

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถ
การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว
**Relationship Between Self-Care Behavior, Confidence in One's
Ability to Perform Self-Care, and Quality of Life in Patients with
Heart Failure**

สุนันท์ ลีอิสสรพงษ์, พย.ม., Sunan Leeissarapong, M.N.S.^{1*}

ปราโมทย์ แซ่เต๋น, พย.ม., Pramote Saetan, M.N.S.¹

พรทิพย์ จันทร์น้อม, พย.ม., Porntip Channorm, M.N.S.¹

วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์, พย.ม., Warinthorn Damrongratnuwong, M.N.S.¹

แสงโสม ทรัพย์มนตรี, พย.ม., Seangsom Supmontri, M.N.S.²

คำพอง คำนนท์, ประ.ด., Kampong Kamnon, Ph.D.³

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis college

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

²Registered Nurse Professional Level, Nursing Department, Rajavithi Hospital

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

³Registered Nurse Senior Professional Level, Nursing Department, Rajavithi Hospital

*Corresponding Author Email: sunanleeissapong@gmail.com

Received: November 7, 2023

Revised: April 4, 2024

Accepted: June 12, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวทุกรายที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมและคลินิกเฉพาะทาง โรงพยาบาลราชวิถี ในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2566 64 คน ซึ่งได้จากการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรม

การดูแลตนเอง แบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .73, .95 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า 1. ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีค่าเฉลี่ยโดยรวมของคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี ($\bar{X} = 45.59$, $SD = 21.25$) ส่วนระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 68.91$, $SD = 13.47$) และระดับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 66.72$, $SD = 19.85$) 2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ (ค่า $r < 0.30$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .05$ และ $r = .27$, $p < .05$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต โรคหัวใจล้มเหลว

Abstract

This study is a Correlation Research. The purpose of the study were 1) to evaluate the level of development of the quality of life, self-care behavior, and confidence in one's ability to perform self-care among patients with heart failure 2) to study the relationship between self-care behavior, confidence in one's ability to perform self-care, and the quality of life among patients with heart failure. The samples were comprised of a purposive sampling of 64 patients receiving care at internal medicine and specialized clinics of the Rajavithi hospital from August to October 2023. The research instruments consisted of personal data record form, the self-care of heart failure index version 7.2 (SCHFI – Thai v. 7.2), Confidence in one's ability to perform self-care, and Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) with reliability Cronbach Alpha of .73, .95 and .96 respectively. The statistics used to analyze data were Descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient. The research results were 1. The mean score for overall of the quality of life of patients with heart failure was poor ($\bar{X} = 45.59$, $SD = 21.25$). The mean score of the self-care behavior of patients with heart failure was fair ($\bar{X} = 68.91$, $SD = 13.47$). The mean score of confidence in one's ability to perform self-care was also fair ($\bar{X} = 66.72$, $SD = 19.85$) 2. The quality of life of patients with heart failure statistically significant low-level ($r < 30$) related to self-care behavior and confidence in one's ability to perform self-care ($r = .28$, $p < .05$ and $r = .27$, $p < .05$) respectively.

Keywords: Self-care Behavior, Confidence in one's ability, Quality of Life, Heart Failure

บทนำ

โรคหัวใจล้มเหลว เป็นโรคที่มีอัตราการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีจำนวนผู้ป่วย 56.2 ล้านคนทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคนี้ โดยจากปี 2553 ถึง 2562 ทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.4 ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.4 เป็นร้อยละ 2 (Bozkurt et al., 2023) โรคหัวใจล้มเหลว เป็นโรคที่มีอาการแสดงทางคลินิกที่บ่งบอกการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรคที่แย่งลง (Ziaeeian & Fonarow, 2016) นำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเสียชีวิตและมีผลกระทบอันยิ่งใหญ่ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Moshki, Khajavi, Vakilian, Minaee, & Hashemizadeh, 2019)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มุ่งเน้นเพื่อยืดอายุขัยของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุด โดยการคงไว้ซึ่งความมีเสถียรภาพทางด้านร่างกาย และส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Marx et al., 2023) ถึงแม้ว่าโรคหัวใจล้มเหลวมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นก็ตาม (Sabanoglu et al., 2023) ซึ่งในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึง พฤติกรรมการรับประทานยา การติดตามอาการ การควบคุมอาการ และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต มีอิทธิพลอย่างมากต่อแนวทางการรักษา การดำเนินโรค และการพยากรณ์โรค (Riegel et al., 2019) แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวยังมีความแตกต่างกันอย่างมาก (Sen, Linh, & Trang, 2020)

ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลในความต้องการการพัฒนาความสามารถของตนเอง เพื่อทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ไปถึง

เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่ง Bandura เชื่อว่า การรับรู้ถึงความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในระดับทางพฤติกรรม ระดับของความพยายาม และความเพียร ในทางกลับกัน ถึงแม้บุคคลจะมีความสามารถ แต่ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ก็ไม่ประสบความสำเร็จ เช่นกัน (Bandura, 1997) การศึกษาก่อนหน้า พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม กับระดับของความเชื่อมั่นความสามารถการดูแลตนเองที่อยู่ในระดับต่ำ (Hashimoto et al., 2023) ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีประสิทธิผลต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจาก เน้นให้บุคคลเข้าใจทักษะของตนเอง เพื่อใช้ทำหน้าที่ให้สำเร็จ จากผลการศึกษาของ Jiang, Lin, Li, Peng, Huang, & Chen (2022) ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลร่วมกับการรับรู้ความสามารถการดูแลตนเอง เทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับเฉพาะการพยาบาล มีการรับประทานยาและการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดได้ดีกว่า

จากเอกสารต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะดีขึ้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยเหตุนี้ทำให้คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ระดับคุณภาพชีวิต ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เพื่อจะได้นำข้อมูลไปใช้พัฒนาเครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

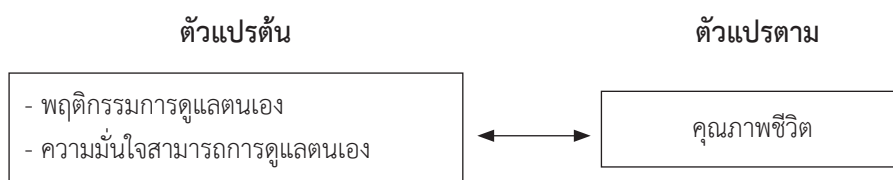
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งคุณภาพชีวิต มีหลายมิติ และเกิดขึ้นชั่วคราว ตามแนวคิดของ Rector (Bilbao, Escobar, García-Perez, Navarro, & Quirós, 2016) ที่ได้ออกแบบแนวคิดคุณภาพชีวิต เพื่อสะท้อนถึงการวัดประสิทธิภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว และการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวแต่ละบุคคล เนื้อหาของแนวคิดนี้ได้เสนอหลายด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม 2566 จำนวน 861 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอายุรกรรมและคลินิกเฉพาะทาง (เนื่องจาก

โรงพยาบาลราชวิถีไม่มีแผนกเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แต่จะเป็นแผนกอายุรกรรมรวมและคลินิกเฉพาะทาง ซึ่งแต่ละวันจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีจำนวนไม่แน่นอน) ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีระดับความสามารถในการทำกิจกรรมตาม NYHA Function classification 1 และ 2 ไม่มีข้อจำกัดในด้านการมองเห็น การได้ยิน และประสาทสัมผัสอื่นๆ สามารถสื่อสารได้ดี และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง

สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ทำการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power 3.1.9.7 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) จะกำหนด α err prop = 0.05, α/β = 0.25 (0.05/0.20 = 0.25) นั่นคือ การกำหนดค่า β = 0.20 หรือ power = 0.80 ($1-\beta$, $1-0.20$ = 0.80) และ effect size δ = 0.3 (Medium) จากการคำนวณ ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 ราย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว รวม 7 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก คือ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ยาที่ใช้รักษา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงรอบปีที่ผ่านมา ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลว และโรคร่วม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

2.2 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เวอร์ชัน 7.2 (SCHFI version 7.2) สร้างโดย ริเกล และคณะ (Riegel et al., 2019) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์ (2564) ได้รับการอนุมัติผ่านทางเอกสาร Instrument Use agreement และผู้แปลฉบับเป็นภาษาไทย แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อคำถาม 29 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ข้อคำถาม 10 ข้อแรกเป็นการประเมินพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ข้อคำถามส่วนต่อไปอีก 11 ข้อ เป็นด้านพฤติกรรมติดตามอาการตนเอง และ 8 ข้อสุดท้ายเป็นด้านพฤติกรรมควบคุมอาการเมื่ออาการกำเริบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 คือไม่ปฏิบัติเลย ไปจนถึง 5 คือ ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด ในข้อที่ 1-19 และ 22-28 ส่วนข้อที่ 20-21 และ 29 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ

