

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

.....  
นางสาวเสาวลักษณ์ ท่ามาก  
ผู้วิจัย

.....  
รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,  
พย.ด.  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....  
นางสาว ฟ้าใส  
อาจารย์ กุสุมา คุณวัฒน์สัมฤทธิ์,  
Ph.D. (Nursing)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....  
อาจารย์ พิศสมัย อรทัย,  
ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)  
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์,  
Ph.D.  
รักษาการแทนคณบดี  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,  
พย.ด.  
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)

วันที่ 2 ตุลาคม พ.ศ. 2552

.....  
กฤษมา คุณวัฒนสมบัติ

อาจารย์ กฤษมา คุณวัฒนสมบัติ,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
พิศมัย อรทัย

อาจารย์ พิศมัย อรทัย,

ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อัมพร นามวงศ์พรหม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัมพร นามวงศ์พรหม,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอื้อมพร มัชฌิมวงศ์,

Ph.D.

วิชาการแทนคนบด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....  
เสาวลักษณ์ ท่ามาก

นางสาวเสาวลักษณ์ ท่ามาก

ผู้วิจัย

.....  
วันทนา มณีศรีวงศ์กุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล,

DSNc.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
อรสา พันธุ์ภักดี

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี,

พย.ด.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....  
รัชตะ รัชตะนาวัน

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวัน,

พ.บ.

คนบด

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.ดร.อรสา พันธุ์ภักดี อ.ดร.กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์ อ.ดร.พิศสมัย อรทัย อาจารย์ที่ปรึกษาควบคุม วิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผศ.ดร.วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และผศ.ดร. อำภาพร นามวงศ์พรหม คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความ กรุณาเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรปริญญาโททุกท่านที่ได้ถ่ายทอด ความรู้และประสบการณ์รวมทั้งฝึกฝนทักษะต่างๆ แก่ผู้วิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม อ.ดร.อภิญา ศิริพิทยากุลกิจ และอาจารย์จริยา ดันติธรรม ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ วิจัย ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอ กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่ได้กรุณา อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ผู้ช่วย ผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และคณาจารย์ใน ภาควิชาทุกท่าน ที่ให้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาศึกษาต่อ และมีเวลาในการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จน สำเร็จสมบูรณ์ รวมทั้งให้กำลังใจมาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการ วิจัย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ ขอขอบคุณเพื่อนนักศึกษาพยาบาล ปริญญาโททุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตร ปริญญาโททุกท่าน เจ้าหน้าที่แผนกเวชระเบียนที่ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ น้องสาว และครอบครัวของผู้วิจัย พี่ชราภรณ์ พี่จี้ พี่จุฑารัตน์ พี่หวงใย และสนับสนุนช่วยเหลือทั้งทางด้านทุนทรัพย์ที่เกี่ยวกับการเรียน และให้ กำลังใจเมื่อยามท้อแท้แก่ผู้วิจัยตลอดมา คุณความดีและประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอ มอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ป่วย และทุกๆ ท่าน

เสาวลักษณ์ ท่ามาก

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

เสาวลักษณ์ ท้ามาก 4937112 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรสา พันธภักดี, พย.ด., กุสุมา คุวานันท์, ปร.ด., พิศสมัย อรทัย, ก.ด. (วิธีวิทยาการ  
วิจัยการศึกษา)

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=91.91$ ,  $SD=6.97$ ) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=43.17$ ,  $SD=5.74$ ) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=25.84$ ,  $SD=5.68$ ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=200.19$ ,  $SD=21.91$ ) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ( $\bar{x}=46.42$ ,  $SD=6.95$ ) และผลการวิจัยยังพบว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.438, 0.324, 0.489$  ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = -0.205$ ) อธิบายได้ว่าถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยลง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งช่วยลดอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

คำสำคัญ: การรับรู้ประโยชน์/ การรับรู้อุปสรรค/ สมรรถนะแห่งตน/ ภาวะหัวใจล้มเหลว/ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

## FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

SAOWALUX THUMMAK 4937112 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORASA PANPAKDEE, DNS., KUSUMA

KHUWATTHANASAMRIT, Ph.D. (Nursing), PISAMAI ORATHAI, Ph.D. (Educational Research Methodology)

## ABSTRACT

This research was conducted to study the factors related to health behavior among patients with congestive heart failure. Pender's Health Promotion was used as the research framework. Purposive sampling was used to select 100 patients with congestive heart failure from the cardiology clinic, out-patient departments of Bangkok Metropolitan Administration Medicine College and Vajira Hospital. The following instruments were used to collect the data: the demographic data assessment form, the knowledge of health promoting behavior questionnaire, the perceived benefits and perceived barriers from health promoting behavior with heart failure questionnaire, the perceived self-efficacy with heart failure questionnaire, and the practiced health promoting behaviors with heart failure questionnaire. Data were analyzed in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation coefficient.

