $d = 0.03 \times 33.29 = .99$
	$\mu$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของประชากร ประมาณด้วยค่าเฉลี่ยของตัวอย่าง
	$\sigma^2$	หมายถึง	ความแปรปรวนของประชากร ประมาณด้วยความแปรปรวนของตัวอย่าง $SD^2 = 8.18$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

### 1. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (basic ADL) ใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอ็ดแอล ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย Jitaphakul<sup>22</sup> มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ คะแนน ADL  $\geq 12$  คะแนน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง คะแนน ADL 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ คะแนน ADL 0-4 คะแนน

2) แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mini Mental State: TMSE) ใช้ประเมินภาวะการบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) แบบทดสอบนี้ เป็นการประเมินการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย สร้างขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ภาควิชาเวชศาสตร์ ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>23</sup> มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ประกอบด้วย

ข้อคำถาม 6 ข้อ ได้แก่ 1) การประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ (orientation) 6 คะแนน 2) การประเมินเกี่ยวกับการบันทึกความจำ (registration) 3 คะแนน 3) การประเมินเกี่ยวกับความใส่ใจ (attention) 5 คะแนน 4) การประเมินเกี่ยวกับการคำนวณ (calculation) 3 คะแนน 5) การประเมินเกี่ยวกับด้านภาษา (language) 10 คะแนน 6) การประเมินเกี่ยวกับความจำระยะสั้น (recall) 3 คะแนน โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล คะแนนมากกว่า 23 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะการบกพร่องของการรู้คิด คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน หมายถึง มีภาวะการบกพร่องของการรู้คิด

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ดูแลหลัก

2) แบบประเมินความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจของ Srison, et al.<sup>24</sup> เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย การวัดความสามารถในการอ่าน และการเข้าใจในสิ่งที่ประสบหรือพบในสถานบริการสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วย การบริการทางการแพทย์ การปฏิบัติตัวในการรักษา การออกกำลังกาย และการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด ความรอบรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ มี 3 ตัวเลือก การให้คะแนน ดังนี้ ถ้าคำตอบถูก คือ 1 คะแนน ถ้าคำตอบผิด คือ 0 คะแนน โดยรวมเท่ากับ 20 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของ The test of functional health literacy in adults (TOFHLA) ดังนี้ คะแนน 0-11.99 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ คะแนน 12-14.99 ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง คะแนน 15-20 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

3) แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Rattana<sup>25</sup> ในการศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล

สุราษฎร์ธานี โดยมีการปรับคำถามให้สอดคล้องกับบริบท การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ข้อคำถามครอบคลุมนิยามของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ 3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ 4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก จริงมากที่สุดถึงจริงน้อยที่สุด ถ้าเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูง แสดงว่า เป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำ เกณฑ์การแปลผลคะแนน โดยรวมใช้การจัดคะแนนแบบอิงเกณฑ์หาอันตรายภาค ได้แก่ 4.50-5.00 คือ การสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด 3.50-4.49 คือ การสนับสนุนทางสังคมมาก 2.50-3.49 คือ การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 1.50-2.49 คือ การสนับสนุนทางสังคมน้อย 1.00-1.49 คือ การสนับสนุนทางสังคมน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ผ่านการตรวจสอบ ความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม และความชัดเจน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียง จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเที่ยง .86 และ .78 ตามลำดับ

#### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์เกษียรธรรมิ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี รพ.ศิริราช KFN 2/2021 วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล เลขที่โครงการ 010/64 ลงวันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2564 ตามหนังสือเลขที่ COA 021/2564 ตั้งแต่