0 คือไม่ปฏิบัติเลย ไปจนถึง 5 คือ ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ซึ่งมีคะแนนโดยรวม และในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 และกำหนดจุดตัด คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 70 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม (Riegel et al., 2019) ซึ่งผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน 0-70 หมายถึง การดูแลตนเองพอใช้ ช่วงคะแนน 71-85 หมายถึง การดูแลตนเองดี และช่วงคะแนน 85-100 หมายถึง การดูแลตนเองดีมาก (กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2564)

2.3 แบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง นำมาจาก SCHFI version 7.2 (Riegel et al., 2019) แปลเป็นภาษาไทยโดย วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์ (2564) จำนวนทั้งหมด 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1 คือไม่มั่นใจ ไปจนถึง 5 คือ มั่นใจมากที่สุด การแปลผลคะแนนแบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยแปลงคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 แบ่งออกเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน 0-70 หมายถึง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองพอใช้ ช่วงคะแนน 71-85 หมายถึง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองดี และช่วงคะแนน 85-100 หมายถึง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองดีมาก (กิตติพงษ์ พินิจพันธ์ และ สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2564)

2.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมินของมินเนโซตา (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: MLHFQ) สร้างขึ้นโดย Rector (Bilbao et al., 2016) แปลเป็นภาษาไทยโดย พรณทิพา ศักดิ์ทอง และวิวัฒน์ ตั้งสถิตเกียรติ์ (Wiwat Tangsatitkiat & Phantipa Sakthong, 2010) แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม

21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คำถาม 8 ข้อ (1-6 และ 12-13) เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คำถามอีก 5 ข้อ (17-21) วัดคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และคำถามอีก 8 ข้อ (วัดคุณภาพชีวิต ด้านสังคม ซึ่งลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ 0 คือไม่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต ไปจนถึง 5 คือ ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ของท่าน มากที่สุด การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การแปลผล คะแนน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0-105 คะแนน ผู้ที่มีคะแนน สูงกว่า มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากกว่า หรือมี คุณภาพชีวิตที่ด้อยกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า โดยผู้ที่ได้ คะแนน 0 แปลว่า มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ ส่วนผู้ที่ได้คะแนน 105 แปลว่า มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คะแนนรวม น้อยกว่า 24 หมายถึง คุณภาพชีวิตต่ำ คะแนนรวม 24-45 หมายถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่า 45 หมายถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี (Schulz et al., 2020)

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจาก แบบสอบถามการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามความมั่นใจความ สามารถการดูแลตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไม่ได้มีการปรับเปลี่ยน (จากต้นฉบับ) จึงไม่ได้ทำการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจ ล้มเหลว แบบสอบถามความมั่นใจความสามารถการดูแล ตนเอง และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73, .95 และ .96 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งผู้เข้าร่วมโครงการฯ ว่าโครงการนี้ เป็นโครงการวิจัย และอธิบายลักษณะของโครงการวิจัยให้

กับผู้เข้าร่วมโครงการฯ ให้ชัดเจนและตอบคำถามทุกอย่าง เกี่ยวกับโครงการวิจัย ช่วงหลังแพทย์ทำการตรวจเสร็จ โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โดยเริ่มจากการเข้าไป แนะนำตัวเอง และสร้างสัมพันธภาพ เลือกที่สงบบริเวณ ที่ไม่มีผู้ป่วยอื่น ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอ ความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย กรณีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะทำการพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะอ่าน เอกสาร การพิกซ์สิทธิ์ และใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจน เข้าใจ จึงให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งว่าการ เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วม โครงการฯ จะต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม เข้าร่วมการวิจัย ให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนาม ให้ความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยเก็บเอกสาร ยินยอมไว้ 1 ฉบับ และให้เอกสารยินยอมแก่อาสาสมัคร กลับไป 1 ฉบับ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยโรคหัวใจ ล้มเหลวทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมรวมและคลินิกเฉพาะทาง ตามเกณฑ์การ คัดเข้า ตั้งแต่ 4 สิงหาคม 2566 ถึง 6 ตุลาคม 2566 จำนวน 64 ราย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถ การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความ มั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน โดยให้เกณฑ์เปรียบเทียบระดับความสัมพันธ์ โดยแปลความหมาย ดังนี้ ค่า $r > 0.70$ หมายถึง มีความ สัมพันธ์ระดับสูง ค่า r ระหว่าง $\pm 0.30-0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, ค่า $r < 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ ค่า $r = 0$ หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน (บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร, 2553)

