

ปัจจัยทำนายนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

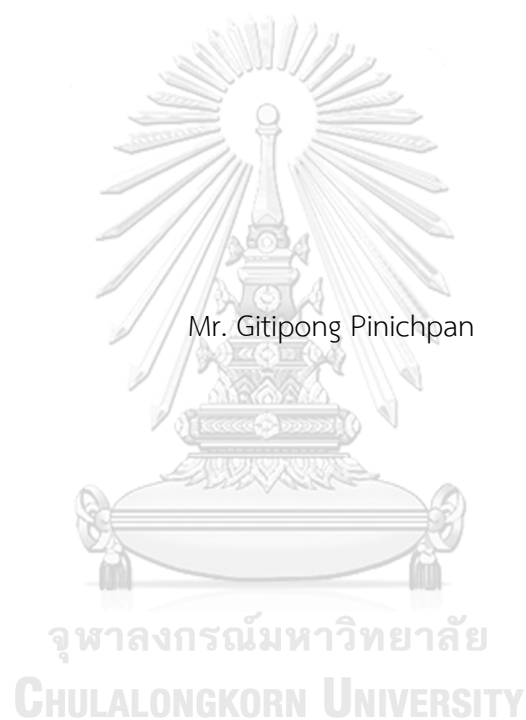
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTORS OF SELF-CARE IN PATIENTS WITH HEART FAILURE IN CENTRAL
REGION, THAILAND



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในเขตภาคกลาง ประเทศไทย
โดย	นายกิติพงษ์ พิณจพันธ์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ (รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์)
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

กิติพงษ์ พิณิจพันธ์ : ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขต
ภาคกลาง ประเทศไทย. (PREDICTING FACTORS OF SELF-CARE IN PATIENTS
WITH HEART FAILURE IN CENTRAL REGION, THAILAND) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ.
ดร.สุนิดา ปรีชาวงษ์

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลว จำนวน 185 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากโรงพยาบาล 3 แห่งในเขตภาคกลาง มี
วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขต
ภาคกลาง ประเทศไทยปัจจัยคัดสรรในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) ประสิทธิภาพการทำงานของ
หัวใจ 2) ความเชื่อด้านสุขภาพ 3) ภาวะสุขภาพ 4) การรับรู้ความเจ็บป่วย 5) สมรรถนะแห่งตน
และ 6) ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง
และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยรวม อยู่ในระดับ
พอใช้ ($M = 55.52$, $SD = 11.71$)ความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับภาวะ
หัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .377$, $.430$, และ $.349$ ตามลำดับ)
การรับรู้ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง ($r = -.279$) ส่วนประสิทธิภาพการ
ทำงานของหัวใจและภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่าสมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถร่วม
ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 ($R^2 = .230$, $p = .001$)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077173336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: PATIENTS WITH HEART FAILURE, LEFT VENTRICULAR EFFUSION
FRACTION, HEALTH BELIEF, HEALTH SURVEY, ILLNESS PERCEPTION,
SELF-EFFICACY KNOWLEDGE OF HEART FAILURE, SELF-CARE

Gitipong Pinichpan : PREDICTING FACTORS OF SELF-CARE IN PATIENTS
WITH HEART FAILURE IN CENTRAL REGION, THAILAND. Advisor: Asst. Prof.
SUNIDA PREECHAWONG, Ph.D.

In this descriptive-predictive study, one hundred and eighty-five patients with heart failure were randomly selected from three hospitals in the central region. This study aims to identify predictive factors related to self-care in patients with heart failure in Central Region, Thailand. The selected factors included 1) health belief, 2) health survey, 3) illness perception, 4) self-efficacy, 5) knowledge of heart failure, and 6) cardiac function. Data were collected using the self-reported questionnaires and the personal health record. Data were analyzed using descriptive statistic and multiple regression analysis.

The findings revealed that self-cares of patients with heart failure was appropriate ($M = 55.52$, $SD = 11.71$). Health belief, self-efficacy and knowledge of heart failure had a positive correlation with self-care ($r = .377$, $.430$, and $.349$, respectively). Illness perception had a negative relationship with self-care ($r = -.279$). Cardiac function and health status had no relationship with self-care. Moreover, Self-efficacy and knowledge of heart failure could significantly predict 23.0 percent of the variance of self-cares ($R^2 = .230$, $p = .001$).

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างยิ่ง จาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิดา ปรีชาวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะ แนวทางที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ความเมตตาและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่ายังตรวจสอบเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือให้เหมาะสมกับงานวิจัย ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่อนุญาตให้ทดลองใช้และเก็บรวบรวมข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งหัวหน้าและเจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดทุกท่านที่ให้ความกรุณาและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยสำหรับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ ที่ให้การสนับสนุนทั้งเวลาและอำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา บุคคลอันเป็นที่รักที่เป็นกำลังใจให้เสมอมา เพื่อนๆ ทุกคนที่คอยให้กำลังใจและความช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีได้เอ่ยนาม ที่ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยดี ประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบให้ แต่ บิดา มารดา คณาจารย์ ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่าน

กิติพงษ์ พิณิจพันธ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ฉ	ฉ
สารบัญแผนภูมิ.....ฐ	ฐ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 6	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 7	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... 7	7
สมมติฐานการวิจัย..... 9	9
ขอบเขตของการวิจัย..... 9	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 9	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 11	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 12	12
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... 14	14
1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว..... 14	14
1.2 อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว..... 15	15

1.3 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	16
1.4 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.....	19
1.5 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว.....	19
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง	20
2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง.....	20
2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	21
2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	23
2.4 การประเมินการดูแลตนเอง.....	25
3. บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	27
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	28
4.1 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ.....	28
4.1.1 ความหมายของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Left ventricular effusion fraction: LVEF).....	28
4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับการดูแลตนเอง	29
4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	29
4.2.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ.....	29
4.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ.....	30
4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง	31
4.2.4 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ	32
4.3 ภาวะสุขภาพ.....	33
4.3.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ	33
4.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	34
4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเอง	35
4.3.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ	35

4.4 การรับรู้ความเจ็บป่วย	36
4.4.1 ความหมายของการรับรู้ความเจ็บป่วย.....	36
4.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย.....	37
4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับการดูแลตนเอง.....	38
4.4.4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย	38
4.5 สมรรถนะแห่งตน.....	40
4.5.1 ความหมายสมรรถนะแห่งตน.....	40
4.5.2 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน.....	40
4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับการดูแลตนเอง	41
4.5.4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน	41
4.6 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว.....	42
4.6.1 ความหมายของความรู้.....	43
4.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	43
4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวกับการดูแลตนเอง	44
4.6.4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	45
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ.....	46
5.2 งานวิจัยในประเทศไทย.....	48
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	60
การเก็บรวบรวมข้อมูล	62

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	66
ตอนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	69
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	71
ตอนที่ 4 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย	77
อภิปรายผลการวิจัย	78
ข้อเสนอแนะ	86
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	86
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	86
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	101
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	102
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	104
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	124
ภาคผนวก ง เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย	129
ภาคผนวก จ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	134
ภาคผนวก ฉ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	138

ประวัติผู้เขียน 154



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรต่อวัน และการแบ่งสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง	53
ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	63
ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก	64
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185).....	66
ตารางที่ 5 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การแปลผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของประสิทธิภาพการทำงานของ หัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185).....	69
ตารางที่ 6 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การแปลผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว (n = 185)	70
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้าน สุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจ ล้มเหลว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n=185).....	71
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับการดำรงการ ดูแลตนเอง (n=185)	73
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับการดูแลตนเอง เพื่อจัดการอาการ (n=185).....	73
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับความมั่นใจใน การดูแลตนเอง (n=185).....	74
ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับการดูแลตนเอง โดยรวม (n=185)	74
ตารางที่ 12 การทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้ collinearity statistics (n=185).....	139
ตารางที่ 13 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์	140

ตารางที่ 14 การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน.....	146
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อในการรับประทานอาหารและการ รับประทานยา จำแนกรายข้อ (n=185).....	147
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะสุขภาพจำแนกรายข้อ (n=185).....	149
ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเจ็บป่วย จำแนกรายข้อ (n=185)	150
ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจจำแนกรายข้อ (n=185).....	151
ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกรายข้อ (n=185).....	152
ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกรายข้อ (n=185).....	153

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	51
แผนภูมิที่ 2 การกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์	141
แผนภูมิที่ 3 การกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของสมรรถนะแห่งตนกับการดูแล ตนเอง.....	142
แผนภูมิที่ 4 การกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของความรู้เรื่องภาวะหัวใจ ล้มเหลวกับการดูแลตนเอง	143
แผนภูมิที่ 5 การกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น.....	144
แผนภูมิที่ 6 กราฟฮิสโตแกรม (Histogram) แสดงการกระจายของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	145

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก และจากการสำรวจในช่วงสิบปีที่ผ่านมาของประชากรโลกพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีอัตราการตายสูงทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนาโดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Audi et al., 2017) อีกทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนและคาดเดาไม่ได้ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ (Aghajanloo et al., 2021) ส่งผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมากทั่วโลก และ World Health Organization (WHO) ยังได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี 2015 –2025 ประเทศที่กำลังพัฒนาจะมีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหัวใจจำนวนเพิ่มมากขึ้นและจำนวนผู้เสียชีวิตจะสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติในแถบประเทศตะวันตก เช่น ยุโรปมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 15 ล้านคน ต่อประชากรทั้งหมด 693 ล้านคน มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลวคิดเป็นร้อยละ 10 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (Virani et al., 2020) สำหรับสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณ 6.5 ล้านคน อัตราการเสียชีวิตประมาณ 287,000 คนต่อปี (World Health Organization, 2020) และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1 ล้านรายต่อปี (Arslanian-Engoren et al., 2021)

การสำรวจและเก็บข้อมูลโดยกระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559, 2560, 2561, 2562) พบว่าในประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคหัวใจสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ต่อประชากรแสนคนในช่วงเวลา 5 ปี (2556 - 2560) และพบว่าการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 22.2 ต่อประชากรแสนคน และยังมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า 3 ใน 4 ของประชากรที่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี เกิดจากโรคไม่ติดต่อซึ่งพบการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 5 ของประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด จากทิศทางของสาธารณสุขไทยพบว่าจำนวนอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มสูงขึ้น แต่กลับพบว่าแนวโน้มในปี พ.ศ 2560 2 ใน 5 ของผู้เสียชีวิต เป็นผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร โดยพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคมะเร็ง ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวมียุทธศาสตร์อยู่ในจำนวนนั้นด้วย นอกจากนี้ในช่วง พ.ศ. 2556 พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 264.81 คน ต่อประชากรแสนคน และใน พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 329.68 คนต่อประชากรแสนคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) สำหรับสถิติสาธารณสุขจากการสำรวจข้อมูลสถิติ 4 ปีย้อนหลังในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย พบว่า ภาคกลางมีอัตราการป่วยร้อยละ 28.32 ในปี 2559 - 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 54,285, 57,179, 60,769 และ 61,193 คน ตามลำดับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการป่วยร้อยละ 25.96 ในปี 2559 - 2562 พบผู้ป่วย

จำนวน 49,665, 52,424, 55,713 และ 56,557 คน ตามลำดับ ภาคเหนือมีอัตราการป่วยร้อยละ 20.04 ในปี 2559 - 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 40,282, 40,471, 42,480 และ 42,364 คน ตามลำดับ ภาคใต้มีอัตราการป่วยร้อยละ 17.77 ในปี 2559 - 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 32,562, 25,873, 36,659 และ 38,764 คน ตามลำดับ และเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการป่วยร้อยละ 7.91 ในปี 2559 - 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 16,227, 15,967, 16,366 และ 17,253 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559, 2560, 2561, 2562) จากสถิติดังกล่าวพบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาค และในเขตภาคกลางพบจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าภาคอื่น

จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทั้งประเทศพบว่า จังหวัดสมุทรสงครามมีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมากที่สุด รองลงมาคือ สิงห์บุรี และอ่างทอง ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) เมื่อพิจารณาแล้วเฉพาะเขตภาคกลางพบว่าเพิ่มขึ้นมากในทุกจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ พบสถิติในปี 2557-2560 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 289.15, 324.95, 327.21, และ 342.25 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) นอกจากนี้พบว่า แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของรัฐเขตภาคกลาง เป็นแผนกที่มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาเข้ารับบริการจำนวนเพิ่มขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลในเขตจังหวัดสระบุรี พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมารับบริการในปี 2558 - 2560 จำนวน 2,428 2,377 และ 2,689 คนตามลำดับ (สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ, 2560) อีกทั้งพบว่ามีอาการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วันหลังการจำหน่าย ด้วยอาการเหนื่อย บวม อ่อนเพลีย และไอ มีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การได้รับยาไม่เต็มที่และความสม่ำเสมอของการรับประทานยา (สุรัชย์ กอบเกื้อชัยพงษ์, 2556) สาเหตุที่พบเกิดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดทุกราย และมีรายงานว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตจากโรคหัวใจในปี 2560 มีความสัมพันธ์กับภาวะหัวใจล้มเหลว (กองสถิติสาธารณสุข, 2560) อีกทั้งประชาชนในภาคกลางมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการเกิดโรค เช่น นิยมบริโภคอาหารรสเค็มจัด หวานจัดและเปรี้ยวจัด อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ และอาหารสำเร็จรูปมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่ละทิ้งพื้นดินเกษตรเข้าสู่ระบบโรงงานที่ทำงานเป็นช่วงเวลา เงินเข้ามามีส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตมากขึ้น ทำให้ระบบและวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ที่จากเดิมขอให้มีความสุขที่ดีเป็นขอให้มีความสุขที่ดีเพื่อจะได้ทำงานหาเงินได้มาก ๆ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2551) มีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการอำนวยความสะดวกและมีการใช้ชีวิตคล้ายคนเมืองหลวง รวมทั้งการออกกำลังกายที่ลดน้อยลงเนื่องจากการนำเครื่องทุ่นแรงมาใช้ในการประกอบอาชีพมากขึ้น ทำให้มีการออกกำลังกาย ออกเหงื่อจากการทำงานน้อยลง (วิริยา สุขวงศ์, 2545) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัย

ส่งเสริมให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ โดยเมื่อเจ็บป่วยแล้วถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับความรู้การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองจากบุคลากรทีมสุขภาพแล้ว สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากมาจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลตนเองตามคำแนะนำ ในการควบคุมอาหารและน้ำได้ (ขจร เพ็ญสุพรรณ, 2545) ร่วมกับความเชื่อที่ว่า การรักษาด้วยเทคโนโลยีใหม่ๆ จะทำให้อาการดีขึ้นได้โดยไม่ต้องเปลี่ยนวิธีในการดูแลตนเอง (เนาวรัตน์ วัฒนันท์, 2555) จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญและกระทบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในภาคกลางอย่างยิ่ง ภูมิภาคนี้จึงมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกภาคกลางเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการและอาการแสดงออกแบบเรื้อรังหรือต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากการทำงานผิดปกติของหัวใจ มีอาการเกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ และเกิดซ้ำๆ จนทำให้กลไกการปรับตัวและการทำงานของหัวใจล้มเหลวอย่างถาวร มีอาการคงที่หรือไม่มีอาการอย่างน้อยหนึ่งเดือน (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของชีวิต มีวิถีชีวิตที่ไม่สุขสบายจากโรคที่เป็นอยู่และการกำเริบของอาการ การปรับตัวและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (พิกุล บุญช่วง, 2541) การดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยมีผู้กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกระทำในบริบทและสถานการณ์เฉพาะ โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะนั้นและผลลัพธ์ระยะยาวที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจลงมือกระทำ รวมถึงการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของอาการ ความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ (Riegel & Dickson, 2008) ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองยังไม่ถูกต้อง จึงเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการรวบรวม วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติในการรักษาตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ จัดการบำบัดรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้ พร้อมทั้งบรรเทาอาการที่เกิดจากโรคและความเจ็บป่วยได้ด้วยเช่นกัน (จอม สุวรรณโณ, 2551)

การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดการดำเนินโรครุนแรงขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากโรคและการรักษา โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในขณะนั้นและผลลัพธ์ระยะยาวที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจลงมือกระทำ รวมถึงการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของอาการ ความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ (Riegel & Dickson, 2008) ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีการดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม (เกศรา โชนาชัยศิริ, 2554) โดยผู้ป่วยมารับการรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ระดับ

ความรุนแรงของโรค ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การควบคุมบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพมีความยุ่งยากสลับซับซ้อน สภาพปัญหาเช่นนี้นอกจากจะทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้นแล้ว ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา สภาพดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ, 2551) เพื่อที่จะลดความรุนแรงของผลกระทบต่างๆ และปัญหาอันเนื่องมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรมีการปรับปรุงการดำเนินงานในการดูแลบำบัดรักษา ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด องค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (จอม สุวรรณโณ, 2551)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความหมายรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดยา การควบคุมน้ำหนัก การรับรู้อาการและการจัดการอาการของโรค การออกกำลังกาย และเข้าใจถึงข้อจำกัดด้านอาหารและน้ำ (Riegel, Lee, et al., 2009) มีรายงานว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยร้อยละ 80 ไม่ชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน (จอม สุวรรณโณ, 2551) ร้อยละ 20 ไม่รับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้น (เขาวภา บุญเที่ยง, 2545) ร้อยละ 80 เต็มเครื่องปรุงขณะรับประทานอาหาร (Sedlar et al., 2017) ร้อยละ 70 หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและการทำงานหนัก (วันทนา มณีศิลป์, 2542) ส่งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจ อาทิ เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบสูงขึ้นร้อยละ 40 (Riegel et al., 2011) กลับมารับการรักษาซ้ำมากถึงประมาณร้อยละ 25 ภายใน 30 อีกประมาณร้อยละ 36 เข้ารับการรักษาหรือเข้ารับการตรวจที่แผนกฉุกเฉินภายใน 90 วัน และจะมากถึงร้อยละ 50 ในระยะเวลา 3 เดือน (Chriss et al., 2004) มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 57 (Ditewig et al., 2010) จะเสียชีวิตในระยะเวลา 5 ปีหลังจากการได้รับวินิจฉัยโรคถึงร้อยละ 50 และอัตราการรอดชีวิตจะลดลงในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงประมาณร้อยละ 15 (Roger et al., 2011) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง (ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์, 2533) และมีผลทางเศรษฐกิจจากการรักษาที่เกิดขึ้นจากอาการที่กำเริบบ่อยครั้ง (Riegel et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นมีหลายปัจจัย หลายมิติเกิดร่วมกัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา (Gallagher et al., 2011; Holzapfel et al., 2009; Ok & Choi, 2015) ภาวะโรคร่วม (Gallagher et al., 2011; Hwang et al., 2014) ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (Gallagher et al., 2011; Hwang et al., 2014; Pulignano et al., 2010) ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย (Ok & Choi, 2015) ภาวะสุขภาพ (Juenger et al., 2002; Rockwell & Riegel, 2001) ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า (Gallagher et al., 2011; Graven et al., 2015; Hwang et al., 2014) ความรู้เรื่องโรค (Hwang et al., 2014; Kato et al., 2009; Ok & Choi, 2015) การรับรู้ความเจ็บป่วย (Goodman et al., 2013) การสนับสนุนทางสังคม (Graven et al., 2015;

Huong, 2015) สมรรถนะแห่งตน(Peters-Klimm et al., 2013) คุณภาพชีวิต(Peters-Klimm et al., 2013; Shuldham et al., 2007) ความเชื่อทางสุขภาพ (Baghianimoghdam et al., 2013)

ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น ต้องอาศัยการจัดการที่ครอบคลุมเพื่อสามารถจัดการการดูแลตนเองให้เพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถทำนายหรือประเมินได้ว่าผู้ป่วยคนใดที่มีความเสี่ยงในการสูญเสียการดูแลตนเองได้สูง เพื่อที่จะช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ไม่ปล่อยให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยในหลายๆด้าน หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลตนเองอย่างถ่องแท้ จะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถจัดการปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ แต่ในประเทศไทย ช่วงเวลาที่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องใน ปี 2550 – 2562 ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียง 2 เรื่อง โดยพบว่า ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะโรคร่วม และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเอง (เกศรา โชนาชัยสิริ, 2554; พาม ไท โทหงวง, 2558) การศึกษาความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง 2 เรื่อง พบว่า อายุ โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จอม สุวรรณโณ et al., 2552; ประภัสสร พิมพาสาร et al., 2561) นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 4 เรื่อง เป็นการดำเนินงานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ จำนวน 2 เรื่อง (เกตุชญาณี แฉ่นแก้ว et al., 2560; จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล, 2551) ใช้โปรแกรมสมรรถนะแห่งตนและให้ความรู้ จำนวน 1 เรื่อง (ชลลดา ทานาลาด, 2556) และเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการการดูแลตนเอง 1 เรื่อง (พรพรรณ เทอดสุทธิธณภูมิ, 2558) งานวิจัยดังกล่าว มีผลในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่จากสถานการณ์การเกิดโรคทำให้ทราบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยจากการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น และเกิดผลกระทบจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจปรากฏการณ์นี้ชัดเจนมากขึ้น อันจะนำไปสู่การออกแบบการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

Riegel et al. (2016) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมีหลายประการ ได้ให้ความสำคัญกับสถานการณ์ที่มี ปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคคล (person) 2) ด้านปัญหาสุขภาพ (problem) และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ในการศึกษาครั้งนี้ คัดเลือกตัวแปรตามกรอบ

ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel โดยใช้ปัจจัยด้านสถานการณ์ร่วมกับหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่คัดสรรกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น อีกทั้งเป็นปัจจัยที่มีความเป็นไปได้ที่พยาบาลสามารถดำเนินการจัดกระทำได้ ในการนำไปวางแผนการพยาบาล และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยได้ในอนาคต

เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น พบว่าประสบการณ์ชีวิต (experience) และทัศนคติ (attitudes) เป็นตัวแปรที่พยาบาลเข้าไปจัดการได้ค่อนข้างยาก ในขณะที่เดียวกัน ทักษะ (skill) การทำหน้าที่ด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function) และการนอนหลับในเวลากลางวัน (daytime sleepiness) เป็นปัจจัยที่ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่า โรคร่วมต่างๆ (comorbidity) เพศ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (Gallagher et al., 2011; Graven et al., 2015) ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงพิจารณาคัดตัวแปรเหล่านั้นออก เช่นเดียวกับ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (social support) (Gallagher et al., 2011; Ok & Choi, 2015; เกศรา โชนาชัยสิริ, 2554) แม้พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองแต่มีอำนาจในการทำนายต่ำ จึงไม่ศึกษาปัจจัยนี้ซ้ำอีก

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้คัดสรรตัวแปร ทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ความเชื่อด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตน 2) ด้านปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้อาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ) และความแตกต่างด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) แต่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม นั้น มีการศึกษาพอสมควรแล้ว ผู้วิจัยจึงไม่ศึกษาปัจจัยนี้ซ้ำอีก ดังนั้น 6 ปัจจัยที่เลือกสรรนั้นสอดคล้องกับทฤษฎีของ Riegel และอยู่ในบทบาทพยาบาลสามารถจัดกระทำได้ ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีลักษณะอย่างไร
2. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2016) (Theory of Heart Failure Self-care) ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยตามกรอบแนวคิดนี้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพิจารณาคัดสรรปัจจัยจากกรอบแนวคิดที่น่าจะมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุดและน่าจะเป็นประโยชน์ รายละเอียดปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษา ดังนี้

1. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ Riegel กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ของร่างกายที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในด้านการดำรงการดูแลตนเองก็ไม่ได้ดีด้วย โดยประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจเป็นข้อบ่งชี้ที่ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายของหัวใจ บอกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจได้ เป็นการประเมินความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆของร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง (Holzapfel et al., 2009; Pulignano et al., 2010) โดยพบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่มากขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Kamrani et al., 2014; Shojaei et al., 2011) แต่ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อว่าเป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งในแต่ละความเชื่อนั้นมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยความเชื่อด้านสุขภาพก็เป็นความเชื่อที่จะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาทำให้เกิดความแตกต่างในพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Phipps et al., 2003) บุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะมีการนำข้อมูลที่ได้รับรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ และตัดสินใจกระทำตามความคิด ความเข้าใจและปรับความเชื่อนั้นใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง (วิริยาสุขวงศ์, 2545) จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ และในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งให้ผลการศึกษาสอดคล้องกัน ($r = .18, .13$ และ $.49$)

ตามลำดับ) (พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี, 2547; รัศมี สิทธิพันธ์, 2548; อรชร ศรีไทรล้วน, 2541) แต่ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

3. ภาวะสุขภาพ Riegel กล่าวถึงความแตกต่างด้านสุขภาพว่ามีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองอย่างมาก โดยเปรียบได้กับภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดี จะช่วยให้สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหาจากอาการของโรค (จอม สุวรรณโณ, 2551) พร้อมทั้งเป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ สนใจ ตั้งใจและเอาใจใส่ในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อให้ประสบผลตามความต้องการของตนเอง (Rockwell & Riegel, 2001) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Juenger et al., 2002) และภาวะสุขภาพทำนายการดูแลตนเอง ($\beta = .34$) (เกศรา โชคนำชัยสิริ, 2554)

4. การรับรู้ความเจ็บป่วย การรับรู้อาการว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้อาการจะไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง ซึ่งเปรียบได้กับการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เป็นการจัดองค์ความรู้หรือความเชื่อที่ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย การรับรู้เหล่านี้ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรม (Leventhal et al., 1980) โดยการรับรู้ความเจ็บป่วยจะครอบคลุม การรับรู้ลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย ซึ่งหากมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ดีจะส่งผลให้มีการปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสม แต่ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเจ็บป่วยต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวทำนายที่ดีได้ ($R^2 = 0.22$) (Goodman et al., 2013) แต่ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

5. สมรรถนะแห่งตน Riegel กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ว่าสามารถดำเนินการและยังคงอยู่แม้จะมีอุปสรรค ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่จะสามารถดำเนินการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์เฉพาะเพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย (Bandura, 1978) โดยบุคคลที่มีสมรรถนะแห่งตน จะมีการจัดกระทำดูแลตนเองตามความเหมาะสมของโรค ความสัมพันธ์ของสมรรถนะแห่งตนต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย แต่จากการศึกษาของ (Peters-Klimm et al., 2013) ศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าสมรรถนะแห่งตนสามารถเป็นตัวทำนายที่ดีได้ ($r = 0.19, \beta = .24$)

6. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ความรู้เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่จะเกิด เพื่อหาเหตุผลในการตัดสินใจ ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการดูแลตนเองดี

ขึ้น (Kato et al., 2009) ผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องการควบคุมอาหารจะมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมและใช้เครื่องปรุงรสอาหารได้ถูกต้อง (สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544) ผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .19, .17$ ตามลำดับ) (Hwang et al., 2014; Ok & Choi, 2015) นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวทำนายการดูแลตนเองได้ ($\beta = .40$) (เกศรา โชนาชัยสิริ, 2554)

สมมติฐานการวิจัย

1. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ การรับรู้ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปรตาม คือ การดูแลตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ หมายถึง ระดับความสามารถของหัวใจห้องล่างซ้ายในการบีบเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินผลจากการตรวจ Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) ซึ่งวินิจฉัยจากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiogram) หรือการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจครั้งล่าสุดในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานยาและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค และให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร [Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) and Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS)] ของ Bennett et al. (1997) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model ของ Janz and Becker (1984) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยสิริขยา อังกูรขจร (2556)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ปราศจากโรคภัย ความพิการหรือปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ Short Form 12 -item Health Survey (SF-12) เป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นโดย Ware Jr et al. (1996) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยวิรัช เกษมทรัพย์ (2550)

การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การแปลผลหรือการให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามความเข้าใจ ความคิด ทศนคติ และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2562)

สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการกระทำ หรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย (1) ความมั่นใจในการควบคุมอาการและ (2) ความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire ของ Sullivan et al. (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2562)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ความรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับกระบวนการและการดำเนินของโรคหัวใจล้มเหลว การบริโภคอาหารโดยการจำกัดอาหารรสเค็มและน้ำที่เหมาะสม การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเฝ้าระวังและประเมินภาวะน้ำเกินและความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว The Dutch of Heart Failure Scale (DHFKS) ของ van der Wal et al. (2005) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา ศรีสุข (2560)

การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดการดำเนินโรครุนแรงขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากโรคและการรักษา ซึ่งประกอบด้วย (1) การดำรงการดูแลตนเอง (2) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และ (3) ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index versions 6.2: SCHFI v.6.2) ของ Riegel, Driscoll, et al. (2009) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพิ่มองค์ความรู้ทางวิชาการให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อพัฒนากิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. เพื่อเป็นแนวทางและพัฒนารายวิจัย สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจในรูปแบบงานวิจัยอื่น รวมทั้งศึกษาประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. นำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางศึกษาต่อยอดในงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้รวบรวมเนื้อหา สารระเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.2 อุบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.4 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.5 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
 - 2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 2.4 การประเมินการดูแลตนเอง
3. บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 4.1 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ
 - 4.1.1 ความหมายของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ
 - 4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับการดูแลตนเอง
 - 4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง
 - 4.2.4 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.3 ภาวะสุขภาพ
 - 4.3.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

