

บทความวิจัย**ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*****Factors Predicting Self-Care Behaviors among Patients
with Heart Failure**

ปานทิพย์ แก้วสว่าง**

Panthip Kaewsawang

จงจิต เสน่หา***

Chongjit Saneha

ศรินรัตน์ ศรีประสงค์***

Sarinrut Sriprasong

พรวลี ปรีกษ์ขาม****

Pornwalee Porapakkham

*ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*A part of Thesis, Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing),
Faculty of Nursing, Mahidol University

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลกรุงเทพฯ 10700

**Master of Nursing Science Program (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of
Nursing, Mahidol University Bangkok, 10700 Thailand

***คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

***Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700 Thailand

****สถาบันโรคทรวงอก จังหวัดนนทบุรี 11000

****Central Chest Institute of Thailand, Nonthaburi, 11000 Thailand

Corresponding author, E-mail: sarinrut.sri@mahidol.ac.th

Received: August 23, 2022; Revised: October 10, 2022; Accepted: May 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนายเพื่อศึกษาการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์
ความรู้เรื่องโรค และความเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับ
บริการที่โรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 158 ราย โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
เท่ากับ .82 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และ

แบบสอบถามความเปราะบาง ได้ค่าวิธีการทดสอบซ้ำ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น เท่ากับ .94, .89 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.90 เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 68.50 ปี (S.D = 14.75) ร้อยละ 67.70 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม การรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค และความเปราะบางสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 5.20 (nagelkerke R^2 = .052) โดยมีปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคระดับสูง (OR = 2.5, 95% CI = 1.05 - 6.14, p-value = .037)

สรุป ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับข้อมูลความรู้จากแพทย์ พยาบาล และทีมสาขาสหวิชาชีพ โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับสูง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมการดูแลตนเอง การรับรู้ด้านความรู้คิด ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบาง

Abstract

This predictive correlational study aimed to investigate the predictive power of cognitive illness perception, emotional responses, knowledge about the disease and frailty on self-care behaviors among 158 patients diagnosed with heart failure at a specialized tertiary hospital. Data collection was conducted through personal questionnaires, the Self - Care of Heart Failure Index Version 7.2 with the Cronbach's alpha coefficient at .82, the Brief Illness Perception Questionnaire, the Dutch of Heart Failure and Frailty Scale. Test-retest reliability with Intraclass correlation coefficients was measured at .94, .89 and .93, respectively. Descriptive statistics and logistics regression analysis were used to analyze the data.

The results revealed that about 63.90 of the samples were males at 68.50 years on average (S.D = 14.75). Most of the samples (67.70) had an overall score of good self-care behaviors. After the analysis, the predictive power, cognitive illness perception, emotional responses, knowledge about the disease and frailty were able to predict self-care behaviors among the patients with heart failure at 5.20 (Nagelkerke R^2 = .052). The influencing variable to predict self-care behavior was having a high level of knowledge about the disease (OR = 2.5, 95% CI = 1.05 - 6.14, p-value = .037).

Summary: Patients with heart failure should receive thorough information regarding heart failure from physicians, nurses and multidisciplinary care teams, so that they can appropriately apply the information to promote self-care behaviors.

Keyword: Heart failure, Self-Care behaviors, Cognitive illness perception, Knowledge, Frailty

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นปัญหาที่พบในผู้ป่วยทั่วโลกมากถึง 38 ล้านคน¹ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030² รายงานของประเทศไทยในช่วงระยะเวลา 5 ปี หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ร้อยละ 50.00 เสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว และร้อยละ 61.00 มีการกลับเข้ามารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน และภายใน 5 ปี ร้อยละ 24.90 และ 78.00 ตามลำดับ³ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในสหรัฐอเมริกา ประมาณ 31 พันล้านเหรียญ ในปี ค.ศ. 2012 และสูงถึง 70 พันล้านเหรียญ ในปี ค.ศ. 2030⁴ ค่าใช้จ่ายในการรักษาของประเทศไทย โดยประมาณ 125,017 บาท ต่อคนต่อปี⁵

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความผิดปกติที่เกิดจากโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความบกพร่องในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายทุกซักระยะ อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่กำเริบทำให้เกิดการจำกัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วย⁶ การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงเน้นการควบคุมอาการกำเริบ ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ชะลอความก้าวหน้าของโรค เพื่อลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษา รับประทานอาหารโซเดียมต่ำ หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน เฝ้าระวังอาการกำเริบ จึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁷