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เอกสารเลขที่ E.022/2565) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล (เลขอนุมัติ 048/2566 วันที่อนุมัติ 2 มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2567) ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล สิทธิผู้ป่วยในการตอบรับหรือปฏิเสธ รวมถึงการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ หลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จ แบบสอบถามของผู้ป่วยจะถูกเก็บและถูกทำลายหลังงานวิจัยถูกเผยแพร่

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชายเท่าๆ กัน จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีช่วงอายุ 28-97 ปี (อายุต่ำสุด-มากที่สุด) อายุเฉลี่ย 67 ปี (SD. = 15.31) ส่วนใหญ่อายุ 61-70 ปี ร้อยละ 26.6 กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งจบประถมศึกษา ร้อยละ 54.7 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 54.7 ไม่ประกอบอาชีพเป็นใหญ่ร้อยละ 53.1 รายได้ส่วนใหญ่น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.6 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคหัวใจล้มเหลวระหว่าง 6 เดือน-1 ปี โดยเฉลี่ย 34.6 เดือน (SD. = 48.72) วันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยครั้งล่าสุดส่วนใหญ่มากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 39.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การรักษาด้วยยา diuretic ร้อยละ 57.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจล้มเหลวระดับ 1 ร้อยละ 68.8 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.3 มีโรคร่วม 2 โรคขึ้นไป และโรคร่วมระดับรุนแรง (โรคตับชนิดรุนแรง) ร้อยละ 1.6

2. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ($\bar{X}$ = 45.59, SD = 21.25) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคุณภาพชีวิต (n = 64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้ (Min-Max)	ค่าที่เป็นจริง (Min-Max)		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-105	0-94	45.59	21.24
ด้านร่างกาย	0-40	0-36	18.70	9.24
ด้านอารมณ์	0-25	0-21	10.13	5.31
ด้านสังคม	0-40	0-37	16.77	8.50

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ประจำวันและพฤติกรรมการติดตามอาการตนเองอยู่ในกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 68.91$, $SD = 13.47$) เมื่อพิจารณา ระดับพอใช้ ($\bar{X} = 67.27$, $SD = 14.66$ และ $\bar{X} = 66.81$, $SD = 14.62$ ตามลำดับ) ส่วนการควบคุมอาการอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 72.65$, $SD = 15.46$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง (n = 64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้ (Min-Max)	ค่าที่เป็นจริง (Min-Max)		
การดูแลตนเองโดยรวม	0-100	39.66-99.24	68.91	13.47
การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน	0-100	37.50-100	67.27	14.66
การติดตามอาการตนเอง	0-100	41.82-97.73	66.81	14.62
การควบคุมอาการ	0-100	38.75-100	72.65	15.46

การพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า SD = 40.34; $\bar{X} = 51.56$ SD = 27.41 ตามลำดับ) การได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี (ดังตารางที่ 3) และการออกกำลังกาย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 43.75$,

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ (n = 64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean	SD
การดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันโดยรวม	37.50-100	67.27	14.66
การป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เช่น การล้างมือ	0-100	70.31	25.15
การออกกำลังกายระหว่างวัน	0-100	51.56	27.41
รับประทานอาหารที่ไม่เค็ม/เกลือต่ำ	0-100	63.67	27.79
ไปพบแพทย์/พยาบาล ตามนัดเป็นประจำ	50-100	91.01	13.63
ไม่ลืมรับประทานยา ตามคำสั่งแพทย์	0-100	67.57	36.37
เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เค็ม/เกลือต่ำ เมื่อซื้อของกลับบ้าน	0-100	66.02	27.23
ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี	0-100	43.75	40.34
เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เค็ม/เกลือต่ำ เมื่อไปกับเพื่อน	0-100	60.94	27.41
มีวิธีการเพื่อไม่ให้ลืมกินยา	0-100	80.08	24.47
สอบถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับยาที่รับประทาน	0-100	77.73	23.62

การพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า ($\bar{X} = 44.14$, $SD = 26.63$) (ดังตารางที่ 4)
การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ (n=64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean	SD
การติดตามอาการตนเองโดยรวม	41.82-97.73	66.81	14.62
ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน	0-100	44.14	26.63
สนใจอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นตามการรับรู้	50-100	75.00	19.42
เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา	0-100	70.31	26.31
สังเกตอาการตนเองว่าเหนื่อยมากขึ้นเมื่อทำกิจกรรม	0-100	74.21	22.70
สอบถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับอาการ	25-100	74.61	22.04
เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างใกล้ชิด	25-100	77.34	21.23
ตรวจดูอาการบวมที่ข้อเท้า หลังเท้า หรือหน้าแข้ง	0-100	71.48	27.41
ประเมินอาการหายใจเหนื่อย เมื่อทำกิจกรรม	0-100	68.36	23.67
บันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น	0-100	80.08	24.47

การพิจารณารายด้านและรายข้อ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 58.59$, $SD = 27.54$)
การพยายามหาสาเหตุที่ทำให้มีอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ (n=64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean	SD
การควบคุมอาการโดยรวม	38.75-100	72.65	15.46
ลดปริมาณเกลือ น้ำปลา หรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็มในอาหารที่รับประทาน	0-100	69.14	26.63
ลดปริมาณน้ำดื่ม และเครื่องดื่มอื่น	25-100	70.31	23.52
รับประทานยา ตามคำสั่งแพทย์	50-100	87.50	15.43
ไปพบแพทย์/พยาบาลที่รักษา หรือโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอคำแนะนำ ในการควบคุมอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ	0-100	80.47	26.53

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน (Min-Max)	Mean 72.65	SD 15.46
ขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน ในการควบคุมอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ	0-100	69.14	29.80
พยายามหาสาเหตุที่ทำให้มีอาการหัวใจล้มเหลวกำเริบ	0-100	58.59	27.54
ลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ จนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น	0-100	69.14	22.16

4. ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 66.72$, $SD = 19.85$) (ดังตารางที่ 6) ความสามารถในการประเมินอาการสำคัญของโรคหัวใจล้มเหลวได้ และประเมินวิธีการต่าง ๆ ที่ปฏิบัติอยู่นั้น ที่ได้ผลในการควบคุมโรคหัวใจล้มเหลว มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 57.81$, $SD = 27.41$ และการพิจารณารายชื่อ พบว่า ความมั่นใจ $\bar{X} = 59.38$, $SD = 29.71$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองโดยรวม และรายชื่อ (n=64)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้ (Min-Max)	ค่าที่เป็นจริง (Min-Max)		
ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองโดยรวม	0-100	27.50-100	66.72	19.85
จัดการควบคุมรักษาไม่ให้เกิดอาการกำเริบ	0-100	0-100	63.67	25.56
ปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน	0-100	25-100	74.21	19.90
ปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง	0-100	25-100	74.21	20.40
ประเมินการเปลี่ยนแปลงความผิดปกติของร่างกายได้	0-100	25-100	71.09	20.99
สังเกตประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายได้อย่างต่อเนื่อง	0-100	25-100	69.53	21.11
รับรู้ว่ามีผลผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกายของตนเอง	0-100	25-100	71.09	20.03
ประเมินอาการสำคัญของโรคหัวใจล้มเหลวได้	0-100	0-100	57.81	27.41
ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อรักษาบรรเทาอาการ	0-100	0-100	64.06	25.93
ค้นหาวิธีการควบคุมอาการกำเริบที่เกิดขึ้น	0-100	0-100	62.11	27.46
ประเมินวิธีการต่าง ๆ ที่ปฏิบัติอยู่นั้น ที่ได้ผลในการควบคุมโรคหัวใจล้มเหลว	0-100	0-100	59.38	29.71

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ (ค่า $r < 0.30$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .05$ และ $r = .27, p < .05$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ($n = 64$)

ปัจจัยที่ศึกษา	คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว	
	ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.28	.02
ความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง	.27	.03

อภิปรายผลการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองจากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองแสดงออกมาได้ไม่ชัดเจน แต่ก็ยังส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Seid (2020) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ในประเทศเอธิโอเปีย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมากกว่าร้อยละ 50 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี และร้อยละ 50 ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ยังไม่ดี ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตยิ่งลดลง

