

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

Factors Predicting Self-Care of Patients with Heart Failure in Central Region, Thailand

Received: Jul 19, 2021

Revised: Aug 27, 2021

Accepted: Sep 9, 2021

กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ พย.ม. (Gitipong Pinichpan, M.N.S.)¹สุนิดา ปรีชาวงษ์ ปร.ด. (Sunida Preechawong, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรปฏิบัติ ถึงแม้ว่ามีโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว แต่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัย: รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 185 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากโรงพยาบาล 3 แห่งในเขตภาคกลาง ปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ 2) ภาวะสุขภาพ 3) การรับรู้ความเจ็บป่วย 4) สมรรถนะแห่งตน 5) ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และ 6) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .377, .430$ และ $.349$ ตามลำดับ) การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ($r = -.279$) ส่วนประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่าสมรรถนะแห่งตนและความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 23 ($R^2 = .230, p = .001$)

สรุปผล: สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .351, p = .001$) รองลงมาได้แก่ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .226, p = .001$)

ข้อเสนอแนะ: นำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภาคกลาง

ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Gitipongpm@gmail.com

² Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Sunida.P@chula.ac.th
Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Abstract

Introduction: Self-care is highly-recommended for patients with heart failure (HF). Despite certain self-care programs were developed for them, most HF patients are unable to effectively manage factors influencing their illness.

Research objectives: This study aimed to identify predictive factors related to self-care in patients with HF in Central Region, Thailand.

Research methodology: This study used a descriptive-predictive design. A simple random sampling technique was used to recruit 185 patients with HF from 3 hospitals in the central region, Thailand. The selected factors included 1) health belief, 2) health survey, 3) illness perception, 4) self-efficacy, 5) knowledge of HF, and 6) cardiac function. Data were collected using the self-reported questionnaires, and the personal health record. Data were analyzed using descriptive statistics, and multiple regression analysis.

Results: Findings revealed that the overall self-care of patients with HF was at a fair level. Health belief, self-efficacy, and knowledge of HF were positively associated with self-care ($r = .377$, $.430$ and $.349$, respectively). Illness perception was negatively related to self-care ($r = -.279$). Cardiac function, and health status were not related to self-care. Moreover, self-efficacy, and knowledge of HF could significantly predict 23 percent of the variance of self-cares ($R^2 = .230$, $p = .001$). Results of multiple regression analysis revealed that self-efficacy, and knowledge of HF together explained 23.0% ($R^2 = .230$, $p = .001$) of the variance in self-care.

Conclusions: Self-efficacy was the strongest predictor for self-care in patients with HF ($\beta = .351$, $p = .001$), followed by knowledge of HF ($\beta = .226$, $p = .001$).

Implications: Findings can be used to develop nursing activities that focus on promoting self-care with less limitations for patients with HF to attain appropriate and continuous self-care.

Keywords: self-care, patients with heart failure in central region

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา โดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในสหรัฐอเมริกา มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 287,000 คนต่อปี ส่วนในประเทศไทยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2556-2560 เท่ากับ 264.81, 257.46, 291.81, 296.89 และ 309.66 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แยกเป็น ภาคกลาง ร้อยละ 28.32 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 25.96 ภาคเหนือ ร้อยละ 20.04 ภาคใต้ ร้อยละ 17.77 และเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 7.91 จากสถิติดังกล่าว พบว่าอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศและเขตภาคกลาง ซึ่งสูงกว่าภาคอื่น

การทบทวนวรรณกรรม พบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ได้เพียงพอตามความต้องการของร่างกาย เป็นผลสืบเนื่องมาจากความบกพร่องในการกำจัดของเหลวและของเสียออกจากร่างกาย¹ ที่มีกลไกมารับการรักษาภายใน 30 วันหลังการจำหน่าย ด้วยอาการเหนื่อย บวม อ่อนเพลีย และไอ โดยมีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องการรับประทานยา การได้รับยาไม่เต็มที่ และความสม่ำเสมอของการรับประทานยา สาเหตุที่พบเกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดทุกราย ในปี 2560 มีรายงานว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจมีความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลว อีกทั้งประชาชนในภาคกลางมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการเกิดโรค เช่น นิยมบริโภคอาหารรสเค็มจัด อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ อาหารสำเร็จรูปมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เข้าสู่ระบบโรงงานที่ทำงานเป็นช่วงเวลา แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองจากบุคลากรที่มีสุขภาพแล้ว สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนการดูแลตนเองตามคำแนะนำในการควบคุมอาหารและน้ำ ร่วมกับความเชื่อที่ว่า การรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ๆ จะทำให้อาการดีขึ้นได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนการดูแลตนเอง² จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจล้มเหลว