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (self-care behaviors) เป็นการปฏิบัติผ่านกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพในการดูแลตนเอง รวมถึงการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น⁸ โดยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของ Riegel และคณะ⁸ ได้ให้ความหมายของ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถด้านการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัญหาแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ อีกทั้งยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 71.50⁹ แม้มีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง แต่บางปัจจัยยังมีการศึกษาที่น้อย และผลการศึกษายังไม่ชัดเจน ได้แก่

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อหรือค่านิยม ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยนั้นออกมา เพื่อนำไปสู่การเลือกตัดสินใจในการเผชิญปัญหา¹⁰ เป็นลักษณะด้านความรู้คิด (cognitive illness perception) รวมถึงด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 61.70 รับรู้ว่าเริ่มมีสัญญาณของอาการผิดปกติเกิดขึ้น แต่ไม่สามารถระบุอาการที่ผิดปกตินั้นได้¹¹ ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบเกิดจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ลดปริมาณโซเดียมในอาหาร และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 18.30 และ 13.30 ตามลำดับ แต่ไม่ได้รับรู้ว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว¹² และรับรู้ระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคเป็นแบบเรื้อรัง อาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อวิถีชีวิตต้องถูกจำกัดกิจกรรมสามารถควบคุมอาการได้ด้วยตัวเอง คือ การควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหาร และการรับประทานยา¹³ จากการศึกษาที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาอิทธิพลการรับรู้ด้านความรู้คิดของความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวม

ด้านการตอบสนองทางอารมณ์เป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยผู้ป่วยมีการประมวลผลทางอารมณ์ที่ถูกสร้างขึ้นตามสภาวะความรู้สึกลักษณะนั้น ทำให้มีการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้น¹⁴⁻¹⁵ จากการทบทวนวรรณกรรม

พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง ผู้ป่วยมีความกังวล และเป็นทุกข์กับอาการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถระบุ สื่อสาร และวางแผน การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองได้¹⁶ จากผลการศึกษาที่ผ่านมา อำนาจการทำนายของการตอบสนองทางอารมณ์ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังไม่สอดคล้องกัน พบเพียงการศึกษาการตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน

ความรู้เรื่องโรค เป็นปัจจัยด้านทักษะ และประสบการณ์ หมายถึง ความรู้ทั่วไปของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุ อาการ การรักษา การให้ความสำคัญของการรับประทานยา การบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย การจำกัดน้ำ การติดตามน้ำหนัก และการออกกำลังกาย¹⁷ จากการศึกษาในประเทศเลบานอน พบว่า ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้นสามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้านการคงภาวะสุขภาพ โดยผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดหมาย ผู้ป่วยสามารถ ประเมิน ติดตาม และรับรู้การเปลี่ยนแปลงของอาการ สามารถจัดการ และป้องกันกับอาการ เพื่อช่วยบรรเทาอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวได้¹⁸ การศึกษาของ วันวิสา ทิอุทิศ และคณะ¹⁹ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลตนเองร่วมทำนาย พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียม ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 17.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการ จำกัดโซเดียมสามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ แต่ไม่พบในภาพรวมว่าความรู้เรื่องโรค มีอำนาจการทำนายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความเปราะบาง (frailty) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นลักษณะกลุ่มอาการเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของ

โครงสร้างสรีรวิทยาในร่างกายภายหลังการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายทำงานผิดปกติ เกิดความเสื่อมถอยต่อศักยภาพของร่างกายลดลง²⁰ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อความเปราะบางเกิดในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลวยาวนาน ร่วมกับระดับ ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมในด้านการคงภาวะ สุขภาพในเรื่องการใช้ยา เนื่องจาก ความเปราะบาง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนหลายโรค²¹ แต่การศึกษา ความเปราะบางในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ความเปราะบางมีความสัมพันธ์ เชิงลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) แต่ความเปราะบางไม่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวด้านการคงภาวะสุขภาพในเรื่องการ ใช้ยา ยกเว้นยาขับปัสสาวะ ($p\text{-value} = .441$)²² จากการศึกษา อำนาจการทำนายความเปราะบางใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีความไม่สอดคล้องกัน และประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาความเปราะบาง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองใน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมในผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว ปัจจัยการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค และ ความเปราะบาง ยังมีผลการศึกษาที่หลากหลาย ทั้งที่มีความสอดคล้อง และไม่สอดคล้อง อีกทั้งเป็น การศึกษาแยกเฉพาะรายด้าน ซึ่งยังไม่ครอบคลุม ในพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน มีบางตัวแปร ได้แก่ ความเปราะบางที่ยังเป็นตัวแปรที่มีการศึกษาน้อย และในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษา ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจศึกษาว่า ปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลวได้หรือไม่ เพื่อนำไปใช้ในการประเมิน ส่งเสริม และวางแผนการพัฒนาการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรคและความเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบางสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (theory of self-care of chronic illness) พัฒนาโดย Riegel และคณะ⁸ เป็นกรอบแนวคิดอธิบายว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นกระบวนการในการรักษา และการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และจัดการความเจ็บป่วย โดยมีแนวคิดที่สำคัญ 3 ด้าน คือ 1) การคงภาวะสุขภาพดูแลตนเอง (self-care maintenance) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี และเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเป็นประจำ รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารที่มีโซเดียม และจำกัดน้ำ 2) การติดตามดูแลตนเอง (การรับรู้อาการ) (self-care monitoring) เป็นการสังเกต เรียนรู้ ประเมิน และสามารถตีความหมายของอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เช่น การตรวจความผิดปกติในเรื่องของอาการบวม เหนื่อย อ่อนเพลีย 3) การจัดการดูแลตนเอง (self-care management) ผู้ป่วยสามารถตอบสนองในการจัดการต่ออาการนั้นได้ด้วยตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงอาหารหรือปรับยาได้เองตามคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ⁷