The findings of this study showed that the respondents had a very high level of knowledge of health promoting behaviors ( $\bar{x}$  =91.91, SD=6.97), a high score of perceived benefits from health promoting behavior after heart failure ( $\bar{x}$  =43.17, SD=5.74), a moderate score of perceived barriers from health promoting behavior after heart failure ( $\bar{x}$  =25.84, SD=5.68), a very high score of perceived self-efficacy with heart failure ( $\bar{x}$  =200.19, SD=21.91), and a high score of practiced health promoting behaviors ( $\bar{x}$  =46.42, SD=6.95). In addition, the results revealed that knowledge about health promoting behaviors, perceived benefits in health promoting behavior, and perceived self-efficacy were positively related to perceived health promoting behaviors with heart failure at a 0.01 level of statistical significance ( $r$ =0.438, 0.324, 0.489 respectively). The item: perceived barriers to health promoting behavior, was negatively related to practiced health promoting behavior with heart failure, at a 0.05 level of statistical significance ( $r$ =-0.205). It could be explained that patients with congestive heart failure who have a very high level of knowledge of health promoting behaviors would contribute to the perceived benefits in health promoting behaviors, and reduce perceived barriers in health promoting behavior with heart failure. In addition, patients were highly confident in their self-efficacy in health promoting behavior, so they had a high level of practiced health promoting behavior.

The findings of this study suggest that there is a benefit in promoting knowledge regarding proper health behaviors among patients with congestive heart failure, in order to improve perceived benefits, self-efficacy and reduce perceived barriers.

KEY WORDS: PERCEIVED BENEFITS/ PERCEIVED BARRIERS/ SELF-EFFICACY/ CONGESTIVE HEART FAILURE/ HEALTH PROMOTING BEHAVIOR

140 pages

## สารบัญ

|                                                                   | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------|------|
| กิตติกรรมประกาศ                                                   | ค    |
| บทคัดย่อภาษาไทย                                                   | ง    |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ                                                | จ    |
| สารบัญตาราง                                                       | ช    |
| สารบัญแผนภูมิ                                                     | ณ    |
| <b>บทที่ 1 บทนำ</b>                                               |      |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา                                    | 1    |
| กรอบแนวคิดการวิจัย                                                | 6    |
| วัตถุประสงค์การวิจัย                                              | 12   |
| สมมติฐานการวิจัย                                                  | 12   |
| ขอบเขตการวิจัย                                                    | 12   |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ                                         | 13   |
| นิยามศัพท์                                                        | 13   |
| นิยามตัวแปร                                                       | 13   |
| <b>บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม</b>                                      |      |
| ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว                                  | 15   |
| การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว | 26   |
| การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว  | 28   |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว                     | 31   |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว                  | 33   |
| <b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>                                 |      |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง                                           | 42   |
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย                                        | 43   |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล                                               | 50   |

## สารบัญ (ต่อ)

|                                                                                                                                                                                                                                                                    | หน้า |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>บทที่ 3    วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)</b>                                                                                                                                                                                                                         |      |
| การวิเคราะห์ข้อมูล                                                                                                                                                                                                                                                 | 52   |
| การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                 | 52   |
| <b>บทที่ 4    ผลการวิจัย</b>                                                                                                                                                                                                                                       |      |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                                                                                                                                                         | 54   |
| ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว             | 57   |
| ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว | 58   |
| <b>บทที่ 5    การอภิปรายผลการวิจัย</b>                                                                                                                                                                                                                             | 60   |
| <b>บทที่ 6    สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ</b>                                                                                                                                                                                                                      |      |
| สรุปผลการวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                     | 67   |
| ข้อเสนอแนะ                                                                                                                                                                                                                                                         | 69   |
| ข้อจำกัดของงานวิจัย                                                                                                                                                                                                                                                | 69   |
| <b>บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย</b>                                                                                                                                                                                                                                      | 71   |
| <b>บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ</b>                                                                                                                                                                                                                                   | 91   |
| <b>บรรณานุกรม</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | 111  |
| <b>ภาคผนวก</b>                                                                                                                                                                                                                                                     | 120  |
| <b>ประวัติผู้วิจัย</b>                                                                                                                                                                                                                                             | 140  |

## สารบัญตาราง

| ตาราง |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | หน้า |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1     | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง                                                                                                                                                                                                                                                        | 55   |
| 2     | ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ<br>พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ<br>การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่ง<br>ตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะ<br>หัวใจล้มเหลว | 58   |
| 3     | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม<br>สุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้<br>อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อ<br>มีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจ<br>ล้มเหลว      | 59   |

## สารบัญแผนภูมิ

### แผนภูมิ

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

หน้า

11



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในประเทศต่างๆหลายประเทศ รวมทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทยถือว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรไทย พบว่าสถิติการเสียชีวิตด้วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 24.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2548 เป็น 27.7, 26.8 และ 28.2 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ได้มากกว่าภาวะอื่นหรือโรคอื่นๆ และจากการสำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด และพบได้ถึงร้อยละ 10 ในประชากรสูงอายุ (McMurray & Stewart, 2003 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2547) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศทางยุโรปมีประมาณ 6.5 ล้านคน สหรัฐอเมริกาประมาณ 5 ล้านคน และในประเทศญี่ปุ่น 2.4 ล้านคน (Wal, Moser, Veeger, Gilst & Veldhuisen, 2005) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องพอเพียง จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการ (McMurray & Stewart, 2003 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2547)