เป็นปัญหาที่สำคัญและกระทบปัญหาสุขภาพ จึงมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังดูแล

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำ โดยคำนึงถึงประโยชน์ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และผลลัพธ์ระยะยาวจากการตัดสินใจลงมือกระทำ รวมถึงการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของอาการ ความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความหมายรวมไปถึงการจัดยา ข้อจำกัดด้านอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำหนัก การรับรู้อาการและการจัดการอาการของโรค และการออกกำลังกาย³ มีรายงานว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน (ร้อยละ 80) เดิมเครื่องปรุขมระับประทานอาหาร (ร้อยละ 80) หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและการทำงานหนัก (ร้อยละ 70) ไม่รับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น (ร้อยละ 20)⁴ พฤติกรรมไม่เหมาะสมดังกล่าวส่งผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ อาทิ เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบสูงขึ้น ร้อยละ 40⁵ กลับมารับการรักษาซ้ำถึงร้อยละ 50 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 3 เดือน มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 57 จะเสียชีวิตในระยะเวลา 5 ปี หลังจากการได้รับวินิจฉัยโรคถึงร้อยละ 50 อัตราการรอดชีวิตจะลดลงในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณ ร้อยละ 15⁶ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง และมีผลทางเศรษฐกิจจากการรักษาที่เกิดขึ้นจากอาการที่กำเริบบ่อยครั้ง⁵

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมีหลายประการ⁷ หลายมิติเกิดร่วมกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย⁸ ภาวะโรคร่วม ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ⁹ ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม¹⁰ ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย¹¹ สมรรถนะแห่งตน คุณภาพชีวิต¹² และความเชื่อทางสุขภาพ¹³ ในการศึกษานี้ได้คัดเลือกตัวแปรตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel โดยมีหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นร่วมด้วย

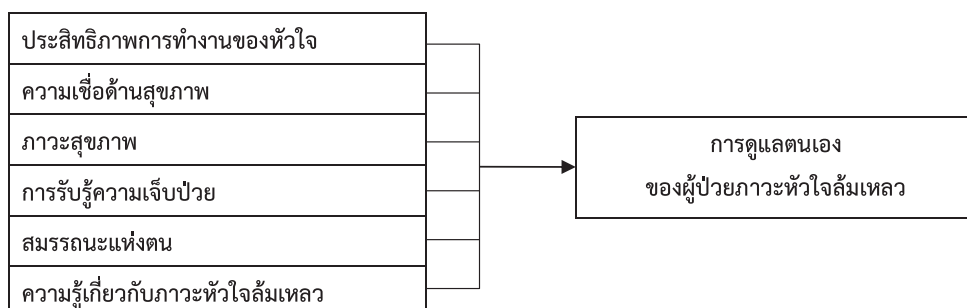
แม้ว่ามีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากสถานการณ์การเกิดโรคทำให้ทราบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยด้วยการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น เกิดผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และสามารถทำนายหรือประเมินได้ว่าผู้ป่วยคนใดที่มีความเสี่ยงในการสูญเสียการดูแลตนเองได้สูง เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้คัดสรรตัวแปรทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีของ Riegel และอยู่ในบทบาทพยาบาลสามารถจัดการกระทำได้ โดยคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและเหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Theory of heart failure self-care) พัฒนาโดย Riegel และคณะ⁷ ได้กล่าวถึงการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวว่าเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับบุคคลในด้านความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยกระบวนการตัดสินใจนี้ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ (situation) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการ แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล (person) ปัญหาสุขภาพ (problem) และสิ่งแวดล้อม (environment) 2) กระบวนการตัดสินใจ (process) เป็นกลไกภายในตัวบุคคล ที่มีการทำงานเป็นระบบแล้วให้ผลลัพธ์ออกมา กระบวนการในขั้นนี้แสดงออกโดยผ่านความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและค่านิยมของบุคคล และ 3) การแสดงการดูแลตนเอง (action) เป็นผลของการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคล โดยผ่านความรู้ประสบการณ์ ทักษะและการให้คุณค่าในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการแสดงออกถึงการดูแลตนเองที่จะสังเกตได้จากการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ การดำรงการดูแลตนเอง (self-care maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (symptom perception) จากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองหลายประการ ในการศึกษาครั้งนี้คัดเลือกตัวแปรตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel โดยมีหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว กรอบแนวคิดในการศึกษา ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 : กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย

ประชากร : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง 61,193 คน

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 90 ขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่ค่า $R^2 = .103$ นำมาคำนวณได้ค่า $f^2 = .114$ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อศึกษาตัวแปรต้น 6 ตัวแปร คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 168 ราย และเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 185 ราย มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีสาเหตุมาจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความบกพร่องจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งมีอาการค่อนข้างคงที่ หรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อย 1 เดือน

2) ระดับความรุนแรงของอาการตามเกณฑ์ของ New York Heart Association Functional Classification (NYHA) ที่ I – II

3) เพศชายและเพศหญิง อายุ 20–59 ปี

4) ผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่เกินกว่า 3 เดือนและมีบันทึกในเวชระเบียน

5) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

6) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

7) ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1) มีอาการ อาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม หายใจเหนื่อยหอบ ขณะเก็บข้อมูลจนต้องได้รับการรักษา

2) ปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัย เป็นแบบสอบถาม 8 ส่วน ในการเก็บข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว/โรคร่วม และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 ความเชื่อในการรับประทานอาหารและยา พัฒนาโดย Bennett และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Angkulkhajorn¹⁴ 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหาร และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหาร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน ค่าสัมประสิทธิ์คอเนนบราคแอลฟา เท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ พัฒนาโดย Ware และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Kasemsup¹⁵ 12 ข้อ แบ่งเป็นมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติ ได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (2 ข้อ) Role Physical (2 ข้อ) Bodily Pain (1 ข้อ) General Health (1 ข้อ) Vitality (1 ข้อ) Social Functioning (1 ข้อ) Role Emotional (2 ข้อ) และ Mental Health (2 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน

0-100 คะแนน โดยคะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50-100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .79

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ พัฒนาโดย Broadbent และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Olanwat¹⁶ 9 ข้อ ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง 0-10 โดยตรงปลายเส้นด้านซ้ายมือสุด คือ “0” คือ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุด คือ “10” คือ “มากที่สุด” ยกเว้น ข้อสุดท้ายเป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ปวยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค เป็นข้อคำถามในเชิงบวก 5 ข้อ มีข้อคำถามในเชิงลบ 3 ข้อ การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนน ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .78

ส่วนที่ 5 สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ พัฒนาโดย Sullivan และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Olanwat¹⁶ 13 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ 6 ข้อ และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีคะแนน 0-4 คะแนน เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด การแปลผลคะแนนแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยคะแนนเต็มรวม 52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนสูง ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .95

ส่วนที่ 6 ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย van der Wal และคณะ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Srisuk¹⁷ 15 ข้อ 3 ตัวเลือก เป็นความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป 4 ข้อ การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ข้อ อาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน หากได้ระดับคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับดี และระดับคะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .74 ค่า

Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .71

ส่วนที่ 7 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พัฒนาโดย Riegel และคณะ¹⁸ ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only-translation with test) 22 ข้อ การประเมินการดูแลตนเอง 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 การดำรงการดูแลตนเอง 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 1-4 คะแนน ตอนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 0-4 คะแนน ตอนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต 1-4 คะแนน มีคะแนนรวมในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนน ดังนี้ พอใช้ (0-70) ดี (71-85) ดีมาก (85-100) ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราคแอลฟา เท่ากับ .80

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ประเมินโดยใช้ค่า Left ventricular effusion fraction (LVEF) ผู้วิจัยพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือการตรวจสวนหัวใจ เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยจากการตรวจครั้งล่าสุดในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (012.2/63) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (009/2563) โรงพยาบาลสระบุรี (EC021/2563) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (YM024/2563) โดยการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ไม่ส่งผลกระทบต่ออย่างใดต่อการปฏิบัติงานหรือการให้บริการใด ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับโดยจะใช้เลขรหัสแทนชื่อ-นามสกุล การนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นในภาพรวม เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด จะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง คัดเลือกแฟ้มประวัติ เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขณะที่รอตรวจ เพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย และให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้

เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-40 นาทีต่อราย โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง ธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 185 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.35) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี (ร้อยละ 47.57) รองลงมาคือ ช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 34.05) มีอายุเฉลี่ย 48.00 ปี