- 4.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
- 4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเอง
- 4.3.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ
- 4.4 การรับรู้ความเจ็บป่วย
 - 4.4.1 ความหมายของการรับรู้ความเจ็บป่วย
 - 4.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย
 - 4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับการดูแลตนเอง
 - 4.4.4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย
- 4.5 สมรรถนะแห่งตน
 - 4.5.1 ความหมายสมรรถนะแห่งตน
 - 4.5.2 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน
 - 4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับการดูแลตนเอง
 - 4.5.4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน
- 4.6 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 4.6.1 ความหมายของความรู้
 - 4.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวกับการดูแลตนเอง
 - 4.6.4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 5.2 งานวิจัยในประเทศไทย
- 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจุบันมีการแบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวออกเป็นหลายกลุ่มตามสาเหตุและกลไกการเกิดโรค แต่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งชนิดของภาวะหัวใจล้มเหลวตามระยะเวลาการเกิดโรค ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2550) ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะที่หัวใจมีการทำหน้าที่ล้มเหลว อย่างทันทีทันใด อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงานของลิ้นหัวใจเสียหายที่หรือมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทำให้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติปรับตัวไม่ทัน เกิดการคั่งของเลือด และสารน้ำในปอด เกิดอาการเหนื่อยเฉียบพลัน ทำให้มีการไหลเวียนเลือดล้มเหลวโดยทันที ส่วน ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นภาวะที่หัวใจมีการทำงานล้มเหลวแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการเกิดขึ้น อย่างช้าๆ และเกิดซ้ำๆ จนทำให้กลไกการปรับตัวและการทำงานของหัวใจล้มเหลวอย่างถาวร (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) มีอาการต่อเนื่องเป็นระยะ เวลานาน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีอาการดีขึ้นในระยะหนึ่ง แต่ผู้ป่วยจะ ยังคงมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกลับมาเป็นซ้ำอีกไม่หายขาด (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ, 2555)

1.1 ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดที่มีออกซิเจน ซึ่งใช้ใน กระบวนการเผาผลาญของร่างกาย จากการเสื่อมอย่างเรื้อรังของโครงสร้างและหน้าที่ของหัวใจ พบได้ ในผู้ป่วยที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันมาก่อนหรือไม่ก็ได้ แต่ในขณะที่ทำการวินิจฉัยผู้ป่วยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวคงอยู่เป็นเวลานาน (Bekelman et al., 2007)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นอาการแสดงที่เกิดจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจที่ ผิดปกติ เกิดการคั่งของน้ำในร่างกาย ทำให้มีภาวะปอดบวมน้ำและอาการบวมที่อวัยวะส่วนปลาย ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ความทนต่อกิจกรรมลดลง ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็น เวลานาน (Holzapfel et al., 2009)

ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง อาการและอาการแสดงแบบเรื้อรังหรือต่อเนื่องเป็นเวลานาน อันเนื่องมาจากการทำงานผิดปกติของหัวใจ จากการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดส่งไปเลี้ยงทั่ว ร่างกายได้เพียงพอ (Witte & Clark, 2007)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง เป็นอาการแสดงที่เป็นผลจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจ ที่ผิดปกติ แต่ร่างกายสามารถชดเชยภาวะที่ผิดปกติได้ทำให้มีอาการค่อนข้างคงที่ ไม่มีอาการ เปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อยหนึ่งเดือน (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ, 2555)

กล่าวโดยสรุป ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และเกิดซ้ำ ๆ จนทำให้กลไกการปรับตัวและการทำงานของหัวใจล้มเหลวเกิดอย่างถาวร มีอาการคงที่ หรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อยหนึ่งเดือน

1.2 อุตบัติการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก และจากการสำรวจในช่วงสิบปีที่ผ่านมาของประชากรโลกพบว่าภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากเป็นกลุ่มอาการเรื้อรังที่มีอัตราการตายสูงทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนาโดยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Audi et al., 2017) อีกทั้งยังเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนและคาดเดาไม่ได้ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ (Aghajano et al., 2021) ส่งผลกระทบต่อผู้คนจำนวนมากทั่วโลก ในประเทศไทยพบรายงานการสำรวจและเก็บข้อมูลโดยกระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2560) พบว่าในประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคหัวใจสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 ต่อประชากรแสนคนในช่วงเวลา 5 ปี (2556 - 2560) และพบว่ามี การเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 22.2 ต่อประชากรแสนคน และยังมี การศึกษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า 3 ใน 4 ของประชากรที่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี เกิดจากโรคไม่ติดต่อซึ่งพบการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 5 ของประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ในช่วง พ.ศ. 2556 พบว่ามีอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 264.81 คน ต่อประชากรแสนคน และใน พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 329.68 คนต่อประชากรแสนคน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ในปี พ.ศ. 2556 - 2560 มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 264.81, 257.46, 291.81, 296.89 และ 309.66 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559, 2560) ซึ่งแยกเป็นภาคกลางร้อยละ 28.32, ภาคเหนือร้อยละ 20.04, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 25.96, ภาคใต้ร้อยละ 17.77 และเขตกรุงเทพมหานครร้อยละ 7.91 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) จากสถิติดังกล่าวพบว่า อัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศและในเขตภาคกลางที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าภาคอื่นๆ จากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสุขภาพ จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐทั้งประเทศพบว่า จังหวัดสมุทรสงครามมีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวมากที่สุด รองลงมาคือ สิงห์บุรี และอ่างทอง ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) ซึ่งทั้ง 3 อันดับเป็นจังหวัดในเขตภาคกลางและเมื่อพิจารณาเฉพาะเขตภาคกลางพบจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากในทุกจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ สถิติในปี 2557-2560 พบว่ามีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 289.15, 324.95, 327.21, และ 342.25 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559, 2560) นอกจากนี้พบว่า

แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก คลินิกหัวใจและหลอดเลือดในโรงพยาบาลของรัฐ เขตภาคกลาง เป็นแผนกที่มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมาเข้ารับบริการจำนวนเพิ่มมากขึ้น (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2562) จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลข้างต้น แสดงให้เห็นว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาที่สำคัญและกระทบปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในภาคกลางอย่างยิ่ง ภูมิภาคนี้จึงมีความจำเป็นในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกภาคกลางเป็นพื้นที่สำหรับสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

1.3 สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดจากความผิดปกติของเยื่อหุ้มหัวใจ (เช่น เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ มีน้ำที่เยื่อหุ้มหัวใจ) กล้ามเนื้อหัวใจ (เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย) ลิ้นหัวใจ (เช่น ลิ้นหัวใจตีบ ลิ้นหัวใจรั่ว โรคลิ้นหัวใจรูมาติก) หรือโรคของหลอดเลือด (เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง) (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550) ดังนั้น การพิจารณาการรักษาจึงต้องให้การรักษาทั้งอาการ และโรคที่เป็นสาเหตุควบคู่กันไป สาเหตุหลักของภาวะหัวใจล้มเหลวในคนไทย คือ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (ร้อยละ 45) รองลงมา คือ โรคลิ้นหัวใจผิดปกติ (ร้อยละ 19) กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (ร้อยละ 14) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 12) (กองสถิติสาธารณสุข, 2560)นอกจากนี้การได้รับยาหรือสารเคมีบางกลุ่ม เช่น anthracycline, cyclophosphamide อาจเหนี่ยวนำหรือกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สาเหตุจากการศึกษาของทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล (2550); (นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ, 2555; ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2551; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556; อนงค์ อมฤตโกมล, 2557) กล่าวได้ดังต่อไปนี้

1) หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น AF ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการส่งสัญญาณของหัวใจห้องบน โดยมีจุดให้กำเนิดสัญญาณมากกว่า 1 จุด จังหวะการเต้นแต่ละครั้งไม่สม่ำเสมอทำให้ปริมาณเลือดถูกปั๊มออกจากหัวใจได้น้อยและมีเลือดคั่งที่หัวใจห้องล่าง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด AF ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary heart disease) โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นต้น ในผู้ป่วยที่เกิด AF ต่อเนื่องเป็นเวลานานเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือด (thrombus) และลิ่มเลือดนั้นมีโอกาสไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง (thromboembolic stroke) หรือเกิดการอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) นอกจากนี้ในผู้ป่วย AF ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจล้มเหลว (heart failure) จากการที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติต่อเนื่องเป็นเวลานาน

2) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการหนาตัวของหลอดเลือดแดง (atherosclerosis) คนที่มีปัจจัยเสี่ยงมากมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงแบ่งได้เป็น

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

อายุและเพศ (age and gender) โรคหลอดเลือดและหัวใจพบน้อยในคนที่อายุ 20-30 ปี โรคหลอดเลือดหัวใจ ในเพศชายอายุ 55-64 ปี มีอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในขณะที่เพศหญิงอุบัติการณ์การเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นหลังจากหมดประจำเดือนแล้ว เนื่องจากฤทธิ์เอสโตรเจนที่ป้องกันการเกิด atheroma lesion หมดไป เพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จึงมีอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงเท่าเพศชาย

เชื้อชาติ (race) โรคหลอดเลือดหัวใจพบได้ในทุกเชื้อชาติ ความสัมพันธ์ของเชื้อชาติกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจอาจถูกส่งเสริมจากปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ความอ้วนและแบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle)

กรรมพันธุ์และครอบครัว (heredity and family history) คนที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจก่อนอายุ 55 ปี มากกว่าคนที่บิดามารดาไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าคนที่อยู่ในครอบครัวที่มีประวัติไขมันในเลือดสูงที่มีความผิดปกติของ LDL receptor ในตับ และมีความผิดปกติทางพันธุกรรมที่เกี่ยวกับการเผาผลาญไขมันจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีตีบแคบรุนแรงในคนอายุน้อย และมีอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูง

ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

เบาหวาน (diabetes) อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่เป็นเบาหวานพบว่าสูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน 2-3 เท่า เบาหวานชนิดที่มีการต้านอินซูลิน (insulin resistant) จะทำให้มีระดับการไหลเวียนอินซูลินในเลือดสูงขึ้น และทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดแดง (arterial intima) ถูกทำลายซึ่งจะไปกระตุ้นการเกิด plaque และอินซูลินมีผลต่อการเผาผลาญไขมัน ทำให้มีไขมันเกาะที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี การควบคุมเบาหวานด้วยยาและอาหารจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

ความดันโลหิตสูง (hypertension) คนที่เป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนที่ไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง 2-3 เท่า ความดันโลหิตสูงทำให้ความสามารถของหลอดเลือดในการหดตัวและขยายตัวลดลง และแรงดันที่สูงทำให้ชั้นในของหลอดเลือดแดงฉีกขาด นำไปสู่

การเกิด atherosclerosis การควบคุมความดันโลหิตสูงด้วยยาและการออกกำลังกายจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงได้

การสูบบุหรี่ (smoking) สารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เพิ่ม catecholamine มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตสูง ลดไขมันชนิดดี (high-density lipoprotein:HDL) เพิ่มการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือด จึงเร่งการเกิด atheroma และสารนิโคตินทำให้เกิดหลอดเลือดแดงโคโรนารีหดเกร็ง (spasm)

อาหาร (diet) การรับประทานอาหารที่มี cholesterol สูงสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ cholesterol ทำให้เกิด plaque ของ atherosclerosis ในหลอดเลือดแดง

ความเครียด (stress) มีการกล่าวถึงความสัมพันธ์ของความเครียดกับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คนที่มีบุคลิกภาพ type A คือ มีความเครียด มีความมุ่งหวังสูง ต้องทำงานแข่งขันกับเวลาจะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่าคนที่มีบุคลิกภาพอ่อนคลาย เนื่องจากในภาวะเครียดจะมีการหลั่ง catecholamine เพิ่มขึ้น ทำให้มีการเกาะกลุ่มของเกร็ดเลือดเพิ่มขึ้นและอาจกระตุ้นให้เกิดการหดเกร็งของหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพ type A กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจยังไม่ชัดเจน จึงไม่ได้กำหนดแน่ชัดว่าคนที่มีบุคลิกภาพ type A เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

3) สาเหตุของลิ้นหัวใจรั่ว

- มีความผิดปกติของลิ้นหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิดโดยอาจไม่มีอาการใดๆในวัยเด็ก
- ลิ้นหัวใจเสื่อมตามอายุ เนื่องจากเป็นอวัยวะที่เคลื่อนไหวและรับแรงจากเลือดตลอดเวลา ดังนั้นจึงเกิดการ เสื่อมขึ้น ลิ้นหัวใจ จะหนาตัวขึ้นและเริ่มมีหินปูน (calcium) เข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อ ทำให้ปิดไม่สนิท

- โรคหัวใจรูห์มาติก ซึ่งเริ่มต้นจากการติดเชื้อ Streptococcus ในคอ ซึ่งพบบ่อยในเด็ก ร่างกายสร้างภูมิต้านทานขึ้นมา ต่อต้านหัวใจตนเอง เกิดการอักเสบของลิ้นหัวใจ ผลตามมามีลิ้นหัวใจหนาตัวขึ้นมาก เกิดลิ้นหัวใจตีบและรั่ว โรคนี้ยังจัดเป็นปัญหา สาธารณสุขของประเทศอยู่ พบบ่อยๆ ในผู้ป่วยเศรษฐกิจต่ำ หรืออยู่ในชุมชนแออัด

4) เกิดจากการติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ ทำให้ลิ้นหัวใจอักเสบ เชื้อโรคอาจมาจากช่องปาก เชื้อชนิดยาที่ไม่สะอาด (ในผู้ติดยา เสพติด) การเจาะตามร่างกาย (เช่น เจาะลิ้น เจาะอวัยวะเพศ) เป็นต้น

1.4 การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีเป้าหมายเพื่อป้องกันและชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ การรักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของการทำงานผิดปกติของหัวใจที่จะนำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อลดอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ตลอดจนช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Members et al., 2012; สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) โดยมีวิธีการรักษา ดังนี้

1) การรักษาโดยใช้ยา กลุ่มยาที่ใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ยาต้านเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (Angiotensin Converting Enzyme inhibitor) ยาต้านตัวรับเบต้าเอเดรีนาลิก (Beta-adrenergic receptor antagonist) ยาขยายหลอดเลือด (Nitrates) ยาขับปัสสาวะ และยาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ

2) การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด ได้แก่ การขยายหลอดเลือด (percutaneous coronary intervention: PCI) การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (cardiac resynchronization therapy: CRT) การใส่เครื่องช็อกหัวใจ (Implantable Cardioverter Defibrillator: ICD) การใช้เครื่องพยุงหัวใจ (Ventricular Assist Devices: VAD) และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation)

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ สามารถประเมินปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการส่งเสริมการจัดการอาการและการดูแลตนเองของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลรักษา การปรับยาให้ได้ตามแนวทางการรักษา การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการจำกัดเกลือ การจำกัดน้ำดื่ม การควบคุมภาวะโภชนาการ การเฝ้าระวังอาการกำเริบ การควบคุมน้ำหนักตัว การงดดื่มแอลกอฮอล์ การเลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

1.5 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับอาการและการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน ต้องอาศัยการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับภาวะโรคที่ดำเนินอยู่ การเผชิญสิ่งต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของการดำเนินชีวิต ส่งเสริมให้เกิดผลกระทบที่ตามมาหลากหลายด้าน ได้แก่

1) ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่การทำงานของหัวใจ ทำให้มีอาการเหนื่อย จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วย

เรื้อรังอย่างถาวร รวมทั้งอาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกาย ต่อภาวะทางจิตใจ ทางสังคม หรือ เป็นภาวะจากการดูแลรักษา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

2) ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องทนทุกข์ทรมานจากสภาพเจ็บป่วยด้วย อาการทางกาย ทำให้รู้สึกถูกกีดกันหรือแยกตัว เกิดความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้า การมี ปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบข้างลดลง การติดต่อทางสังคมลดลง ความรู้สึกกลัว เนื่องจากมีอาการหอบ เหนื่อย เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เครียด เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง เป็น ภาวะให้กับครอบครัว มีความกดดันทางด้านจิตใจที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ เพื่อป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง จากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จึงต้องพึ่งพาผู้อื่น (Steptoe et al., 2000)

3) ผลกระทบด้านครอบครัว เป็นภาวะครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด เป็นภาวะให้กับ ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความกดดันเนื่องจากต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรค (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

4) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม จากอาการเหนื่อยหอบและเหนื่อยล้า ผู้ป่วยบางคนมี อาการบวม ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์ ขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ กิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับสมรรถภาพการทำงานของหัวใจ การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ไม่เต็มที่ ทั้งบทบาทส่วนตัวและบทบาททางสังคม ภาวะเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ตามปกติ ทำให้ขาดรายได้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่ม สูญเสียโอกาสในการก้าวหน้าและการ สนับสนุนในหน้าที่การงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง (พิกุล บุญช่วง, 2541)

5) ผลกระทบด้านการให้บริการและระบบสุขภาพ การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อโรงพยาบาลเนื่องจากการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็น มาตรฐานและตัวชี้วัดประสิทธิภาพในการรักษา ทำให้โรงพยาบาลมีความแออัด จากการที่ต้องรับ ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (พิกุล บุญช่วง, 2541)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2.1 ความหมายของการดูแลตนเอง

Orem (2001) ให้ความหมายของ การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย และตั้งใจ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพอนามัย ความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัย ภัยอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต และเมื่อกระทำอย่างมี ประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

Callaghan (2003) ให้ความหมายของ การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลสามัญชน คนหนึ่ง ๆ ทาหน้าที่ด้วยตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรค ในระดับขั้นพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

Riegel and Dickson (2008) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึงกระบวนการตัดสินใจตามธรรมชาติ ตามสถานการณ์ (situation) ที่กระตุ้นสภาพจิตใจโดยผ่านกระบวนการพิจารณา (process) แล้วแสดงออกเป็นการดูแลตนเอง (action) ประเมินจาก 3 ส่วนคือ การดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence)

จอม สุวรรณโณ (2551) ว่าการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่ม และกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จิตใจ และมีเป้าหมาย และเพื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด กิจกรรมการดูแลตนเองรวมถึงการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับปัจจัยภายนอก ซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

พิศสมร เดชดวง (2551) ว่าการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ อย่างสม่ำเสมอ ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง เพื่อให้ตนเองมีภาวะสุขภาพที่ดี และป้องกันไม่ให้เกิดอันตราย หรือผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งจากโรคและการรักษา ประกอบด้วยการดำรงการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง

2.2 ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Theory of Heart Failure Self-care) พัฒนาโดย Riegel et al. (2016) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle –range theory) ซึ่งเป็นการปรับปรุงจากทฤษฎีเดิมที่ได้สร้างไว้เมื่อปี 2008 ได้อธิบายถึงความหมายของ การดูแลตนเอง ว่าเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญที่บุคคล ในด้านความสามารถในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยกระบวนการตัดสินใจนี้ประกอบด้วย 1) สถานการณ์ (situation) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล (person) ปัญหาสุขภาพ (problem) และสิ่งแวดล้อม (environment) 2) กระบวนการตัดสินใจ (process) เป็นกลไกภายในตัวบุคคล ที่มีการทำงานเป็น

ระบบแล้วให้ผลลัพธ์ออกมา ซึ่งกระบวนการในที่นี่แสดงออกโดยผ่านความรู้ ประสบการณ์ ทักษะและค่านิยมของบุคคล และ 3) การแสดงการดูแลตนเอง (action) เป็นผลของการตัดสินใจของบุคคลที่จะสังเกตได้จากการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน คือ การดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (symptom perception) ที่มีการปรับปรุงการดูแลตนเองจากเดิม ในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) เป็นในเรื่องของการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (symptom perception) แทนแต่ในส่วนอื่นยังมีลักษณะคล้ายคลึงเดิม

ในทฤษฎีนี้ Riegel ได้ให้ความสำคัญกับสถานการณ์ ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นหลักในกระบวนการตัดสินใจที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองครบทั้ง 3 ส่วนคือบุคคล (person) ปัญหาสุขภาพ (problem) และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (environment) โดยมีการแยกอธิบายปัจจัยในแต่ละสถานการณ์ ดังนี้ 1) ด้านบุคคล (person) ประกอบด้วย (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (เช่น เพศ วัย เชื้อชาติ วัฒนธรรม) (2) ประสบการณ์ชีวิต (3) ความรู้ (4) ทักษะ (5)ทัศนคติ (6) ความเชื่อ (7) สมรรถนะแห่งตน 2) ด้านปัญหาสุขภาพ (problem) ประกอบด้วย (1) การรับรู้อาการเจ็บป่วย (2) การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (3) การทำหน้าที่ด้านความคิดความเข้าใจ (4) การนอนหลับในเวลากลางวัน (5) ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (6) โรคร่วมต่างๆ (7) ความแตกต่างด้านสุขภาพ และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม

การดูแลตนเองเมื่อผ่านกระบวนการตัดสินใจแล้วนั้น จะแสดงออกถึงการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองที่แสดงออกอาจจะเป็นพฤติกรรมที่ดีหรือมีปัญหาได้ สามารถประเมินการแสดงออกจากการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วนดังนี้ 1) การดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) หมายถึง พฤติกรรมที่ใช้ในการรักษา ติดตาม ความมั่นคงทางอาการและอาการแสดง ในการปฏิบัติตามการรักษา ความสนใจเลือกที่จะดำเนินการนั้นเกิดขึ้นกับการตรวจสอบอาการเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการรับรู้และตีความอาการ การยึดมั่นในการรักษาซึ่งเป็นองค์ประกอบของการดูแลตนเอง เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาและการใช้ชีวิตที่มีสุขภาพดี 2) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) หมายถึง การตัดสินใจตอบสนองต่ออาการเมื่อเกิดขึ้น การจัดการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในภาวะหัวใจล้มเหลว มีการอธิบายการจัดการไว้ 5 ขั้นตอน (1) การรับรู้การเปลี่ยนแปลงสถานะ (2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงสถานะ (3) การตัดสินใจที่จะดำเนินการ (4) การใช้กลยุทธ์การรักษา และ (5) การประเมินการรักษา กระบวนการจัดการการดูแลตนเองคือผู้ป่วยที่สามารถรับรู้อาการของพวกเขาว่าดีขึ้นในกระบวนการดำเนินขิงโรค และ 3) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (symptom perception) หมายถึง การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้ และรู้สึกว่าร่ากายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิม

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2016) (Theory of Heart Failure Self-care) อธิบายว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองมีหลายประการ ได้ให้ความสำคัญกับสถานการณ์ที่มี ปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) ด้านบุคคล (person) 2) ด้านปัญหาสุขภาพ (problem) และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ซึ่งหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกตัวแปรที่จะนำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นปัจจัยสถานการณ์ที่อยู่ในกรอบทฤษฎีของ Riegel ที่มีการศึกษามาแล้วว่ามีอำนาจในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยที่ยังไม่มีความชัดเจนของผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและยังต้องการงานวิจัยที่จะช่วยยืนยันเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเป็นไปได้ที่จะค้นหาหรือสร้างเครื่องมือวัดได้ และเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถดำเนินการจัดกระทำได้ ในการนำไปวางแผนการพยาบาล และเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยได้ในอนาคต

เมื่อพิจารณาจากเกณฑ์ที่กล่าวข้างต้น พบว่าประสบการณ์ชีวิต (experience) และทัศนคติ (attitudes) เป็นตัวแปรที่พยาบาลเข้าไปจัดการได้ค่อนข้างยาก ในขณะที่เดียวกัน ทักษะ (skill) การทำหน้าที่ด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function) และการนอนหลับในเวลากลางวัน (daytime sleepiness) เป็นปัจจัยที่ยังไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่า โรคร่วมต่าง ๆ (comorbidity) เพศ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล (Gallagher et al., 2011; Graven et al., 2015) ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึงพิจารณาคัดตัวแปรเหล่านั้นออก เช่นเดียวกับ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม (social support) (Gallagher et al., 2011; Ok & Choi, 2015; เกศรา โชนาชัยสิริ, 2554) แม้พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองแต่มีอำนาจในการทำนายต่ำ จึงไม่ศึกษาปัจจัยนี้ซ้ำอีก

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้คัดสรรตัวแปร ทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ความเชื่อด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตน 2) ด้านปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้อาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ) และความแตกต่างด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) ส่วนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม นั้นไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้หกปัจจัยที่เลือกสอดคล้องกับทฤษฎีของ Riegel และอยู่ในบทบาทพยาบาลสามารถจัดกระทำได้

2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย การเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่องของพยาธิสภาพและประสิทธิภาพในการทำงานหัวใจ เป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลาถ้าละเลยการดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง การดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีคุณภาพและสวัสดิภาพ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเพียงพอเกี่ยวกับภาวะหัวใจ

ลึ้มเหลว แผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งต้องสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมและการป้องกันหรือลดความรุนแรงของการดำเนินภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย

1) การลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น ได้แก่

การควบคุมปริมาณน้ำดื่ม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องจำกัดปริมาณน้ำดื่มเพื่อลดปริมาตรน้ำในร่างกายที่จะมีผลต่อการเพิ่มความดันในหลอดเลือดและทำให้เกิดอาการบวมตามมา ผู้ป่วยต้องรู้จักการวางแผนการจัดแบ่งน้ำให้เหมาะสมกับมื้ออาหาร กิจกรรมและการได้รับยา บางครั้งอาจต้องรับประทานยาร่วมกับอาหารที่เป็นเครื่องดื่มแทน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) การจำกัดน้ำดื่มจะทำให้ผู้ป่วยกระหายน้ำจึงไม่ให้ความร่วมมือในการจำกัดน้ำควรแนะนำให้ผู้ป่วยอมลูกอมรสเปปเปอร์มินต์ที่ปราศจากน้ำตาล (Roger et al., 2011)

การควบคุมอาหารรสเค็มและอาหารที่มีเกลือโซเดียมผสม เพราะเกลือโซเดียมมีคุณสมบัติในการอุ้มน้ำซึ่งจะเพิ่มปริมาตรของเหลวในร่างกาย การจำกัดเกลือโซเดียมจะช่วยป้องกัน ควบคุมและลดอาการบวม ซึ่งอาหารปกติในแต่ละวันจะมีเกลือโซเดียมประมาณ 3-7 กรัม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรงมากปริมาณเกลือที่ใช้ 0.5-1 กรัมต่อวัน อาการรุนแรงปานกลางไม่เกิน 2 กรัมต่อวันและอาการรุนแรงน้อยไม่เกิน 3 กรัมต่อวัน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องทราบชื่อของยาที่รับประทาน เป้าหมายของการรักษา เวลาในการรับประทาน ฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยา ทุกตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ปรับยาหรือหยุดยาเองจะมีผลทำให้การควบคุมโรคและอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวคงที่ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆเพิ่มขึ้นและลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

2) การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเริ่มแรก การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเริ่มแรกเป็นการเฝ้าสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม ซึ่งนำไปสู่การควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Lennie et al., 2008)

3) การประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม การประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมได้อย่างรวดเร็วจะช่วยควบคุมและลดความรุนแรงของอาการภาวะหัวใจล้มเหลว หรือลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้จากความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมได้ด้วยตนเองในเรื่องของ

การชั่งน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเป็นอาการเตือนของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556) เป็นตัวบ่งชี้ถึงการคั่งของน้ำในร่างกายหรือภาวะน้ำเกินและภาวะขาดน้ำที่ดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องชั่งน้ำหนักตัวทุกวันเป็นประจำ ในเวลาเดิม ซึ่งเวลา

ที่ดีที่สุดในการซั้งคือ ทันที่ที่ตื่นนอนและหลังการปัสสาวะแล้ว ด้วยเสื้อผ้าที่ใกล้เคียงกันและในสถานที่ เดิมและควรตรวจสอบความแม่นยำตรงของเครื่องซั้งที่ใช้เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของน้ำหนักตัว การมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 0.5-1.0 กิโลกรัมในเวลาหนึ่งวันหรือ 2-3 กิโลกรัมในหนึ่งสัปดาห์ถือเป็น อาการที่ต้องได้รับการรักษา

การประเมินอาการบวมกดบวมที่ขา โดยประเมินบริเวณหลังเท้า ข้อเท้า กระดูกหน้าแข้งและ หัวเข่า อาการบวมที่พบเกิดจากการคั่งของน้ำที่อยู่นอกหลอดเลือดตามอวัยวะส่วนปลาย มักสังเกตได้ ซัดในตอนเย็นและจะหายไปเมื่อนอนพักเวลากลางคืน

การประเมินอาการหายใจลำบากจากการคั่งของเลือดในปอดและการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงพัลโมนารี สามารถแบ่งได้เป็น อาการหายใจลำบากเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion: DOE) อาการหายใจลำบากเมื่อนอนราบ (orthopnea) และอาการหายใจลำบากกำเริบตอนกลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea: PND)

การประเมินระดับการนอนราบ เพื่อให้ทราบถึงระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว หรืออาการน้ำท่วมปอดจากการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมการประเมินการคั่งของน้ำและเกลือ โซเดียมที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของการดำเนินภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เพื่อ ใช้เป็นข้อมูลในการคิดพิจารณาและตัดสินใจเลือกปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อป้องกันหรือ ลดความรุนแรงของการดำเนินภาวะหัวใจล้มเหลว

4) การตัดสินใจจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น การตัดสินใจมาโรงพยาบาลก่อนวัน นัดในกรณีที่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้นและเกินความสามารถในการควบคุมหรือลด ความรุนแรงจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอื่นๆตามมา

สรุปว่า การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมี คุณภาพชีวิตที่ดี สามารถควบคุมหรือลดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้ อยู่ที่แผนการรักษาที่เหมาะสมของแพทย์หรือการให้คำแนะนำตามปกติทั่วไปของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ อย่างเดียว แต่ยังคงต้องมุ่งเน้นการให้ความรู้ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เหมาะสม ด้วยกลวิธีต่างๆ ที่จะให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิด การเรียนรู้และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