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจความสามารถ

ดูแลตนเองจากผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวอาจมีความวิตกกังวล จึงทำให้มีความมั่นใจอยู่ในระดับพอใช้เท่านั้น แต่ก็ยังเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของ Baradaranfard, Babaei, Boroumand, Mosleh, Jafari, and Binaee (2018) เรื่องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองต่ำ และมีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต แสดงถึงว่า ถ้ามีความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองสูง ก็สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้มากขึ้น แต่ในทางกลับกัน ถ้ามีความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองน้อย ก็ปรับปรุงคุณภาพชีวิตได้น้อยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการดูแลตนเองและความมั่นใจความสามารถในการดูแลตนเอง จึงควรวางแผนส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมที่พัฒนาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว รวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมนั้นควรมีความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังในคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นในทุกด้าน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยจัดโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง และส่งเสริมความมั่นใจความสามารถการดูแลในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความมั่นใจความสามารถการดูแลตนเองมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงษ์ พินิจพันธ์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2564). ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 48-60.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นดีโอ อินเตอร์มีเดีย.
- วรินทร์ ดำรงรัตน์วงศ์. (2564). *SCHFI Thai version 7.2*. สืบค้นจาก <https://self-care-measures.com/project/patient-version-schfi-thai-2-2/>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Baradaranfard, F., Babaei, S., Boroumand, S., Mosleh, S., Jafari, F., & Binaee, N. (2018). The relationship between quality of life and cardiovascular self-efficacy in patients with heart failure: A descriptive correlation study. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(4). doi:10.5812/jjcdc.68431
- Bilbao, A., Escobar, A., García-Perez, L., Navarro, G., & Quirós, R. (2016). The Minnesota living with heart failure questionnaire: comparison of different factor structures. *Health and quality of life outcomes*, 14, 1-11.
- Members, W. C., Bozkurt, B., Ahmad, T., Alexander, K. M., Baker, W. L., Bosak, K., ... & Ziaeeian, B. (2023). Heart failure epidemiology and outcomes statistics: a report of the Heart Failure Society of America. *Journal of cardiac failure*, 29(10), 1412-1451. doi:10.1016/j.cardfail.2023.07.006
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149

- Hashimoto, S., Kitakata, H., Kohsaka, S., Fujisawa, D., Shiraishi, Y., Nakano, N., ... & Kohno, T. (2023). Confidence in self-care after heart failure hospitalization. *Journal of Cardiology*, 81(1), 42-48.
- Jiang, F., Lin, Y., Li, S., Peng, Y., Huang, X., & Chen, L. (2022). A Study of the Nursing Intervention Based on Self-Efficacy Theory for Patients After Mechanical Heart Valve Replacement: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of General Medicine*, 15, 6539-6547. doi:10.2147/IJGM.S353977
- Marx, N., Federici, M., Schütt, K., Müller-Wieland, D., Ajjan, R. A., Antunes, M. J., ... & Sattar, N. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 44(39), 4043-4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192
- Moshki, M., Khajavi, A., Vakilian, F., Minaee, S., & Hashemizadeh, H. (2019). The content comparison of health-related quality of life measures in heart failure based on the international classification of functioning, disability, and health: a systematic review. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, 11(3), 167-175.
- Riegel, B., Barbaranelli, C., Carlson, B., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., ... & Vellone, E. (2019). Psychometric testing of the revised self-care of heart failure index. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(2), 183-192.
- Şabanoğlu, C., Sinan, Ü. Y., Akboğa, M. K., Çoner, A., Gök, G., Kocabaş, U., ... & Zoghi, M. (2023). Long-term prognosis of patients with heart failure: Follow-up results of journey HF-TR study population. *Anatolian journal of cardiology*, 27(1), 26-33.
- Schulz, M., Griesse-Mammen, N., Schumacher, P. M., Anker, S. D., Koehler, F., Ruckes, C., ... & Laufs, U. (2020). The impact of pharmacist/physician care on quality of life in elderly heart failure patients: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial. *ESC Heart Failure*, 7(6), 3310-3319. doi:10.1002/ehf2.12904
- Seid, M. A. (2020). Health-related quality of life and extent of self-care practice among heart failure patients in Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 27. doi:10.1186/s12955-020-01290-7
- Sen, H. T. N., Linh, T. T. T., & Trang, D. T. K. (2020). Factors related to treatment compliance among patients with heart failure. *Ramathibodi Medical Journal*, 43(2), 30-40.

- Tangsatitkiat, W., & Sakthong, P. (2010). Thai version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire: psychometric testing using a longitudinal design. *Asian Biomedicine*, 4(6), 877-884.
- Ziaieian, B., & Fonarow, G. C. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 13(6), 368-378.