(SD = 8.97) อายุต่ำที่สุด 22 ปี และอายุมากที่สุด 59 ปี ประมาณสามในสี่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 71.35) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.05) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 29.73) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.84) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.84) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.68) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.41) รองลงมาคือกลุ่มอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 21.62) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.92) มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก Functional class I มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.46) โดยประมาณหนึ่งในสามมีโรคประจำตัว/โรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วงเวลา 6-12 เดือน (ร้อยละ 53.51)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ที่เป็นไปได้	ที่เป็นจริง		
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	0-100	10-81	36.95	16.26
ความเชื่อด้านสุขภาพ	24-120	71-120	100.22	10.49
ภาวะสุขภาพ	0-100	38-78	58.62	9.38
การรับรู้ความเจ็บป่วย	0-80	7-55	25.37	10.27
สมรรถนะแห่งตน	0-52	7-52	33.70	10.09
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	0-15	7-15	12.49	2.43
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	0-100	17-87	55.52	11.71

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำปานกลางเท่ากับ 36.95 (SD = 16.26) ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงเท่ากับ 100.22 (SD = 10.49) ภาวะสุขภาพมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเท่ากับ 58.62 (SD = 9.38) การรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ

25.37 (SD = 10.27) สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 33.70 (SD = 10.09) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี เท่ากับ 12.49 (SD = 2.43) การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับพอใช้ เท่ากับ 55.52 (SD = 11.71)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุดและการแปลผลระดับคะแนนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

การดูแลตนเอง	Min	Max	Mean	SD	การแปลผล
การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	37.50	92.50	65.43	11.01	พอใช้
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	25.00	95.83	58.11	11.68	พอใช้
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	33.33	100.00	73.49	12.78	ดี
การดูแลตนเองโดยรวม	17.65	86.76	55.52	11.71	พอใช้

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 55.52 (SD = 11.71) อยู่ในระดับพอใช้ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่าการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 65.43 (SD = 11.01) อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 92.50 ต่ำสุดเท่ากับ 37.50 การดูแลตนเองเพื่อจัดการ

อาการโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 58.11 (SD = 11.68) อยู่ในระดับพอใช้ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 95.83 ต่ำสุดเท่ากับ 25.00 และความมั่นใจในการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 73.49 (SD = 12.78) อยู่ในระดับดี คะแนนสูงสุดเท่ากับ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 33.33

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบถดถอย เพื่อหาปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

ตัวแปรที่มีอิทธิพล	B	SEb	β	t	p-value
(Constant)	28.172	4.187		6.729	.001
สมรรถนะแห่งตน	.407	.081	.351	5.058	.001
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	1.091	.335	.226	3.256	.001

F = 10.599 (p = .001), R = .479., R² = .230

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าสมรรถนะแห่งตน และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .230, F = 10.599, p = .001) โดยสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด (β = .351, p = .001) รองลงมาได้แก่ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว (β = .226, p = .001) ส่วนประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

อภิปรายผล

1. การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าคะแนนการดูแลตนเองโดยรวมในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.05 แต่ขาดความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 25.41 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี แต่เรื่องของรายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคม เพราะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยที่ดี

สิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยอยู่ที่ 6-12 เดือน โดยระยะเวลานี้พียงอริสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรค ยังสามารถเกิดการกำเริบได้ตลอดเวลา แต่การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐานหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคเพียงระดับเล็กน้อย คือ มีระดับ NYHA functional class อยู่ในระดับ I (ร้อยละ 59.46) ซึ่งเป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่กลุ่มตัวอย่างลืมนับประทานยา ซึ่งน้ำหนักของตัวเอง วิธีการตรวจสอบข้อเท้าบวม เมื่อมีอาการเจ็บป่วยยังไม่ทราบว่าเป็นอาการที่ต้องมาพบแพทย์ และไม่กล้าที่จะโทรมาขอรับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากทีมสุขภาพ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับพอใช้ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanno และคณะ¹⁹ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมระดับพอใช้ โดยรายด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพพระดัตติ การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการระดับพอใช้ และความมั่นใจในการดูแลตนเองระดับพอใช้ การศึกษาของ Suwanno และคณะ²⁰ พบว่าการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 57.9 ± 15.6 และเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุดคือ การลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือพอมเกิน มากที่สุด คือ ด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด และการศึกษาของ Choknumchaisiri²¹ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม

2. ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 2 ตัวแปร คือ สมรรถนะแห่งตน

และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .230$, $F = 10.599$, $p = .001$) อธิบายได้ดังนี้

สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .430$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 23.0 และสมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .351$, $p = .001$) ความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ประกอบด้วย ความมั่นใจในการควบคุมอาการและความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ อีกทั้งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นั่นคือมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ว่าสามารถดำเนินการและยังคงอยู่แม้จะมีอุปสรรค สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma²² พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ Dehghani-Tafti, Mahmoodabad²³ พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .349$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 23.0 และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรองมาจากสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .226$, $p = .001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค การบริโภคอาหารโดยการจำกัดอาหารเสริมและน้ำที่เหมาะสม การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเฝ้าระวังและประเมินภาวณ้ำเกิน และความสำคัญในการมา

พบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะส่งผลให้การดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Huong²⁴ พบว่า ภาวะโรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคของการจำกัดปริมาณโซเดียมสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 27.6 ($R^2 = .276$, $p = .000$) โดยอุปสรรคของการจำกัดโซเดียมเป็นปัจจัยที่ทำนายการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด ($\beta = -.34$, $p < .05$) รองลงมาได้แก่ ภาวะโรคร่วม ($\beta = -.19$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .23$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .15$) ในขณะที่ความรุนแรงของอาการ เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ($r = .02$, $.11$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะมีเหตุผลหรือไม่เหตุผลก็ได้ ซึ่งในแต่ละความเชื่อนั้นมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .377$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Baghianimoghadam, Shogafard¹³ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทั่วไปบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะมีการนำข้อมูลที่รับรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ และตัดสินใจการกระทำตามความคิด ความเข้าใจและปรับความเชื่อนั้นใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีความรู้ที่ว่าต้องปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารเค็ม ควบคุมน้ำหนักตัวรับประทานยาสม่ำเสมอ แต่ก็ไม่ทราบว่า จะปฏิบัติอย่างไร จึงจะเหมาะสมเพียงพอในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่า จะต้องจำกัดการออกกำลังกายเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบ แม้จะได้ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาว่าต้องออกกำลังกาย แต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัย ไม่รู้วิธีการและขนาดของการ

ออกกำลังกายที่เหมาะสม ความเชื่อด้านสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้อาการจะไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.279$) การรับรู้ความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณหนึ่งในสามมาจากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยาบ้า ยาไอซ์ และเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 33.50) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ (ร้อยละ 19.60) เป็นผลให้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ไม่ดี มีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล ในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง และการงดเว้นจากสารเสพติดอื่นๆ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อการดูแลตนเองที่ดีตามมา แต่ผู้ป่วยมีค่าการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 25.37 ($SD = 10.27$) คะแนนการดูแลตนเองที่มีระดับมากที่สุดอยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับต่ำ จึงทำให้การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นข้อบ่งชี้ที่ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายของหัวใจ บอกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจได้ เป็นการประเมินความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำมากขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองดีขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจระดับต่ำรุนแรง (ร้อยละ 30.80) ซึ่งผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างมาก และเมื่อมีการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นก็จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยกว่าปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และคะแนน

เฉลี่ยของการดูแลตนเองในแต่ละระดับมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดี จะช่วยให้สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาจากอาการของโรค พร้อมทั้งเป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ สนใจ ตั้งใจและเอาใจใส่ในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง เพื่อให้ประสบผลตามความต้องการของตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเท่ากับ 58.62 (SD = 9.38) และระดับความรุนแรงของโรคมากกว่าครึ่งมีระดับ NYHA functional class อยู่ในระดับ I (ร้อยละ 59.46) แต่หนึ่งในสามมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจระดับต่ำรุนแรง (ร้อยละ 30.80) ซึ่งผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างมาก และเมื่อมีการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่วนใหญ่มีโรคร่วมของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดอยู่แล้วก่อนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 17.07) ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพเช่นเดียวกันกับการดูแลตนเองเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองน้อยมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงไม่น่าจะเป็นผลโดยตรงมาจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปัจจัยด้านการบริการสุขภาพด้วย อีกทั้งแต่ละระดับของภาวะสุขภาพ มีคะแนนการดูแลตนเอง ดังนี้ ภาวะสุขภาพดี คะแนนเท่ากับ 56.07 และ ภาวะสุขภาพไม่ดี คะแนนเท่ากับ 54.58 ข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ส่งผลให้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเอง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว ผลการศึกษาในครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาของ Rockwell and Riegel²⁵ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 40 และการศึกษาของ choknumchaisiri²¹ พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีที่สุด ร้อยละ 34