2.4 การประเมินการดูแลตนเอง

วิธีการประเมินการดูแลตนเองนั้นเนื่องจากเป็นพฤติกรรมทำให้มีการประเมินที่ค่อนข้างยาก ซึ่งใช้การประเมินในรูปแบบของ (1) การสัมภาษณ์ (Interview) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบ เจาะลึก ที่ใช้แนวคำถามของการสัมภาษณ์จากเครื่องมือวิจัยต่าง ๆ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล (2) การสังเกต (Observe) ใช้วิธีนี้สังเกตพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และพฤติกรรมที่แสดงออกในการดูแล

ตนเองของผู้ป่วย ซึ่งวิธีการประเมินด้วยการสังเกตจะเป็นสิ่งที่ดำเนินการยุ่งยากและใช้เวลานานในการประเมินผู้ป่วย ในปัจจุบันจึงใช้เครื่องมือหรือแบบสอบถามในการการสัมภาษณ์หรือสอบถามผู้ป่วย โดยตรงถึงการดูแลตนเอง

เครื่องมือประเมินการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการนำไปใช้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งมีการปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับแต่ละประเทศ โดยเครื่องมือที่ใช้อย่างแพร่หลายในครั้งนี้นี้สามารถรวบรวมได้ 3 ชุด ดังนี้

1) The European Heart Failure Self-care Behaviour scale (EHFScB) ของ Jaarsma et al. (2009) ข้อคำถามในแบบประเมินจำนวน 9 ข้อ ไม่มีการแบ่งเป็นรายด้าน ครอบคลุมประเด็นการควบคุมปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน ฝ้าระวังและจัดการกับภาวะแทรกซ้อน การรับประทานยาและการจัดการกับผลข้างเคียงของยา การออกกำลังกายและกิจกรรมอื่นๆ และการติดตามการรักษาการตรวจ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เมื่อได้คะแนนสูงสุดแสดงถึงการดูแลตนเองไม่ดี ซึ่งเครื่องมือฉบับนี้มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .80

2) แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index versions 6.2: SCHFI v.6.2) ของ Riegel, Driscoll, et al. (2009) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยผู้วิจัย เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ การประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) จำนวน 6 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน 1-4 คะแนน ซึ่งมีคะแนนรวมในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 เครื่องมือนี้ได้มีการนำมาใช้ในงานวิจัย กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 400 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ฉบับรวมเท่ากับ .85

3) the Looking After Yourself with Heart Failure Questionnaire (LAYHFQ) พัฒนามาจากกลุ่มพยาบาลที่ความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของ MacInnes (2011) ข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ ไม่มีการแบ่งเป็นรายด้าน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ประเมินการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ เช่น การควบคุมอาการ การรับประทานยา การจัดการอาการ และการรายงานพร้อมการขอความช่วยเหลือ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มีคะแนน 1 – 5 คะแนน เมื่อได้คะแนนสูงสุดแสดงถึงการดูแลตนเองดี โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 169 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .77

ในงานวิจัยเรื่องนี้ ใช้แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index versions 6.2) ของ Riegel, Driscoll, et al. (2009) ฉบับแปลเป็น

ภาษาไทยโดยผู้วิจัย เนื่องจากมีความครอบคลุมเนื้อหาของการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน คือ การดำรง การดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) ที่เป็นองค์ประกอบของความหมายที่ทางผู้วิจัยได้ศึกษา มีความสอดคล้องกับทฤษฎีที่ผู้วิจัยเลือกใช้ คือ ทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Theory of Heart Failure Self-care) ซึ่งมีการอธิบายถึงความชัดเจนในการประเมินการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี อีกประการหนึ่งผู้พัฒนาทฤษฎีเป็นผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับนี้ขึ้นด้วย และใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในหลากหลายประเทศได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 ซึ่งมีความเหมาะสม

3. บทบาทพยาบาลกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พยาบาลนับว่าเป็นส่วนสำคัญในทีมการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งทำหน้าที่ประสานบริการการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล (อนงค์ อมฤตโกมล, 2557) ดังนี้

- 1) อธิบายถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น คือภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคที่เป็นสาเหตุเบื้องต้นของหัวใจล้มเหลว ตลอดจนแผนการรักษาของแพทย์
- 2) อธิบายให้ผู้ป่วยรู้จักอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการของสารน้ำคั่งสะสมในร่างกาย เช่น น้ำหนักเพิ่ม รู้สึกผิวหนังตึง ข้อเท้าบวม ไอเวลานอน นอนราบไม่ได้ เหนื่อย
- 3) สอนให้ผู้ป่วยรู้จักเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินโดยการชั่งน้ำหนักตัว และแนะนำการปรับยาขับปัสสาวะเพิ่มเมื่อมีภาวะน้ำเกินอย่างเหมาะสม โดยให้โทรศัพท์ปรึกษาพยาบาล หรือในรายที่ได้รับคำแนะนำการปรับยาขับปัสสาวะแล้วให้ปรับยาขับปัสสาวะ ตามคำแนะนำหน้าซองยา
- 4) แนะนำประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร โดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบบริโภคประจำ และให้คำแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
- 5) การให้คำแนะนำเรื่องการดื่มน้ำ พยาบาลจะต้องประเมินความรุนแรงของโรคผู้ป่วย ประวัติการได้รับยาขับปัสสาวะ ประวัติโรคไต เพื่อให้การแนะนำการดื่มน้ำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย โดยผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงมาก ปริมาณน้ำที่เหมาะสมคือ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ในรายที่ยังมีอาการและต้องช้ยาขับปัสสาวะในขนาดสูง ปริมาณน้ำที่เหมาะสมคือ 1,000 มิลลิลิตรต่อวัน
- 6) การแนะนำเรื่องการรับประทานยา ก่อนการให้คำแนะนำพยาบาลต้องประเมินปัญหาการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อลดปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือเรื่องยา โดยอธิบายประโยชน์ ชนิด และผลข้างเคียงของยา จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

- 7) การให้คำแนะนำการทำงานและการพักผ่อน กิจกรรมทางเพศ โปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยการให้คำแนะนำจำเป็นต้องประเมินสภาพร่างกาย ความรุนแรงของโรค ความพร้อมและวางแผนให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งย่อมไม่เหมือนกัน
- 8) ให้คำปรึกษาการจัดการต่อปัญหา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเอง
- 9) ประเมินปัญหาการนัดตรวจและให้คำปรึกษา แนะนำการนัดมาตรวจหลังจำหน่าย

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel et al. (2016) (Theory of Heart Failure Self-care) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองไว้ 15 ปัจจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมมาพิจารณาคัดสรรปัจจัยจากกรอบแนวคิด พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการพิจารณาได้ปัจจัยที่คัดสรรมาศึกษาจากกรอบแนวคิดจำนวน 6 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

จากแนวคิดของ Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่าเป็นภาวะของร่างกายที่สามารถทำหน้าที่ได้ ซึ่งพบว่าการทำหน้าที่ของร่างกายที่ไม่ดีมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในด้านการดำรงการดูแลตนเองก็จะไม่ดีด้วย โดยผู้ป่วยอาจจะไม่ดูแลตนเองจนกว่าจะมีอาการที่แย่ง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ผ่านตัวแปรประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ

4.1.1 ความหมายของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (*Left ventricular ejection fraction: LVEF*)

หมายถึง เปอร์เซ็นต์ของเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อการบีบตัวของหัวใจ 1 ครั้ง โดยเทียบกับปริมาณเลือดที่มีอยู่ วิธีการวัด ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ที่นิยมใช้ ได้แก่ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) การตรวจหัวใจด้วยการใช้สารกัมมันตรังสี (Radionuclide angiography) และการฉีดสารทึบรังสีในห้องหัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventriculography) (Weir et al., 2010) ซึ่งวิธีการที่ใช้ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ได้แก่ การวัด Left Ventricular Ejection Fraction (LVEF) จากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือจากการสวนหัวใจ ค่า LVEF หมายถึง สัดส่วนของปริมาตรเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในแต่ละครั้ง (Stroke volume: SV) ต่อปริมาณเลือดที่เหลือค้างอยู่ในหัวใจห้องล่างซ้ายในช่วงสุดท้ายของการคลายตัว (Left Ventricular end diastolic volume: LVEDV) ดังนั้น จึงมีค่าเท่ากับ $SV / LVEDV$

เกณฑ์การแปลค่า Ejection fraction แบ่งออกเป็น 4 ระดับเกณฑ์การแบ่งของ สุจิตรา ลีมีอำนาจยา (2557) ดังนี้ 1) LVEF > 55% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ 2) LVEF อยู่ในช่วง 40–55% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย 3) LVEF อยู่ในช่วง 26–39% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง 4) LVEF ≤ 25% หมายถึง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจกับการดูแลตนเอง

จากการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง การศึกษาในต่างประเทศของ Pulignano et al. (2010) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 93 คน พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Shojaei et al. (2011) ได้ศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในอิหร่าน จำนวน 250 คน พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ระดับสูงกว่า จะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ Kamrani et al. (2014) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 184 คน พบว่าผู้ป่วยที่ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ระดับ ร้อยละ 40 หรือสูงกว่า มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 แต่ยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย

4.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

จากแนวคิดของ Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่าเป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งในแต่ละความเชื่อนั้นมีผลต่อพฤติกรรม โดยความเชื่อจะมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ที่จะลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างไร การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความเชื่อผ่านตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ

4.2.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock (1974) ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และอุปสรรคในการปฏิบัติตน

Champion and Skinner (2008) ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อด้านแรงจูงใจในสุขภาพทั่วไป การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนและปัจจัยร่วมต่าง ๆ

รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ว่าความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ ความนึกคิด หรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้บุคคลปฏิบัติตามความคิดและความเข้าใจนั้นๆ

สรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับประทานยาและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค และให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย

4.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ เป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ จะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงในการปฏิบัติตาม เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ ทางด้านสุขภาพในระยะแรกจึงสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคจึงยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ จากนั้น Rosenstock (1974) ได้กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต และการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้น หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมียุทธศาสตร์ทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคลนั้น การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า 1) ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน 3) การปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงมีประโยชน์ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่โรคเกิดขึ้นแล้วก็ช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และในการปฏิบัติตนต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น Rosenstock (1974) ได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยมีตัวแปรดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นเป็นตัวแปรที่สำคัญ และมีอิทธิพลสูงกว่าตัวแปรอื่นๆ ที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) แม้บุคคลจะตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วก็ตาม แต่พฤติกรรมป้องกันความเจ็บป่วยอาจจะยังไม่เกิดขึ้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า ความเจ็บป่วยหรือโรคนั้น ทำให้เกิดอันตรายและมีผลกระทบกระเทือนที่รุนแรงต่อ

ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงาน และบทบาททางสังคม จึงจะช่วยให้บุคคลตัดสินใจได้ว่า ควรจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหรือไม่อย่างไร

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived Benefits) เป็นการประเมินส่วนบุคคลที่มีต่อคุณค่า หรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆในการป้องกันโรคจะต้องมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันหรือช่วยลดโอกาสเสี่ยงเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceive Barrier) เป็นการรับรู้ด้านลบ ซึ่งเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสม บุคคลจะประเมินให้น้ำหนักระหว่างประโยชน์กับอุปสรรคของการแสดงพฤติกรรม และพิจารณาทางเลือกที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งถ้ามีทางเลือกหลายทางก็อาจจะไม่ทำให้เกิดปัญหาสามารถเลือกแสดงพฤติกรรมที่พึงพอใจ

4.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเอง

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถพิจารณาพฤติกรรมหรือการกระทำที่เกิดขึ้นได้จากองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974; Strecher & Rosenstock, 1997) ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้สามารถนำมาวัดความเชื่อด้านสุขภาพได้และสามารถนำมาใช้ในการศึกษาหรืออธิบายพฤติกรรมต่างๆ นอกเหนือจากพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วย จากการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ การศึกษาในต่างประเทศ Kison (1992) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 31 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะมีการให้ความร่วมมือมากที่สุดในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือน้อยที่สุด และยังคงสุขบุหรืออยู่มากที่สุด Baghianimoghadam et al. (2013) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 180 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจอื่นๆ ซึ่งนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา พิมพ์วรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 218 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง

4.2.4 แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ที่สามารถรวบรวมได้ 3 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Health Belief Model (HBM) ของ Champion (1984) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 39 ข้อ เกี่ยวกับมิติทางด้านความเชื่อทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 12 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 8 ข้อ และแรงจูงใจ จำนวน 8 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มีคะแนน 1 – 5 คะแนน เมื่อได้คะแนนสูงแสดงถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่สูง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 31 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .70 และยังไม่มีการพัฒนาคำถามให้สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ

2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ Health Beliefs Questionnaire (HBQ) ของ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 60 ข้อ เกี่ยวกับมิติทางความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจ และการรับรู้สมรรถนะ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มีคะแนน 0 – 4 คะแนน เมื่อได้คะแนนสูงแสดงถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่สูง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจไปจำนวน 223 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) อยู่ระหว่าง .60 - .77 ของแต่ละส่วน และมีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป

3) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร [Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) and Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS)] ของ Bennett และคณะ (1997) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี

Health Belief Model ของ Janz and Becker (1984) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สิริขยา อังกูรขจร (2556) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์ของความเชื่อในการรับประทานอาหาร การรับรู้อุปสรรคของความเชื่อในการรับประทานอาหาร การรับรู้ประโยชน์ของความเชื่อในการรับประทานยา และการรับรู้อุปสรรคของความเชื่อในการรับประทานยา เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต มีคะแนน 1 – 5 คะแนน เมื่อได้คะแนนสูงแสดงถึงความเชื่อด้านสุขภาพที่สูง โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .88

ในงานวิจัยเรื่องนี้ ใช้แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร ของสิริขยา อังกูรขจร (2556) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับการรักษาที่เน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ และรับประทานยาที่ต่อเนื่อง แล้วส่งเสริมให้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยลดลง อีกประการมีการสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model ความสอดคล้องกับแนวคิดที่ทางผู้วิจัยเลือกใช้ และมีจำนวนข้อที่น้อยกว่า ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .88 และเป็นแบบสอบถามที่แปลและนำมาใช้เป็นครั้งแรกจึงถือเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่จึงยอมรับในการที่จะเลือกนำมาใช้

4.3 ภาวะสุขภาพ

จากแนวคิดของ Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่ามีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองอย่างมาก โดยการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง สามารถตัดสินใจดูแลตนเองได้ นั่นคือมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดำรงการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่แยลง อาจชะลอการเกิดภาวะฉุกเฉินได้ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพผ่านตัวแปรภาวะสุขภาพ

4.3.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

Murray and Zentner (2001) ว่าภาวะสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ต่างๆ อย่างเต็มความสามารถที่มีอยู่ ดำรงไว้ซึ่งความสมดุล ระหว่างความต้องการของตนเองกับความต้องการของสังคม ปราศจากความไม่สบายใจ ความทุกข์ โรคภัยไข้เจ็บและความพิการ พร้อมทั้งมีรูปแบบการสร้างสภาพจิตใจในชีวิตให้ตนเองมีความสุข

Rumsfeld (2002) ว่าภาวะสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคล ในเรื่องของ อาการ ข้อจำกัดในการทำหน้าที่และส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลย่อมไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับลักษณะการรับรู้

Hinkle and Cheever (2013) ว่าภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอาจมีภาวะสุขภาพที่ดีและการเจ็บป่วยที่สลับกัน หรืออาจเกิดต่อเนื่องไปตลอดชีวิตของบุคคลนั้น

สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ปราศจากโรคภัย ความพิการหรือปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ

4.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขไม่ใช่เพียงแค่ ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (Craven et al., 2019) ภาวะสุขภาพจะเกิดขึ้นจากการรับรู้ สถานะสุขภาพของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบัน โดยคนที่มีสุขภาพดี คือ ผู้มีภาวะสุขภาพที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง และมีโครงสร้างในการทำหน้าที่อย่างเหมาะสม (Orem, 2001)เพื่อก่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมาย สูงสุดของชีวิต โดยผ่านทางพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย ต้องปรับตัวเพื่อการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง และมีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม (Pender, 1996) นั่นคือ ความสมบูรณ์พร้อมที่มนุษย์อันพึงมี ได้แก่ ความสมบูรณ์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ทำให้ตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติ ดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม และประเทศได้อย่างปกติสุข ตามศักยภาพของตน (ขชลกันทะปัน, 2552) ประกอบด้วย 4 มิติคือ

1) มิติสุขภาพด้านกาย หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมปกติที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติได้ (Brook et al., 2004) ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การขึ้นลงบันได การเดิน การนั่ง การวิ่ง การนอน การอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม โกนหนวด การเข้าห้องน้ำ 2) การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงการทำกิจกรรมยามว่าง ซึ่งการรับรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทั้งในยามที่อาการของโรคสงบ หรือเมื่อมีอาการกำเริบ จะทำให้ผู้ป่วยทราบถึงภาวะสุขภาพของตนเองในช่วงเวลานั้น ๆ และสามารถจัดการกับอาการของตนเองได้

2) มิติด้านจิตใจ หมายถึง ความปกติทางจิตใจ เกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกของตนเองต่อสภาพร่างกายทั่วไปที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และพึงพอใจกับสภาพร่างกายที่ตนเองเป็นอยู่ขณะนี้ปัจจุบัน รวมถึงการรับรู้ถึงความวิตกกังวล ความเครียด รู้สึกคุณค่า ในตนเองลดลงจากการกำเริบของโรค หรือแม้กระทั่งการมีพลังอำนาจในตนเองที่จะช่วยเหลือตนเอง ให้ปลอดภัยหรือเผชิญกับโรคได้เหมาะสม(Brook et al., 2004)

3) มิติด้านสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม มีกิจกรรมร่วมกันในสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพใน 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน อนาคต ความต้านทานโรค หรือการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวลหรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย (Brook et al., 2004)

4) มิติทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่น และเคารพสูงสุดทำให้เกิดความหวังความเชื่อมั่นศรัทธามีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งงามด้วยความมีเมตตา กรุณาไม่เห็นแก่ตัวมีความเสียสละและยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (ประเวศ วะสี, 2543)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันโดยมีมิติทางจิตวิญญาณเป็น มิติรวมกาย จิต และสังคม ผสมผสานเข้าด้วยกัน เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นการรับรู้คุณค่าในตนเอง แสดงออกในสิ่งที่ตั้งงาม หากบุคคลขาดการสำนึกในการรับรู้คุณค่าในตนเองอาจทำให้บุคคลนั้นไม่พบ ความสุขโดยแท้ (ประเวศ วะสี, 2543)

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเอง

จากการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการดูแลตนเอง การศึกษาในต่างประเทศของ Rockwell and Riegel (2001) ได้ศึกษา ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 209 คน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มี ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 ซึ่ง สอดคล้องกับ Juenger et al. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการดูแล ตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 321 คน พบว่า ภาวะสุขภาพที่ไม่มีข้อจำกัดในการเดิน ได้มากกว่า 100 เมตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการดูแลตนเอง ในประเทศไทยพบการศึกษาของขจร เพ็ญสุ พรธรรม (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติตนมากจะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดลง และผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลมาก นั่นคือ หากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือ ทางลบก็จะส่งผลต่อการแสดงออก ของการดูแลตนเองของผู้ป่วยไปในทิศทางนั้น ๆ

4.3.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพที่หลากหลาย โดยในครั้งนี้นี้สามารถรวบรวมได้ 2 ชุด ดังนี้

1) Short Form 36-item Health Survey (SF-36) แบบสอบถามภาวะสุขภาพที่สร้างขึ้นโดย Ware Jr (2000) ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 36 ข้อ มี 8 ด้าน ได้แก่ (1) Physical Functioning (2) Role limitation due to Physical problems (3) Bodily Pain (4) General Health (5) Social Functioning (6) Vitality (7) General mental Health (8) Role limitation due to Emotional problems เมื่อได้คะแนนสูงแสดงถึงภาวะสุขภาพไม่ดี ได้นำไปใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับประเทศไทยได้มีแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยวัชร เลอमानกุล (2548) โดยวิธีแปลไปข้างหน้าและแปลกลับ ทดสอบความตรงตามโครงสร้างและความเที่ยงภายใน ใช้ในกลุ่มตัวอย่างคนทั่วไปจำนวน 448 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .72-.86

2) Short Form 12 -item Health Survey (SF-12) แบบสอบถามภาวะสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดย Ware Jr et al. (1996) ปรับปรุงมาจาก Short Form 36 (SF-36) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 12 ข้อ เกี่ยวกับมิติทางด้านสุขภาพ 8 มิติ ได้แก่ (1) General Health (2) Physical Functioning (3) Role Physical (4) Bodily Pain (5) Vitality (6) Social Functioning (7) Role Emotional และ (8) Mental Health มาตรฐานเป็นแบบลิเคิร์ต มีคะแนน 1 – 5 คะแนน เมื่อได้คะแนนสูงแสดงถึงภาวะสุขภาพไม่ดี เป็นเครื่องมือที่ใช้กันแพร่หลาย และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยวิชัย เกษมทรัพย์ (2550) โดยวิธีแปลไปข้างหน้าและแปลกลับ นำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจำนวน 386 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .77

ในงานวิจัยเรื่องนี้ ใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF-12 แปลเป็นภาษาไทยโดยวิชัย เกษมทรัพย์ (2550) เนื่องจากมีข้อคำถามที่มีจำนวนน้อย มีความครอบคลุมอย่างครบถ้วนในทุกมิติที่ทำการศึกษา อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ใช้กันแพร่หลาย และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .77 ซึ่งมีความเหมาะสมในการที่จะนำมาใช้

4.4 การรับรู้ความเจ็บป่วย

จากแนวคิดของ Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ ที่ประสบความสำเร็จ เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้อาการจะไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการรับรู้อาการผ่านตัวแปรการรับรู้ความเจ็บป่วย

4.4.1 ความหมายของการรับรู้ความเจ็บป่วย

Weinman and Petrie (1997) ว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง กระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนักในเรื่องของสุขภาพ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคล เป็นการให้ความหมายจากประสบการณ์เดิมและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล

Broadbent et al. (2006) ว่าการรับรู้ข้อมูลเป็นข้อเท็จจริงและความรู้สึกเกี่ยวกับเงื่อนไขทางสุขภาพหรือพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลสร้างขึ้นเมื่อถูกคุกคามจากภาวะเจ็บป่วย

พิมพา เทพวัลย์ (2554) ว่าการรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การแปลผลหรือการให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตามความเข้าใจ ทักษะคิด และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปได้ว่า การรับรู้ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ ความเข้าใจ การแปลผลหรือการให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตามความเข้าใจ ความคิด ทักษะคิด และความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละราย

4.4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness perception) เป็นแนวคิดที่ถูกใช้อย่างกว้างขวางในทางสุขภาพจิต พัฒนาโดย Leventhal and Cameron (1987) โดยมี ทฤษฎีภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย (Illness Representation [IR]) เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วย Leventhal et al. (1992) ได้พัฒนาเรียงมาจนกระทั่งได้เสนอเป็นทฤษฎี The Common Sense Model of Illness Representation ภายใต้โครงสร้างด้านการรับรู้หรือความรู้ความเข้าใจ ซึ่งมีความเชื่อพื้นฐานประกอบด้วย 1) บุคคลเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการเผชิญความเครียดหรือสามารถจัดการกับภาวะคุกคามที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ 2) กระบวนการในการแก้ไขปัญหาหรือเผชิญปัญหาจะอ้างอิงกับการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจของคุณคน และ 3) แนวคิดของภาพสะท้อนทางความคิดต่อความเจ็บป่วย จะเน้นบทบาทสังคม วัฒนธรรม การอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย

การรับรู้ความเจ็บป่วยเป็นผลรวมทางด้านความคิดที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น แต่ละบุคคลจะสร้างรูปแบบของกระบวนการรับรู้ต่อภาวะคุกคามและการสะท้อนความคิดต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ถูกสร้างขึ้นจะเป็นตัวกำหนดการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยนั้น มี 2 องค์ประกอบ คือ การรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านความคิด (Cognitive representation) และการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) โดยการรับรู้มโนภาพการเจ็บป่วยด้านความคิด แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้ 1) การรับรู้เอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะของความเจ็บป่วย (Identify) หรือการให้ความหมาย (Label) ของความเจ็บป่วย ซึ่งการให้ความหมายหรือความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยอาจไม่ได้เป็นความหมายเดียวกันกับทางการแพทย์ (นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2549) 2) สาเหตุของความเจ็บป่วย (Causes) คือการมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งที่ป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอาจไม่ถูกต้องครอบคลุมสิ่งที่เกิดขึ้นทางชีวภาพ โดยการรับรู้จะอาศัยข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์ส่วนบุคคล จากการได้รับการบอกเล่า จากการอภิปรายจากผู้ที่เกี่ยวข้องความสำเร็จ หรือ

ได้จากผู้เชี่ยวชาญหรือแหล่งข้อมูล หรือสื่อต่างๆ (Feng, 2009) 3) ขอบเขตเวลาของความเจ็บป่วย (Timeline) ซึ่งความเชื่อเกี่ยวกับระยะเวลาของการเจ็บป่วยคือระยะเวลาของความเจ็บป่วยจากเฉียบพลันเป็นเรื้อรัง ซึ่งการรับรู้ระยะเวลาอาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการตอบสนองต่อโรค 4) ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย (Consequences) คือผลกระทบที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วยที่มีต่อชีวิตความเป็นอยู่ด้านต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิตประจำวัน การดำเนินชีวิตครอบครัว ฯลฯ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และ 5) การรับรู้ว่าโรคสามารถรักษาและควบคุมได้ (Cure/Control) (Methakanjanasak, 2005)

4.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วยกับการดูแลตนเอง

จากการศึกษาการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหัวใจที่เคยประสบเหตุการณ์ภาวะเฉียบพลันของโรคหัวใจ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยทางลบหลังจากป่วยด้วยโรคหัวใจจะทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพแย่ลง (Cherrington et al., 2004) มีภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกมากกว่า การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและความสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจลดลง (Petrie & Weinman, 2006) มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยด้านบวกมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น (Stafford et al., 2009) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยทางบวกจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ต่อโรคหัวใจดีขึ้น ในด้านของการตอบสนองต่อการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดีขึ้น (French et al., 2006) ซึ่งการรับรู้ความเจ็บป่วยในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ลักษณะเฉพาะของการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย การรับรู้ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุมหรือรักษาโรค และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากการเจ็บป่วย มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง จึงสามารถกล่าวได้ว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (Goodman et al., 2013) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (MacInnes, 2013)

4.4.4 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยมีหลากหลาย โดยในครั้งนี้สามารถรวบรวมได้ 3 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วย (Illness Perception Questionnaire: IPQ) ของ Weinman et al. (1996) มีข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ มี 5 องค์ประกอบ คือ (1) Identity (2) Cause (3) Timeline (4) Consequence (5) Cure/Control โดยในส่วนของลักษณะและอาการของโรค (Identity) มีจำนวน 12 ข้อ ให้ระบุว่า มีหรือไม่มีอาการนั้นๆ สำหรับในข้อความอื่นๆ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) มีคะแนน 1 – 5 คะแนน แบบสอบถามนี้ได้มีการนำไปใช้กับ

ผู้ป่วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคทางจิตเวช โรคไต โรคเบาหวาน โรคไขข้ออักเสบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผู้ที่มีอาการเหนื่อยล้าและมีความปวดแบบเรื้อรัง จำนวน 848 คน ผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .73 - .82 ข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือ ไม่มีข้อคำถามด้านผลกระทบต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย

2) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับปรับปรุง (Illness Perception Questionnaire Revised: IPQ-R) ของ Moss-Morris et al. (2002) ใช้ประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเรื้อรัง แปลเป็นภาษาไทยโดยศรินรัตน์ ศรีประสงค์ (2551) มีการพัฒนาแบบสอบถามโดยการเพิ่มจำนวนข้อคำถามเข้าไปในทุกองค์ประกอบ ทำให้มีข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 38 ข้อคำถาม และปรับมาตรวัดเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ทั้งหมดโดยมีคะแนน 1-5 คะแนน แบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงดังกล่าวทำให้ทุกองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นดีขึ้น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .80 - .89 สำหรับข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือ มีจำนวนข้อคำถามมาก และต้องใช้เวลาในการทำแบบสอบถามค่อนข้างนานจึงเป็นการรบกวนผู้ป่วยมากเกินไป

3) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) แปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอฟารวัฒน์ (2562) ใช้สำหรับประเมินการรับรู้คุณภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์จำนวน 9 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามการรู้คิดจำนวน 7 ข้อ และการรับรู้คุณภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์จำนวน 2 ข้อ ในจำนวน 8 ข้อคำถาม มีข้อคำถามด้านบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 มีข้อคำถามด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 7 (ต้องกลับคะแนนก่อนนำมาคิดคะแนนรวม) ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน ยกเว้นคำถามข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุ ที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรค คะแนนที่มีค่ามากแสดงถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยสูง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .70

ในวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al. (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอฟารวัฒน์ (2562) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อน้อย และเป็นแบบสอบถามที่นำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหัวใจมาแล้ว ได้ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

4.5 สมรรถนะแห่งตน

Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นั่นคือมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ว่าสามารถดำเนินการและยังคงอยู่ แม้จะมีอุปสรรค การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาตัวแปรสมรรถนะแห่งตนโดยตรงตามทฤษฎี

4.5.1 ความหมายสมรรถนะแห่งตน

Bandura (1997) ว่าสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อ ความมั่นใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการจัดการและดำเนินการ ของการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรม เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมั่นใจในความสามารถทางร่างกายและจิตใจในการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา

สรุปได้ว่า สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วย (1) ความมั่นใจในการควบคุมอาการและ (2) ความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่