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งเพศชาย และเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ และคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างน้อย 6 เดือน ระดับความรุนแรงของโรค The new york heart association (NYHA) function class I - III สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีระดับการรู้คิดที่ดีที่คะแนน ≥ 3 คะแนน โดยอายุ > 60 ปี ประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ Mini-cognitive assessment instrument (Mini - cog) และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ไม่คงที่ เหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันเลือดสูงวิกฤติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ 2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โรคมะเร็ง และโรคไตวายระยะสุดท้าย โรคปอดอักเสบ คนพิการ 3) ผู้ป่วยที่มีโรคจิตประสาท

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจในการทดสอบที่ระดับ .80 และใช้ adjusted odd ratio ระหว่างอำนาจการทำนายความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง คำนวณการศึกษาของ Seid และคณะ²³ โดยใช้สัดส่วนของ P1 (อัตราส่วน

ของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ดีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง) เท่ากับ .371 และ P2 (อัตราส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ดีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง) เท่ากับ .172 คำนวณ Odd Ratio ได้เท่ากับ 2.85 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 ราย

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกข้อมูลด้านการเจ็บป่วย
2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว The self-care of heart failure index version (SCHFI) version 7.2 พัฒนาโดย Riegel และคณะ²⁴ และแปลย้อนกลับโดย วรินทร์ ดำรงรัตน์นงค์ มีคำถาม 39 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ด้านการคงภาวะสุขภาพ ส่วนที่ 2 ด้านการติดตามดูแลตนเอง ส่วนที่ 3 ด้านการจัดการดูแลตนเอง ส่วนที่ 4 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (ไม่คิดคะแนน) เนื่องจากเป็นการประเมินความมั่นใจความสามารถในการทำกิจกรรม เพื่อตัดสินใจในการเลือกการดูแลตนเองใน 3 ด้าน ซึ่งไม่ใช่พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแปลคะแนน คะแนนผลรวมต่ำสุด เท่ากับ 29 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 145 คะแนน การนำคะแนนรวมทุกข้อมาปรับคะแนนเป็นฐานร้อยละทั้งรายด้าน และโดยรวมเท่ากับ 100 คะแนน โดยคะแนน ≥ 70 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม
3. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (the brief illness perception questionnaire: the BIPQ) พัฒนาโดย Broadbent และคณะ¹⁵ แปลเป็นภาษาไทยโดย นภาพร โสพัฒนางกูร²⁵ มีคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง 0 - 10 คะแนน แยกเป็น 2 ด้าน ด้านที่ 1 การรับรู้ความเจ็บป่วย มีคำถาม 6 ข้อ (ข้อ 1 - 5 และ 7) ข้อ 9 สาเหตุความเจ็บป่วย เป็นคำถามปลายเปิด (ไม่คิดคะแนน) แปลคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง การรับรู้ด้านความรู้ที่รุนแรง และคุกคามมาก ด้านที่ 2

การตอบสนองทางอารมณ์ จำนวน 2 ข้อ ข้อที่ 6 และ 8 แปลคะแนน ≥ 5 คะแนน หมายถึง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการตอบสนองทางอารมณ์ทางลบ

4. แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว The dutch of heart failure (DHFKS) พัฒนาโดย Van der wal และคณะ¹⁷ แปลเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับ โดย นิทยา ศรีสุข และคณะ²⁶ คำถาม 15 ข้อ คำตอบมี 3 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลคะแนน ดังนี้ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 15 คะแนน นำคะแนนรวมมาคิดเป็นค่าเฉลี่ย ร้อยละ อยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนอิงเกณฑ์ได้ 3 ระดับ คือ ตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป มีความรู้เรื่องโรคระดับสูง ร้อยละ 60.00 - 79.00 มีความรู้เรื่องโรคระดับปานกลาง และน้อยกว่า ร้อยละ 60.00 มีความรู้เรื่องโรคระดับต่ำ