ในปัจจุบันแม้จะมีการพัฒนาคุณภาพของยาและการรักษาให้ดีขึ้นแต่อัตราการตายของผู้ป่วยก็ยังคงเท่าเดิม ภาวะหัวใจล้มเหลวอาจพบได้ในทุกกลุ่มอายุ ในสหรัฐอเมริกามีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 10 คนต่อประชากร 1,000 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 65 ปี (Cowie, Mosterd, & Wood et al., 1997; Haldeman, Croft, Giles, & Rashidee, 1999) และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 4 แสนคนต่อปี (George, Dyer, & Micheal, 2001) ภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นสาเหตุอันดับแรกของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (Macklin, 2001) และการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นบ่อย เนื่องจากมีโรคอื่นร่วมด้วยจึงจำเป็นต้องใช้ยารักษาหลายชนิด และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น (Michale & Rich, 2002) ในสหรัฐอเมริกาพบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงถึง 38.1 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี

(Crowter, Maroulis, Winter, & Hander, 2002) จะเห็นได้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระบบสาธารณสุขอย่างมาก (McCormick, 1999)

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อนที่เป็นผลจากโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจผิดปกติไป ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ (American College of Cardiology/ American Heart Association, 2005) ทำให้เนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เกิดการกั่งของสารน้ำทั่วร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอาการบวม เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ความทนต่อกิจกรรมลดลง (Carelock & Clark, 2001) ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นลักษณะการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เข้าสู่ระยะสุดท้าย เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นที่หัวใจไม่อาจกลับคืนสู่สภาวะปกติ ถึงแม้จะได้รับการรักษาให้ดีขึ้นระยะหนึ่งแล้วก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก (Stewart & Blue, 2001) ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ และลดปัญหาการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมุ่งที่การรักษาสาเหตุและปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งการควบคุมอาการ การรักษาสาเหตุ เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เพื่อรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง การรักษาโรคไตเป็นต้น (อภิชาติ สุคนธธรรม, 2547) นอกจากการรักษาสาเหตุและปัจจัยชักนำของภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องได้รับการรักษาเพื่อควบคุมอาการหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนการรักษาปัจจัยชักนำ ได้แก่ การรักษาภาวะติดเชื้อ นอกจากการรักษาดังกล่าวแล้วผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องดูแลตนเองเพื่อควบคุมอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรง เช่น ภาวะปอดบวม น้ำเย็บพลัน ซึ่งผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองปนเลือด (Angerio & Kot, 1994) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมาหน่วยฉุกเฉินและถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ภาวะหัวใจล้มเหลวแม้ว่าจะได้รับการรักษาให้อาการดีขึ้นแล้วก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก และเป็นภาวะสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Vinson, Rich, Sperry, Shah & McNamara, 1990) พบว่าร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Vinson et al., 1990; Krumholtz et al., 1997; Philbin, Rocco, Lidenmuth, Ulrich, & Jenkins, 1999) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นจะต้องรับประทานยาไปตลอดชีวิตและต้องรับประทานยามากกว่า 2 ชนิดต่อวัน ยาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องรับประทานได้แก่ ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACE inhibitor) และยาขับปัสสาวะ (The SOLVD investigators, 1991) ซึ่งช่วยลด

อัตราตายและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลได้ (DeWald, Pharm, Gaulden, Beyler, & Bowers, 2000) แต่ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินจะมีความเสี่ยงสูง เช่น ไอและเวียนศีรษะ ยาขับปัสสาวะจะช่วยขับเกลือและน้ำออกจากร่างกายส่วนเกินของยาขับปัสสาวะทำให้ปากแห้ง เวียนศีรษะ และปวดข้อ (Konstam et al., 1994) อาการข้างเคียงดังกล่าวที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือหยุดรับประทานยาเอง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือเกิดอาการข้างเคียงจากผลของยา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเร็วขึ้น

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูงคือ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ (Jaarsma & Dracup, 2001; Saunders, 2003) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารพบร้อยละ 18 การรับประทานยาพบร้อยละ 15 การขาดการสนับสนุนทางสังคมพบร้อยละ 21 และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการร้อยละ 20 (Vinson, et al., 1990) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Bennett et al., 1998; Evangelista, Berg, & Darcup, 2001 cited in Bennett et al., 2005) และทำให้อัตราตายสูงขึ้น (McDermott, Schmitt, & Wallner, 1997)

ในผู้ป่วยคนไทยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง พักผ่อนไม่เพียงพอ (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531) ซึ่งหลักการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบการดำเนินชีวิต และการพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วย (Michale & Rich, 2002) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การจำกัดเกลือ จำกัดน้ำดื่ม หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อ (Konstam et al., 1994) นอกจากนี้สิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ และมีอาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย อาการเหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องค้นพบให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ (Dracup et al., 1994; Bushnell, 1992) รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง

นอกจากปัจจัยภายนอกจะมีผลทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยที่อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมไม่ได้ ซึ่ง

ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยหมายถึง ปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมโดยผ่านกระบวนการคิด และตัดสินใจตอบสนองต่อสิ่งที่รับรู้ออกมา ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว (Pender, 1996) เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพหรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง จะช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ดังนี้ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เบนเน็ตต์และคณะ (Bennett, Castro, Westmoreland, Cordes, & Pressler, 1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะและความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะว่าทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดอาการบวม ช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ และประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ทำให้ดีต่อสุขภาพ และช่วยลดอาการบวมได้