4.5.2 ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของ Bandura (1982) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) โดยผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้อและความเข้าใจ ซึ่งสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ Bandura (1982) เชื่อว่าบุคคลหากมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะช่วยส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จ และมีสุขภาพที่ดีในหลาย ๆ ด้าน บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนจะเห็นว่าการหรือกิจกรรมที่ยากเป็นสิ่งที่ท้าทายและอยากเอาชนะมากกว่าที่จะมองว่าเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต หรือเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะกำหนดเป้าหมายของตนเองและจะมีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายนั้น และเมื่อต้องเผชิญกับความล้มเหลวยิ่งต้องเพิ่มความพยายามมากยิ่งขึ้น และหลังจากประสบกับความล้มเหลวบุคคลนั้นจะสามารถฟื้นคืนกลับมาได้อย่างรวดเร็วและพร้อมที่จะเผชิญกับความลำบากด้วยความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถฝึกฝนและควบคุมเหตุการณ์หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้นได้ การที่บุคคลมองเห็นสมรรถนะแห่งตน จะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จ และไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ในทางตรงกันข้ามการที่บุคคลไม่เชื่อในสมรรถนะแห่งตนจะหลีกเลี่ยงการเผชิญกับงานที่ยาก และมองว่าสิ่งที่ยากนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต บุคคลนั้นจะมีแรงบันดาลใจ และมีความมุ่งมั่นต่อเป้าหมายของตนเองในระดับต่ำ เลือกที่จะหลีกเลี่ยง เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ยาก บุคคลเหล่านี้จะสนใจแต่ความบกพร่องของตนเอง อุปสรรคที่ตนเองจะต้องเผชิญ และผลลัพธ์ที่ล้มเหลว มากกว่าที่จะมุ่งความสนใจไปที่จะทำอย่างไรให้ประสบความสำเร็จ ซึ่ง

บุคคลเหล่านี้จะไม่ใช้ความพยายามและจะล้มเลิกได้ง่ายเมื่อประสบความยากลำบาก และเมื่อต้องประสบกับความล้มเหลว บุคคลเหล่านี้จะเรียกความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนกลับมาได้ยาก (Bandura, 1978, 1982, 1989)

4.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนกับการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง จากการศึกษาในต่างประเทศ ของ Ma (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 382 คน พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ Dehghani-Tafti et al. (2015) ศึกษาปัจจัยกำหนดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 110 คน พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000

การศึกษาในไทยของจรี ชูธิตาดา (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจไมตรัล ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลตนเอง นั่นคือการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถในการกระทำพฤติกรรม จากการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เกิดจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง คือ ความสำเร็จจากการปฏิบัติ การได้ดูแลอย่างจากคนอื่น การได้รับคำแนะนำปรึกษา คำพูดชักจูงใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการริเริ่มหรือยับยั้งความพยายามกระทำให้สำเร็จหรือต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในเรื่องการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน

4.5.4 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะแห่งตนอย่างหลากหลาย โดยในครั้งนี้สามารถรวบรวมได้ 2 ชุด ดังนี้

1) The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire (CSE) สร้างโดย Sullivan et al. (1998) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ แปลเป็นภาษาไทย โดยเกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2562) ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ (control symptom) จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ถึง 8 และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ถึง 13 เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 0 - 4 โดย 0 = ไม่มั่นใจ, 1 = มั่นใจเล็กน้อย, 2 = มั่นใจปานกลาง, 3 = มั่นใจมาก, 4 = มั่นใจมากที่สุด คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงการมีสมรรถนะแห่งตนสูง เครื่องมือนี้มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ของข้อคำถามด้านการควบคุมอาการ (control symptom) และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) = .90 และ .87 ตามลำดับ

2) The General Self-Efficacy Scale (GSE) สร้างโดย Jerusalem and Schwarzer (1979) เพื่อใช้ประเมินความคงที่ของความรู้สึกรู้สึกที่มีต่อศักยภาพของบุคคลในการเผชิญสถานการณ์ที่มีความเครียด จำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 1 - 4 โดย 1 = ไม่เป็นความจริง (Not at all true), 2 = ยากที่จะเป็นความจริง (Hardly true), 3 = เป็นความจริงปานกลาง (Moderate true), 4 = เป็นความจริงมากที่สุด (Exactly true) คะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงการมีสมรรถนะแห่งตนสูง เครื่องมือนี้นำไปใช้ในงานวิจัยที่หลากหลาย ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .75 และ .91 ตามลำดับ (Scholz et al., 2002) ข้อจำกัดของเครื่องมือ คือ เป็นเครื่องสำหรับประเมินสมรรถนะแห่งตนทั่วไป ไม่มีความเฉพาะเจาะจงในการประเมินสมรรถนะแห่งตนในบริบทผู้ป่วยโรคหัวใจ

ในงานวิจัยเรื่องนี้ ใช้แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire ของ Sullivan et al. (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกุล โอฬารวัฒน์ (2562) เนื่องจากข้อคำถามครอบคลุมและมีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ของข้อคำถามด้านการควบคุมอาการ (control symptom) และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) = .90 และ .87 ตามลำดับ

4.6 ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

จากแนวคิดของ Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่า การเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่จะเกิดขึ้นนั้น เพื่อเพิ่มเหตุผลว่าเหตุการณ์ที่เกิดสามารถตัดสินใจและกระทำต่อความสามารถในการตัดสินใจ นั่นคือมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความรู้ผ่านตัวแปรความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

4.6.1 ความหมายของความรู้

สุรินทร์ ทองยิ้ม (2544) ว่าความรู้ หมายถึง ข้อมูลหรือรายละเอียดของเรื่องราว ความเข้าใจ และการกระทำที่มนุษย์ได้สะสมและถ่ายทอดกันมา ซึ่งสามารถที่จะทำให้เรารับทราบสิ่งนั้นได้

เกศรา โขคนำชัยสิริ (2554) ว่าความรู้ หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ที่สามารถประเมินได้ว่าแต่ละบุคคลมีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความรู้ และความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับกระบวนการและการดำเนินของโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง การบริโภคอาหารโดยการจำกัดอาหารรสเค็มและน้ำที่เหมาะสม การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเฝ้าระวังและประเมินภาวะน้ำเกิน และความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

4.6.2 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนแนวทางเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งได้มีการรวบรวมจาก(สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557) และ American Heart Association (AHA) (2005) ทำให้ผู้ป่วยจะต้องทราบประกอบด้วยเรื่อง

- 1) ความรู้เรื่องโรค ความหมายของโรค และการดำเนินโรค เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการบวนการของโรค จะช่วยนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง
- 2) อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะน้ำคั่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีการเฝ้าระวังและรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น อาการอึดอัด หายใจไม่สะดวกเวลานอน อาการหายใจเหนื่อยหอบ อาการเหนื่อยง่าย อาการบวมที่ข้อเท้า และอาการไอบ่อยครั้ง
- 3) วิธีชั่งและบันทึกน้ำหนักตัว ซึ่งควรชั่งน้ำหนักตัวในตอนเช้าหลังเข้าห้องน้ำซบถ่ายแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า สังเกตความผิดปกติของน้ำหนักตัว ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1.5 กิโลกรัมจากเดิมต่อวัน แสดงว่าเริ่มมีภาวะน้ำเกินในร่างกาย
- 4) ปริมาณเกลือที่ควรบริโภค รับประทานเกลือน้อยกว่า 2 กรัมต่อวัน รวมทั้งรู้ชนิดอาหารที่มีรสเค็มที่ไม่ควรรับประทาน เช่น ของดอง อาหารกระป๋อง
- 5) ปริมาณน้ำดื่ม ต้องจำกัดน้ำดื่มน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (Colonna et al., 2003) ถ้ามีอาการกระหายน้ำแนะนำให้ผู้ป่วยอมลูกอมที่ปราศจากน้ำตาล ซึ่งจะช่วยให้ช่องปากชุ่มชื้น ลดการกระหายน้ำได้ (มะลิวรรณ อังคณิตย์, 2548)
- 6) การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากมีผลทำให้การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งจะส่งผลให้อาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบได้

7) การพักผ่อน ในช่วงเวลากลางคืน ผู้ป่วยควรนอนหลับคืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง พบว่าท่านอนที่เหมาะสมคือ การนอนตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อช่วยลดแรงดึงของหลอดเลือดที่ปอด และลดปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อป้องกันอาการหายใจเหนื่อยหอบในช่วงกลางคืน และถ้าในช่วงกลางคืนผู้ป่วยมีอาการไอขัดหายใจไม่สะดวกเวลานอน ท่านอนที่เหมาะสมคือ การนอนหนุนหมอนสูง (มะลิวรรณ อังคณิตย์, 2548) เพื่อช่วยลดอาการไอขัดหายใจไม่สะดวก และในช่วงเวลากลางวัน ผู้ป่วยควรมีเวลาพักผ่อนอย่างน้อย 1-2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการง่วงนอนตอนกลางวัน ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงอารมณ์ตึงเครียด เพื่อป้องกันการหลังสารสื่อประสาท จะทำให้หัวใจห้องล่างทำงานมากขึ้น (อรุณประไพ บัวพันธุ์, 2551)

8) การออกกำลังกายที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และช่วยให้การไหลเวียนเลือดให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำงานต่าง ๆ ได้ไม่อ่อนเพลีย กิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมเช่น การเดินในระยะ 100-150 เมตร หรือการรำมวยจีน โดยเริ่มครั้งละ 2-5 นาทีต่อวันเป็นเวลา 1 สัปดาห์แล้วเพิ่มเป็น 5-10 นาทีต่อวัน ผู้ป่วยควรทราบอาการผิดปกติที่ต้องงดออกกำลังกายได้แก่ อาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก

9) การรับประทานยา ผู้ป่วยต้องทราบในเรื่อง ชนิดของยา วิธีการใช้ยา และฤทธิ์ข้างเคียงของยา ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ปรับยาหรือหยุดยาเอง หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยได้รับยาขับปัสสาวะผู้ป่วยควรรับประทานผลไม้ที่มีแร่ธาตุโพแทสเซียม เพื่อลดอาการขาดโพแทสเซียม เช่นกล้วย ส้ม

10) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด ผู้ป่วยที่มีการคั่งของเลือดในปอดจะไวต่อการติดเชื้อในปอด จะทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวอาการรุนแรงขึ้น

11) ความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องและลดภาวะแทรกซ้อน

4.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวกับการดูแลตนเอง

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการดูแลตนเองดีขึ้น (Kato et al., 2009) ซึ่งสอดคล้องกับความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร จะมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมและใช้เครื่องปรุงรสอาหารได้ถูกต้อง (สุรินทร์ ทองยี่ม, 2544) ความรู้เรื่องชนิดอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความรู้เรื่องชนิดอาหารสามารถทำนายการดูแลตนเอง เรื่องการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 (Ni et al., 1999) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องการติดตามอาการผิดปกติของภาวะน้ำเกิน จะมีการชั่งน้ำหนักตัว ควบคุมการดื่มน้ำ และควบคุมการปรุงรสอาหารที่มีเกลือโซเดียม (Artinian et al., 2002; Scott et al., 2004; จันทร์จิรา

เกียรติสีกุล, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการใช้ยาจะมีการดูแลตนเอง และจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ (พุทธชาติ สมณา, 2548) อีกทั้งยังมีการศึกษาโดยการทดลอง ให้ความรู้และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งกลุ่มทดลองมี คะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วนิดา อินทราชา, 2538; สุรินทร์ ทองยิ้ม, 2544) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 (Lennie et al., 2008) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องการสังเกตอาการบวม จะมีการดูแลตนเองในเรื่องการชั่งน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Scotto, 2005) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hwang et al., 2014; Ok & Choi, 2015)

4.6.4 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างหลากหลาย โดยในครั้งนี้สามารถรวบรวมได้ 2 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว The Dutch of Heart Failure Scale (DHFKS) ของ van der Wal et al. (2005) ฉบับภาษาไทยแปลโดยนิตยา ศรีสุข (2560) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ 3 ตัวเลือก เป็นคำถามในหมวดความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป จำนวน 4 ข้อ การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 ข้อ และอาการและอาการแสดง ที่เกี่ยวข้องกัภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน และนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือ โดยใช้วิธี Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .62

2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ของเกศรา โชคนำชัยสิริ (2554) มีข้อคำถามทั้งหมด 27 ข้อ 3 ตัวเลือก ประกอบด้วยเรื่องกระบวนการและการดำเนินของโรคหัวใจล้มเหลว การเฝ้าระวังภาวะน้ำคั่ง การชั่งและการบันทึกน้ำหนัก การจำกัดการบริโภคอาหารรสเค็ม และตีมน้ำ การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัด ค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .73

ในงานวิจัยเรื่องนี้ ใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวของ The Dutch of Heart Failure Scale (DHFKS) (van der Wal et al., 2005) ฉบับภาษาไทยแปลโดยนิตยา ศรีสุข (2560) เนื่องจากมีความครอบคลุมเนื้อหา มีจำนวนข้อคำถามที่น้อย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .62 และค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .62 ซึ่งเป็นค่าที่พอรับได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งในและต่างประเทศดังนี้

5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

Shojaei et al. (2011) ศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในอิหร่าน จำนวน 250 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงร้อยละ 26 ที่มีการดูแลตนเองที่ดีและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาตามที่กำหนด เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุและอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 และเพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเกิดโรค ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และโรคเรื้อรังร่วมอื่น ๆ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001

Gallagher et al. (2011) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 333 คน พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า ($p = .002$) ผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือระดับปานกลาง ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสำหรับการเพิ่มน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .011$) เพื่อจำกัดปริมาณของเหลวในร่างกาย ($p = .02$) การใช้ยา ($p = .017$) การรับฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ($p = .001$) และการออกกำลังกายเป็นประจำ ($p < .001$) มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางหรือระดับต่ำ ส่วนอายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, ภาวะโรคร่วม และ ระดับความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Baghianimoghadam et al. (2013) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 180 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 90 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 90 คน พบว่าความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 68.9 ($\text{Adj } R^2 = .689, P = .05$)

Goodman et al. (2013) ศึกษาโดยการสำรวจของการรับรู้การเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 88 คน พบว่าการดำรงการดูแลตนเอง และระยะเวลาการเกิดอาการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 และความมั่นใจในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความเจ็บป่วยทั้งในระยะเวลา 2 และ 6 เดือน ($\text{Adj } R^2 = .25, P < .0001, \text{Adj } R^2 = .22, P = .001$, ตามลำดับ) และมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงออกทางอารมณ์ในระยะเวลา 6 เดือน ($Adj R^2 = .36$, $P < .0001$)

MacInnes (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อในการรักษา และประสิทธิภาพของการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 169 คน พบว่าการรับรู้ความรู้เรื่องยา ($r = .51$, $p \leq .01$) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ($r = .45$, $p \leq .01$) และการรับรู้ความเจ็บป่วย ($r = .39$, $p \leq .01$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการดูแลตนเอง และการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาสามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 46 ($adjusted R^2 = .46$, $F=9.93$, $p = .001$)

Kamrani et al. (2014) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 184 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงร้อยละ 56.5 ที่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลาง การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมที่มีระดับมากที่สุด ได้แก่ การออกกำลังกายด้วยตนเอง ร้อยละ 96.2 รับประทานยาคือใช้ขวดใหญ่ร้อยละ 89.7 และการติดตามน้ำหนักร้อยละ 80.5 ตามลำดับ ส่วนความพร้อมทางการรับรู้ทางปัญญา ($p < .001$) ระดับเกลือโซเดียมในเลือด ($p < .001$) ภาวะโรคเรื้อรังร่วม ($p = .001$) ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ระดับร้อยละ 40 หรือสูงกว่า ($p = .002$) ความผิดปกติของการนอนหลับ ($p = .003$) ความบกพร่องทางการได้ยิน ($p = .012$) และความดันโลหิตซิสโตลิก ($p = .049$) มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Ok and Choi (2015) ปัจจัยที่มีผลต่อการยึดติดการดูแลตนเองของผู้ป่วยนอกที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในเกาหลี จำนวน 280 คน พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = -.17$, $p = .006$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.23$, $p < .001$) และอายุ ($\beta = -.16$, $p = .031$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสามารถในการทำหน้าที่ ($\beta = .19$, $p = .036$) และสถานะภาพสมรส ($\beta = .14$, $p = .020$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นมีหลายปัจจัย เช่น อายุ มีค่าความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับต่ำ เพศ ระดับการศึกษา ภาวะโรคร่วม และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางถึงระดับสูงกับการดูแลตนเอง

5.2 งานวิจัยในประเทศไทย

จอม สุวรรณโณ (2551) ศึกษาสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 380 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมระดับพอใช้ ($M=148.23$, $SD=43.13$) โดยรายด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพระดับดี ($M=59.02$, $SD=15.42$) การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับอาการระดับพอใช้ ($M=42.16$, $SD=15.76$) และความมั่นใจในการดูแลตนเองระดับพอใช้ ($M= 48.05$, $SD=21.77$)

จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 33 คน ผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนโดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และการดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่เหมาะสม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จอม สุวรรณโณ et al. (2552) ศึกษาอายุกับการดูแลตนเองในภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ จำนวน 301 คน พบว่า อัตราส่วนของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมทั้งโดยรวม และรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 16.9 มีการดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสม สมรรถนะการดูแลตนเองทั้งโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 57.9 ± 15.6 และเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุดคือ การลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือพอมเกิน (45.5 ± 25.9) มากที่สุดคือ ด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด (70.2 ± 25.5) ทั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุมีสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมไม่ต่างจากผู้ใหญ่ (57.0 ± 14.9 และ 59.8 ± 16.8 , $t = 1.52$, $p < .13$)

เกศรา โชคนำชัยสิริ (2554) ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 60 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2=0.46$, $p < .001$) โดยภาวะสุขภาพสามารถทำนายการดูแลตนเองได้มากที่สุด ($\beta = .34$, $p < .001$) รองลงมาได้แก่ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .32$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .26$, $p < .001$)

ชลลดา ทานาลาด (2556) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($p < .05$) และภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($p < .05$) จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการให้โปรแกรมการให้ความรู้และการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความสามารถให้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในด้านความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

พาม ไท โท หวงง (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยชาวเวียดนามที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 200 คน พบว่า ภาวะโรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคของการจำกัดปริมาณโซเดียมสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 27.6 ($R^2 = .276$, $p = .001$) โดยอุปสรรคของการจำกัดโซเดียมเป็นปัจจัยที่ทำนายการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด ($\beta = -.34$, $p < .05$) รองลงมาได้แก่ ภาวะโรคร่วม ($\beta = -.19$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .23$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .15$) ในขณะที่ความรุนแรงของอาการ เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ($r = .02$, $.11$ และ $.02$ ตามลำดับ)

พรพรรณ เทอดสุทธิธรมณี (2558) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าและมีการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้รวมทั้งทักษะในการดูแลตนเอง ร่วมกับมีการชี้แนะอย่างใกล้ชิด และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือก และดำเนินการปฏิบัติในการดูแลตนเอง ภายใต้คำแนะนำและการติดตามจากพยาบาล โดยมีการสนับสนุนและส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้

เกตน์ชญานี แวนแก้ว et al. (2560) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 21 คน วัดก่อนและหลังทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร

ประกอบด้วยการสอนให้ความรู้ การเยี่ยมบ้าน และการโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังนั้นโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้สามารถพัฒนาความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ประภัสสร พิมพาสาร et al. (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 116 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับต่ำ ($X=2.48$, $SD=1.24$) สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูง ($X = 68.85$, $SD = 12.69$; $X = 20.62$, $SD = 5.46$; $X = 44.16$, $SD = 4.28$; $X = 83.70$, $SD = 10.64$) ตามลำดับ และโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .191$, $p < .05$, $r = .360$, $p < .01$, $r = .348$, $p < .01$, $r = .221$, $p < .05$) ตามลำดับ

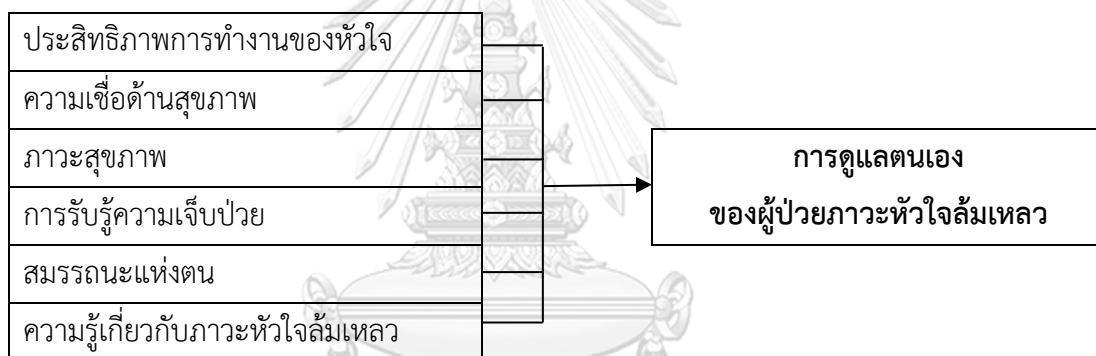
การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย มีงานวิจัยที่ศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 9 เรื่อง พิจารณาด้านรูปแบบงานวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงความสัมพันธ์ 2 เรื่อง เชิงทำนาย 2 เรื่อง เชิงเปรียบเทียบ 1 เรื่อง และงานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง พิจารณาด้านกลุ่มตัวอย่าง โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาได้แก่ อายุ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะโรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรุนแรงของอาการ เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อายุ ภาวะโรคร่วมต่างๆ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติถึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ในขณะที่ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายการดูแลตนเองได้พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง แต่การสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองแต่มีอำนาจในการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับต่ำ

เมื่อพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ประสบการณ์ชีวิต (experience) และทัศนคติ (attitudes) เป็นตัวแปรที่พยาบาลเข้าไปจัดการได้ค่อนข้างยาก ในขณะที่เดียวกัน ทักษะ (skill) การทำหน้าที่ด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive function) และการนอนหลับในเวลากลางวัน (daytime sleepiness) เป็นปัจจัยที่ยังไม่พบว่ามี ความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของอาการ ระดับการศึกษา โรคร่วมต่างๆ เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเดียวกับ การสนับสนุนทางสังคม แม้พบว่าเป็น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองแต่มีอำนาจในการทำนายต่ำ ผู้วิจัยจึงพิจารณาคัดตัวแปรเหล่านั้นออก และไม่ศึกษาปัจจัยเหล่านี้ซ้ำอีก

ดังนั้น ในการศึกษานี้ จึงได้คัดสรรตัวแปร ทั้งหมด 6 ปัจจัย ที่มีองค์ประกอบของปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ 1) ด้านบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ความเชื่อด้านสุขภาพ และสมรรถนะแห่งตน 2) ด้านปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้อาการเจ็บป่วย การทำหน้าที่ด้านร่างกาย (ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ) และความแตกต่างด้านสุขภาพ (ภาวะสุขภาพ) แต่ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากมีการศึกษาแล้วไม่ศึกษาปัจจัยนี้ซ้ำอีก ดังนั้นจึงเหลือเพียง 6 ปัจจัยที่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Riegel มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางขึ้นไปพร้อมทั้งสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ และอยู่ในบทบาทพยาบาลสามารถจัดกระทำได้ ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลให้มีคุณภาพและเหมาะสมต่อไป และสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

6. กรอบแนวคิดการวิจัย



จ.พา. แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการคงที่อย่างน้อยหนึ่งเดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างการวิจัยอย่างง่าย กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีสาเหตุมาจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความบกพร่องจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พร้อมทั้งมีอาการค่อนข้างคงที่ หรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อย 1 เดือน

2) ระดับความรุนแรงของ อาการตามเกณฑ์ของ NYHA ที่ I – II

3) เพศชายและเพศหญิง อายุ 20 – 59 ปี

4) ผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่เกินกว่า 3 เดือนและมีบันทึกในเวชระเบียน

5) ไม่มีอาการแทรกซ้อนทางคลินิก

6) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

7) ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง : กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่ยอมรับได้ กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยในอดีตโดยใช้ค่า

$R^2 = .103$ (Rockwell & Riegel, 2001) นำมาคำนวณได้เท่ากับ .114 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อศึกษาตัวแปรต้น 6 ตัวแปร แล้วนำมาคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power (พิศสมัย อรทัย, 2556) ซึ่งเป็นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 168 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 185 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง : มีวิธีการสุ่มดังนี้

1. เลือกโรงพยาบาลโดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคหัวใจเข้ารับการรักษามาก หน่วยประชากรขนาดใหญ่และเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร มีทั้งหมด 10 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธชินราช โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลสมุทรปราการ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559)

2. สุ่มโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ เพื่อสุ่มมา 3 โรงพยาบาลจากโรงพยาบาลที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจงทั้งหมด 10 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชจังหวัดสุพรรณบุรี

3. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด

4. จากนั้นนำจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมดที่มารับบริการในวันนั้น ซึ่งสถิติที่ได้เป็นสถิติของประชากรที่จะมารับบริการรายวัน สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดครบ 185 คน โดยมีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละโรงพยาบาลประมาณ 3-4 เดือน เนื่องจากในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลมีการเกิดสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จึงใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรต่อวัน และการแบ่งสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	ประชากรต่อวัน	จำนวนตัวอย่าง
โรงพยาบาลสระบุรี	60 คน	74 คน
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	50 คน	62 คน
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช	40 คน	49 คน
รวม	150 คน	185 คน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม หายใจเหนื่อยหอบ ขณะเก็บข้อมูลจนต้องได้รับการรักษา แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่มีการคัดออก
- 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้ มีทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 3) แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร 4) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ 5) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ 7) แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และ 8) แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 11 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นแบบข้อความให้เลือกตอบ สำหรับ อายุและรายได้ เป็นแบบให้เติมคำตอบลงในช่องว่าง ตอนที่ 2 แบบคัดกรองจากเวชระเบียน เป็นแบบเติมคำตอบในช่องว่างโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว/โรคร่วม และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ พัฒนาโดยผู้วิจัย ลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบเติมคำตอบในช่องว่าง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเองโดยเก็บรวบรวมข้อมูลการบันทึกผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ หรือการตรวจสวนหัวใจ จากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยโดยใช้ผลการตรวจครั้งล่าสุดในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน แบ่ง 4 ระดับ ดังนี้ (4) LVEF > 55% คือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ (3) LVEF อยู่ในช่วง 40-55% คือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย (2) LVEF อยู่ในช่วง 26-39% คือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง และ (1) LVEF ≤ 25% คือ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร [Belief about Medication Compliance Scale (BMCS) and Belief about Dietary Compliance Scale (BDCS)] ของ Bennett และคณะ (1997) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี Health Belief Model ของ Janz and Becker (1984) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สิริชยา อังกูรขจร (2556) ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ประโยชน์ของความเชื่อใน

การรับประทานอาหาร (คำถามข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 11 และ 12) การรับรู้อุปสรรคของความเชื่อในการรับประทานอาหาร (คำถามข้อ 6, 7, 8, 9, และ 10) การรับรู้ประโยชน์ของความเชื่อในการรับประทานยา (คำถามข้อ 13, 14, 19, 22 และ 23) และการรับรู้อุปสรรคของความเชื่อในการรับประทานยา (คำถามข้อ 15, 16, 17, 18, 20, 21 และ 24) โดยมีข้อคำถามด้านบวก จำนวน 12 ข้อ คือ 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 19, 22 และ 23 ส่วนข้อคำถามด้านลบ จำนวน 12 ข้อ คือ 6, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18, 20, 21 และ 24

ลักษณะคำถามในแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่า 5 คะแนน	มีค่า 1 คะแนน
เห็นด้วย	มีค่า 4 คะแนน	มีค่า 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	มีค่า 3 คะแนน	มีค่า 3 คะแนน
ไม่เห็น	มีค่า 2 คะแนน	มีค่า 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่า 1 คะแนน	มีค่า 5 คะแนน

ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหารสูง และหากคะแนนรวมน้อย หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหารต่ำ และนำไปใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .88 (สิริขยา อังกรขจร, 2556)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ Short Form 12 -item Health Survey (SF-12) เป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นจากองค์กร Quality Metric Incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Ware Jr et al. (1996) ในงานวิจัยนี้ใช้ฉบับแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยวิรัช เกษมทรัพย์ (2550) เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยตอบเพื่อประเมินตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ สามารถรายงานคะแนนตามมิติทางด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติได้แก่ มิติทางด้าน Physical Functioning (คำถามข้อ ที่ 2, 3) Role Physical (คำถามข้อที่ 4, 5) Bodily Pain (คำถามข้อที่ 8) General Health (คำถามข้อที่ 1) Vitality (คำถามข้อที่ 10) Social Functioning (คำถามข้อที่ 12) Role Emotional (คำถามข้อที่ 6, 7) และ Mental Health (คำถามข้อที่ 9, 11) โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจจำนวน 386 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .77

แบบสอบถามนี้ผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองคำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่แตกต่างกัน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1

ดีเยี่ยม	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
ดีมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
ดี	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)
ไม่ดี	ให้คะแนนเท่ากับ	(5)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 2-3

ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคอย่างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
ใช่เป็นปัญหา/อุปสรรคเพียงเล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 4-7 และ ข้อ 9-12

ตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
เกือบตลอดเวลา	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
บางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
นานๆครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)
ไม่เลย	ให้คะแนนเท่ากับ	(5)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 8

ไม่เลย	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
เล็กน้อย	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
ค่อนข้างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)
มากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	(5)