5. แบบสอบถามความเปราะบาง (frail scale) พัฒนาโดย Morley และคณะ²⁷ แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัยและคณะ ด้วยวิธีแปลย้อนกลับ คำถาม 5 ข้อ คำถามที่ 1 คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ถ้าคำตอบเป็นตลอดเวลาได้ 1 คะแนน ถ้าบางครั้งถึงไม่มีเลย ได้ 0 คะแนน คำถามที่ 2 และ 3 คำตอบเป็นแบบทวี คำตอบ ใช้ ได้ 1 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คำถามที่ 4 เป็นคำถามความเจ็บป่วย ถ้าเป็นโรค 0 - 4 โรค ได้ 0 คะแนน 5 - 11 โรค ได้ 1 คะแนน คำถามที่ 5 น้ำหนักลด โดยร้อยละของน้ำหนักลดลง < 5.00 ได้ 1 คะแนน และ $>$ ร้อยละ 5.00 ได้ 0 คะแนน แปลคะแนน ≥ 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเปราะบางมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา โดยแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามความเปราะบางที่ได้รับการแปลโดยผู้วิจัยและคณะ ตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้า (face validity) ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ความครอบคลุม

เนื้อหาตามแนวคิดที่ผู้วิจัยเลือกใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน หลังผ่านการตรวจสอบผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาพิจารณา และแก้ไขร่วมกับอาจารย์

ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในงานวิจัย แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว .90 และแบบสอบถามความเปราะบาง .88

ตารางที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค วิธีการทดสอบซ้ำ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค	วิธีการทดสอบซ้ำและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น
1. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	.82	
2. แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บปวดบั้นย่อ		.94
3. แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว		.89
4. แบบสอบถามความเปราะบาง		.93

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

คำนึงถึง 3 ด้าน คือ ความเคารพในบุคคล คุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย และความยุติธรรม ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ IRB-NS2021/609.2503 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สถาบันโรคทรวงอก เลขที่ REC 030/2564 กระบวนการสรรหาอาสาสมัครเป็นไปตามมาตรฐานการวิจัยในคน โดยชี้แจงข้อมูลการมีส่วนร่วมในโครงการทั้งหมด ให้อิสระในการตัดสินใจ และสามารถแจ้งสิทธิ์ถอนตัวออกจากการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการบริการรักษา

ความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วม และแนะนำให้ผู้วิจัย หากผู้ป่วยสนใจผู้วิจัยจะแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยตอบแบบสอบถาม พินัยกรรมของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย หากผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเมินระดับการรู้คิดด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ Mini-cog จากนั้น ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามรวม 5 ชุด เมื่อเสร็จสิ้นให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย กล่าวขอบคุณผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยวิธีการทางสถิติต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก ผู้วิจัยเข้าพบฝ่ายต่าง ๆ เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือจากพยาบาลคลินิกผู้ป่วยนอก และคลินิกผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ในการสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกในการวิเคราะห์อำนาจการทำนาย แบบใส่ข้อมูลพร้อมกันในขั้นตอนเดียว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.50 ปี (S.D = 14.75) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.00 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.90 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 58.20 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม ร้อยละ 97.50 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค (NYHA) class II ร้อยละ 51.90 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricular ejection fraction; LVEF) มากกว่า

หรือเท่ากับ ร้อยละ 50.00, 36.70 และน้อยกว่า ร้อยละ 40.00, 35.40

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 41.38 - 93.97 คะแนน ($\bar{X}$ = 74.40, S.D = 11.05) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.70 มีคะแนนของพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม สำหรับด้านความมั่นใจในการดูแล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($\bar{X}$ = 85.57, S.D = 11.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 158)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	101	63.90
หญิง	57	36.10
อายุ		
น้อยกว่า เท่ากับ 60 ปี	60	37.90
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	98	62.10
ระยะเวลาของการเกิดโรค (ปี)		
น้อยกว่า 1 ปี	17	10.80
1 - 5 ปี	92	58.20
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	49	31.00
ประวัติโรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	124	78.50
โรคไขมันในเลือดสูง	118	74.70
โรคเบาหวาน	78	49.40
ระดับความรุนแรงของโรค (NYHA)		
class I	72	45.60
class II	82	51.90
class III	4	2.50
ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) (ร้อยละ)		
น้อยกว่า 40.00	56	35.40
40.00 - 49.00	44	27.90
มากกว่าหรือเท่ากับ 50.00	58	36.70