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อลดข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมและต่อเนื่อง
2. การจัดโปรแกรมให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง โดยเน้นการให้ความรู้ในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
3. เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดทำกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม และควรมีการศึกษาติดตามเป็นระยะๆ เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

References

1. Jompaeng Y, Korchaoenyos C, Koteprom J. The innovation of JVP. Journal of Health and Nursing Research. 2019;35(2):109-17. (in thai)
2. Wattanune N. The factors influencing to health-related quality of life amongst the patients with congestive heart failure at a community in Kanchanaburi province [Community Nurse Practitioner's thesis]. Nakhon Pathom: Christian University; 2012. (in Thai)
3. Riegel B, Driscoll A, Suwanno J, Moser DK, Lennie TA, Chung ML, et al. Heart failure self-care in developed and developing countries. Journal of cardiac failure. 2009;15(6):508-16.
4. Sedlar N, Lainscak M, Martensson J, Strömberg A, Jaarsma T, Farkas J. Factors related to self-care behaviours in heart failure: a systematic review of European heart failure self-care behaviour scale studies. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2017;16(4):272-82
5. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self care in patients with chronic heart failure. Nature reviews cardiology. 2011;8(11):644-54.
6. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2011;123(4):e18-e209.
7. Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. Journal of cardiovascular Nursing. 2016;31(3):226-35.
8. Ok JS, Choi H. Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. Korean Journal of Adult Nursing. 2015;27(2):242-50.
9. Hwang B, Moser DK, Dracup K. Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. Health Psychology. 2014;33(7):588.
10. Graven LJ, Grant JS, Vance DE, Pryor ER, Grubbs L, Karioth S. Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. American journal of health behavior. 2015;39(1):77-87.
11. Goodman H, Firouzi A, Banya W, Lau-Walker M, Cowie MR. Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2013;50(7):945-53.
12. Peters-Klimm F, Freund T, Kunz CU, Laux G, Frankenstein L, Müller-Tasch T, et al. Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;12(2):167-76.
13. Baghianimoghadam MH, Shogafard G, Sanati HR, Baghianimoghadam B, Mazloomi SS, Askarshahi M. Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. Acta Medica Iranica. 2013:52-8.
14. Angkulhajorn S. The effect of health promoting program applying pender's model on treatment adherence in adult patients with heart failure [Adult Nursing's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. (in thai)

15. Kasemsup V, Sakthong P, Poopha K. The project "Surgery on 8,000 hearts of dedicated to the 80th birthday of King Bhumibol Adulyadej and dedicated to the 84th birthday of the 84th birthday of Her Royal Highness Princess Galyani Vadhana Krom Luang Naradhiwas Rajanagarindra ". Nonthaburi: National Health Security Office; 2007. (in thai)
16. Olanwat K. Selected factors related to depression in patients with acute coronary syndrome, general hospital [Nursing Science's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
17. Srisuk N, Wattanasrisin J, Tepapal T. Factors related to quality of life of caregivers among patients with heart failure in Trang province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(Special Issue):317-31. (in Thai)
18. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. The Journal of cardiovascular nursing. 2009;24(6):485.
19. Suwanno J, Petsirasan R, Praseartthai P, Chanpradit A, Saisuk W. Self-care among patients with chronic heart failure. Thai Journal of Nursing Council. 2008;23(1):35-47. (in Thai).
20. Suwanno J, Petsirasan R, Suwanno J, Saisuk W, Chanpradit A. Age and heart failure self-care: a comparison of self-care maintenance between elderly and adults. Songkla Med J. 2009;27(4): 335-46. (in Thai)
21. Choknumchaisiri k. Influences of health status, knowledge of heart failure, and social support on self-care behaviors in patients with heart failure [Adult Nursing's thesis]. Chonburi: Burapha University; 2011. (in thai)
22. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart & Lung. 2018;47(2):136-41.
23. Dehghani-Tafti A, Mahmoodabad SSM, Morowatisharifabad MA, Ardakani MA, Rezaeipandari H, Lotfi MH. Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. Global journal of health science. 2015;7(5):33.
24. Huong PTT. Predicting factors of self-care behaviors in Vietnamese adults with heart failure [Nursing Science's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
25. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. Heart & Lung. 2001;30(1): 18-25.