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ซึ่งในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยเริ่มจากขั้นตอนการแนะนำตนเอง บอกชื่องานวิจัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับในการบันทึกข้อมูลโดยไม่มีภาระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้วิธีการใส่รหัสแทน พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยได้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการได้รับบริการทางการแพทย์ และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและถูกทำลายภายใน 2 ปี หลังจากงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว และในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือออกจากงานวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หน่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยแนะนำตนเองและขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพเพื่อเข้าเก็บข้อมูล และผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังในช่วงขณะรอเข้ารับการรักษา และ/หรือผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 40-50 นาที ช่วงระยะเวลาในการเก็บเดือนในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน พ.ศ. 2564 จำนวน 260 ราย

3. หลังจากเก็บข้อมูลจนครบ 260 ราย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ กำหนดขนาดผู้ให้ข้อมูลตามความอ้อมตัวของข้อมูลในการศึกษานี้ใช้จำนวน 15 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลอ้อมตัว ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key Information) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) โดยจัดเตรียมประเด็นคำถามเตรียมประเด็นคำถาม เพื่อเป็นแนวทางการวิเคราะห์ปัญหาให้แก่ผู้สัมภาษณ์

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีการวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเนื้อหัวใจขาดเลือด ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (basic ADL) การสนับสนุนทางสังคม คะแนนสมรรถภาพสมอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด วิเคราะห์โดยสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบลำดับขั้น (stepwise selection) โดยตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของสถิติ ดังนี้

2.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ลักษณะกราฟเป็นรูปประฆังคว่ำมีความสมมาตร ค่าเฉลี่ยของข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ

2.2 ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity)

2.3 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (homoscedasticity) ข้อมูลไม่มี Outliers ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่า tolerance ระหว่าง .982-1.000 และ ค่า VIF ระหว่าง 1.000-1.018 และไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.780

### ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 260 คน พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 63.50 อายุเฉลี่ย 71.57 (SD = 7.12) โดยมีอายุมากที่สุด 91 ปี น้อยที่สุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 65 ระดับการศึกษาสูงสุดจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 33.80 และรองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 25 สำหรับรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เกิน 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.80 รองลงมา คือ ไม่มีรายได้ ร้อยละ 26.90 ส่วนมากเป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน ร้อยละ 46.20 รองลงมาเป็นข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 23.50 ทั้งนี้ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 97.70 โดยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 87.30 และไม่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 85.40 โดยพบว่าผู้สูงอายุมีภรรยา/สามีเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก ร้อยละ 48.80 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (N = 260)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (Max = 91 ปี, Min = 60 ปี Mean = 71.57 ปี, SD = 7.12)		
<b>เพศ</b>		
ชาย	165	63.50
หญิง	95	36.50
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	24	9.20
สมรส	169	65
หม้าย	47	18.10
หย่า	20	7.70
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	14	5.40
ประถมศึกษา	88	33.80
มัธยมศึกษา	65	25



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	26	10
ปริญญาตรี	54	20.80
สูงกว่าปริญญาตรี	13	5
<b>รายได้</b>		
ไม่มีรายได้	70	26.90
ไม่เกิน 5,000 บาท	75	28.80
5,001-10,000 บาท	25	9.60
10,001-15,000 บาท	27	10.40
15,001-20,000 บาท	19	7.40
มากกว่า 20,000 บาท	44	16.90
<b>อาชีพ</b>		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	120	46.20
รับจ้าง	24	9.20
กิจการส่วนตัว	16	6.20
ค้าขาย	18	6.90
ข้าราชการบำนาญ	61	23.50
เกษตรกรกรรม	4	1.50
อื่น ๆ	17	6.50
<b>โรคประจำตัว</b>		
ไม่มี	6	2.30
มี	254	97.70
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	227	87.30
สูบ	33	12.70
<b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ดื่ม	222	85.40
ดื่ม	38	14.60
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>		
ภรรยา/สามี	127	48.80
บุตร	96	36.90
ญาติพี่น้อง	26	10
เพื่อน	11	4.30

ระดับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 12.58 (SD = 2.51) คะแนนความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจสูงสุด คือ 18 คะแนน ต่ำสุดคือ 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการบริการทางการแพทย์ และการออกกำลังกายและการพักผ่อน