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีค่าคะแนนดิบอยู่ ระหว่าง 12-56 คะแนน แปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนนโดยใช้สูตร $(100 / \text{ผลต่างของช่วงคะแนน}) \times (\text{คะแนนดิบ} - \text{ค่าคะแนนต่ำสุด})$ คะแนนน้อยกว่า 50 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีและช่วงคะแนน 50 -100 เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (The Brief Illness Perception Questionnaire, Brief IPQ) ของ Broadbent et al., (2006) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ (2562) ใช้สำหรับประเมินการรับรู้โนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิดและด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อคำถาม ข้อคำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง (continuous linear scale) 0 – 10 โดยตรงปลายเส้นด้านซ้ายมือสุด คือ “0” กำกับด้วยข้อความ “ไม่มีเลย” และด้านขวามือสุด คือ “10” กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ยกเว้น ข้อที่ 9 เป็นข้อคำถามปลายเปิด โดยให้ผู้ป่วยระบุ 3 สาเหตุที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุการเกิดโรครายละเอียดของแต่ละข้อคำถาม สำหรับประเมินการรับรู้การเจ็บป่วย มีดังนี้ 1).การรับรู้โนภาพการเจ็บป่วยด้านการรู้คิด (Cognitive representation) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5 และ 7 2) การรับรู้โนภาพการเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional representation) จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามข้อที่ 6 และ 8 จากข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นข้อคำถามในเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6 และ 8 มีข้อคำถามในเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 3, 4 และ 7 การคิดคะแนนรวมต้องทำการกลับคะแนนในข้อคำถาม 3, 4 และ 7 ก่อนนำมาคิดคะแนนรวม (มิโนภาพการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวม) โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคมก ส่วนคะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคน้อย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .71

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ (The Cardiac Self-Efficacy Questionnaire) ของ Sullivan et al. (1998) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยเกื้อกูล โอฬารวัฒน์ (2562) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสมรรถนะแห่งตนเกี่ยวกับโรคหัวใจ ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้านได้แก่ ด้านการควบคุมอาการ (control symptom) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 6 และด้านการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ (maintain functioning) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7 – 13 โดยนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) เท่ากับ .81

ลักษณะคำถามในแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	หมายถึง	คะแนนเท่ากับ
ไม่มั่นใจ	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้	(0)
มั่นใจบ้างเล็กน้อย	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้	(1)
มั่นใจปานกลาง	ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้	(2)

มั่นใจอย่างมาก ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้ (3)

มั่นใจอย่างมากที่สุด ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้ (4)

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจโดยรวม เป็นข้อคำถาม ด้านบวกทั้งหมด คะแนนเต็มรวม 52 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีสมรรถนะแห่งตนสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว The Dutch of Heart Failure Scale (DHFKS) ของ van der Wal et al. (2005) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา ศรีสุข (2560) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ 3 ตัวเลือก ซึ่งเป็นคำถามในหมวดความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วไป จำนวน 4 ข้อ การดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 ข้อ และอาการและอาการแสดง ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ซึ่งหากได้ระดับคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับดี และระดับคะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับน้อย โดยเครื่องมือวัดความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ ทดสอบในผู้ป่วยจำนวน 902 คน มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .62 และนำแบบสอบถามมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือโดยใช้วิธี Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ .62

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Self-Care of Heart Failure Index versions 6: SCHFI v.6) ของ Riegel, Driscoll, et al. (2009) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยผู้วิจัย ด้วยวิธีการแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only-translation with test) เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ การประเมินการดูแลตนเอง 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) จำนวน 10 ข้อ (คำถามข้อที่ 1 – 10) ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) จำนวน 6 ข้อ (คำถามข้อที่ 11 – 16) และส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) จำนวน 6 ข้อ (คำถามข้อที่ 17 – 22) เครื่องมือนี้ได้มีการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 400 คน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

แบบสอบถามนี้ผู้ตอบสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองคำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบตามความรู้สึกนึกคิดของตนเองมากที่สุด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อที่แตกต่างกัน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 1 - 10

ไม่เคยเลย หรือแทบจะไม่ ให้คะแนนเท่ากับ (1)

บางครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
บ่อยครั้ง	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
สม่ำเสมอหรือทุกวัน	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)

ส่วนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 11

ไม่ประสบปัญหานี้	ให้คะแนนเท่ากับ	(N/A)
ไม่ได้ตระหนักเกี่ยวกับเรื่องนี้	ให้คะแนนเท่ากับ	(0)
รู้แต่ไม่รวดเร็ว	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
รู้ค่อนข้างรวดเร็ว	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
อย่างรวดเร็ว	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
รวดเร็วมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 12 – 15

ไม่เลย	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
ค่อนข้างจะ	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
ปานกลาง	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
มาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 16

ไม่พยายามทำอะไรเลย	ให้คะแนนเท่ากับ	(0)
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
ค่อนข้างมั่นใจ	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
มั่นใจมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)

ส่วนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง

เกณฑ์การให้คะแนนข้อที่ 17 - 22

ไม่มั่นใจ	ให้คะแนนเท่ากับ	(1)
ค่อนข้างมั่นใจ	ให้คะแนนเท่ากับ	(2)
มั่นใจมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	(3)
มั่นใจมากที่สุด	ให้คะแนนเท่ากับ	(4)

การแปลผลคะแนนแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งมีคะแนนโดยรวมและในแต่ละส่วนเท่ากับ 100 คะแนน โดยแปลงค่าคะแนนให้อยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนนโดยใช้สูตร [(คะแนนดิบ – ค่าคะแนนต่ำสุด) / ผลต่างของช่วงคะแนน] × 100 ดังนั้นคะแนน

เต็มในภาพรวมและในแต่ละด้านที่ได้เป็น 100 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าการดูแลตนเองดี และแบ่งออกเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน 0 – 70 หมายถึง มีการดูแลตนเองพอใช้ ช่วงคะแนน 71 – 85 หมายถึง มีการดูแลตนเองดี ช่วงคะแนน 85 – 100 หมายถึง มีการดูแลตนเองดีมาก

การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมของแบบสอบถามทั้งหมดที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (Existing instrument) หลังจากนั้นคัดเลือกเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินความเหมาะสมของในแต่ละส่วน ผู้วิจัยขออนุญาตการใช้เครื่องมือจากผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นฉบับภาษาไทยของแบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก Riegel, Lee, et al. (2009) ให้แปลแบบสอบถามและใช้กระบวนการแปลเครื่องมือวิจัยจากต่างประเทศของ Sinaiko and Brislin (1973) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.1 เมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือต้นฉบับไปทำการแปลเครื่องมือวิจัยชุดต้นฉบับ ด้วยวิธีการแปลไปข้างหน้าพร้อมกับการทดสอบ (Forward-only translation with test) จากสถาบันภาษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.2 หลังจากนั้นทำการทดสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักภาษาและความถูกต้องตามเนื้อหาเดิมของเครื่องมือต้นฉบับ

2. การหาความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยการนำแบบสอบถามทั้งหมดให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาเนื้อหาและความครอบคลุมของภาษา ปรับปรุงแก้ตามคำแนะนำแล้วนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องของเกณฑ์การใช้และการแปรผลคะแนน พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 คน
- 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ/ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จำนวน 2 คน
- 3) อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับบริบทประเทศไทย ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา ยึดเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันและยอมรับตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และกำหนดระดับแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
- 2 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 3 หมายถึง คำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผู้วิจัยนำผลการตัดสินความตรงตามเนื้อหา โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาพิจารณาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index, CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า $1 - CVI$ มากกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2012) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

คำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of content validity: CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลปรากฏว่าความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ไม่มีข้อคำถามใดที่ต้องถูกตัดออก และผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index, CVI) ของแบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 1.00, 1.00, 0.89, 0.85, 0.87 และ 0.82 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบนี้ มาแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคำถามมีความตรงและความสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3. การหาความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับการปรับปรุงและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 คน ที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลรัฐบารระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี โดยเริ่มเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน ถึง กรกฎาคม 2563 ขณะเก็บข้อมูลมีการเกิดสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จึงใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบราวแอลฟา ของแบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และ

แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในงานวิจัยฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์การนบ
 ราคแอลฟา เท่ากับ .87, .79, .78, .95, .74 และ .80 ตามลำดับ พร้อมทั้งแบบสอบถามความรู้เรื่อง
 ภาวะหัวใจล้มเหลวได้ค่า Kuder Richardson (KR-20) เท่ากับ .71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ได้ผ่านการพิจารณาแล้วเสนอคณะกรรมการ
 ประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมในโรงพยาบาลที่จะทำการศึกษาเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม

1.2 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยแล้ว ผู้วิจัย
 นำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเรียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่
 ทำการศึกษาทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาล
 เจ้าพระยาอภัยมราช เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในการวิจัย

1.3 หลังจากได้หนังสืออนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและ
 หลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด เพื่อชี้แจง
 วัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ชั้นการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ขั้นตอนก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาข้อมูลในเวชระเบียน ได้แก่ บันทึกการซัก
 ประวัติ การตรวจร่างกาย การบันทึกผลการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ และการตรวจวินิจฉัยของ
 แพทย์

2) เมื่อติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแสดงตัวให้ชัดเจนว่าเป็นผู้วิจัย ด้วยการแต่งกายชุด
 สุภาพ ไม่สวมเครื่องแบบหรือชุดปฏิบัติงาน ติดป้ายแสดงตัวในฐานะผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิด
 ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ มิได้เกิดจากความเกรงใจในฐานะที่ผู้วิจัย
 เป็นพยาบาล

3) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบกลุ่มตัวอย่างที่
 แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด ก่อนที่จะเข้ารับการตรวจจากแพทย์

2.2 ขั้นตอนการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

1) ในการเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ในสถานที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามและทำการ
 สัมภาษณ์ จะมีการจัดสิ่งแวดล้อมโดยใช้ห้องที่มีลักษณะเป็นส่วนตัวอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกับแผนก
 ผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด มีโต๊ะ เก้าอี้ ให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนั่ง ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้มี
 ส่วนร่วมในการวิจัยรับทราบอย่างชัดเจนว่าจะดำเนินการการตอบแบบสอบถามและทำการสัมภาษณ์
 ภายหลังจากการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ตามปกติแล้วหรือระหว่างรอรับยา

2) ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวและทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทีละคน เชิญชวนให้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายความสำคัญของปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายถึงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างจะปฏิเสธหรือไม่ให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งให้เหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าไม่มีผลต่อการรักษาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับแต่อย่างใด

3) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากการบอกกล่าว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ โดยผู้วิจัยจะอธิบายกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์ ถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีปัญหาเรื่องสายตาในการมองเห็น หรือไม่สามารถเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบโดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกให้

5) หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยระหว่างการตอบแบบสอบถาม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

6) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงลำดับเข้ารับการตรวจ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจจากแพทย์เรียบร้อยแล้วขณะมารักษาที่ห้องจ่ายยา

7) เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม หากไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์

2.3 ขั้นตอนหลังจากเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 185 คน เมื่อได้ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ และทำการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม

ตารางที่ 2 แสดงการรับรองการพิจารณาโครงการวิจัยจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย	วันที่ผ่านการพิจารณา และรับรองโครงการวิจัย	เลขที่รับรอง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	22 เมษายน 2563	012.2/63
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	17 มิถุนายน 2563	009/2563
โรงพยาบาลสระบุรี	2 มิถุนายน 2563	EC021/2563
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช	10 สิงหาคม 2563	YM024/2563

ตารางที่ 3 แสดงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ทำการสุ่มเลือก

โรงพยาบาล	วันที่เริ่มเก็บข้อมูล	ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	1 กรกฎาคม 2563	4 เดือน
โรงพยาบาลสระบุรี	15 มิถุนายน 2563	3 เดือน
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช	1 กันยายน 2563	4 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย จากโรงพยาบาลรัฐบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง ก่อนเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึง วัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ซึ่งการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาและขณะที่ทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้โดยไม่มีผลใดๆ สำหรับข้อมูลที่ได้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว/โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คิดอัตราร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Regression) เพื่อหาความสามารถในการทำนายของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 20 – 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการค่อนข้างคงที่มาอย่างน้อยหนึ่งเดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 185 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระดับความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว/โรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตอนที่ 4 อำนาจในการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	71.35
หญิง	53	28.65
อายุ		
20 – 29 ปี	9	4.86
30 – 39 ปี	25	13.51
40 – 49 ปี	63	34.05
50 – 59 ปี	88	47.57
Max 59 ปี, Min 22 ปี, Mean = 48.00 (SD = 8.97)		
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	132	71.35
15,000 – 25,000 บาท	36	19.46
25,001 – 35,000 บาท	11	5.95
มากกว่า 35,000 บาท	6	3.24
สถานภาพสมรส		
โสด	55	29.73
สมรส	100	54.05
หม้าย	10	5.41
หย่าร้าง	15	8.11
แยกกันอยู่	5	2.70
ศาสนา		
พุทธ	181	97.84
อิสลาม	4	2.16

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	4	2.16
ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา	9	4.86
ระดับประถมศึกษา	70	37.84
ระดับมัธยมศึกษา	66	35.68
ระดับ ปวส. / ปวช. / อนุปริญญา	22	11.89
ระดับปริญญาตรี	14	7.57
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	47	25.41
รับจ้าง	34	18.38
ค้าขาย	29	15.68
เกษตรกร	9	4.86
รับราชการ	10	5.41
พนักงานบริษัท	16	8.65
อื่นๆ	40	21.62
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	146	78.92
สูบบุหรี่เอง	39	21.08
บุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่		
	36	19.46
ระดับความรุนแรงของโรค		
NYHA-FC I	110	59.46
NYHA-FC II	75	40.54
โรคประจำตัว		
เบาหวาน	45	15.68
ความดันโลหิตสูง	95	33.10
ไขมันในเลือดสูง	59	20.56
หลอดเลือดหัวใจ	49	17.07
อื่นๆ	39	13.59

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว		
< 6 เดือน	2	1.08
> 6 เดือน – 12 เดือน	99	53.51
> 12 เดือน – 24 เดือน	46	24.86
> 24 เดือน – 36 เดือน	12	6.49
> 36 เดือน – 48 เดือน	13	7.03
> 48 เดือน	13	7.03

จากตารางที่ 4 พบว่า ในการศึกษาคั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.35) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 47.57) รองลงมา คืออายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 34.05) ประมาณสามในสี่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 71.35) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.05) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 29.73) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.84) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.84) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.68) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.41) รองลงมาคือกลุ่มอาชีพอื่น ๆ (ร้อยละ 21.62) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.92) มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก Functional class I มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.46) โดยประมาณหนึ่งในสามมีโรคประจำตัว/ โรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และ มากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะเวลา 6 เดือน – 12 เดือน (ร้อยละ 53.51)

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

ตัวแปร	ค่าคะแนนที่เป็นไปได้	Min	Max	\bar{X}	SD	การแปลผล (ระดับ)
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	0 - 100	10	81	36.95	16.26	ต่ำปานกลาง
ความเชื่อด้านสุขภาพ	24 - 120	71	120	100.22	10.49	สูง
- รับประทานยา	12 - 60	38	60	50.58	5.43	สูง
- รับประทานอาหาร	12 - 60	33	60	49.64	6.04	สูง
ภาวะสุขภาพ	0 - 100	38.64	77.27	58.62	9.38	ดี
การรับรู้ความเจ็บป่วย	0 - 80	7	55	25.37	10.27	ต่ำ
สมรรถนะแห่งตน	0 - 52	7	52	33.70	10.09	สูง
ความรู้	0 - 15	7	15	12.49	2.43	ดี
การดูแลตนเอง	0 - 100	17.65	86.76	55.52	11.71	พอใช้

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำปานกลางเท่ากับ 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) และการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับพอใช้ เท่ากับ 55.52 (SD = 11.71)

ตารางที่ 6 ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด คะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n = 185)

การดูแลตนเอง	ค่าคะแนน ที่เป็นไปได้	Min	Max	\bar{X}	SD	การแปลผล (ระดับ)
การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	0 - 100	37.50	92.50	65.43	11.01	พอใช้
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	0 - 100	25.00	95.83	58.11	11.68	พอใช้
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	0 - 100	33.33	100.00	73.49	12.78	ดี
การดูแลตนเองโดยรวม	0 - 100	17.65	86.76	55.52	11.71	พอใช้

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 55.52$, $SD = 11.71$) การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพมากที่สุด คือ 92.50 คะแนน ต่ำที่สุด คือ 37.50 คะแนน และการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 65.43$, $SD = 11.01$) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการมากที่สุด คือ 95.83 คะแนน ต่ำที่สุด คือ 25.00 คะแนน และการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 58.11$, $SD = 11.68$) ส่วนความมั่นใจในการดูแลตนเองมากที่สุด คือ 100.00 คะแนน ต่ำที่สุด คือ 33.33 คะแนน และความมั่นใจในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 73.49$, $SD = 12.78$)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (n=185)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)			
	การดูแลตนเอง โดยรวม	การดูแล ตนเองเพื่อคง ภาวะสุขภาพ	การดูแล ตนเองเพื่อ จัดการอาการ	ความมั่นใจใน การดูแล ตนเอง
ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	-.035	-.104	-.011	.068
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.377*	.205*	.224*	.480*
- รับประทานยา	.337*	.182*	.196*	.435*
- รับประทานอาหาร	.351*	.191*	.213*	.443*
ภาวะสุขภาพ	.039	-.008	-.032	.141
การรับรู้ความเจ็บป่วย	-.279*	-.221*	-.030	-.380*
สมรรถนะแห่งตน	.430*	.192*	.322*	.546*
ความรู้	.349*	.251*	.237*	.328*

* p < .05

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว โดยความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (r = .377) หากแยกรายด้านในการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (r = .337) การรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (r = .351) สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (r = .430) และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง (r = .349) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะ

หัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ความเจ็บป่วย โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = -.279$) และตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะสุขภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านของการดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลตนเองในภาพรวม

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยทำนายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวิเคราะห์การถดถอยพหุเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรหลายตัว โดยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ในการวิเคราะห์การถดถอย มีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ที่นำมาศึกษาเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative Variable) หรือ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous Variable) หรือมีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio Scale ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรอิสระได้แก่ ระดับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และตัวแปรตาม คือ การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณทั้งหมด
2. ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ตัวแปรอิสระที่นำมาทำนายทุกตัวต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือเป็นอิสระต่อกัน ซึ่งค่าสหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระทุกตัวไม่เกิน .70 เพราะกรณีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณจะทำให้เกิด Multicollinearity คือ การที่ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันมากซึ่งจะมีผลกระทบทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R^2) สูงเกินความเป็นจริง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการทดสอบด้วยค่า VIF และ Tolerance พบว่า ข้อมูล มีความเหมาะสมเนื่องจากมีค่า VIF ไม่เกิน 10 และมีค่า Tolerance มากกว่า .20 ทำให้ไม่เกิดปัญหา ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเอง
4. ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson ดังแสดงในตารางที่ 13 จากการทดสอบ พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.638 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน เนื่องจากค่า Durbin-Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5 แต่หากจะนำไปใช้อาจจะมีการพิจารณาในส่วนนี้ด้วยเนื่องจากค่าที่ได้มีความใกล้เคียง จึงควรพิจารณาใช้อย่างระมัดระวัง

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับการดำรงการดูแลตนเอง (n=185)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
(Constant)	58.262	5.230		11.140	.000
ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว	.924	.336	.204	2.748	.007
การรับรู้ความเจ็บป่วย	-.173	.080	-.161	-2.167	.032

F = 8.629 (p = .001), R = .294., R² = .087

จากตารางที่ 8 พบว่า มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 2 ตัว จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 8 ตัว เข้าไปอยู่ในสมการทำนาย โดยมีลำดับของตัวแปรทำนายที่เข้าสมการ คือ ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .204$, p = .007) รองลงมาได้แก่การรับรู้ความเจ็บป่วย ($\beta = -.161$, p = .032) โดยความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวและการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองด้านการดำรงการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 8.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .087, F = 8.629, p = .001)

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (n=185)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
(Constant)	24.555	6.426		3.821	.001
สมรรถนะแห่งตน	.475	.099	.410	4.804	.001
การรับรู้ความเจ็บป่วย	.292	.095	.256	3.056	.003
ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว	.813	.352	.169	2.311	.022

F = 11.858 (p = .001), R = .405., R² = .164

จากตารางที่ 9 พบว่า มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 3 ตัว จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 8 ตัว เข้าไปอยู่ในสมการทำนาย โดยมีลำดับของตัวแปรทำนายที่เข้าสมการ คือ สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .410$, p = .001) รองลงมาได้แก่การรับรู้ความเจ็บป่วย ($\beta = .256$, p = .003) และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .169$, p = .022) โดยสมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความเจ็บป่วย และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 16.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .164, F = 11.858, p = .001)

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับความมั่นใจในการดูแลตนเอง (n=185)

ตัวแปร	B	SEb	β	t	p-value
(Constant)	23.884	7.513		3.179	.002
สมรรถนะแห่งตน	.514	.089	.406	5.743	.001
ความเชื่อด้านสุขภาพ	.322	.086	.264	3.742	.001

F = 48.718 (p = .001), R = .590., R² = .349

จากตารางที่ 10 พบว่า มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 2 ตัว จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 8 ตัว เข้าไปอยู่ในสมการทำนาย โดยมีลำดับของตัวแปรทำนายที่เข้าสมการ คือ สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .406$, p = .001) รองลงมาได้แก่ความเชื่อด้านสุขภาพ ($\beta = .264$, p = .001) โดยสมรรถนะแห่งตน และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยทำนายการดูแลตนเองด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 34.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R² = .349, F = 48.718, p = .001)

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression) กับการดูแลตนเองโดยรวม (n=185)

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

F = 27.148 (p = .001), R = .479., R² = .230

จากตารางที่ 11 พบว่า มีตัวแปรทำนายทั้งหมด 2 ตัว จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 8 ตัว เข้าไปอยู่ในสมการทำนาย โดยมีลำดับของตัวแปรทำนายที่เข้าสมการ คือ สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .351$, p = .001) รองลงมาได้แก่ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .226$, p = .001) ส่วนประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อในการรับประทานอาหาร ความเชื่อในการรับประทานยา ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ โดยพบว่าสมรรถนะแห่งตน และความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยทำนาย

การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .230$, $F = 27.148$, $p = .001$)

จากตารางที่ 11 อธิบายการวิเคราะห์อำนาจการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยใช้ตัวแปรเชิงพหุ 6 ตัวแปร เป็นตัวทำนายระหว่างกัน ผลปรากฏว่า

1. F มีค่า 27.148 ($p = .001$) หมายถึง ตัวแปรทำนายทั้ง 2 ตัว ร่วมกันทำนาย หรือมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 99

2. $R^2 = .230$ หมายถึง ประสิทธิภาพในการทำนาย เท่ากับร้อยละ 23.0

3. พิจารณาค่า β พบว่า สมรรถนะแห่งตน มีสัมประสิทธิ์การทำนายสูงสุด รองลงมา คือ ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว ตามลำดับ

สามารถสร้างสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ (Y)

$$Y_{\text{การดูแลตนเอง}} = 27.148 + 0.407_{\text{สมรรถนะแห่งตน}} + 1.091_{\text{ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว}}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน (Z)

$$Z_{\text{การดูแลตนเอง}} = 0.351_{\text{สมรรถนะแห่งตน}} + 0.226_{\text{ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว}}$$

จากสมการคะแนนมาตรฐานจะพบว่า คะแนนมาตรฐานของสมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น .351 หน่วย กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองจะเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสนใจสุขภาพตนเอง ขวนขวายแสวงหาความรู้มาดูแลตนเอง และคะแนนมาตรฐานของความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนมาตรฐานการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น .226 หน่วย สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค การบริโภคอาหารโดยการจำกัดอาหารรสเค็มและน้ำที่เหมาะสม การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเฝ้าระวังและประเมินภาวะน้ำเกิน และให้ความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้การดูแลตนเองดีขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (descriptive predictive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเพศชายและหญิงอายุ 20 – 59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีอาการค่อนข้างคงที่อย่างน้อยหนึ่งเดือน ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 75 คน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 50 คน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 60 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 185 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวนทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ 3) แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร 4) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ 5) แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ 6) แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ 7) แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว และ 8) แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และคำนวณหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร แบบสอบถามภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87, .79, .78, .95 และ .80 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ .71

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว/โรคร่วม ระดับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ คิดอัตราร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอย (Multiple Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise Regression) เพื่อหาความสามารถในการทำนายของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 185 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.35) โดยเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี (ร้อยละ 47.57) รองลงมา คืออายุอยู่ในช่วง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 34.05) ประมาณสามในสี่มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 71.35) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 54.05) รองลงมาคือ โสด (ร้อยละ 29.73) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.84) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 37.84) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 35.68) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 25.41) รองลงมาคือกลุ่มอาชีพอื่น ๆ (ร้อยละ 21.62) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 78.92) มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก Functional class I มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.46) โดยประมาณหนึ่งในสามมีโรคประจำตัว/ โรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วงเวลา 6 เดือน – 12 เดือน (ร้อยละ 53.51)

2. การดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 55.52$, $SD = 11.71$) จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 88.65 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีด้านความมั่นใจในการดูแลตนเองในระดับดี ในการไม่ทำให้ตนเองเกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินความสำคัญของอาการตนเองได้ อีกทั้งสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาและการบรรเทาอาการเจ็บป่วย

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .377$, $.430$ และ $.349$)

4. การรับรู้ความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.279$)

5. ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

6. สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คิดเป็นร้อยละ 23.0 (R^2)

= .230, $F = 27.148$, $p = .001$) โดยสามารถสร้างสมการทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรูปคะแนนมาตรฐานได้ ดังนี้

$$Z_{\text{การดูแลตนเอง}} = 0.351 \text{สมรรถนะแห่งตน} + 0.226 \text{ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว}$$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงทำนายกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยและนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 185 คน มีการดูแลตนเองโดยรวมในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 82.70) การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (Self-Care Management) อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 82.16) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 59.46) เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.05 รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 71.35 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 25.41 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี แต่เรื่องของรายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคม เพราะสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงการได้รับการรักษาพยาบาล (Teeoutid et al., 2019) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยอยู่ที่ 6 – 12 เดือน โดยระยะเวลานี้พยาธิสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรค ยังสามารถเกิดการกำเริบได้ตลอดเวลา แต่การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐานหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลตนเอง โดยระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคเพียงระดับเล็กน้อย คือ มีระดับ NYHA functional class อยู่ที่ระดับ I (ร้อยละ 59.46) ซึ่งเป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่กลุ่มตัวอย่างลี้มรับประทานยา ชั่งน้ำหนักของตัวเอง วิธีการตรวจสอบข้อเท้า บวม เมื่อมีอาการเจ็บป่วยยังไม่ทราบว่าเป็นอาการที่ต้องมาพบแพทย์ และไม่กล้าที่จะโทรมาขอรับคำปรึกษาหรือคำแนะนำจากทีมสุขภาพ ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ (2551) ศึกษาสมรรถนะการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง จำนวน 380 คน พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลวเรื่องนี้มีสมรรถนะการดูแลตนเองโดยรวมระดับพอใช้ ($M=148.23$, $SD=43.13$) โดยรายด้าน การดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพระดับดี ($M=59.02$, $SD=15.42$) การดูแลตนเองเพื่อจัดการกับ อาการระดับพอใช้ ($M=42.16$, $SD=15.76$) และความมั่นใจในการดูแลตนเองระดับพอใช้ ($M=48.05$, $SD=21.77$) อีกทั้งการศึกษาของ จอม สุวรรณโณ et al. (2552) ศึกษาอายุกับการดูแลตนเองใน ภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่ จำนวน 301 คน พบว่า อัตราส่วนของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมทั้งโดยรวม และรายด้านพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 16.9 มีการดูแลตนเองโดยรวมได้เหมาะสม สมรรถนะการดูแล ตนเองทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ คะแนนการดูแลตนเองโดยรวมเฉลี่ย 57.9 ± 15.6 และเฉลี่ยรายด้านที่น้อยที่สุดคือ การลดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือพอมเกิน (45.5 ± 25.9) มากที่สุดคือ ด้านการป้องกันตนเองไม่ให้เป็นหวัด (70.2 ± 25.5) ทั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุมีสมรรถนะการ ดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพโดยรวมไม่ต่างจากผู้ใหญ่ (57.0 ± 14.9 และ 59.8 ± 16.8 , $t = 1.52$, $p < 0.13$) และเกศรา โชคนำชัยสิริ (2554) ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะ หัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 60 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการวิเคราะห์การ พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวมี 2 ตัวแปร คือ สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นปัจจัยทำนาย การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 23.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .230$, $F = 27.148$, $p = .001$) ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลวของ Riegel et al. (2016) ซึ่งกล่าวถึงการดูแลตนเอง ว่าเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญ กับบุคคล ในการตัดสินใจดูแลตนเอง ซึ่งผลของการตัดสินใจของบุคคลจะสังเกตได้จากการดูแลตนเอง ทั้ง 3 ส่วน คือ การดำรงการดูแลตนเอง (Self-Care Maintenance) การดูแลตนเองเพื่อจัดการ อาการ (Self-Care Management) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง (Self-Care Confidence) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว ตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองสามารถอธิบายได้ดังนี้

สมรรถนะแห่งตน สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปาน กลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .430$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 23.0 และสมรรถนะ แห่งตนเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมากที่สุด ($\beta = .351$, $p = .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้น .351 หน่วย ความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำ

หรือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยความมั่นใจในการควบคุมอาการและความมั่นใจในการคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ อีกทั้งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจในการดูแลตนเอง นั่นคือมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง ว่าสามารถดำเนินการและยังคงอยู่แม้จะมีอุปสรรค เนื่องจากประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.51) ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับทราบการวินิจฉัยโรครมาแล้ว 6- 12 เดือนขึ้นไป ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลตนเองพอสมควรและมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างกำลังอยู่ในช่วงของการรักษาทำให้ได้รับข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การได้เข้าร่วมทำกลุ่มการเรียนรู้จากคลินิกเฉพาะทางด้านภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นๆ ได้เห็นแบบอย่างจากผู้ป่วยอื่น ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นส่งผลให้สามารถดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง ซึ่งจากปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดีพอสมควร สามารถรับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเองกับผู้ป่วยอื่นจึงเป็นเหตุให้ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ma (2018) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีความดันโลหิตสูง จำนวน 382 คน พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสามารถในการทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ Dehghani-Tafti et al. (2015) ศึกษาปัจจัยกำหนดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 110 คน พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ และการศึกษาในไทยของ จรี ชูติธาดา (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ตรัส ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติดูแลตนเอง นั่นคือการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถในการกระทำพฤติกรรม จากการที่บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองที่เกิดจากแหล่งข้อมูลทั้ง 4 แหล่ง คือ ความสำเร็จจากการปฏิบัติ การได้ดูแบบอย่างจากคนอื่น การได้รับคำแนะนำปรึกษา คำพูดชักจูงใจ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการริเริ่มหรือยับยั้งความพยายามกระทำให้สำเร็จหรือต่อเนื่อง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะตนเองและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในเรื่องการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ได้แก่ การ

รับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .349$) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ คิดเป็นร้อยละ 23.0 และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวแปรที่ทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรองมาจากสมรรถนะแห่งตน ($\beta = .226, p = .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น .226 หน่วย สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากมีความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรค การบริโภคอาหารโดยการจำกัดอาหารรสเค็มและน้ำที่เหมาะสม การงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การปฏิบัติกิจกรรมและการพักผ่อน การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา การเฝ้าระวังและประเมินภาวะน้ำเกิน และ ความสำคัญในการมาพบแพทย์ตามนัดของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จะส่งผลให้การดูแลตนเองดีขึ้น โดยจากทฤษฎีของ Riegel กล่าวถึงปัจจัยนี้ว่า การเรียนรู้เกี่ยวกับลักษณะของอาการที่จะเกิดขึ้นนั้น เพื่อเพิ่มเหตุผลว่าเหตุการณ์ที่เกิดสามารถตัดสินใจและกระทำได้ต่อความสามารถในการตัดสินใจ นั่นคือ มีผลต่อการดูแลตนเองในด้านการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kato et al. (2009) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความรู้เรื่องการควบคุมอาหารจะมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่มีเกลือโซเดียมและใช้เครื่องปรุงรสอาหารได้ถูกต้อง (สุรินทร์ ทองยืม, 2544) ความรู้เรื่องชนิดอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และความรู้เรื่องชนิดอาหารสามารถทำนายการดูแลตนเอง เรื่องการจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 (Ni et al., 1999) และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องการติดตามอาการผิดปกติของภาวะน้ำเกิน จะมีการชั่งน้ำหนักตัว ควบคุมการดื่มน้ำ และควบคุมการปรุงรสอาหารที่มีเกลือโซเดียม (Artinian et al., 2002; Scott et al., 2004; จันทรจิรา เกียรติสีสกุล, 2551) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการใช้ยา จะมีการดูแลตนเองและจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้ อีกทั้งยังมีการศึกษาโดยการทดลองให้ ความรู้และการปฏิบัติตัวต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วนิดา อินทราชา, 2538; สุรินทร์ ทองยืม, 2544) และการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 59 (Lennie et al., 2008) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องการสังเกตอาการบวม จะมีการดูแลตนเองในเรื่องการชั่งน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .001 (Scotto, 2005) กล่าวคือผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hwang et al., 2014; Ok & Choi, 2015) พาม ไท โท หวง (2558) ศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยชาวเวียดนามที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 200 คน พบว่า ภาวะโรคร่วม ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม และอุปสรรคของการจำกัดปริมาณโซเดียมสามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 27.6 ($R^2 = .276$, $p = .001$) โดยอุปสรรคของการจำกัดโซเดียมเป็นปัจจัยที่ทำนายการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากที่สุด ($\beta = -.34$, $p < .05$) รองลงมา ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ($\beta = -.19$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .23$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ($\beta = .15$) ในขณะที่ความรุนแรงของอาการ เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ($r = .02, .11$ และ $.02$ ตามลำดับ)

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อภิปรายผลได้ดังนี้

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการอธิบายความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ซึ่งในแต่ละความเชื่อนั้นมีผลต่อการดูแลตนเองในด้านความมั่นใจในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .377$) โดยผลการศึกษาวัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kison (1992) ได้ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 31 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะมีการให้ความร่วมมือมากที่สุดในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือน้อยที่สุด และยังคงสุขุมหรืออยู่มากที่สุด อีกทั้งการศึกษาของ Baghianimoghadam et al. (2013) ศึกษาการประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว จำนวน 180 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 90 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 90 คน พบว่าความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ในการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แต่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจอื่นๆ ซึ่งนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา พิมพ์วรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 244 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง รัศมี สิทธิพันธ์ (2548) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 218 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และในการศึกษารั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลแล้วพบว่า ค่าความเชื่อด้านสุขภาพมากที่สุดคือ 120 คะแนน ต่ำที่สุดคือ 71 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 100.22 (SD = 10.49) อยู่ในระดับทัศนคติเชิงบวกต่อความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหารสูง คะแนนในส่วนของรายข้อจะมีคะแนนต่ำในเรื่องของ การรับประทานยาที่ต้องมีการปรุงเครื่องปรุงเพิ่มจากการที่รสชาติของอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำมีรสชาติไม่อร่อย และการรับประทานยา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องมีการทานอย่างต่อเนื่อง แต่จะเกิดความวิตกกังวลในอาการของโรค จากการศึกษาที่ต้องรับประทานยาเป็นจำนวนมาก โดยหากมีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูง การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวก็จะอยู่ในระดับดีมากด้วยเช่นกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในการสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่สูง จะต้องจะมีการนำข้อมูลที่ได้รับรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ และตัดสินใจกระทำตามความคิด ความเข้าใจและปรับความเชื่อที่ใหม่ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารเค็ม ควบคุมน้ำหนักตัว รับประทานยาสม่ำเสมอ แต่ก็ไม่ทราบว่าปฏิบัติอย่างไรจึงจะเหมาะสมเพียงพอในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าจะต้องจำกัดการออกกำลังกายเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบ แม้จะได้ข้อมูลจากแพทย์ผู้รักษาว่าต้องออกกำลังกายแต่ก็ไม่มั่นใจว่าจะปลอดภัย ไม่รู้วิธีการและขนาดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม ความเชื่อด้านสุขภาพจึงไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเพื่อการจัดการอาการ เพราะผู้ป่วยที่ไม่มีการรับรู้อาการจะไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.279$) โดยผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ MacInnes (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเจ็บป่วย ความเชื่อในการรักษาและประสิทธิภาพของการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 169 คน พบว่าการรับรู้ความรู้เรื่องยา ($r = .51, p \leq .01$) ความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยา ($r = .45, p \leq .01$) และการรับรู้ความเจ็บป่วย ($r = .39, p \leq .01$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการดูแลตนเอง และการรับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับ

การรักษาสามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองได้ร้อยละ 46 (adjusted $R^2=0.46$, $F=9.93$, $p = .001$) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนี้ สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวประมาณหนึ่งในสามมาจากการใช้สารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยาบ้า ยาไอซ์ และเครื่องดื่มชูกำลัง (ร้อยละ 33.50) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ (ร้อยละ 19.60) ซึ่งเป็นผลให้มีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่ไม่ดี มีการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และพยาบาล ในเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง และการงดเว้นจากสารเสพติดอื่น ๆ ซึ่งหากผู้ป่วยมีการรับรู้ความเจ็บป่วยที่เหมาะสมย่อมส่งผลดีต่อการดูแลตนเองที่ดีตามมา แต่ผู้ป่วยมีค่าการรับรู้ความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ เท่ากับ 25.37 (SD = 10.27) ค่าการรับรู้ความเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 55 คะแนน ต่ำที่สุดคือ 7 คะแนน และพบว่าแต่ละระดับของการรับรู้ความเจ็บป่วย มีคะแนนการดูแลตนเองดังนี้ การรับรู้ความเจ็บป่วยระดับต่ำ คะแนนเท่ากับ 58.64 การรับรู้ความเจ็บป่วยระดับปานกลาง คะแนนเท่ากับ 53.31 การรับรู้ความเจ็บป่วยระดับสูง คะแนนเท่ากับ 50.77 ข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันและคะแนนการดูแลตนเองที่มีระดับมากที่สุดอยู่ในกลุ่มที่มีการรับรู้ความเจ็บป่วยระดับต่ำ จึงทำให้การรับรู้ความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เป็นข้อบ่งชี้ที่ระบุถึงการทำหน้าที่ด้านร่างกายของหัวใจ บอกระดับความรุนแรงของโรคหัวใจได้ เป็นการประเมินความสามารถของหัวใจในการบีบเลือดออกไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่มากขึ้น จะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองดีขึ้น (Kamrani et al., 2014) โดยผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของ Pulignano et al. (2010) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 93 คน พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ Shojaei et al. (2011) ได้ศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในอิหร่าน จำนวน 250 คน พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ระดับสูงกว่า จะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับ Kamrani et al. (2014) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 184 คน พบว่าผู้ป่วยที่ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ระดับ ร้อยละ 40 หรือสูงกว่า มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002 แต่ในการศึกษาครั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลแล้วพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้หนึ่งในสามของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำรุนแรง (ร้อยละ 30.8) รองลงมาคือประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจอยู่ในระดับต่ำปานกลาง (ร้อยละ 27.0) โดยมีประสิทธิภาพการ

ทำงานของหัวใจน้อยที่สุดเท่ากับ 10 และมากที่สุดเท่ากับ 80 (\bar{X} =36.95, SD=16.26) ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีระดับของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงเรื่อย ๆ ทำให้การบีบตัวของหัวใจไม่ตี มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างมาก และเมื่อมีการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นก็จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยกว่าปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และพบว่าแต่ละระดับของประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ มีคะแนนการดูแลตนเองดังนี้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจปกติ LVEF > 55% คะแนนเท่ากับ 53.65 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำเล็กน้อย LVEF อยู่ในช่วง 40–55% คะแนนเท่ากับ 55.39 ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำปานกลาง LVEF อยู่ในช่วง 26–39% คะแนนเท่ากับ 57.53 และ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจต่ำรุนแรง LVEF ≤ 25% คะแนนเท่ากับ 54.95 คะแนนเฉลี่ยของการดูแลตนเองในแต่ละระดับมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ทำให้สมมติฐานที่ว่า ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองจึงไม่เป็นจริง และไม่สามารถทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะสุขภาพ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ดี จะช่วยให้สามารถตัดสินใจ แก้ปัญหา จากอาการของโรค พร้อมทั้งเป็นแรงจูงใจที่จะโน้มน้าว กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ สนใจ ตั้งใจ และเอาใจใส่ในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อให้ประสบผลตามความต้องการของตนเอง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีเท่ากับ 58.62 (SD = 9.38) จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างระดับความรุนแรงของโรคมามากกว่าครึ่งมีระดับ NYHA functional class อยู่ที่ระดับ I (ร้อยละ 59.46) แต่หนึ่งในสามมีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจระดับต่ำรุนแรง (ร้อยละ 30.80) ซึ่งผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างมาก และเมื่อมีการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อยก็จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยได้ เมื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และส่วนใหญ่มีโรคร่วมของระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดอยู่แล้วก่อนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 33.10) และโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 17.07) ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพเช่นเดียวกันกับการดูแลตนเองเพื่อรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีการเรียนรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองน้อยมาก การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวจึงไม่น่าจะเป็นผลโดยตรงมาจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเกิดจากปัจจัยด้านการบริการสุขภาพด้วย และแต่ละระดับของภาวะสุขภาพ มีคะแนนการดูแลตนเองดังนี้ ภาวะสุขภาพดี คะแนนเท่ากับ 56.07 และ ภาวะสุขภาพไม่ดี คะแนนเท่ากับ 54.58 ซึ่งข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้ผลขัดแย้งกับทั้งทางแนวคิดทฤษฎีและการศึกษาที่ผ่านมา ของการศึกษาของ Rockwell and Riegel (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 209 คน พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อ

การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับ Juenger et al. (2002) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 321 คน พบว่าภาวะสุขภาพที่ไม่มีข้อจำกัดในการเดินได้มากกว่า 100 เมตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการดูแลตนเอง ในประเทศไทยพบการศึกษาของขจร เพ็ญสุพรรณ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการกลับเข้ามา รักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติ ตนมากจะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง และผู้ป่วยที่รับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการ ปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมาก ถ้าหากผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงภาวะ สุขภาพของตนเองไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือทางลบก็จะส่งผลต่อการแสดงออก ของการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยไปในทิศทางนั้น ๆ และเกศรา โชคนำชัยสิริ (2554) ศึกษาอิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้ เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว จำนวน 60 คน พบว่าภาวะสุขภาพสามารถทำนายการดูแลตนเองได้มากที่สุดร้อยละ 34.0 ($\beta = .34, p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลที่เน้นส่งเสริมการดูแลตนเอง เพื่อลดข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การควบคุมน้ำหนัก การ ออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถมีดูแลตนเองที่เหมาะสมและ ต่อเนื่อง
2. การจัดโปรแกรมให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ที่ถูกต้อง โดยเน้นการให้ความรู้ในทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
3. เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดทำกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ ให้ครอบคลุม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยอิทธิพลของ ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และศึกษาให้ครอบคลุมในแต่ละ พื้นที่ เพื่อให้สามารถอ้างอิงผลการวิจัยในกลุ่มประชากรผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2. ควรมีการประเมินสมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน ป้องกัน และแก้ไขเพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองที่ดีที่สุด

3. ควรมีการศึกษาติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นระยะๆ เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเอง

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ระดับความรุนแรงของ อาการตามเกณฑ์ของ NYHA ทั้งระดับ III – IV ด้วย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในทุกระดับของความรุนแรงของโรค

5. ควรมีการศึกษาในรูปแบบโปรแกรม เพื่อจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น จัดการกับสมรรถนะแห่งตน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- เกตนธ์ชญานี แวนแก้ว, พัชรพร เกิดมงคล, & ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 47(1), 105-114.
- เกศรา โชนำชัยสิริ. (2554). อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เกื้อกุล โอบารวัฒน์. (2562). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนาวรัตน์ วัฒนันท์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2559). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2559.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2560). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2560.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2561.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2562). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562.
- กองสถิติสาธารณสุข. (2560). โรคหัวใจและหลอดเลือดสถานการณ์ปัจจุบัน.
- ขจร เพ็ญสุพรรณ. (2545). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขชล กันทะปิ่น. (2552). การรับรู้ภาวะสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน ตำบลเจดีย์หลวง อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- จรี ชูติธาดา. (2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

- ผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจไม่ตรัส ที่คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จอม สุวรรณโณ. (2551). การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. วารสารสภาการพยาบาล, 23(1), 35-47.
- จอม สุวรรณโณ, เรวดี เพชรศิราสิทธิ์, จุก สุวรรณโณ, & วงรัตน์ ไสสุข. (2552). อายุกับการดูแลตนเอง
ในภาวะหัวใจล้มเหลว: เปรียบเทียบสมรรถนะการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
และผู้ใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร, 27(4), 335-346.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแล
ตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ. (2551). การดูแลตนเองของคนไทยที่มีภาวะหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์
สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเองกับ
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลลดา ทานาลาด. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2550). พยาธิสรีรวิทยาของหัวใจล้มเหลว: หัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: แอนนา
ออฟเซต.
- นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2549). แนวคิดภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วย: กรณีศึกษาและ
การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 29(1),
37-45.
- นราวุฒิ ประเสริฐวิทยากิจ. (2555). 2012 Updated topics in Heart failure.
- นิตยา ศรีสุข. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัด
ตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(ฉบับพิเศษ), 317-331.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ประภัสสร พิมพ์าสาร, วิจารณ์รัตน์, & นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสภาการพยาบาล,
33(1), 103-115.

- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2551). การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (ร. ก. ณ. อยุธยา, Ed.). กรุงเทพฯ: How Can Do Company Limited.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Vol. 10). กรุงเทพฯ: คลัง นานาวิทยา.
- พรพรรณ เทอดสุทธิธรมณี. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลพระจอมศิริชั้นชั้. วารสาร พยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(1), 2-14.
- พิกุล บุญช่วง. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. เชียงใหม่: โครงการตำราคณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิมพ์พรรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมกับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พิมพ์พา เทพวัลย์. (2554). การรับรู้ความเจ็บป่วย การตอบสนองทางอารมณ์ และประสบการณ์การเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล ในการทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มอาการ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(2), 111-119.
- พิศสมร เดชดวง. (2551). ผลการใช้โปรแกรมการดูแลตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- พิศสมัย อรทัย. (2556). การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- พุทธชาติ สมณา. (2548). การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พาม โท โท หงวง. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยชาวเวียดนามที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว. ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุลา ลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มะลิวรรณ อังคนิตย์. (2548). ประสิทธิภาพของการให้การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านแก่ผู้ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- รัศมี สิทธิพันธ์. (2548). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ณ สถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์

- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาจิตวิทยาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วนิดา อินทราชา. (2538). ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชรลี เลอমানกุล. (2548). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(1-2), 68-88.
- วันทนา มณีศิลป์. (2542). ประสบการณ์การเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการกับอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิรัช เกษมทรัพย์. (2550). การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษาพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษาสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนากรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข).
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศรินรัตน์ ศรีประสงศ์. (2551). การทดสอบเชิงประจักษ์รูปแบบจำลองการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันภายหลังออกจากโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี บัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2546). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2. กรุงเทพฯ: วี.จี.พรีนติ้ง.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2550). แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ. (2560). จำนวนผู้ป่วยใน กับอัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน รวมทุกการวินิจฉัยโรค จำแนกตามสาเหตุการป่วย 298 กลุ่มโรค.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2561-

2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สิริขยา อังกูรขจร. (2556). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยการ. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต (Vol. 2). กรุงเทพฯ: หจก. โรงพิมพ์คลังวิทยานานา.
- สุรัชย์ กอบแก้วชัยพงษ์. (2556). การศึกษาหาปัจจัยของการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ในโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทย์ศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 30(1), 35-46.
- สุรินทร์ ทองยิ้ม. (2544). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนงค์ อมฤตโกมล. (2557). บทบาทพยาบาลคลินิกหัวใจล้มเหลว (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์ & อรินทยา พรหมนิธิกุล, Eds.). เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรชร ศรีไทรล้วน. (2541). ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อรุณประไพ บัวพันธุ์. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Aghajanloo, A., Negarandeh, R., Janani, L., Tanha, K., & Hoseini-Esfidarjani, S. S. (2021). Self-care status in patients with heart failure: Systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*.
- American Heart Association (AHA). (2005). Medical director responsibilities for outpatient cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: a scientific statement from the American Heart Association/American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 112(21), 3354-3360.
- Arslanian-Engoren, C., Giordani, B., Nelson, K., & Moser, D. K. (2021). A Pilot Study to

- Evaluate a Computer-Based Intervention to Improve Self-care in Patients With Heart Failure. *Journal of cardiovascular Nursing*, 36(2), 157-164.
- Artinian, N. T., Magnan, M., Sloan, M., & Lange, M. P. (2002). Self-care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung*, 31(3), 161-172.
- Audi, G., Korologou, A., Koutelekos, I., Vasilopoulos, G., Karakostas, K., Makrygianaki, K., & Polikandrioti, M. (2017). Factors affecting health related quality of life in hospitalized patients with heart failure. *Cardiology research and practice*, 2017.
- Baghianimoghadam, M. H., Shogafard, G., Sanati, H. R., Baghianimoghadam, B., Mazloomi, S. S., & Askarshahi, M. (2013). Application of the health belief model in promotion of self-care in heart failure patients. *Acta Medica Iranica*, 52-58.
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1(4), 139-161.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, 37(2), 122.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American psychologist*, 44(9), 1175.
- Bekelman, D. B., Havranek, E. P., Becker, D. M., Kutner, J. S., Peterson, P. N., Wittstein, I. S., Gottlieb, S. H., Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., & Dy, S. M. (2007). Symptoms, depression, and quality of life in patients with heart failure. *Journal of cardiac failure*, 13(8), 643-648.
- Bennett, S. J., Milgrom, L. B., Champion, V., & Huster, G. A. (1997). Beliefs about medication and dietary compliance in people with heart failure: an instrument development study. *Heart & Lung*, 26(4), 273-279.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 631-637.
- Brook, R. D., Franklin, B., Cascio, W., Hong, Y., Howard, G., Lipsett, M., Luepker, R., Mittleman, M., Samet, J., & Smith Jr, S. C. (2004). Air pollution and cardiovascular disease: a statement for healthcare professionals from the Expert Panel on Population and Prevention Science of the American Heart Association. *Circulation*, 109(21), 2655-2671.
- Callaghan, D. M. (2003). Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and

- self-care agency. *Nursing Science Quarterly*, 16(3), 247-254.
- Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in nursing science*.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, 4, 45-65.
- Cherrington, C. C., Moser, D. K., Lennie, T. A., & Kennedy, C. W. (2004). Illness representation after acute myocardial infarction: impact on in-hospital recovery. *American Journal of Critical Care*, 13(2), 136-145.
- Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson, B., & Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung*, 33(6), 345-353.
- Colonna, P., Sorino, M., D'Agostino, C., Bovenzi, F., De Luca, L., & Arrigo, F. (2003). Nonpharmacologic care of heart failure: counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *The American journal of cardiology*, 91(9), 41-50.
- Craven, R. F., Hirnle, C., & Henshaw, C. (2019). *Fundamentals of Nursing: Concepts and Competencies for Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Dehghani-Tafti, A., Mahmoodabad, S. S. M., Morowatisharifabad, M. A., Ardakani, M. A., Rezaeipandari, H., & Lotfi, M. H. (2015). Determinants of self-care in diabetic patients based on health belief model. *Global journal of health science*, 7(5), 33.
- Ditewig, J. B., Blok, H., Havers, J., & van Veenendaal, H. (2010). Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. *Patient education and counseling*, 78(3), 297-315.
- Feng, C. (2009). *Relationship between illness perception and self-management behavior in people with hypertension*. Khon Kaen University Master of Nursing Science Thesis (International Program), Graduate School.
- French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 61(6), 757-767.

- Gallagher, R., Luttik, M.-L., & Jaarsma, T. (2011). Social support and self-care in heart failure. *Journal of cardiovascular Nursing*, 26(6), 439-445.
- Goodman, H., Firouzi, A., Banya, W., Lau-Walker, M., & Cowie, M. R. (2013). Illness perception, self-care behaviour and quality of life of heart failure patients: a longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), 945-953.
- Graven, L. J., Grant, J. S., Vance, D. E., Pryor, E. R., Grubbs, L., & Karioth, S. (2015). Predicting depressive symptoms and self-care in patients with heart failure. *American journal of health behavior*, 39(1), 77-87.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2013). *Clinical handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Holzappel, N., Löwe, B., Wild, B., Schellberg, D., Zugck, C., Remppis, A., Katus, H. A., Haass, M., Rauch, B., & Jünger, J. (2009). Self-care and depression in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 38(5), 392-397.
- Huong, P. T. T. (2015). *Predicting factors of Self-Care behaviors in Vietnamese adults with heart failure. [Nursing Science's thesis]*. Bangkok Chulalongkorn University.
- Hwang, B., Moser, D. K., & Dracup, K. (2014). Knowledge is insufficient for self-care among heart failure patients with psychological distress. *Health Psychology*, 33(7), 588.
- Jaarsma, T., Årestedt, K. F., Mårtensson, J., Dracup, K., & Strömberg, A. (2009). The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *European journal of heart failure*, 11(1), 99-105.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- [Record #79 is using a reference type undefined in this output style.]
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., & Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. *Heart*, 87(3), 235-241.

- Kamrani, A., Foroughan, M., Taraghi, Z., Yazdani, J., Kaldi, A.-R., Ghanei, N., & Mokhtarpour, R. (2014). Self care behaviors among elderly with chronic heart failure and related factors. *Pakistan journal of biological sciences: PJBS*, 17(11), 1161-1169.
- Kato, N., Kinugawa, K., Ito, N., Yao, A., Watanabe, M., Imai, Y., Takeda, N., Hatano, M., & Kazuma, K. (2009). Adherence to self-care behavior and factors related to this behavior among patients with heart failure in Japan. *Heart & Lung*, 38(5), 398-409.
- Kison, C. (1992). Health beliefs and compliance of cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 5(4), 181-185.
- Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L. P., Smith, C. S., Trupp, R., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2008). Relationship of Heart Failure Patients' Knowledge, Perceived Barriers, and Attitudes Regarding Low-Sodium Diet Recommendations to Adherence. *Progress in cardiovascular nursing*, 23(1), 6-11.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient education and counseling*, 10(2), 117-138.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 143-163.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.
- Ma, C. (2018). An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung*, 47(2), 136-141.
- Maclnnes, J. (2011). *Illness representations, treatment beliefs and the relationship to self-care in heart failure*. Canterbury Christ Church University (United Kingdom).
- Maclnnes, J. (2013). Relationships between illness representations, treatment beliefs and the performance of self-care in heart failure: a cross-sectional survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 536-543.

- Members, A. T. F., McMurray, J. J., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., & Fonseca, C. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 33(14), 1787-1847.
- Methakanjanasak, N. (2005). *Self-management of end-stage renal disease patients receiving hemodialysis*. Chiang Mai University Ph.D. Dissertation, Department of Nursing.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
- Murray, R., & Zentner, J. (2001). Overview: Theories related to Human Development'. *Health Promotion Strategies Through the Lifespan*, eds RB Murray & JP Zentner, Prentice-Hall, Upper Saddle River, 213-277.
- Ni, H., Nauman, D., Burgess, D., Wise, K., Crispell, K., & Hershberger, R. E. (1999). Factors influencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Archives of internal medicine*, 159(14), 1613-1619.
- Ok, J. S., & Choi, H. (2015). Factors affecting adherence to self-care behaviors among outpatients with heart failure in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 27(2), 242-250.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 uppl.). St Louis: Mosby, 10.
- Pender, N. (1996). Health Promotion in nursing practice, II. *Appleton and Lange*, 115-144.
- Peters-Klimm, F., Freund, T., Kunz, C. U., Laux, G., Frankenstein, L., Müller-Tasch, T., & Szecsenyi, J. (2013). Determinants of heart failure self-care behaviour in community-based patients: a cross-sectional study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(2), 167-176.
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical medicine*, 6(6), 536.

- Phipps, W. J., Monahan, F. D., Sands, J., Marek, J., & Neighbors, M. (2003). *Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives*. Mosby St. Louis.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Gender bias undermines evidence on gender and health. *Qualitative health research*, 22(9), 1298.
- Pulignano, G., Del Sindaco, D., Minardi, G., Tarantini, L., Cioffi, G., Bernardi, L., Di Biagio, D., Leonetti, S., & Giovannini, E. (2010). Translation and validation of the Italian version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *Journal of Cardiovascular Medicine*, 11(7), 493-498.
- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of cardiovascular Nursing*, 23(3), 190-196.
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The situation-specific theory of heart failure self-care: revised and updated. *Journal of cardiovascular Nursing*, 31(3), 226-235.
- Riegel, B., Driscoll, A., Suwanno, J., Moser, D. K., Lennie, T. A., Chung, M. L., Wu, J.-R., Dickson, V. V., Carlson, B., & Cameron, J. (2009). Heart failure self-care in developed and developing countries. *Journal of cardiac failure*, 15(6), 508-516.
- Riegel, B., Lee, C. S., & Dickson, V. V. (2011). Self care in patients with chronic heart failure. *Nature reviews cardiology*, 8(11), 644-654.
- Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V., & Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of cardiovascular nursing*, 24(6), 485.
- Rockwell, J. M., & Riegel, B. (2001). Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart & Lung*, 30(1), 18-25.
- Roger, V. L., Go, A. S., Lloyd-Jones, D. M., Adams, R. J., Berry, J. D., Brown, T. M., Carnethon, M. R., Dai, S., De Simone, G., & Ford, E. S. (2011). Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 123(4), e18-e209.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4), 328-335.
- [Record #109 is using a reference type undefined in this output style.]
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European journal of*

- psychological assessment*, 18(3), 242.
- Scott, L. D., Setter-Kline, K., & Britton, A. S. (2004). The effects of nursing interventions to enhance mental health and quality of life among individuals with heart failure. *Applied Nursing Research*, 17(4), 248-256.
- Scotto, C. J. (2005). The lived experience of adherence for patients with heart failure. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 25(3), 158-163.
- Sedlar, N., Lainscak, M., Mårtensson, J., Strömberg, A., Jaarsma, T., & Farkas, J. (2017). 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*, 16(4), 272-282.
- Shojaei, F., Ebrahimi, S.-M., & Assemi, S. (2011). Self-care behavior and affecting factors among patients with heart failure in Iran. *Saudi medical journal*, 32(10), 1034-1038.
- Shuldham, C., Theaker, C., Jaarsma, T., & Cowie, M. R. (2007). Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale in a United Kingdom population. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 87-95.
- Sinaiko, H. W., & Brislin, R. W. (1973). Evaluating language translations: Experiments on three assessment methods. *Journal of Applied Psychology*, 57(3), 328.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Journal of psychosomatic research*, 66(3), 211-220.
- Stephens, A., Mohabir, A., Mahon, N., & McKenna, W. (2000). Health related quality of life and psychological wellbeing in patients with dilated cardiomyopathy. *Heart*, 83(6), 645-650.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*, 113, 117.
- Sullivan, M. D., LaCroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 473-478.
- Teeoutid, W., Kunsongkeit, W., & Dungpaeng, S. (2019). Factor Influencing Self-

- Management Behaviors of Sodium Restriction among Congestive Heart Failure Patients. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(1), 120-129.
- van der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., & van Veldhuisen, D. J. (2005). Development and testing of the Dutch heart failure knowledge scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 273-277.
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., & Delling, F. N. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), e139-e596.
- Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 220-233.
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *Journal of psychosomatic research*, 42(2), 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and health*, 11(3), 431-445.
- Weir, R. A., Martin, T. N., Murphy, C. A., Petrie, C. J., Clements, S., Steedman, T., Dargie, H. J., & Wagner, G. S. (2010). Comparison of serial measurements of infarct size and left ventricular ejection fraction by contrast-enhanced cardiac magnetic resonance imaging and electrocardiographic QRS scoring in reperfused anterior ST-elevation myocardial infarction. *Journal of electrocardiology*, 43(3), 230-236.
- Witte, K. K., & Clark, A. L. (2007). Why does chronic heart failure cause breathlessness and fatigue? *Progress in cardiovascular diseases*, 49(5), 366-384.
- World Health Organization. (2020). *World Health report 2018*.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์พัสวัสภ์ วงศ์วัชรเดช	อายุรศาสตร์แพทย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ. ดร. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์ การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
3. ดร. สุภาวดี นพรุจจินดา	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
4. นางพรรณณี บัลลังก์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ (โรคหัวใจ) สถาบันโรคทรวงอก
5. นางสาวอณัศยา ชี้อตรง	พยาบาลประจำการระดับ 7 พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการ พยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์ (โรคหัวใจ) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัยเรื่อง

“ปัจจัยทำนายนายการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย”

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 8 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึก)	จำนวน 1 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน 24 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ	จำนวน 13 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-8 และตอนที่ 2 แบบคัดกรองจากเวชระเบียนจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9-11 โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ท่านเติมคำตอบหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม (□) ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ผู้เข้าร่วมวิจัย.....