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะและความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่าอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ได้แก่ การทำให้ปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รบกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และกลืนปัสสาวะไม่อยู่ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง ส่วนอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่ารสชาติอาหารไม่ดี ไม่อร่อย เสียเวลาในการจัดเตรียม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ยุ่งยากเวลาไปทานอาหารนอกบ้าน และไม่เข้าใจว่าอาหารประเภทใดที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมต่ำ (Bennett, Milgrom, Champion, & Huster, 1997; Bennett, Lane, Welch, Brater, & Murry, 2005) จึงทำให้ไม่สามารถจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้

มาร์ทิจและคณะ (Martje et al., 2007) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้

อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น และความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การลืมชั่งน้ำหนัก และไม่รู้ว่าการตรวจสอบอาการบวมของขาและเท้าเป็นอย่างไร

แม้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ ได้ ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตอบสนองต่อการรับรู้ และทำให้เกิดการตกลงใจการวางแผนการกระทำที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆออกมา (Pender, 1996) ดังการศึกษาของศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีคะแนนสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีคะแนนต่ำ 3 อันดับ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง การศึกษายังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมดี ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ 3 อันดับ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันมากๆ การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก การจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และผลการศึกษายังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและในรายข้อ

การศึกษาของ หยวน ห่าวบิน (2543) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเกิดกับผู้ป่วยแล้วจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายลดลง และเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรค โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ปรับกิจวัตรประจำวัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของโรค และปรับการ

รับประทานอาหารและยา การพักผ่อน การจัดการกับความเครียด ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เหมือนกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่นกัน

จากการศึกษาการรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผ่านมามีการศึกษาเฉพาะการรับประทานยาขับปัสสาวะและการจำกัดอาหารเกลือโซเดียมเท่านั้น ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งจะประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการตรวจตามนัด ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง จะไม่สามารถควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้กำเริบรุนแรงได้ ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมโดยรวมทั้งหมด นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็เป็นอีกปัจจัยที่มีผลโดยตรงที่ก่อให้เกิดหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่สนใจการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งพบว่าที่หน่วยบริการนี้ยังไม่มีแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างชัดเจน ผู้วิจัยไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว และปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการตรวจตามนัดเป็นอย่างไร รวมทั้งผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เห็นอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอย่างไร และเกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคาดว่าความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับการให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถูกต้องเหมาะสมต่อไป

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การรักษาและควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวให้ได้ผลดี นอกจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวแล้ว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพแบบแผนการดำเนินชีวิตในระหว่างการเจ็บป่วยก็มีความสำคัญในการควบคุมและป้องกันไม่ให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) เน้นที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัยย่อย คือพฤติกรรมเดิมที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน (prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 3 ด้าน ได้แก่ลักษณะทางชีววิทยา (personal biological factors) ลักษณะทางด้านจิตใจ (personal psychological factors) ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม (personal sociocultural factors) 2) ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะกับพฤติกรรม (behavior-specific cognition and affect) ซึ่งประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ คือการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers of action) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self - efficacy) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) และอิทธิพลจากสถานการณ์ (situation influences) และ 3) ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Out come) ได้แก่ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านย่อย ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษามโนทัศน์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล (personal factors) ด้านลักษณะทางด้านจิตใจ ได้แก่การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) มโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มโนทัศน์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มโนทัศน์ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการให้ความรู้ กระตุ้นและช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการปรับปรุงรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในมโนทัศน์การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าการจะรับรู้สุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองก่อนเพื่อจะตัดสินใจว่าตนเองควรจะทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใดบ้าง ถ้าบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนจะต้องปฏิบัติ จะทำให้รับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร

บุคคลที่รับรู้ว่าคุณภาพดีจะมีความโน้มเอียงที่จะกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่า และจริงจังกว่าคุณภาพไม่ดีซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความจริงจังกว่าการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นในการศึกษาค้างนี้มนโนทัศน์การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีผลต่อการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขภายใต้ภาวะการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในค้างนี้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านั้น สามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและกระทำพฤติกรรมดังกล่าวได้

มนโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกำหนดความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามพันธะสัญญาหรือข้อผูกมัดเพื่อบางแผนการกระทำ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดหวังว่าจะเกิดประโยชน์ จากการทบทวนวรรณกรรมของเพนเดอร์ เกี่ยวกับการศึกษาที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไปทดสอบในกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 55 ของการศึกษาทั้งหมด (Pender, 1996) การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใดๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำหรือพฤติกรรมจะเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ในช่วงแรกประโยชน์จากภายนอกจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการเริ่มมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อมาประโยชน์ภายในอาจเป็นแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า

การที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวจะทำให้ตนเองไม่เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวที่รุนแรงขึ้น สามารถปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และไม่ต้องกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก็จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ต่อไป