อยู่ในระดับปานกลาง (M = 5.15, SD = 1.62 และ M = 2.58, SD = .99 ตามลำดับ) ด้านการปฏิบัติตัวในการรักษา การรับประทานอาหาร และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับเพียงพอ (M = 2.03, SD = .78, M = 1.34, SD = .63 และ M = 1.48, SD = .59 ตามลำดับ) ดังตาราง 2

**ตาราง 2** ค่าเฉลี่ยและร้อยละของความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (N = 260)

ความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ	M	SD	ระดับ
การบริการทางการแพทย์	5.15	1.62	ปานกลาง
การปฏิบัติตัวในการรักษา	2.03	.78	เพียงพอ
การออกกำลังกายและการพักผ่อน	2.58	.99	ปานกลาง
การรับประทานอาหาร	1.34	.63	เพียงพอ
การจัดการความเครียด	1.48	.59	เพียงพอ
โดยรวม (Min = 5, Max = 18)	12.58	2.51	ปานกลาง

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 4.21 (SD = .77) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและด้านข้อมูลข่าวสารมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับ

มากที่สุด (M = 4.67, SD = .81 และ M = 4.51, SD = .89 ตามลำดับ) ด้านอารมณ์และสังคมอยู่ในระดับมาก (M = 3.86, SD = .63) และด้านการประเมินพฤติกรรมอยู่ในระดับอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.79, SD = .76) ดังตารางที่ 3

**ตาราง 3** ค่าเฉลี่ยรายด้านของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (N = 260)

รายด้าน	M	SD	ระดับ
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.67	.81	มากที่สุด
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.51	.89	มากที่สุด
ด้านการประเมินพฤติกรรม	3.79	.76	ปานกลาง
ด้านอารมณ์และสังคม	3.86	.63	มาก
โดยรวม	4.21	.77	มาก

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (stepwise) โดยเรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนได้ ดังนี้ แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้

ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้ร้อยละ 16.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 4 โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{ความรอบรู้การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ} = 1.44 + .42 (\text{แรงสนับสนุนทางสังคม})$$

**ตาราง 4** ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่ทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (N = 260)

ปัจจัย	b	S.E.	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.44	.38		3.72	≤ .001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.42	.10	.409	4.55	≤ .001

F = 20.45, p-value < .001, R = .41, R<sup>2</sup> = .177, Adjust R<sup>2</sup> = .168  
ค่า Durbin-Watson = .212, df = 1

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง เพื่อให้การวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 15 คน สามารถสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมือง ในการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย ประเด็นในเรื่องของแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือให้การสนับสนุน และผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งพบว่า ข้อมูลสำคัญจากผู้ให้ข้อมูลในการศึกษารุ่นนี้แตกต่างกันตามประสบการณ์ ซึ่งมีประเด็นรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นในเรื่องของแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญในการให้แรงสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ สิ่งของ การแนะนำวิธี การแก้ปัญหา ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 เพศชาย อายุ 65 ปี

“เวลาใช้ ไม่สบายก็มีเมียคอยเฝ้าดูแล คอยปฏิบัติให้เรา บอกให้กินข้าว กินยา บางทีก็เตือนให้มาหาหมอ” อีกทั้งคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 อายุ 64 ปี “เวลาจะมาหาหมอ ลูกก็ถามตลอดนะถ้าเค้ามารับ มาส่งไม่ได้ คอยให้ตั้งค้คาร์ถมั้ง ค่ายามั้ง ผมก็มีจ่ายไม่ขัดสน บางทีเวลาเค้ามาเยี่ยมก็ซื้อของกินดี ๆ ให้”