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 158) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเอง $\geq$ ร้อยละ 70.00 ($\bar{X}$ = 74.40, S.D = 11.05)	107	67.70
การคงภาวะสุขภาพ $\geq$ ร้อยละ 70.00 ($\bar{X}$ = 72.27, S.D = 16.09)	98	62.00
การติดตามดูแลตนเอง $\geq$ ร้อยละ 70.00 ($\bar{X}$ = 84.92, S.D = 11.71)	140	88.60
การจัดการดูแลตนเอง $\geq$ ร้อยละ 70.00 ($\bar{X}$ = 62.59, S.D = 18.62)	62	79.20
ความมั่นใจในการดูแล $\geq$ ร้อยละ 70.00 ($\bar{X}$ = 85.57, S.D = 11.05)	137	86.70

3. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านความรู้คิด
รุนแรงและคุกคามน้อย ร้อยละ 63.90 ($\bar{X}$ = 21.70,
S.D = 5.41)

4. กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองทางอารมณ์
ทางลบ ร้อยละ 50.60 ($\bar{X}$ = 3.69, S.D = 3.66)

5. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.00 มีความรู้
เรื่องโรคระดับสูง รองลงมา ร้อยละ 34.80 มีความรู้
เรื่องโรคระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 10.63, S.D = 2.10)

6. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความ
ประมาทน้อย ($\bar{X}$ = 1.27, S.D = 1.25) ร้อยละ 77.20

7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
การรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์
ความรู้เรื่องโรค ความประมาทกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
โดยใช้สถิติ Chi-square independent test พบว่า
การรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์
ความรู้เรื่องโรค ความประมาทไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค ความประมาท และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 158)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง					
ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 51) จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม (n = 107) จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
การรับรู้ด้านความรู้คิด				.850	.357
น้อย	101 (63.90)	30 (58.80)	71 (66.40)		
มาก	57 (36.10)	21 (41.20)	36 (33.60)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบาง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N = 158) (ต่อ)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง					
ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม (n = 51) จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม (n = 107) จำนวน (ร้อยละ)	X ²	p-value
การตอบสนองทางอารมณ์				1.169	.280
ทางบวก	78 (49.40)	22 (28.20)	56 (71.80)		
ทางลบ	80 (50.60)	29 (36.30)	51 (63.70)		
ความรู้เรื่องโรค				3.265	.195
ต่ำ	43 (27.20)	18 (41.90)	25 (58.10)		
ปานกลาง	55 (34.80)	18 (32.70)	37 (67.30)		
สูง	60(38)	15 (25.00)	45 (75.00)		
ความเปราะบาง				.024	.514
น้อย	122 (77.20)	39 (32.00)	83 (68.00)		
มาก	36 (22.80)	12 (33.30)	24 (66.70)		

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติกแบบขั้นตอนเดียวของการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า การรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค และความเปราะบาง สามารถอธิบายความแปรผันของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 5.20 (Nagelkerke R² = .052, X² = 3.265, p-value < .05) โดยความรู้เรื่องโรค พบว่า เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เรื่องโรค

ในระดับที่สูงขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น มากกว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เรื่องโรคในระดับต่ำ 2.5 เท่า (OR = 2.50, 95% CI = 1.05 - 6.14, p-value = .037) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถึงอย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ และความเปราะบาง ไม่พบความสัมพันธ์ และไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้ สามารถเขียนสมการทำนายได้โดย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ หัวใจล้มเหลว = $.56 + .93$ (ความรู้เรื่องโรคสูง) + $.44$ (ความรู้เรื่องโรคปานกลาง) - $.34$ (การรับรู้ด้าน ความรู้คติน้อย) - $.40$ (การตอบสนองทางอารมณ์ ทางลบ) + $.10$ (ความเปราะบางน้อย)

ตารางที่ 4 ค่าสถิติถดถอยโลจิสติกของการรับรู้ด้านความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค ความเปราะบาง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N = 158)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	p-value	OR	95% CI	
							Lower	Upper
การรับรู้ด้านความคิด								
น้อย ^{Ref}	-.34	.38	.83	1	.362	.70	.33	1.49
มาก								
การตอบสนองทางอารมณ์								
ทางบวก ^{Ref}								
ทางลบ	-.40	.37	1.17	1	.278	.67	.32	1.38
ความรู้เรื่องโรค								
ต่ำ ^{Ref}			4.35	2	.114			
ปานกลาง	.44	.42	1.05	1	.304	1.55	.67	3.59
สูง	.93	.44	4.34	1	.037*	2.55	1.05	6.14
ความเปราะบาง								
น้อย ^{Ref}	.10	.41	.06	1	.798	1.11	.48	2.53
มาก								
ค่าคงที่	.56	.36	2.42	1	.119	1.76		