ตอนที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ ปี (เต็ม)

3. รายได้ บาท/เดือน

ไม่มีรายได้

4. สถานภาพสมรส

โสด

สมรส

หม้าย

หย่าร้าง

แยกกันอยู่

5. ศาสนา

พุทธ

คริสต์

อิสลาม

อื่นๆ ระบุ.....

6. ระดับการศึกษา

ไม่ได้ศึกษา

ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

ระดับประถมศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา

ระดับ ปวส. / ปวช. / อนุปริญญา

ระดับปริญญาตรี

ระดับปริญญาโท

ระดับปริญญาเอก

ระดับสูงกว่าปริญญาเอก



7. อาชีพ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน | <input type="checkbox"/> รับจ้าง |
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย | <input type="checkbox"/> เกษตรกร |
| <input type="checkbox"/> รับราชการ | <input type="checkbox"/> พนักงานบริษัท |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)..... | |

8. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

- | | |
|---|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่สูบ | |
| <input type="checkbox"/> สูบเอง | จำนวน..... มวน/วัน |
| <input type="checkbox"/> บุคคลในครอบครัวสูบ | จำนวน..... มวน/วัน |



ตอนที่ 2 แบบคัดกรองจากเวชระเบียน

9. ระดับความรุนแรงของโรค

NYHA-FC I

NYHA-FC II

10. โรคประจำตัว/โรคร่วม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เบาหวาน

ความดันโลหิตสูง

ไขมันในเลือดสูง

หลอดเลือดหัวใจ

อื่นๆ (ระบุ).....

11. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ (ผู้วิจัยบันทึกจากเวชระเบียน)

ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ เท่ากับ.....

วัน/ เดือน/ ปี ที่ตรวจ.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นๆ

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ เฉยๆ	หมายถึง	ผู้ตอบไม่แสดงความคิดเห็น และไม่แน่ใจว่ามีความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่ออย่างไรกับข้อความนั้น
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิด หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างมาก

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี					
2. อาหารรสเค็มไม่ดีต่อท่าน					
3.					
4.					
5. การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยป้องกันไม่ให้น้ำในร่างกายของท่านเพิ่มขึ้น					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
6. ท่านไม่สามารถออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านได้เพราะกังวลเรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ					
7. อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำมีรสชาติไม่อร่อย					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19. การรับประทานยาขับปัสสาวะ ช่วยลดอาการบวมของท่านได้					

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
20. ท่านมักลืมรับประทานยา					
21. การรับประทานยา ทำให้ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ					
22.					
23.					
24. การรับประทานยาขับปัสสาวะ ทำให้ท่านต้องตื่นกลางดึกเพื่อไปเข้าห้องน้ำ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงภาวะทางสุขภาพของท่านที่ตรงตามความรู้สึกนึกคิดของท่าน มากที่สุด โดยใส่เครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขข้อคำตอบแต่ละข้อ

1. โดยรวมท่านสามารถพูดได้ว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

ดีเยี่ยม	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

เรื่องต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับกิจกรรมที่ท่านทำในแต่ละวันท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นปัญหา/ อุปสรรคในการทำกิจกรรมของท่านหรือไม่ถ้าใช่มากน้อยแค่ไหน

2.

ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรค อย่างมาก	ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรค เพียงเล็กน้อย	ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค
(1)	(2)	(3)

3.

ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรค อย่างมาก	ใช่ เป็นปัญหา/อุปสรรค เพียงเล็กน้อย	ไม่เป็นปัญหา/อุปสรรค
(1)	(2)	(3)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่านหรือกิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำ ทุกวันเนื่องมาจากสุขภาพของท่านหรือไม่

4.

ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เลย
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

5. ไม่สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้ ต้องเลือกทำบางอย่างเท่านั้น

ตลอดเวลา	เกือบตลอดเวลา	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เลย
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาในเรื่องต่อไปนี้กับงานของท่าน หรือกิจกรรมที่ท่านเป็นประจำ

6. ทำงานได้ปริมาณน้อยลงกว่าที่ต้องการ

ตลอดเวลา (1)	เกือบตลอดเวลา (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เลย (5)
-----------------	----------------------	-----------------	------------------	---------------

7.

ตลอดเวลา (1)	เกือบตลอดเวลา (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เลย (5)
-----------------	----------------------	-----------------	------------------	---------------

8.

ไม่เลย (1)	เล็กน้อย (2)	ปานกลาง (3)	ค่อนข้างมาก (4)	มากที่สุด (5)
---------------	-----------------	----------------	--------------------	------------------

คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึก และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกต่อไปนี้ บ่อยแค่ไหน...

9.

ตลอดเวลา (1)	เกือบตลอดเวลา (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เลย (5)
-----------------	----------------------	-----------------	------------------	---------------

10.

ตลอดเวลา (1)	เกือบตลอดเวลา (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เลย (5)
-----------------	----------------------	-----------------	------------------	---------------

11.

ตลอดเวลา (1)	เกือบตลอดเวลา (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เลย (5)
-----------------	----------------------	-----------------	------------------	---------------

12. **ในระหว่าง 1 เดือนที่ผ่านมา** บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทาง อารมณ์ เป็นอุปสรรคขัดขวางการทำกิจกรรมทางสังคมของท่านเช่นการไปเยี่ยมเพื่อนหรือญาติสนิท เป็นต้น

ตลอดเวลา (1)	เกือบตลอดเวลา (2)	บางครั้ง (3)	นานๆครั้ง (4)	ไม่เลย (5)
-----------------	----------------------	-----------------	------------------	---------------

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงการรับรู้ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคหัวใจ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ บนตัวเลขที่แสดงถึงการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับโรคหัวใจ

1. การเจ็บป่วยของท่านมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่กระทบเลย											กระทบต่อชีวิตอย่างมาก
2. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยของท่านจะดำเนินไปอีกนานเท่าใด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
อีกแค่ช่วงสั้นๆ											ตลอดไป
3. ท่านรู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้มากน้อยเพียงใด	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ควบคุมไม่ได้เลย											ควบคุมได้มาก
4.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ช่วยเลย											ช่วยเป็นอย่างมาก
5.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่มีอาการใดๆเลย											มีอาการรุนแรงมากมาย
6.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่กังวลเลย											กังวลที่สุด
7.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่เข้าใจเลย											เข้าใจอย่างถ่องแท้
8. การเจ็บป่วยของท่านกระทบต่ออารมณ์ของท่านมากน้อยเพียงใด (ตัวอย่างเช่น การเจ็บป่วยทำให้ท่านโกรธ หวาดกลัว กังวล หรือซึมเศร้าหรือไม่)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่กระทบต่ออารมณ์เลย											กระทบต่ออารมณ์เป็นอย่างมาก

9. ท่านคิดว่าสาเหตุสำคัญที่สุด 3 ประการ ที่ทำให้ท่านเจ็บป่วยคืออะไร โปรดกรอกคำตอบในบรรทัด
ด้านล่าง โดยเรียงลำดับตามความสำคัญจาก 1-3

1.
2.
3.



ส่วนที่ 6 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆของท่านในปัจจุบัน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงว่าท่านมั่นใจมากน้อยแค่ไหน ในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นๆ

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้ มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

- 0 = ไม่มั่นใจ หมายถึง ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
- 1 = มั่นใจเล็กน้อย หมายถึง ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
- 2 = มั่นใจปานกลาง หมายถึง ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
- 3 = มั่นใจมาก หมายถึง ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้
- 4 = มั่นใจมากที่สุด หมายถึง ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

ข้อความ	ไม่ มั่นใจ (0)	มั่นใจ เล็กน้อย (1)	มั่นใจ ปาน กลาง (2)	มั่นใจ มาก (3)	มั่นใจ มาก ที่สุด (4)
1. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้เองด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ					
2. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถควบคุมอาการหายใจติดขัดได้เองด้วยการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถออกกำลังกายได้มากเท่าที่เป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเอง					

ข้อความ	ไม่ มั่นใจ (0)	มั่นใจ เล็กน้อย (1)	มั่นใจ ปาน กลาง (2)	มั่นใจ มาก (3)	มั่นใจ มากที่สุด (4)
9. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้ตามปกติ					
10. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ					
11.					
12.					
13. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้ (ออกกำลังกายเหงื่อออกและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น)					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงสิ่งที่ตรงกับพฤติกรรมของท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงที่จะกระทำพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นๆ

1. ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรชั่งน้ำหนักบ่อยเพียงใด
 -ทุกอาทิตย์
 -บางครั้ง
 -ทุกวัน
2. เหตุผลที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ คือข้อใด
 -ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรับประทานอาหารได้น้อย
 -ตรวจสอบว่าร่างกายมีภาวะน้ำเกินหรือไม่
 -ประเมินว่าได้รับยาถูกต้องตามขนาดหรือไม่
3.
 -1 ลิตรครึ่ง ถึง 2 ลิตร
 -น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
 -มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
4.
 -ควรหยุดรับประทานยาหากมีอาการไอ
 -สามารถหยุดรับประทานยาหากอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น
 -ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
5.
 -ไปโรงพยาบาล หรือติดต่อแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้
 -รอนจนกระทั่งถึงวันนัด
 -รับประทานยาลดลง
6. สาเหตุที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว คือข้อใด
 -รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง
 -เป็นหวัด
 -ขาดการออกกำลังกาย

7. ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว คือข้อใด

.....ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับ
ความต้องการของร่างกาย

.....ภาวะที่เกิดจากการออกกำลังกายไม่เพียงพอ

.....ภาวะที่มีลิ้มเลือดอุดตันอยู่ในหลอดเลือดของหัวใจ

8. อาการบวมที่ขาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากสาเหตุใด

.....ลิ้นที่กั้นหลอดเลือดที่ขาไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

.....กล้ามเนื้อที่ขาได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

.....เกิดจากการสะสมของของเหลวบริเวณขา

9.

.....ดูดซึมสารอาหารจากเลือด

.....สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย

.....ให้ออกซิเจนแก่เลือด

10.

.....เกลือทำให้เกิดการสะสมของน้ำในร่างกาย

.....เกลือทำให้หลอดเลือดหดตัว

.....เกลือทำให้หัวใจเต้นเร็ว

11.

.....กล้ามเนื้อหัวใจตาย และความดันโลหิตสูง

.....โรคปอดและภูมิแพ้

.....ความอ้วนและโรคเบาหวาน

12.

.....ออกกำลังกายให้น้อยที่สุด เพื่อให้หัวใจได้พัก

.....ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างสม่ำเสมอ

.....ออกกำลังกายให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

13. ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงต้องรับประทานยาขับปัสสาวะ เพราะเหตุใด

.....เพื่อลดความดันโลหิต

.....เพื่อป้องกันภาวะน้ำคั่งในร่างกาย

.....เพื่อให้สามารถดื่มน้ำได้มากขึ้น

14. หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมภายใน 2 – 3 วัน ควรทำในข้อใด

.....ควรรายงานแพทย์ในการไปพบตามนัดครั้งต่อไป

.....ควรไปโรงพยาบาลหรือติดต่อแพทย์เจ้าของไข้

.....ควรลดการรับประทานยา

15. หากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกระหายน้ำ ควรปฏิบัติตามข้อใดถูกต้องที่สุด

.....อมน้ำแข็ง

.....อมยาแก้เจ็บคอที่มีรสชาติเค็ม

.....ดื่มน้ำเพิ่มมากขึ้น



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ โปรดเลือกตัวเลือกที่แสดงถึงการดูแลตนเองและการจัดการอาการของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านมั่นใจมากที่สุดอย่างน้อยแค่ไหน ในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมในข้อคำถามนั้นๆ

ประกอบด้วยการประเมินการดูแลตนเอง 3 ตอน

ตอนที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ 10 ข้อ ช่วงคะแนน 1-4

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ ช่วงคะแนน 0-4 และ 1-4

ตอนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง 6 ข้อ ช่วงคะแนน 1-4

ตอนที่ 1 การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ

ข้อความต่อไปนี้คือสิ่งที่ท่านจะต้องทำ ท่านทำบ่อยแค่ไหน

	ไม่เคยเลย หรือแทบ จะไม่ (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	สม่ำเสมอ หรือทุกวัน (4)
1. ซักรีดผ้าของตัวเอง				
2. ตรวจสอบว่าข้อเท้าของตนเองบวมหรือไม่				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. ใช้ระบบ (กล่องใส่ยา, เครื่องเตือนความจำ) เพื่อช่วยให้ท่านจำว่าต้องรับประทานยาอะไรบ้างและเมื่อไหร่				

ตอนที่ 2 การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ

ผู้ป่วยหลายคนมีอาการต่าง ๆ สืบเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลว ปัญหาด้านการหายใจและข้อเท้าบวม เป็นอาการปกติของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วงเดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวมหรือไม่ วงกลมล้อมรอบคำตอบเพียงข้อเดียว

ไม่มี

มี

11. ถ้าท่านมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวมในช่วงเดือนที่ผ่านมา

	ไม่ประสบ ปัญหานี้	ไม่ได้ ตระหนัก เกี่ยวกับ เรื่องนี้	รู้แต่ไม่ รวดเร็ว	รู้ ค่อนข้าง รวดเร็ว	อย่าง รวดเร็ว	รวดเร็ว มาก
	(N/A)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
ท่านรู้ได้รวดเร็วเพียงใดว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว						

ข้อความข้างล่างนี้เป็นการบำบัด/รักษาที่คนที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ ถ้าท่านมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวม ท่านจะมีแนวโน้มจะลองใช้การบำบัด/รักษาต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

	ไม่เลย	ค่อนข้างจะ	ปานกลาง	มาก
	(1)	(2)	(3)	(4)
12. ลดปริมาณเกลือในอาหาร				
13.				
14.				
15.				

16. คำนึงถึงการบำบัด/รักษาที่ท่านได้ลองใช้ครั้งล่าสุดเมื่อท่านมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวม

	ไม่ พยายาม ทำอะไร เลย	ไม่แน่ใจ	ค่อนข้าง มั่นใจ	มั่นใจ มาก	มั่นใจ มากที่สุด
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
ท่านมั่นใจมากน้อยเพียงใดว่าวิธีการนั้น ๆ ช่วยหรือไม่ช่วยท่านในการรักษา?					

ตอนที่ 3 ความมั่นใจในการดูแลตนเอง

โดยรวม ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถ:

	ไม่มั่นใจ (1)	ค่อนข้าง มั่นใจ (2)	มั่นใจมาก (3)	มั่นใจมาก ที่สุด (4)
17. ทำให้ตัวเองไม่เกิดอาการภาวะหัวใจ ล้มเหลว				
18. ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา				
19.				
20.				
21				
22. ประเมินว่าการบำบัด/รักษาใช้ได้ผลดี น้อยเพียงใด				



เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและหนังสือแสดงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจฉัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

ชื่อผู้วิจัย นายกิติพงษ์ พิพิธพันธ์ ตำแหน่ง นิสิตระดับปริญญาโท

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เลขที่ 681 ถนนสามอินทรา กม.12 แขวงคันนายาว เขตคันนายาว จังหวัดกรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ 10230 โทรศัพท์มือถือ 0993519163 E-mail : gitipongpm@gmail.com

ขอเรียนเชิญเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน

1. การวิจัยนี้ศึกษาเรื่อง ปัจฉัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย เนื่องจาก พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองยังไม่เหมาะสม พบว่าผู้ป่วยมารับการรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ สภาพปัญหาเช่นนี้ออกจากจะทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานขึ้นแล้ว ยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา และยังคงเป็นปัญหาในการรักษาพยาบาลในปัจจุบัน เพื่อที่จะลดความรุนแรงของผลกระทบต่างๆ และปัญหาอันเนื่องมาจากภาวะหัวใจล้มเหลว จึงควรมีการปรับปรุงการดำเนินงานในการดูแลบำบัดรักษา ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจฉัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และได้คัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะทำนายนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเจ็บป่วย สมรรถนะแห่งตน และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

2. รายละเอียดของผู้เข้าร่วมการวิจัยและคุณสมบัติ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 185 ราย ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ในเขตภาคกลาง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครหรือพุทธา โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างการวิจัยอย่างง่าย กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างดังนี้



เลขที่โครงการวิจัย 012-2/63

วันที่รับรอง 22 มี.ค. 2563

วันหมดอายุ 21 มี.ค. 2564

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีสาเหตุมาจากโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด มีความบกพร่องจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ เคยมีอาการหรืออาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีทั้งมีอาการค่อนข้างคงที่ หรือไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงมาอย่างน้อย 1 เดือน

2) ความรุนแรงของอาการตามการประเมินของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association) ที่ functional class ระดับ I (ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม) ถึง ระดับ II (มีข้อจำกัดเล็กน้อยในการทำกิจกรรม)

3) อายุ 20 – 59 ปี

4) ผลการตรวจประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจไม่เกิน 3 เดือนและมีบันทึกในเวชระเบียน

5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีความเสี่ยงสูง ระบบไหลเวียนโลหิตคงที่

6) สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นและการได้ยิน การรับรู้ สติสัมปชัญญะสมบูรณ์

7) ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1) มีอาการและอาการแสดงทางด้านร่างกายไม่คงที่ เช่น เจ็บหน้าอก หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม หายใจเหนื่อยหอบ ขณะเก็บข้อมูลจะต้องได้รับการรักษา

3. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมฯ ตามเกณฑ์การคัดเลือก-คัดออก การวิจัยครั้งนี้มีการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้สํานวยการโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และศึกษาเวชระเบียน ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ จากจำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทั้งหมดในวันนั้น ให้อัปเดตกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน โดยจะแสดงตัวให้ชัดเจนในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นผู้วิจัย ไม่ใช่ในฐานะเจ้าหน้าที่ด้วยการแต่งกายด้วยชุดสุภาพ ไม่สวมเครื่องแบบหรือชุดปฏิบัติงาน คัดป้ายแสดงตัวในฐานะผู้วิจัย ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละโรงพยาบาลที่จะทำการเก็บข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล รวมทั้งขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ในระหว่างการคัดกรองหาผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะที่สมควรได้รับคำแนะนำ/ความช่วยเหลือผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ หรือส่งต่อแพทย์เพื่อได้รับการรักษาต่อไป

4. การเข้าร่วมงานวิจัยมีการดำเนินการกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เมื่อท่านยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัย นายกิติพงษ์ พิณพิพันธ์ จะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1 ครั้ง รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 30-45 นาที ผู้เข้าร่วมการพบแพทย์หรือระหว่างรอการรับยา โดยจัดให้



เลขที่โครงการวิจัย 012. 2 / 63

วันที่รับรอง 22 เม.ย. 2563

วันพบแพทย์ 21 เม.ย. 2564

v3.0/2562

กลุ่มตัวอย่างนี้ในห้องหรือสถานที่ที่เตรียมไว้ พร้อมการอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนจนเข้าใจ และให้ทงมือตอบแบบสอบถาม ดังนี้ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 7 ข้อ แบบสอบถามความเชื่อในการรับประทานยาและการรับประทานอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 24 ข้อ แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF-12 จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามการรับรู้ความเจ็บป่วยฉบับย่อ (Brief IPQ) จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลว (DHFKS) จำนวน 15 ข้อ และแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (SCHFI v.6) จำนวน 22 ข้อ รวมทั้งหมด 102 ข้อ

5. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

6. เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดจะถูกทำลาย

7. ความเสี่ยง/อันตราย และความไม่สะดวกต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมงานวิจัย อันตรายหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อย จากการตอบแบบสอบถามซึ่งอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเสียเวลา ไม่สบายใจ ยึดอัดใจ หรือเกิดความเครียดจากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยมีการป้องกันและแก้ไขกรณีดังกล่าว โดยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม และจัดหาสถานที่ที่สะดวกสำหรับกลุ่มตัวอย่างเพื่อความเป็นส่วนตัว โดยอยู่ใกล้กับบริเวณห้องตรวจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามได้อย่างอิสระ

8. ประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัยและของงานวิจัย การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ โดยตรง แต่เมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัยผลการศึกษาที่ได้จะเพิ่มองค์ความรู้ทางวิชาการให้กับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่จะพัฒนากิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เพื่อเป็นแนวทางและพัฒนาการวิจัย สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจในรูปแบบงานวิจัยอื่น รวมทั้งศึกษาประชากรกลุ่มอื่นๆ ที่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเอง และนำมาผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางศึกษาต่อยอดในงานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

9. ผู้วิจัยมีของที่ระลึกในรูปแบบของปากกาลูกหิน พร้อมอาหารว่างและค่าตอบแทนที่ผ่านคณะกรรมการร่วมงานวิจัยครั้งนี้

10. การเข้าร่วมการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 012.2/63

วันที่รับรอง 22 เม.ย. 2563

วันหมดอายุ 21 เม.ย. 2564

Y3.0/2563

AF 04.01

11. หากมีข้อสงสัย โปรดสอบถามเพิ่มเติมจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

12. หากได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย และเข้าใจข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทุกประการแล้ว จึงลงนามยินยอม/ยินยอมด้วยวาจา เข้าร่วมการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และได้รับเอกสารไว้ 1 ชุดแล้ว

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้วิจัยหลัก
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้เข้าร่วมการวิจัย
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน
วันที่...../...../.....



เลขที่โครงการวิจัย 012. 2 / 63
วันที่รับรอง 22 เม.ย. 2563
วันหมดอายุ 21 เม.ย. 2564





คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-3202, 0-2218-3049 E-mail: eccu@chula.ac.th


COA No. 100/2563

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 012.2/63 : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขต
ภาคกลาง ประเทศไทย
ผู้วิจัยหลัก : นายกีฬพงษ์ พิณจิตต์
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ Belmont Report 1979, Declaration of Helsinki 2013, Council for
International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) 2016, มาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในคน (มคอจ.) 2560, นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติการวิจัยในมนุษย์ 2558 อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย
เรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา จิตนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม 
(รองศาสตราจารย์ ดร.นันทิ ชัยชนแสงคาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 22 เมษายน 2563

วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2564

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) เอกสารขออนุญาตทำวิจัยในคนของโรงพยาบาลซึ่งขอความร่วมมือส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย  012.2/63
- 4) แบบสอบถาม  22 เม.ย. 2563

เงื่อนไข

1. จำเป็นพิจารณาว่ามีความเสี่ยงหรือความเสียหายอันเนื่องมาจากการวิจัยหรือไม่
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อถึงเวลาต่ออายุต้องขออนุมัติโครงการใหม่ก่อนดำเนินการได้เกิน 1 เดือน หรือเมื่อการรวม
ความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้เอกสารที่ดูแลกำกับดูแลการวิจัยในคนของโรงพยาบาลซึ่งขอความร่วมมือส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง
(ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในระหว่างที่ดำเนินการวิจัย ให้รีบแจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้แจ้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่วนของรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 02-14) และหากต้องต่ออายุการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ส่วน
โครงการวิจัยที่ปรึกษาพิเศษให้มีขนาดของโครงการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี

กระทรวงสาธารณสุข

18 ถนนเทศบาล 4 อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี โทร. 036-343500 ต่อ 1551

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสระบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ: ปิ๊งชัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

เลขที่โครงการวิจัย : SRBR63-023

ผู้วิจัยหลัก : นายกิตติพงษ์ พิณิชพันธ์

สังกัดหน่วยงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ส่งรายงานความก้าวหน้า เมื่อเสร็จสิ้นโครงการหรือไม่เกิน 12 เดือน

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างงานวิจัย
2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
3. Inform Consent Form

ลงนาม :  ลงนาม : 

(นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ รัชโรจน์)
ประธานกรรมการ

(นางสมศิริ พันธุ์ศักดิ์ศิริ)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 2 มิถุนายน 2563

วันหมดอายุ : 2 มิถุนายน 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 9
REC No. 1.

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครหรือยูธยา
46 หมู่4 ต.ประจักษ์ย อ.พระนครหรือยูธยา จ.พระนครหรือยูธยา โทร 035-211888 ต่อ 2509

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนครหรือยูธยา ดำเนินการให้รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนุภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

เลขที่โครงการวิจัย : 009/2563

ผู้วิจัยหลัก : นายกิตพงษ์ พิณงพันธ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีสหพัน : คณะกรรมการเต็มชุด (Full Board)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากทำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 6 เดือน / ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อยทุก 3 เดือน

เอกสารรับรอง : - ใ้โครงการวิจัย / - แบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
- แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

ลงนาม 

(ดร.พญ.ประภาสทิพ สุศิลาปรีดิ์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม 

(นายศิริรัฐ พงศ์เลิศอารี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 13 JUN 2020

วันหมดอายุ : 13 JUN 2021

ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี
 950 ถนนพระศรีมาลา ตำบลท่าพี่เลี้ยง
 อ่างทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
 72000



โทร. 0-35514-999
 โทรสาร 0-35514-909

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี
 เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข TM024/2563

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย

ชื่อโครงการภาษาอังกฤษ : PREDICTING FACTORS OF SELF-CARE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH HEART FAILURE IN CENTRAL REGION, THAILAND.

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นอภกิติพงษ์ หินิจพันธ์

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการ วิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. ใบบังการวิจัย
3. แบบบันทึกผลกรวิจัย
4. ประวัตินักวิจัย

ต่ออายุครั้งที่ () :

วันหมดอายุ 10 สิงหาคม 2564

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล

ลงนาม

(นายแพทย์ชาติราช สานักคีนิจย์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

10 ส.ค.63

วันที่

ลงนาม

(นายแพทย์พนธ์วินทร์ ชาติวิงสรรค์)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

10 ส.ค.63

วันที่





gitipong pinichpan

12 ส.ค. 2019 19:01 ☆

Dear Prof. Dr. Barbara Riegel Let me introduce myself, I am a nursing student at Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I study Mas...



Riegel, Barbara <briegel@nursing.upenn.edu>

12 ส.ค. 2019 23:05 ☆ ↩ ⋮

ถึง ฉัน ▾

🌐 อังกฤษ ▾ > ไทย ▾ แปลข้อความ

ปิดสำหรับ: อังกฤษ ✕

Hello, Gitipong Pinichpan, I'm glad that our measures are helpful to you. You are welcome to use any of them that you find on the website (www.self-care-measures.com). But I don't know of an ethical climate scale and can't help you with that.