ประเด็นบทบาทของครอบครัวในการช่วยเหลือให้การสนับสนุน โดยครอบครัวจะคอยสนับสนุนเอาใจใส่ในการดูแลตนเองในการปฏิบัติภารกิจฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การมาตรวจตามนัด ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีการเลือกชนิดอาหาร เตรียมอาหาร และปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารให้เหมาะสมกับโรคหัวใจ รวมถึงการให้คำแนะนำและห้ามรับประทานอาหารบางชนิดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ อีกทั้งมีการส่งเสริมการออกกำลังกายที่มีความหนักเบาเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหัวใจ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรม ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เพศหญิง อายุ 68 ปี กล่าวว่า

“อยู่บ้านลูกสาวจะเป็นคนทำกับข้าวให้กิน ตอนเช้า ๆ จะไปตลาดไปซื้อพวกผัก พวกปลาทำกับข้าวให้กิน ถ้าฉันอยากกินพวกหมูทอด เค้า (ลูกสาว) ก็บอกว่าให้กินเป็นปลาทอดแทนดีกว่า”

อีกทั้งในการให้ข้อมูลในเรื่องการออกกำลังกาย สมาชิกในครอบครัวจะคอยช่วยเหลือ แนะนำ มีการคอยส่งเสริมให้ออกกำลังกาย โดยไปออกกำลังกายเป็นเพื่อน และคอยอยู่เป็นเพื่อน โดยผู้ให้ข้อมูลชายคนที่ 3 อายุ 61 ปี กล่าวว่า

“ทุกเช้าประมาณตี 5 แพนจะชวนไปออกกำลังกายทุกวัน ไปเดินสูดอากาศ ผมจะออกกำลังกายโดยการเดินรอบสนามในสวนประมาณ 4-5 รอบให้พอเหงื่อออก ส่วนเค้า (ภรรยา) เค้าก็จะเดินเป็นเพื่อนผมก่อนสักรอบ สองรอบแล้วเค้าก็ไปเล่นเครื่องเล่น (เครื่องออกกำลังกาย) ในสนามรอบ ถ้าวานไหนผมขี้เกียจ เค้า (ภรรยา) จะเรียกผมอยู่นั่นแล้วไปเตรียมรองเท้าผ้าใบรอ ผมรู้ว่าเค้ารอ ผมก็ต้องไปออกอีก”

ประเด็นผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแล เอาใจใส่ และช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค และลดความเครียด ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 เพศหญิง อายุ 68 ปี กล่าวว่า

“ตั้งแต่เป็นโรคหัวใจมีลูกคอยช่วยเหลือให้ทำโน่น ทำนี้ รู้สึกว่าชีวิตเปลี่ยนไปนะ เหมือนเป็นคนใหม่ ร่างกายแข็งแรงขึ้นกว่าเดิม ไม่ค่อยเหนื่อยง่ายเหมือนแต่ก่อน บางทีลูกชายของยุ่ง ๆ ก็ไปช่วยเค้าขายหยิบโน่น หยิบนี้ รู้สึกดีกว่าแต่ก่อนมาก”

อีกทั้งผลของแรงสนับสนุนของครอบครัวส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสมกับโรคหัวใจที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ทำให้เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสมสำหรับโรคจึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมได้ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 เพศหญิง อายุ 63 ปี กล่าวว่า

“แต่ก่อนไม่รู้ว่าเป็นโรคหัวใจนะ เห็นมีอะไรนากิน เรายากเราก็กินไม่ค่อยเลือก พอหิวเราก็กิน ตอนนี้อยู่รู้ว่า เป็น ลูกก็คอยดูแลนะ คอยเตือนว่าของอันนี้กินได้ อันนี้ให้กินแค่นิดเดียว เหมือนกินข้าวตอนเย็นเค้าจะคอยบอกให้กินครั้งละ 1ทัพพื่อยากินของที่หวานมาก ๆ เค็มมาก ๆ เดี่ยวจะไม่

สบายอีก ฉันท้องค่อย ๆ ปรับทีละนิด ฉันทก็ลดทุกอย่าง มันจัด หวานจัด ถ้าจะกินก็กินแค่พอให้รู้สึก ย่อยอด บางวัน พอลูกเลิกงานเร็วก็ชวนกันไปเดินออกกำลังกายข้างบ้าน ฉันทก็ไปเดิน ไปแกว่งมือให้พอเหงื่อซึม ๆ ”