มโนทัศน์ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลทางอ้อมต่อการลดพันธะสัญญาหรือข้อผูกมัดในการวางแผนการกระทำ (Pender, 1996) จากการรวบรวมการศึกษาของเพนเดอร์ เกี่ยวกับความสำคัญของการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ พบว่าร้อยละ 79 ของการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ จะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัดเป็นภาระสำหรับตนเอง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาที่รับประทาน ต้องเสียเวลาในการเดินทางไปตรวจตามนัด อาจทำให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล หรือละเลยในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว(Pender, 1996)

มโนทัศน์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแนะว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ หรือจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ในด้านบวกมากขึ้น และจะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงมากตามไปด้วย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และความตั้งใจในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาที่ผ่านมาของเพนเดอร์ที่เกี่ยวกับการทดสอบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถคาดการณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 86 ของการศึกษาทั้งหมด (Pender, 1996)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติ ได้แก่การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพที่จำเป็นได้สำเร็จ ก็จะใช้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

มโนทัศน์สุดท้ายที่นำมาศึกษาคือ ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมเป็นผลลัพธ์ที่บุคคลจะแสดงออกถึงความสามารถในการดำรงหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการ โดยตรง ทั้งยังสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตลอดช่วงชีวิต โดยผสมผสานเข้าไปในวิถีการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่ศึกษา ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด 2) กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วย การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการพักผ่อน 3) โภชนาการ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารและน้ำ และ 4) การจัดการความเครียด การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทางบวกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การพักผ่อน การปรับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ซึ่งกรอบแนวคิดของการศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงไว้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 100 ราย ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งเปิดให้บริการทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551- เดือนธันวาคม พ.ศ. 2551

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. นำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพทางบวก และลดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางลบในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

## นิยามศัพท์

**ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรฐานรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

## นิยามตัวแปร

**ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการตรวจตามนัด โดยใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของนิภาพร ประจันบาน (2550) คะแนนยิ่งมาก แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

**การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึงความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ของการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการตรวจตามนัด วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

**การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึง ความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด วัดโดยใช้แบบสอบถาม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คະแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ว่ามีอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึงความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของนิภาพร ประจันบาน (2550) โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด คະแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

**พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** หมายถึงการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการรับรู้ในด้านต่างๆ ได้แก่การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คະแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว
2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว
3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวที่ศึกษาในครั้งนี้ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการและการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว และการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure)** หมายถึงภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวส่งเลือดและออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ส่วนใหญ่เนื่องมาจากมีพยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลจากภาวะผิดปกติต่างๆ เช่น ความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการเลือดและออกซิเจนในปริมาณที่มากกว่าปกติ การไหลกลับของเลือดเข้าสู่หัวใจผิดปกติ และภาวะที่มีการเผาผลาญ (metabolism) เพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้มีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาธิก (sympathetic) และมีการหลั่งสารสื่อประสาท (neurohormone mediators) ต่างๆ มากมาย สารสื่อประสาทเหล่านี้จะย้อนกลับมามีผลร้ายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหัวใจห้องล่างซ้ายทำให้ผนังหัวใจบางลง ขนาดของหัวใจโตขึ้น ประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ส่งผลทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง (อภิชาติ สุขคนธรรพ์, รังสฤษฎ์ การญจนะวานิชย์, 2547) ทำให้หัวใจไม่สามารถบีบเลือดออกไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทั้งในขณะพักหรือเมื่อต้องออกกำลังกาย ทำ

ให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย และความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง (Francis, Gassler & Sonnenblick, 2001; Braunwald, 2005)

### สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกซึ่งมีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ทั้งสาเหตุที่เกิดจากโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดชนิดต่างๆ และโรคที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางด้านการเผาผลาญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Carelock & Clark, 2001) จะเห็นว่ามีหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือสาเหตุที่แท้จริง (underlying cause) และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (precipitating cause)

**สาเหตุแท้จริง (Underlying cause)** ของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีหลายสาเหตุ ทั้งสาเหตุที่เกิดจากหัวใจโดยตรงและเกิดจากสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ (Watson, Gibbs & Lib, 2000; Braunwald, 2005) การที่หัวใจต้องทำงานเพิ่มมากขึ้นผิดปกติ เนื่องจากมีปริมาตรเลือดมากเกินไป (volume overload) หรือภาวะที่หัวใจต้องบีบตัวจนเกินกำลัง (pressure overload) ปกติเมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวเพิ่มขึ้น จะทำให้เพิ่มแรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ แต่เมื่อปริมาตรเลือดก่อนหัวใจบีบตัวมากเกินไปที่หัวใจห้องล่างจะรับได้ จะทำให้แรงบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) ลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Francis et al., 2001) ความผิดปกติที่ทำให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ลิ้นหัวใจรั่ว ความพิการของหัวใจแต่กำเนิด และปริมาตรเลือดในระบบไหลเวียนมากเกินไป (hypervolemia) (พิกุล บุญช่วง, 2541; Francis et al., 2001)

การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 50.3 (Cowie, 1997) เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุอื่นของความผิดปกติที่พยาธิสภาพของกล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหรือตาย กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง และผนังของหัวใจห้องล่างโป่งพอง (ventricular aneurysm) ส่วนสาเหตุภายนอกหัวใจที่ทำให้เกิดการบีบรัดหัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างไม่สามารถคลายตัวได้เต็มที่ ทำให้ปริมาตรเลือดที่เข้าสู่หัวใจถูกจำกัดทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจในการบีบตัว 1 ครั้งลดลงได้แก่ ภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (pericarditis) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) มีของเหลวในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ (pericardial effusion) (พิกุล บุญช่วง, 2541)

การนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ส่งผลให้หัวใจต้องทำงานมากขึ้นจึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นช้าหรือเต้น

เร็วกว่าปกติ หรือเกิดจากการส่งกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ โดยเฉพาะภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ (atrial fibrillation) ซึ่งมักจะเกิดร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของกลาสโกว์ประเทศสกอตแลนด์ พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการหัวใจห้องบนเต้นเร็วจำนวนมากกว่าร้อยละ 60 มักเกิดจากการเสียหน้าที่ของหัวใจห้องล่างซ้าย และยังมีการศึกษาพบว่าหัวใจห้องบนเต้นเร็วมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย ส่วนการเต้นผิดปกติของหัวใจห้องล่างก็เป็นอาการแสดงที่พบบ่อยในภาวะหัวใจล้มเหลวและเป็นอาการที่จะทำให้เกิดการตายทันที (sudden death) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Lib, Gibbs & Beevers, 2000)

**ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น (precipitating cause)** ได้แก่ การติดเชื้อในร่างกาย สารพิษจากการติดเชื้อทำให้มีการเพิ่มกระบวนการเมตาบอลิซึม ภาวะกรดต่างเปลี่ยนแปลงมีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้หัวใจเต้นเร็ว มีผลให้ความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ถ้ารักษาไม่เหมาะสมก็ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Lib et al., 2005) การมีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นสาเหตุชักนำที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้บ่อย และโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบสื่อไฟฟ้าของหัวใจ มีจำนวนเซลล์นำไฟฟ้าบริเวณจุดกำเนิดไฟฟ้าลดลง ทำให้มีภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุ (Burke & Laranie, 2000)

ภาวะโลหิตจาง อาจเป็นชนิดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จะทำให้ปริมาตรของออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลง ระบบหัวใจและการไหลเวียนในร่างกายจึงต้องทำงานหนักมากขึ้น เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานมากขึ้นและเกิดการปรับตัวโดยการขยายตัวและเสื่อมสภาพในระยะสุดท้ายของโรคทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา (Vaccari et al., 2002) จากการศึกษาแบบcohort ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงของNYHA ระดับ 3 ถึง 4 จำนวน 1,061 ราย พบว่าภาวะซีดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และอัตราการรอดชีวิต (Horwich et al., 2002)

ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ พบว่าภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษ เป็นภาวะหนึ่งที่ทำให้ระดับไทรอยด์ฮอร์โมนสูงขึ้น ทำให้การบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจแรงและเร็วขึ้น และยังทำให้หลอดเลือดขยาย จึงทำให้แรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีปริมาตรเลือดไหลเวียนกลับเข้าสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น และยังพบว่าการเต้นของหัวใจห้องบนเร็วกว่าปกติพบร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้การมีเนื้องอกของต่อมหมวกไตส่วนใน (pheochromocytoma) ซึ่งมีระดับแคทีคอลามีนสูงขึ้นทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลให้หัวใจทำงานมากขึ้น (Carelock & Clark, 2001; Rodgers & Reedewr, 2001)

ภาวะก่อนเลือดอุดตันภายในหลอดเลือดแดงปอด ผู้ป่วยที่มีกิจกรรมน้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะทำให้มีปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีน้อย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดบริเวณส่วนปลายของร่างกาย บริเวณอุ้งเชิงกราน จะเกิดลิ่มเลือดลอบไปอุดตันที่ปอดอาจจะทำให้มีการเพิ่มความดันในหลอดเลือดแดงของปอดอย่างเฉียบพลัน ทำให้หัวใจห้องล่างขวามีเลือดคั่งและขยายใหญ่ขึ้น เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น (Braunwald, 2005) นอกจากนี้ภาวะใช้รูห์มาติกและกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ทำให้หน้าที่การทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจแย่ง บางครั้งมีการบีบรัดหัวใจจากการอักเสบของเยื่อหุ้มหัวใจ ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่างขวาได้สะดวก จึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้ความดันในหลอดเลือดแดงสูง ซึ่งสาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงอาจจะมาจากโรคไตหรือจากการหยุดยาลดความดันโลหิตทำให้หัวใจไม่สามารถจะปรับตัวชดเชยได้อีกต่อไป ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวได้ในที่สุด (Francis et al., 2001; Braunwald, 2005)