*p-value < .05, Ref. = Reference group, OR = Odd ratio, 95%CI = 95%confidence interval, Predictive correct = 69.%, Hosmer & Lemeshow test = .717, Cox & Snell R² = .037, Nagelkerke R² = .052

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศแถบเอเชียที่พบเป็นเพศชายมากกว่า และด้วยอายุที่มากขึ้นทำให้การทำงานของเส้นใยผนังหลอดเลือดมีการเสื่อมสภาพ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหลอดเลือดลดลง โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโรคร่วม ซึ่งมีโรคร่วมหลัก ๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังทำให้

กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มแรงต้านในหลอดเลือดแดง เส้นใยกล้ามเนื้อหนาตัวแต่ความยืดหยุ่นน้อย เกิดความผิดปกติในการคลายตัวเพื่อที่จะรับเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา โรคเบาหวานทำให้เลือดมีความหนืด ส่งผลให้การเผาผลาญไขมันในตับลดลง เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงไปแทรกบริเวณหลอดเลือด จนเกิดการอักเสบ และรวมเป็นไขมันเกาะติดหลอดเลือดจนตีบแข็ง ทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจที่ส่งเลือดลดลง

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระยะการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 58.20 สอดคล้องกับระยะการวินิจฉัยของโรคในช่วงมากกว่า 18 เดือน ที่สัมพันธ์กับอายุ และปัจจัยโรคร่วม ทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ยาวนานจะยิ่งทำให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$)²⁸ และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 63.20 มี LVEF อยู่ในช่วงน้อยกว่า 50.00 เนื่องจากอายุที่มากขึ้น ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูงทำให้การคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติจากโครงสร้างกล้ามเนื้อหัวใจที่เกิดพังผืด และหนาตัวทำให้ประสิทธิภาพการคลายตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายผิดปกติ (Heart failure with preserved ejection fraction; HFpEF) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับ NYHA class II สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้แต่น้อยลง เพราะอาจมีอาการเหนื่อยบ้าง แต่เมื่อพักอาการจะดีขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ร้อยละ 67.70 มีค่า LVEF มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40.00 ไม่มีข้อจำกัดของการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาจทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยที่มาจากประสบการณ์ และข้อมูลที่ได้รับ⁷ และส่วนใหญ่ได้รับการติดตามดูแลรักษา อีกทั้งได้รับข้อมูลจากคลินิกผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Conceição และคณะ²⁹ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวชาวบราซิล จำนวน 116 คน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีที่สูงขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์การบีบตัวของห้องหัวใจล่างซ้ายที่ปกติ ($p\text{-value} = .001$) ประสบการณ์การเป็นโรคที่นานขึ้น ($p\text{-value} = .05$)

มีการติดตามดูแลตนเองร่วมกับทีมแพทย์ และพยาบาล ($p\text{-value} = .007$)

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกเหนือจากปัจจัยข้อมูลพื้นฐานแล้ว ยังมีอีกหลายปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ด้านความรู้คิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ด้านความรู้คิดอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเกิดโรคนานเป็นปี มีระยะในการดำเนินโรคอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี มีระดับ NYHA class I-II เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยสามารถแปล และให้ความหมายของการเจ็บป่วยในภาวะหัวใจล้มเหลวว่ามีผลต่อการดำเนินชีวิต และคุกคามต่อภาวะสุขภาพได้น้อย จึงไม่มีผลกระทบต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan และคณะ¹³ ผู้ป่วยจำนวน 95 ราย มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเองที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการป่วยในระยะยาว ผู้ป่วยคิดว่าอาการของโรคเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาทำให้เกิดการยอมรับ และเข้าใจ¹³ การตอบสนองทางอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้ความเจ็บป่วย โดยอารมณ์จะถูกสร้างขึ้นตามสภาวะความรู้สึกในขณะนั้น ทำให้มีการแสดงปฏิกิริยาทางอารมณ์ด้านลบเกิดขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการตอบสนองทางอารมณ์ทางลบ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับ NYHA class II สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ลดลง และมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นได้ เมื่อพักอาการจะดีขึ้นอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างยังปรับตัวไม่ได้กับสิ่งที่ต้องเผชิญในเรื่องของการดำเนินชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Woods และคณะ¹⁶ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศอังกฤษ ที่รู้สึกสูญเสียความสามารถในตนเองจะแยกตัวจากสังคม อาการกำเริบแบบเฉียบพลันจากสภาพทางด้านร่างกาย ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ถูกจำกัดกิจกรรม