Barbara Riegel, PhD, RN, FAHA, FAAN
Professor and Edith Clemmer Steinbright Chair of Gerontology
University of Pennsylvania, School of Nursing
Claire M. Fagin Hall, 418 Curie Boulevard
Philadelphia, PA 19104-4217
briegel@nursing.upenn.edu
215-898-9927 Phone
240-282-7707 eFax
<http://self-care-measures.com/>
Professorial Fellow, Mary MacKillop Institute for Health Research, Melbourne, Australia
Co-Director, International Center for Self-Care Research <http://selfcareresearch.org/>



gitipong pinichpan <gitipongpm@gmail.com>

ถึง vijj.kas, 2028knapp ▾

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์วิรัช เกษมทรัพย์

กระผม นายกิตพงษ์ พิณจันทร์ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลสุรนารีเรื่อง มีจิตทำนุภาพเหตุการณ์ของตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนดา ปรีชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้ใครขอญาติใช้ แบบสอบถาม Short Form 12 –item Health Survey (SF-12) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยท่านเป็นผู้พัฒนาขึ้นนั้น

ในการนี้โปรดพิจารณาอนุญาตให้ข้าพเจ้าใช้แบบสอบถามดังกล่าวเพื่อการดำเนินการวิจัยวิทยานิพนธ์ และเพื่อการศึกษาต่อไป หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอพระคุณเดชะ

กิตพงษ์ พิณจันทร์

0993519163

ที่ อว 64.11/ 0079



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

13 มกราคม 2563

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ดร. นิตยา ศรีสุข

เนื่องด้วย นายกิตติพงษ์ ทินิจพันธ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในเขตภาคกลาง ประเทศไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนิดา ปริชาวงษ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามความรู้ เรื่อง ภาวะหัวใจล้มเหลว The Dutch of Heart Failure Scale (DHFKS) จากรายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดตรัง ของ ดร.นิตยา ศรีสุข (2560)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ มีรายละเอียดดังนี้

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 1 ตัวแปรอิสระไม่ควรมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง คือ ไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) ทดสอบโดยใช้ collinearity statistics ซึ่ง จะพิจารณาค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) โดยค่า Tolerance ที่มีค่าเข้าใกล้ 0 มากเท่าใด หมายความว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรยิ่งสูงมากขึ้นเท่านั้น ส่วนค่า VIF มีค่าสูง มากขึ้นเท่าใด หมายความว่าระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรยิ่งสูงมากขึ้นเท่านั้น โดยปกติค่าสูงสุดของ VIF คือ 10 ค่า VIF เป็นค่าที่ผกผันกับค่า Tolerance ดังนั้นหากตัวแปรมีความสัมพันธ์ กันสูง ค่า VIF จะสูง ส่วนค่า Tolerance จะเข้าใกล้ค่าศูนย์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้พบว่า ค่า VIF ไม่เกิน 10 และมี ค่า Tolerance มากกว่า .20 ทำให้ไม่เกิดปัญหาตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเอง ดังแสดงในตารางที่ 12

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Beta	Zero-order	Partial	Part	Tolerance
		1	(Constant)	38.715	2.723		14.220	.000			
	ผลรวมสมรรถนะแห่งตน	.499	.077	.430	6.444	.000	.430	.430	.430	1.000	1.000
2	(Constant)	28.172	4.187		6.729	.000					
	ผลรวมสมรรถนะแห่งตน	.407	.081	.351	5.058	.000	.430	.351	.329	.878	1.139
	ผลรวมความรู้	1.091	.335	.226	3.256	.001	.349	.235	.212	.878	1.139

a. Dependent Variable: ผลรวมการดูแลตนเอง 100 คะแนน

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 2 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์ต้องเป็นอิสระต่อกัน ทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Durbin-Watson ดังแสดงในตารางที่ 13 จากการทดสอบ พบว่า ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.638 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรเป็นอิสระต่อกัน เนื่องจากค่า Durbin-Watson ที่สรุปได้ว่าไม่เกิดปัญหา Error term มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) ควรมีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5

ตารางที่ 13 ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรทำนายและตัวแปรเกณฑ์

Model Summary^c

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.430 ^a	.185	.180	10.59686	.185	41.519	1	183	.000	
2	.479 ^b	.230	.221	10.32941	.045	10.599	1	182	.001	1.638

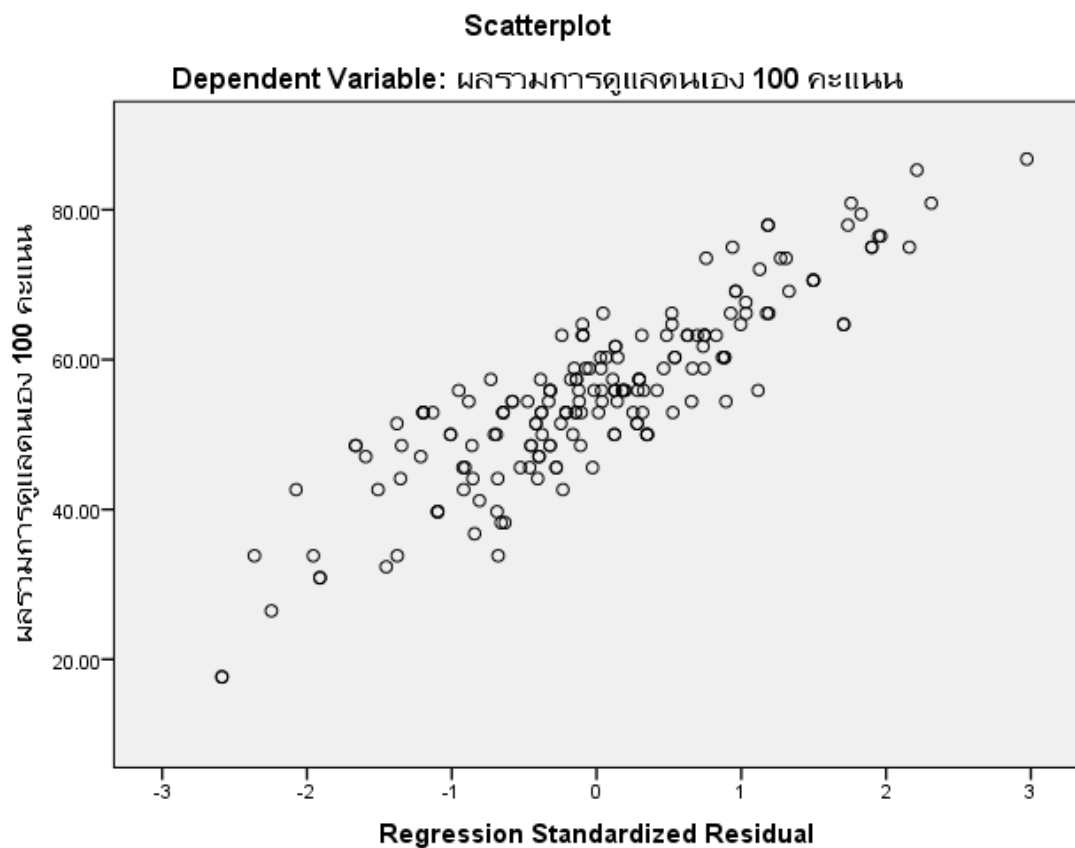
a. Predictors: (Constant), ผลรวมสมรรถนะแห่งตน

b. Predictors: (Constant), ผลรวมสมรรถนะแห่งตน, ผลรวมความรู้

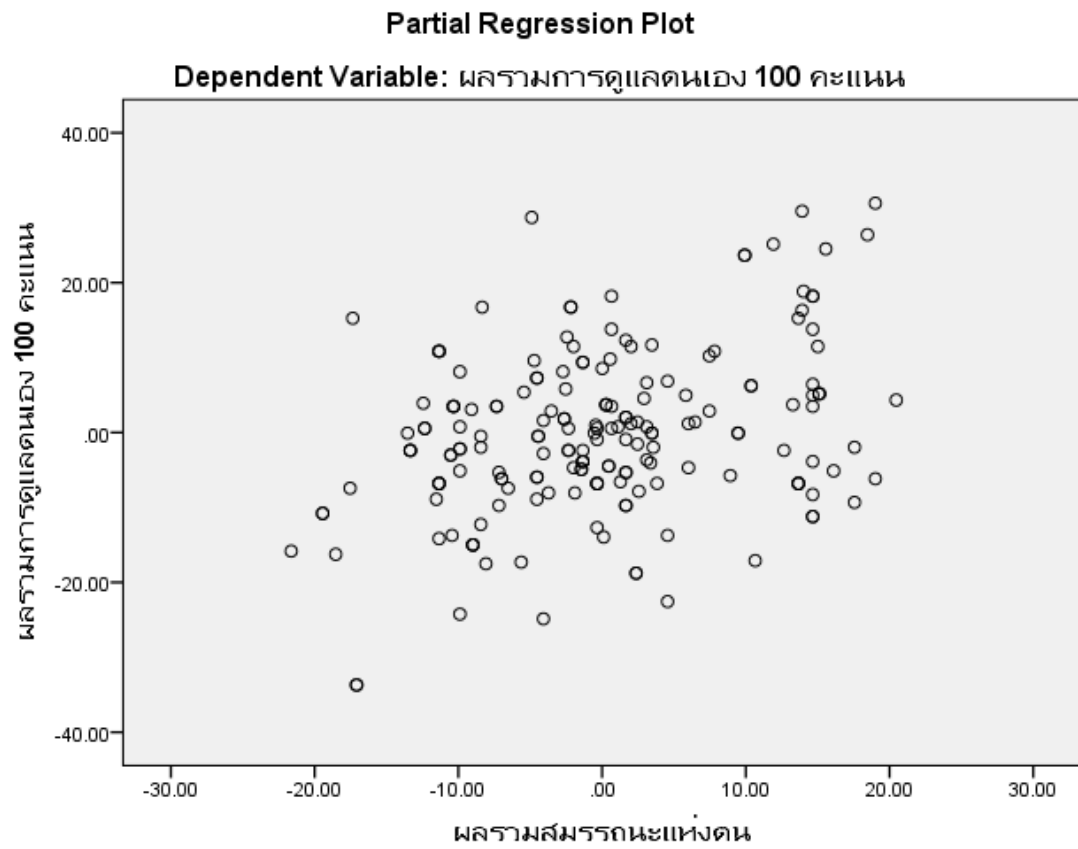
c. Dependent Variable: ผลรวมการดูแลตนเอง 100 คะแนน



ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 3 ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ทดสอบโดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (scatter plot) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการทำนายของตัวแปรอิสระ กระจายบริเวณค่า ศูนย์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 - 4

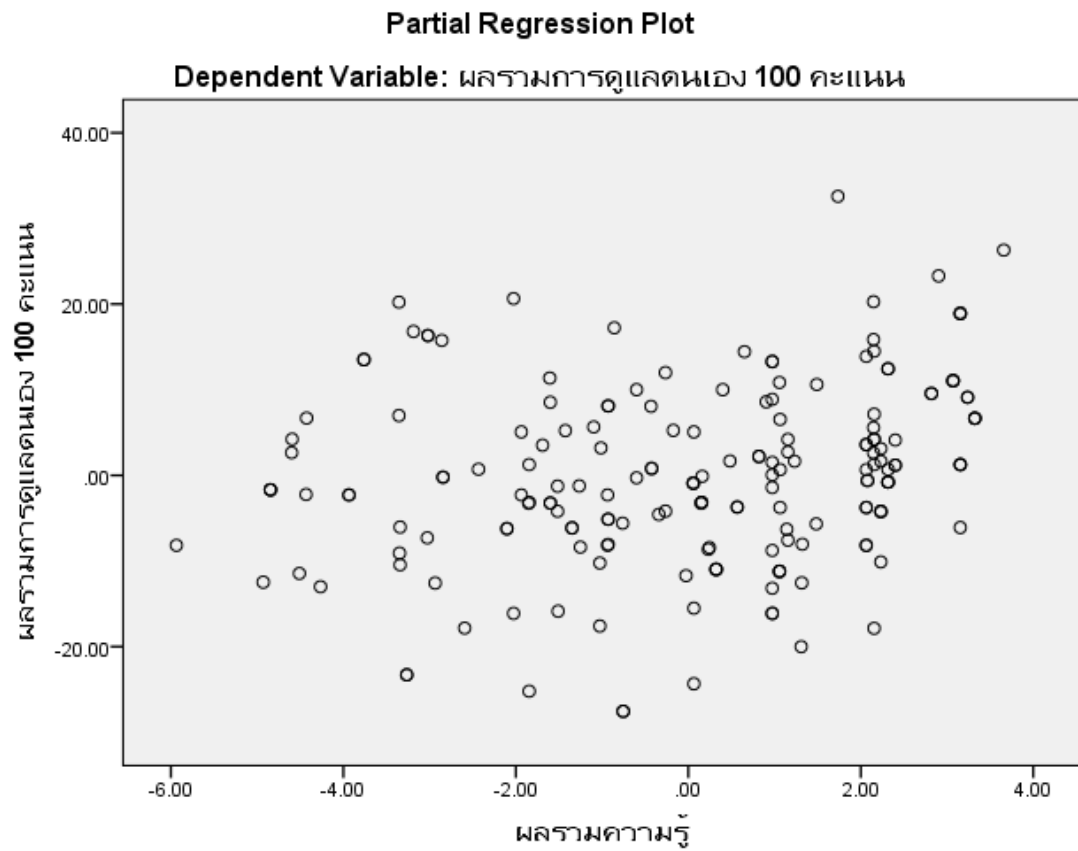


แผนภูมิที่ 2 การกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์



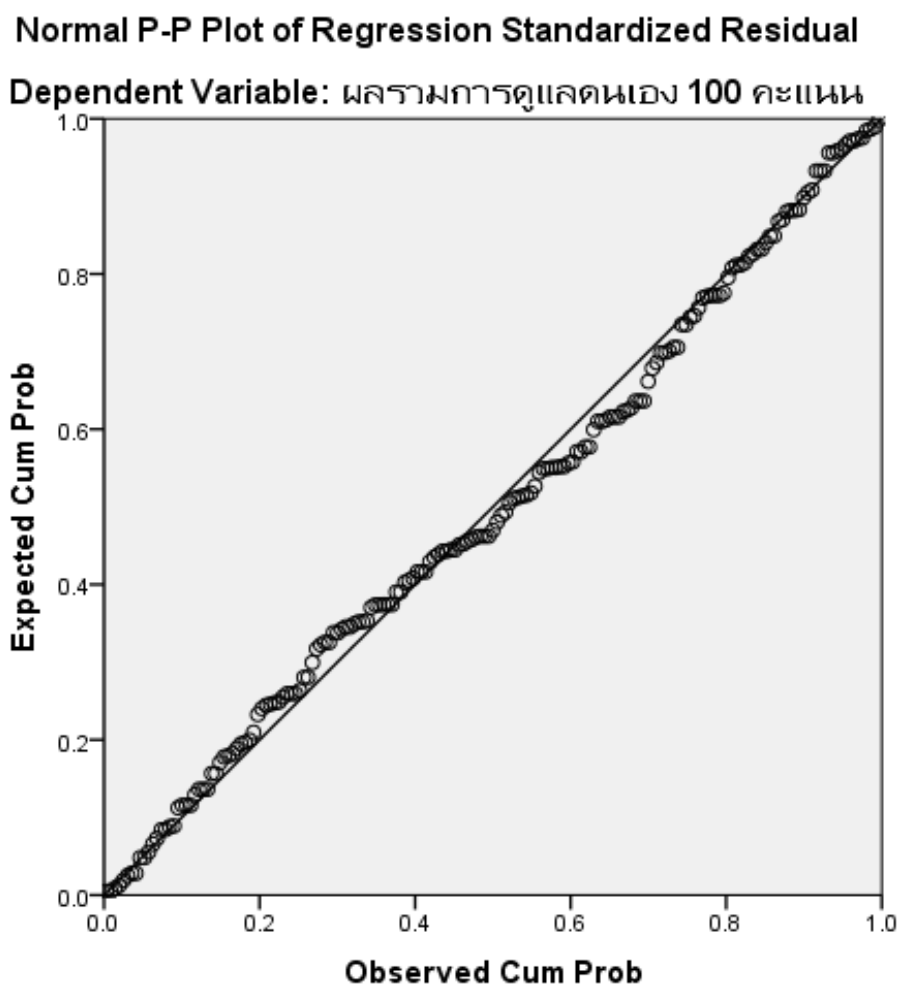
แผนภูมิที่ 3 การกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของสมรรถนะแห่งตนกับการดูแลตนเอง





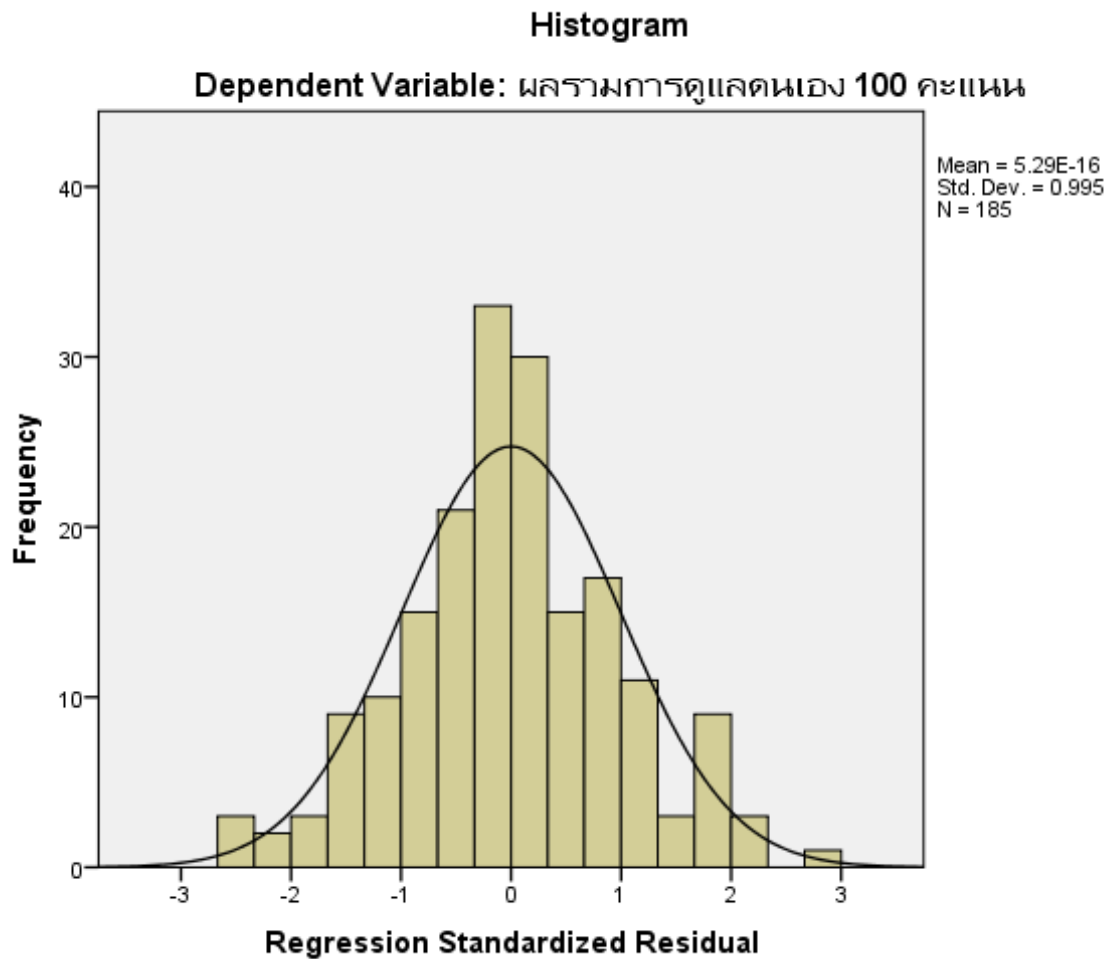
แผนภูมิที่ 4 การกระจายของความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวกับการดูแลตนเอง

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 4 ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity)
รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (x) และตัวแปรตาม (y) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ดังแสดงใน
แผนภูมิที่ 5



แผนภูมิที่ 5 การกระจายของค่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้น

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 5 ตรวจสอบว่ามีการแจกแจงของประชากรเป็นการแจกแจงแบบปกติ หรือไม่ ด้วยการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วยกราฟฮิสโตแกรม (Histogram) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ (normality) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6



แผนภูมิที่ 6 กราฟฮิสโตแกรม (Histogram) แสดงการกระจายของการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อตกลงเบื้องต้นข้อที่ 6 ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

ตารางที่ 14 การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	40.8406	65.7123	55.5246	5.61115	185
Residual	-26.72796	30.69565	.00000	10.27312	185
Std. Predicted Value	-2.617	1.816	.000	1.000	185
Std. Residual	-2.588	2.972	.000	.995	185

a. Dependent Variable: ผลรวมการดูแลตนเอง 100 คะแนน

จากตารางที่ 14 พบว่า Standard Predicted value = .000 และค่า Standard Residuals = .000 ดังนั้นค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนจึงเท่ากับศูนย์

สรุปการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณได้ เนื่องจากเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อในการรับประทานอาหารและการรับประทานยา จำแนกรายข้อ (n=185)

ข้อความ	\bar{X}	SD
ความเชื่อในการรับประทานอาหาร		
การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ ทำให้รู้สึกดีขึ้น	4.52	0.60
การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำช่วยให้หายใจได้คล่องขึ้น	4.51	0.58
การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำช่วยให้มีสุขภาพดี	4.42	0.53
ประหยัดค่าชายเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ	4.42	0.77
มีเวลาในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำ	4.42	0.74
การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยให้หัวใจมีสุขภาพดี	4.41	0.53
การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยลดการบวม	4.41	0.57
การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำจะช่วยป้องกันไม่ให้น้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น	4.40	0.58
การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำเป็นเรื่องที่สามารถเข้าใจได้	4.40	0.81
อาหารปริมาณเกลือต่ำดี	4.38	0.64
สามารถออกไปรับประทานอาหารนอกบ้านได้ สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำได้	3.51	1.18
อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำรสชาติอร่อย	2.81	1.22

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเชื่อในการรับประทานยาและการ
รับประทานอาหาร จำแนกรายข้อ)n=(185 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD
ความเชื่อในการรับประทานยา		
การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ทำให้โอกาสที่กลับเข้า โรงพยาบาลน้อยลง	4.51	0.58
การรับประทานยา ช่วยให้มีความพึงพอใจชีวิตที่ดีขึ้น	4.48	0.55
การรับประทานยาขับปัสสาวะ ช่วยลดอาการบวมได้	4.44	0.67
สามารถจดจำยาที่รับประทานได้	4.42	0.78
ถ้าท่านรับประทานยา จะไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจของ ตนเองมากนัก	4.38	0.69
การรับประทานยาขับปัสสาวะ ช่วยให้หายใจคล่องมากขึ้น	4.38	0.65
ยินดีที่จะรับประทานยา	4.35	0.94
รับประทานยาต่อเนื่อง	4.11	1.07
เมื่ออยู่นอกบ้านยาขับปัสสาวะไม่มีผลกระทบ	4.04	1.15
การรับประทานยาขับปัสสาวะ ไม่มีผลกับการตื่นกลางดึก	3.72	1.19
จำนวนยาที่ต้องรับประทานจำนวนเหมาะสมในแต่ละวัน	3.58	1.27
การรับประทานยา ทำให้ไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ	3.22	1.49

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ภาวะสุขภาพจำแนกรายข้อ (n=185)

ข้อความ	\bar{X}	SD
ไม่มีความรู้สึกเคঁรา หรือหดหู่	4.37	0.71
การมีปัญหาทางสุขภาพหรือปัญหาทางอารมณ์ไม่ส่งผลทำให้เกิด อุปสรรคขัดขวางการทำงานกิจกรรมทางสังคม	4.25	0.89
การทำงาน หรือทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ทำโดยปราศจาก ความระมัดระวัง สับเพร่า เลินล่อ	3.92	1.00
จากปัญหาสุขภาพการทำงาน หรือทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้ ปริมาณเท่ากับ หรือมากกว่าที่ต้องการ	3.82	1.08
สามารถทำงานได้ทุกอย่างตามที่ตั้งใจไว้	3.79	1.08
การทำงาน หรือทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ทำได้ปริมาณเท่าเดิม หรือมากกว่าที่ต้องการ	3.71	1.08
สุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์สุขภาพดี	2.65	1.04
ไม่มีอุปสรรคในการเดินขึ้นตึก 2-3 ชั้น หรือเดินขึ้นเนิน	2.44	0.71
ไม่มีอุปสรรค ในการทำกิจกรรมที่ใช้กำลังปานกลางเช่นการยก โต๊ะการทำความสะอาดปิดกวาดเช็ดบ้านหรือหิ้วของกลับจาก ตลาด	2.38	0.73
มีความรู้สึก ใจสงบ นิ่ง มีสมาธิ	2.28	1.00
มีความรู้สึก แข็งแรง กระปรี้กระเปร่า สดชื่น	2.16	0.94
ปัญหาการเจ็บปวดตามร่างกายไม่มีผลต่อความสามารถในการ ทำงานประจำวัน	2.02	1.00

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเจ็บป่วย จำแนกรายข้อ (n=185)

ข้อความ	\bar{X}	SD
ในความคิดการเจ็บป่วยจะดำเนินไปอีกนาน	6.71	2.68
การเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานชีวิต	4.12	2.62
มีความสามารถในการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้	2.96	2.19
ไม่มีกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	2.82	2.56
มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	2.70	1.73
มีอาการอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย	2.21	2.29
การเจ็บป่วยไม่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์	1.99	2.48
การรักษาที่ได้รับช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้น	1.87	1.49



ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยโรคหัวใจจำแนกรายข้อ (n=185)

ข้อความ	\bar{X}	SD
มั่นใจว่าสามารถใช้ยาเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง	2.94	0.84
มั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ	2.76	0.9
มั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้มากเท่าที่เป็นประโยชน์ต่อตัว ท่านเอง	2.72	0.9
มั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมทั่วไปได้ตามปกติ	2.72	0.89
มั่นใจว่าสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ขณะอยู่ที่ทำงานได้ตามปกติ	2.7	0.96
มั่นใจว่าสามารถปรึกษาหรือพบแพทย์เมื่อจำเป็นได้	2.65	0.94
มั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้เองด้วยการ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ	2.63	0.94
มั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการหายใจติดขัดได้เองด้วยการ ปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำ	2.57	0.96
มั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการหายใจติดขัดได้เองด้วยการใช้ยา	2.55	0.93
มั่นใจว่าสามารถอธิบายอาการของโรคหัวใจให้แพทย์เข้าใจได้	2.55	1.01
มั่นใจว่าสามารถควบคุมอาการเจ็บหน้าอกได้เองด้วยการใช้ยา	2.53	0.97
มั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายแบบแอโรบิคได้	2.28	1.19
มั่นใจว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์กับสามี/ภรรยา/คู่ครอง/คนรัก ได้ ตามปกติ	2.11	1.24

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เรื่องภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกรายข้อ (n=185)

ข้อความ	\bar{X}	SD
การออกกำลังกายและพักผ่อนปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอที่บ้าน	0.99	0.07
ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	0.98	0.13
หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย	0.98	0.15
เหตุผลที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องชั่งน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอเพื่อตรวจสอบว่าร่างกายมีภาวะน้ำเกินหรือไม่	0.92	0.27
หากมีอาการหายใจลำบาก หรือมีอาการบวมที่ขา ควรไปโรงพยาบาล หรือติดต่อแพทย์ พยาบาลเจ้าของไข้	0.92	0.27
กล้ามเนื้อหัวใจตาย และความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว คือข้อใด	0.89	0.31
ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรับประทานยาขับปัสสาวะ เพื่อป้องกันภาวะน้ำคั่งในร่างกาย	0.89	0.32
ภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	0.88	0.33
ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรรับประทานอาหารที่มีเกลือต่ำ เพราะเกลือทำให้เกิดการสะสมของน้ำในร่างกาย	0.82	0.38
อาการบวมที่ขาของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดจากการสะสมของของเหลวบริเวณขา	0.81	0.4
หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 กิโลกรัมภายใน 2 – 3 วัน ควรไปโรงพยาบาลหรือติดต่อแพทย์เจ้าของไข้	0.81	0.4
ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรได้รับน้ำโดยประมาณ 1 ลิตรครึ่ง ถึง 2 ลิตรในแต่ละวัน	0.78	0.42
หากผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกระหายน้ำ ควรปฏิบัติโดยการอมน้ำแข็ง	0.68	0.47
ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวควรชั่งน้ำหนักทุกวัน	0.64	0.48
ไข้หวัดเป็นสาเหตุที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว	0.5	0.5

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
จำแนกรายข้อ (n=185)

ข้อความ	\bar{X}	SD
การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ		
ไปตามนัดของแพทย์หรือพยาบาล	3.81	0.47
ตรวจสอบว่าข้อเท้าของตนเองบวมหรือไม่	3.29	0.83
ซั่งน้ำหนักของตัวเอง	2.81	0.93
รับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อยเกลือ/	2.81	0.78
ออกกำลังกาย	2.73	1.06
พยายามเลี่ยงไม่ทำให้ตัวเองป่วย (เช่น ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่, หลีกเลี้ยงคนที่ป่วย)	2.59	0.88
ออกกำลังกายเป็นเวลา 30 นาที	2.29	1.15
เลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือ/ไขมันน้อยเมื่อรับประทานอาหารนอกบ้านหรือไปบ้านของผู้อื่น	2.25	0.75
ใช้ระบบบด/ใส่ยา หรือเครื่องเตือนความจำ เพื่อช่วยให้จำว่าต้องรับประทานยาอะไรบ้างและเมื่อไหร่	2.15	1.22
ลืมนัดที่จะรับประทานยาบางตัวบางขนาน/	1.45	0.71
การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ		
การปฏิบัติโดยการลดปริมาณเกลือในอาหารเมื่อมีอาการ	3.25	0.65
การปฏิบัติโดยการลดการบริโภคของเหลวเมื่อมีอาการ	3.08	0.77
มั่นใจว่าวิธีการบำบัด/รักษาที่ใช้ครั้งล่าสุดเมื่อมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวม ช่วยในการรักษา	2.74	0.73
โทรศัพท์ขอคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล มีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวม	1.85	1.03
ถ้าท่านมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวมในช่วงเดือนที่ผ่านมา ท่านรู้ได้อย่างรวดเร็วว่าอาการเหล่านี้เป็นอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว	1.54	1.17
การอมน้ำแข็งเมื่อมีปัญหาด้านการหายใจหรือข้อเท้าบวม	1.49	0.88

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายกิติพงษ์ พิณจพันธ์
วัน เดือน ปี เกิด	30 สิงหาคม 2526
สถานที่เกิด	บุรีรัมย์
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ เมื่อปีการศึกษา 2549 ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ จากสถาบันหัวใจเพอร์เฟคฮาร์ท โรงพยาบาลปิยะเวท ในปี พ.ศ. 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2560 จนถึงปัจจุบัน
ที่อยู่ปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ 681 ถนนรามอินทรา แขวงคั่นนายาว เขตคูนนายาว จังหวัดกรุงเทพฯ