การดื่มสุราเรื้อรัง แอลกอฮอล์มีพิษโดยตรงต่อหัวใจ ทำให้เกิดหัวใจล้มเหลวแบบเฉียบพลันและมีผลทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ การดื่มสุราเรื้อรังยังทำให้เกิดภาวะพร่องไทอะมิน (Thiamine deficiency) มีผลต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาธิก ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายขยายการไหลเวียนของเลือดเร็วขึ้น และยังทำให้กล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อหัวใจดูดซึมน้ำกลับเข้าไปในเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง จึงมีปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจมากขึ้น การที่กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลงทำให้ความดันในหัวใจห้องล่างขณะคลายตัวสูง ปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจจึงลดลงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว (dilated cardiomyopathy) ตามมา (Lib et al., 2000) การดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 90 กรัมต่อวันหรือ 8 แก้วต่อวันต่อเนื่องมากกว่า 5 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโตจากแอลกอฮอล์ และถ้ายังคงดื่มต่อเนื่องมากกว่า 15 ปี ก็จะเกิดอาการภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดกล้ามเนื้อหัวใจขยายตัว (Piano, 2002)

สาเหตุอื่นๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่นการออกกำลังกายมากเกินไป การเลิกคุมปริมาณเกลือโซเดียมที่รับประทาน (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2546; Braunwald, 2005) การรับประทานยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สม่ำเสมอหรือหยุดรับประทานยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ร้อนหรือชื้นเกินไป และการมีภาวะเครียด สาเหตุดังกล่าวส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นได้ (Braunwald, 2005) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ให้มีประสิทธิผลมากที่สุดควรค้นหาสาเหตุที่แท้จริงและสาเหตุที่ส่งเสริมให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น เพื่อที่รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวได้ตรงกับสาเหตุและวิธีการป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น

### อาการและการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่มีพยาธิสภาพที่ซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายหลายระบบ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการและการแสดงทางร่างกายดังต่อไปนี้

อาการเหนื่อยหอบ (dyspnea) เป็นอาการเริ่มแรก เกิดจากความดันในหลอดเลือดแดงของปอดเพิ่มขึ้น จากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว ทำให้มีเลือดคั่งในปอดและเกิดปอดบวมน้ำ ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี จึงต้องเพิ่มแรงในการหายใจ และมีการเพิ่มแรงต้านทานของการหายใจ จากการสำรวจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 11,062 ราย พบว่ามีอาการเหนื่อยหอบ ร้อยละ 82 (Cleland et al., 2002) จะพบอาการเหนื่อยหอบมีหลายระดับ ตั้งแต่ อาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) อาการเหนื่อยหอบในท่านอนราบ (orthopnea) และอาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea)

อาการเหนื่อยหอบเมื่อออกแรง (dyspnea on exertion) เป็นอาการแรกสุดของภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (วิเชียร ทองแดง, 2543) อาการเหนื่อยหอบในท่านอนราบ (Orthopnea) คือถ้าผู้ป่วยนอนหงายราบจะหายใจเหนื่อยหอบ แต่ถ้านั่งอาการเหนื่อยหอบจะลดลง เนื่องจากปอดมีเลือดคั่งจากเลือดไหลกลับจากอวัยวะส่วนปลายเข้าหลอดเลือดดำที่กลับเข้าหัวใจและปอด ทำให้หัวใจทำงานหนัก นอกจากนี้การที่ปอดมีเลือดคั่งและบวม น้ำ ท่านอนราบกระบังลมจะสูงขึ้นบีบปอด ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี ทำให้อากาศที่ออกจากปอดลดลง (วิเชียร ทองแดง, 2543) ในผู้ป่วยที่มีท้องมาน (ascites) และตับโตอยู่แล้ว อาการนอนราบไม่ได้จะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (พิกุล บุญช่วง, 2541) จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,032 ราย พบอาการเหนื่อยหอบเมื่อนอนราบ ร้อยละ 74.9 (Smith et al., 2002)

อาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน (paroxysmal nocturnal dyspnea) เป็นอาการสำคัญ คือผู้ป่วยจะนอนหลับสบายในท่านอนราบหนุนหมอนตามปกติประมาณ 2-5 ชั่วโมง (พิกุล บุญช่วง, 2541; Watson, Gibbs, & Lip, 2000) และตื่นขึ้นมาตอนดึกเนื่องจากหายใจไม่ออก เหนื่อยหอบ มักเป็นอยู่ประมาณ 15-30 นาที อาการจะลดลงเมื่อนั่ง เป็นผลจากการเพิ่มปริมาตรของเลือด ขณะเข้าสู่หัวใจจากการดูดซึมกลับของน้ำบริเวณที่บวมตามส่วนห้อยต่ำที่สะสมอยู่ในเวลากลางวัน หัวใจห้องซ้ายที่ล้มเหลวไม่สามารถทนต่อปริมาตรของเลือดที่มากเกินไปได้ ทำให้เพิ่มความดันในหลอดเลือดดำของปอด (พิกุล บุญช่วง, 2541)

จากการศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 159 ราย พบว่ามีอาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน ร้อยละ 23 (Caruana et al., 2000) และจากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,032 ราย พบอาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืน ร้อยละ 61.7