### การอภิปรายผลการวิจัย

**สมมติฐานที่ 1** ระดับความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตเมือง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ย 12.58 (SD = 2.51) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 33.80 ซึ่งเป็นพื้นฐานในการอ่านออกเขียนได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนสิ่งที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวันในการเข้าถึงข้อมูล ในปัจจุบันได้มีเสริมสร้างทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีการเสริมสร้างทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีทักษะการอ่านและการฟังข้อมูลข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม<sup>๑</sup> โดยทั่วไปในการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ผู้ป่วยมักได้รับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดเป็นซ้ำ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องได้รับข้อมูลด้านสุขภาพขณะมารับบริการและนำข้อมูลไปใช้เพื่อดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน เช่น คำแนะนำในการใช้ยา การดูแลตนเอง การนัด ไปตรวจพิเศษ สมุดประจำตัวผู้ป่วย คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นต้น<sup>๒๖</sup> จากการศึกษาของ Nilnate, Hengpraprom and Hanvoravongchai<sup>๒๗</sup> ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร จำนวน 440 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับต่ำจนถึงระดับปานกลางเช่นกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางนั้นสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาอาจไม่คุ้นเคยกับภาษาทางการการแพทย์ ประกอบกับ

ความเสื่อมตามวัย มีความเสื่อมของอวัยวะ เช่น หู ตา ทำให้ความรู้ด้านสุขภาพระดับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลต่อคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่อยู่ในระดับปานกลางด้วย<sup>๒๘</sup> สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพึ่งพาตนเองการเสริมสร้างพลังด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุ ตำบลทับยายเชียง อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก<sup>๒๙</sup> พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการใช้ทักษะพื้นฐานเพื่อค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูล และการตัดสินใจ ในการนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสามารถวิเคราะห์ วิจัยข้อมูลด้านสุขภาพ จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ในระดับปานกลาง เป็นผลมาจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในกระบวนการเรียนรู้ทำให้ยากต่อการเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ มากกว่าในช่วงวัยอื่น ๆ อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยที่ไม่สูง ทำให้ขาดโอกาสที่ดีทางการศึกษาและขาดทักษะในการเรียนรู้

**สมมติฐานที่ 2** ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมือง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมืองหรือเป็นตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายมีเพียง 1 ตัวแปร คือ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพได้มากที่สุด ( $\beta = .409, p < .001$ ) โดยกลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแลหลัก คือ สามเฒ่าและภรรยา (ร้อยละ 46.20) โดยอธิบายได้ว่า บริบทของครอบครัวไทยที่มีลักษณะเด่นในการช่วยเหลือเกื้อกูลประคับประคองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการรับรู้สถานการณ์วิกฤติของแต่ละบุคคลพร้อมแสวงหาแนวทางที่ดีกว่าหรือสิ่งสนับสนุนเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติของชีวิต พร้อมกับการเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ มาจากการที่บุคคลได้รับความปรารถนาดี ความห่วงใย ใส่ใจสุขภาพจากคนรอบข้างด้วยการเอาใจใส่ ให้คำแนะนำตักเตือน และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลให้บุคคลกลับมาใส่ใจสุขภาพของตนเองและประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการสนับสนุนทาง

สังคมเป็นปัจจัยเสริมหรือปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อความหวังช่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว คนรอบข้าง หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว หรือถูกทอดทิ้ง รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว มีความหวัง และแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นได้<sup>๑๐</sup> อีกทั้งมีการศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช<sup>๑๑</sup> พบว่าผู้สูงอายุในสังคมเมืองได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมากที่สุด เนื่องจากความเป็นเมือง (urbanization) จะนำมาซึ่งความทันสมัย ความเจริญของถนนหนทาง การคมนาคมสะดวก ความเจริญของตึกบ้านช่องมีความสุขสบายในการอยู่อาศัย ทำให้คนในครอบครัวสามารถดูแลรับส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปต่าง ๆ จัดหาเสื้อผ้า ของใช้และอาหารมาให้ได้สะดวก จัดที่พักให้ตามความเหมาะสมและสะดวกสบาย จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ<sup>๑๒</sup> พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านของการประเมินผลสามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 31.20 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน จึงมีส่วนผลักดันให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อีกทั้งการมารับการตรวจรักษาตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>๑๓</sup> ในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุได้โดย พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวซึ่งเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์เกิดการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้เกิดการสร้างพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และปัจจัยทำนายความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีขอบเขตการศึกษาในเขตเมืองเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่อาจสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ได้กับผู้ป่วยในเขตพื้นที่บริบทอื่น ๆ แต่สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติม หรือเปรียบเทียบในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันได้

### สรุป

จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ในเขตเมือง มีระดับความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความรู้ ความเข้าใจในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจผู้ป่วยสูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีของตนเองที่เหมาะสมทำให้ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการกำเริบของโรคหัวใจซ้ำ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต

### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. หน่วยงานในระดับบริหารการพยาบาลของโรงพยาบาล หรือระดับหอผู้ป่วย สามารถนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความรอบรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ
2. สถาบันการศึกษา สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนเพื่อเสริมสร้างให้นักศึกษานำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้บูรณาการในการส่งเสริมความรอบรู้ให้แก่ผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
3. ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบโครงการวิจัยให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่พบบ่อย เช่น โปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ โปรแกรมสร้างความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่มีการบูรณาการแรงสนับสนุนของครอบครัว

### การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัยทุกคน ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยตั้งแต่ การกำหนดโจทย์วิจัย การร่างโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนผลงานวิจัยเพื่อตีพิมพ์

### การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

ขอรับรองว่างานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

### แหล่งทุนสนับสนุน

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ที่ได้สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects 2019. [Internet]. New York: United Nations; 2019 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>.
2. Information Technology and communication center. Ageing population in Thailand: Present and future [Internet]. Bangkok: Information Technology and Communication center; 2014. [cited 2020 Feb 22]. Available from: [http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge\\_th\\_20160106135752\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20160106135752_1.pdf)
3. Kojima T, Mizokami F, Akishita M. Geriatric management of older patients with multimorbidity. *Geriatr Gerontol Int* 2020; 20(12): 1105-61. doi: 10.1111/ggi.14065.
4. Purimano M, Songthap A. Preventive behaviors of complications from coronary artery disease in elderly people. *Buddhachinaraj Med J*. 2021; 38(1): 107-16. Thai.
5. Boonsatean W, Reantippayasakul O. Health literacy: Situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health*. 2020; 2(1): 1-19. Thai.
6. Schopfer DW, Forman DE. Cardiac rehabilitation in older adults. *Can J Cardiol*. 2016; 32(9): 1088-96. doi: 10.1016/j.cjca.2016.03.003.
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008; 67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
8. Mattson CC, Rawson K, Hughes JW, et al. Health literacy predicts cardiac knowledge gains in cardiac rehabilitation participants. *Health Educ J*. 2015; 74: 96-102. doi: org/10.1177/0017896914522029.