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่หดหู่ เครียด มีความกังวล เรื่องความรู้ในการดูแลตนเอง ความรู้ของผู้ดูแล และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว แต่เมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ และยอมรับได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ชีวิตอยู่กับโรคไปตลอดชีวิต การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม สามารถควบคุมอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Morgan และคณะ¹³ ที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยทางอารมณ์ด้านลบในระดับปานกลาง ผู้ป่วยจะมีความกังวลตลอดเวลาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แต่เมื่อได้รับข้อมูล และบริหารจัดการกับอาการภาวะหัวใจที่ถูกต้องแล้ว ก็จะทำให้รู้สึกคลายความกังวลมากขึ้น

ความรู้เรื่องโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคระดับมาก รองลงมา คือ ระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งได้รับข้อมูลความรู้ และคำแนะนำในการดูแลตนเองจากคลินิกหัวใจล้มเหลว รวมถึงเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ในการดำรงชีวิต และมีผู้ดูแลร่วมด้วย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่พ้นจากประสบการณ์ของตนเอง บุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม มีการส่งส่งข้อมูลความรู้ กลายเป็นทักษะประสบการณ์ชีวิต รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ข้อมูล ความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Nguyen และคณะ³⁰ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศเวียดนาม จำนวน 82 ราย มีความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว (DHFKS) ระดับความรู้ต่ำ นอกจากนั้น พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นมีความเปราะบางน้อย อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ NYHA class I-II มีค่า LVEF ดี อาจมีแนวโน้มได้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างสรีรวิทยาของร่างกายหลายระบบ ยังคงทำงานได้ปกติ ส่งผลให้ร่างกายยังคงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างที่เคยปฏิบัติ อีกทั้งเป็นผู้ป่วยสูงอายุตอนกลางและตอนปลาย ทำให้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่แข็งแรง ยังช่วยเหลือตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vidan และคณะ³¹ พบว่า ร้อยละ 51.00 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่า LVEF ดี จะไม่พบความเปราะบางเกิดขึ้นในผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม โดยการรับรู้ด้านความรู้คิด การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้เรื่องโรค และความเปราะบาง ร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ร้อยละ 5.20 (Nagelkerke R^2) เท่ากับ .052 สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ของ Riegel และคณะ⁸ โดยมีปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคเหมาะสม ($OR = 2.5$, 95% $CI = 1.05 - 6.14$, $p\text{-value} = .037$) เมื่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เรื่องโรคในระดับที่สูงขึ้น จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น แต่หากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เรื่องโรคในระดับต่ำ จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยในทุกด้านโดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง
2. ควรให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
3. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับการดูแล และติดตามอาการในหน่วยงานคลินิกหัวใจล้มเหลว โดยทีมแพทย์ พยาบาล และสาขาสหวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่ และสมรรถนะเฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ และการจัดการอาการตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาตัวแปร และทบทวน
วรรณกรรมเพิ่มเติม เพื่อนำองค์ความรู้ใหม่ที่ได้ไปใช้

ซึ่งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านอาการแสดง
ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ในทฤษฎีที่มีผลต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยได้

เอกสารอ้างอิง

1. Braunwald E. The war against heart failure: the Lancet lecture. The Lancet 2015;385(9970): 812-24. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61889-4.
2. Fang N, Jiang M, Fan Y. Ideal cardiovascular health metrics and risk of cardiovascular disease or mortality: a meta-analysis. The International Journal of Cardiology 2016;214:279-83. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.03.210.
3. Vassileva CM, Ghazanfari N, Spertus J, McNeely C, Markwell S, Hazelrigg S. Heart failure readmission after mitral valve repair and replacement: five-year follow-up in the medicare population. The Annals of Thoracic Surgery 2014;98(5):1544-50. doi: 10.1016/j.athoracsur.2014.07.040.
4. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American heart association. Circulation Heart Failure 2013;6(3):606-19. doi: 10.1161/HHF.0b013e318291329a.
5. Reyes EB, Ha JW, Firdaus I, Ghazi AM, Phrommintikul A, Sim D, et al. Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. The International Journal of Cardiology 2016;223:163-7. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.256.
6. Suwanratsamee W, Pinyopasakul W, Charoenkitkarn V, Dumavibhat C. Symptom experiences, symptom management, and functional status in patients with heart failure. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2013;24(1):1-16. (in Thai)
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. doi: 10.1097/JCN.0000000000000244.
8. Riegel B, Jaarsma T, Lee CS, Stromberg A. Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. Advances in Nursing Science 2019;42(3):206-15. doi: ANS.0000000000000237.
9. Siabani S, Driscoll T, Davidson PM, Najafi F, Jenkins MC, Leeder SR. Self-care and its predictors in patients with chronic heart failure in western Iran. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;31(1):22-30. doi: 10.1097/JCN.0000000000000211.
10. Leventhal H, Nerenz DR, Steele D. Illness representations and coping with health threats. Handbook of psychology and health volume IV social psychology aspects of health. London: Routledge; 2020. doi: 10.4324/9781003044307-9.