9. Phimpunchaiyaboon L, Sridet R. Enhancement of health literacy among the elderly according to the ASEAN community cooperation for the establishment of the ASEAN Centre for active ageing and innovation: ACAI. *JNSU*. 2021; 22(42): 107-14. Thai.
10. Cramm JM, Hartgerink JM, Steyerberg EW, et al. Understanding older patients' self-management abilities: Functional loss, self-management, and well-being. *Quality of Life Research*. 2012; 22(1): 85-92. doi: 10.1007/s11136-012-0131-9.
11. Kripalani S, Goggins K, Nwosu S, et al. Vanderbilt Inpatient Cohort Study. Medication nonadherence before hospitalization for acute cardiac events. *J Health Commun*. 2015; 20(Suppl 2): 34-42. doi: 10.1080/10810730.2015.1080331.
12. Bailey SC, Fang G, Annis IE, et al. Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *BMJ Open*. 2015; 5: e006975. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006975.
13. Westlake C, Sethares K, Davidson P. How can health literacy influence outcomes in heart failure patients? mechanisms and interventions. *Curr Heart Fail Rep*. 2013; 10: 232-43. doi: 10.1007/s11897-013-0147-7.
14. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, et al. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013; 13(1): 1-17.
15. World Health Organization. Health literacy and health promotion. Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. Individual empowerment conference working document. 7 th Global conference on health promotion promoting health and development [Internet]. Kenya: Nairobi; 2009 [cited 2021 Feb 11]. Available from: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1\\_Inner.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf).
16. Saisin B, Kengganpanich T, Kengganpanich M, et al. Health literacy and self-care behaviors among patients with ischemic heart disease at Central Chest Institute of Thailand. *TH. J. of Health Edu*. 2021; 44(2): 113-25.
17. Ploysuwan C, Wongkpratoom S, Rattanakamonkarn C, et al. Factors affecting the health literacy of older adults with hypertension in Nong Prue community, Samut Prakan province. *JONAE*. 2020; 14(2): 52-64. Thai.
18. Trainattawan W, Wirojratana V, Watanakukrileet D. Factors influencing health literacy among older adults. *J Hlth Sci Res*. 2019; 13(2): 41-51. Thai.
19. Ruaisungnoen W, Silarat M, Wonggom P. Home-based Cardiac Rehabilitation for Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Nursing and Health Care*. 2020; 38(4): 18-27. Thai.

20. Meebunmak Y, Intana J, Kijnopakieat K, et al. Health Literacy among older adults in a semi-urban community in Ratchaburi province. *SCNJ*. 2019; 6(Suppl): 129-41. Thai.
21. Lemeshow S, Hosmer, DW, Klar J, et al. Organization WH. Adequacy of sample size in health studies [Internet]. Colchester: Courier International; 1990 [Cited 2021 Apr 11]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41607/0471925179\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41607/0471925179_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Jitaphakul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 1998. Thai.
23. Train the Brain Forum Committee. Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*. 1993; 45: 359-74. Thai.
24. Srison P, Hachuck W, Ratchapakdee P, et al. Health literacy and self-care behavior among post valvular heart surgery patients. *JNATNO*. 2019; 25(1): 1-13. Thai.
25. Rattana W. Health care behavior and social support with elderly's of life quality of aging club at Surat Thani Central Hospital [master's thesis]. [Bangkok]: Srinakharinwirot University; 2009. 108 p.
26. Blazer DG, Yaffe K, Liverman CT, Editor. Cognitive aging: Progress in understanding and opportunities for action. Washington, DC: National Academies Press; 2015.
27. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *J Health Res*. 2016; 30(5): 315-21. Thai.
28. Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, et al. Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(1): 41-8. doi: 10.1016/j.pec.2014.10.006.
29. Nakphu T, Sontirat S. Self-reliance, health empowerment, health literacy and happiness of the elderly at Tambon Thap Yai Chiang in Amphoe Phrom Phiram, Phitsanulok province. *J of Soc Sci & Hum*. 2015; 41(1): 88-104. Thai.
30. Sriwirun A, Sumngern C, Somanusorn S. Predictive factors of hope among the elderly with coronary artery disease. *JPNC*. 2018; 29(1): 101-12. Thai.
31. Saeloo J, Kaewkrachok T, Samdaengsarn D. How social support and health literacy influence quality of life of elders in Mueang District of Nakhon Si Thammarat. *SCNJ*. 2021; 8(2): 39-52. Thai.