11. Reeder KM, Ercole PM, Peek GM, Smith CE. Symptom perceptions and self-care behaviors in patients who self-manage heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2015;30(1):1-7. doi: 10.1097/JCN.0000000000000117.
12. MacInnes J. Relationships between illness representations, treatment beliefs and the performance of self-care in heart failure: a cross-sectional survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;12(6):536-43. doi: 10.1177/1474515112473872.
13. Morgan K, Villiers TA, Barker M, Mc GH. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology* 2014;2(1):1-9. doi: 10.1186/s40359-014-0050-3.
14. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal E. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive and Research* 1992;16(1):143-63. doi: 10.1007/BF01173486.
15. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;60(6):631-7. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
16. Woods L, Duff J, Roehrer E, Walker K, Cummings E. Representing the patient experience of heart failure through empathy, journey and stakeholder mapping. *Patient Experience Journal* 2019;6(1):55-62. doi: 10.35680/2372-0247.1324.
17. Van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, Veldhuisen DJ. Development and testing of the Dutch heart failure knowledge scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2005;4(4):273-7. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.07.003.
18. Massouh A, Skouri H, Cook P, Huijter HAS, Khoury M, Meek P. Self-care confidence mediate self-care maintenance and management in patients with heart failure. *Heart Lung* 2020;49(1):30-5. doi: 10.1016/j.hrtlng.2019.07.008.
19. Teeoutid W, Kunsongkeit W, Dungpaeng S. Factor influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2019;35(1):120-9. (in Thai)
20. Denfeld QE, Winters SK, Mudd JO, Hiatt SO, Lee CS. Identifying a relationship between physical frailty and heart failure symptoms. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2018;33(1):1-7. doi: 10.1097/JCN.0000000000000408.
21. Uchmanowicz I, Wleklik M, Gobbens RJ. Frailty syndrome and self-care ability in elderly patients with heart failure. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10(1):871-7. doi: 10.2147/CIA.S83414.
22. Son YJ, Shim DK, Seo EK, Seo EJ. Health literacy but not frailty predict self-care behaviors in patients with heart failure. *International Journal Environmental Research and Public Health* 2018;15(11):2474. doi: 10.3390/ijerph15112474.

23. Seid MA, Abdela OA, Zeleke EG. Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients from the patients' point of view. *PLoS One* 2019;14(2):e0211768. doi: 10.1371/journal.pone.0211768.
24. Riegel B, Barbaranelli C, Carlson B, Sethares KA, Daus M, Moser DK, et al. Psychometric testing of revised self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2019;34(2):183-92. doi: 10.1097/JCN.0000000000000543.
25. Sowattanangoon N, Kotchabhakdi N, Petrie KJ. The influence of Thai culture on diabetes perceptions and management. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2009;84(3):245-51. doi: 10.1016/j.diabres.2009.02.011.
26. Srisuk N, Cameron J, Ski CF, Thompson DR. Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *Journal of Advance Nursing* 2017;73(4):857-70.
27. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (frail) predicts outcomes in middle aged African Americans. *Nutrition and Healthy Aging* 2012;16(7):601-68. doi: 10.1007/s12603-012-0084-2.
28. Sugiura A, Kitahara H, Iwahana T, Suzuki N, Okada S, Miyauchi H, et al. Association of heart failure duration with clinical prognosis in advanced heart failure. *Clinical Research in Cardiology* 2020;109(3):350-7. doi: 10.1007/s00392-019-01515-w.
29. Conceição VFP, Mendes JB, Teodoro MF, Dahlman J. Validation of a behavioral marker system for rating cadet's non-technical skills. *International Journal on Marine Navigation and Safety of Sea Transportation* 2019;13(1):89-96. doi: 10.12716/1001.13.01.08.
30. Nguyen BT, Chunlestskul K, Deoisres W. Factors predicting treatment adherence among patients with heart failure in Vietnam. *Journal of Nursing and Health Care* 2016;34(1):143-52. (in Thai)
31. Vidan MT, Sanchez E, Fernandez AF, Serra JA, Ortiz J, Bueno H, et al. FRAIL-HF, a study to evaluate the clinical complexity of heart failure in nondependent older patients: rationale, methods and baseline characteristics. *Clinical Cardiology* 2014;37(12):725-32. doi: 10.1002/clc.22345.