(Smith et al., 2002) อาการเหนื่อยหอบเป็นพักๆ ในช่วงเวลากลางคืนอาจส่งผลให้เกิดภาวะน้ำท่วมปอดอย่างเฉียบพลัน (acute pulmonary edema) สาเหตุที่สำคัญเกิดจากการเพิ่มความดันในหลอดเลือดดำของปอดร่วมกับหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (พิบูล บุญช่วง, 2541) เมื่อสารน้ำเข้าไปในถุงลมปอด การแลกเปลี่ยนก๊าซก็จะถูกขัดขวางร่วมกับการที่ปอดยืดขยายได้ไม่ดี จากภาวะปอดบวมน้ำอาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการออกแรงเพิ่มขึ้นทันทีทันใด อาการเหนื่อยหอบมักเกิดร่วมกับมีเสมหะเป็นฟองหรือมีสีชมพูหรือมีอาการหายใจผิดปกติแบบหยุดเป็นพักๆ (Cheyne-Stokes respiration) โดยมีลักษณะการหายใจหอบเร็ว (hyperpnea) แล้วค่อยๆ ซาลงจนหยุดหายใจแล้วเริ่มหายใจใหม่เป็นเช่นนี้สลับกัน

อาการไอ (cough) เป็นอาการที่สำคัญของภาวะหัวใจข้างซ้ายล้มเหลว อาการไอแห้งๆ มักเกิดขึ้นในตอนกลางคืนร่วมกับอาการเหนื่อยหอบ ทำให้รบกวนการนอนและเกิดอาการอ่อนเพลีย การไอเป็นเลือด เสมหะเป็นฟองสีชมพูซึ่งเกิดขึ้นในภาวะเลือดคั่งในปอดอย่างเฉียบพลันเป็นผลจากเอ็มโบลาไปอุดที่ปอด (Pulmonary embolism) อาการนี้จะเกิดได้ง่ายในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (พิบูล บุญช่วง, 2541; Braunwald, 2005)

อาการบวมในส่วนปลายของร่างกาย เช่น ขา แผ่นหลัง บวมแน่นที่ท้อง น้ำหนักเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการคั่งของน้ำในหลอดเลือดทั่วร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานของไต เมื่อปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายใน 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง อัตราการกรองที่ไตลดลง เกิดการคั่งของโซเดียมและน้ำ และจากการที่เลือดไหลไปเลี้ยงไตลดลงอย่างต่อเนื่องจะกระตุ้นการทำงานของระบบเร็นนินแองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (rennin-angiotensin aldosterone) โดยอัลโดสเตอโรนจะยังกระตุ้นทิวบูลของไต (renal tubule) ให้เก็บน้ำและโซเดียมมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวม เมื่อความเข้มข้นของโซเดียมในน้ำนอกเซลล์เพิ่มขึ้น แรงดันออสโมติกของพลาสมาจะเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งการกระตุ้นไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ให้หลั่งฮอร์โมนที่ยับยั้งการขับปัสสาวะ (antidiuretic: ADH) ส่งเสริมให้ทิวบูล (tubule) ดึงน้ำไว้ ปัสสาวะจึงออกน้อย (พิบูล บุญช่วง, 2541; วิเชียร ทองแดง, 2543; Watson et al., 2000)

จากการศึกษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 159 ราย พบว่ามีอาการบวม ร้อยละ 68 (Caruana et al., 2000) และจากการสำรวจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 11,062 ราย พบว่ามีอาการบวมที่ข้อเท้าร้อยละ 82 (Cleland et al., 2002) ตรวจร่างกายพบอาการบวม น้ำ (edema) เกิดเมื่อน้ำคั่งนอกเซลล์มากกว่า 5 ลิตร มักบวมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ภาวะที่มีน้ำในช่องท้อง (ascites) และภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (hydrothorax) มักพบในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยพบที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ถ้าพบข้างเดียวมักพบปอดข้างขวา (Watson et al., 2000)

อาการสมองขาดออกซิเจน (Cerebral hypoxia) เกิดจากปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดอาการวิตกกังวล หงุดหงิด กระสับกระส่าย ความจำเสื่อม ฝันร้าย นอนไม่หลับ ซึ่งอาจเกิดจากการระบายอากาศไม่เพียงพอและการรับคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก และการรับรู้

อาการอ่อนเพลียและกล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย เกิดจากเลือดที่บีบออกจากหัวใจมีปริมาตรน้อยลง ไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและการขนถ่ายของเสียจากการเผาผลาญจากร่างกายช้า จึงทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียได้ง่าย (Siva & Noble, 1999) นอกจากนี้การนอนหลับและพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้อ่อนเพลียมากขึ้นจากการสำรวจในผู้ป่วยจำนวน 11,062 ราย พบว่ามีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 68 (Cleland et al., 2002)

ชีพจรเบาเร็ว เป็นการตอบสนองต่อการทำงานของประสาทอะดรีนอร์จิก และอัตราการเต้นของหัวใจจะลดลงมาเท่าเดิมได้ช้า แม้ได้พักเนื่องจากการเพิ่มของปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจห้องล่างซ้าย ใน 1 นาที ในการตอบสนองต่อการออกแรงจะกระทำได้จากหัวใจต้องบีบตัวเร็วขึ้น ค่าความต่างระหว่างความดันซิสโตลิกกับความดันไดแอสโตลิก (pulse pressure) แคบ ชีพจรเต้นเร็วและเบาสลับกัน (pulsus alternans) เป็นอาการแสดงของหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลว (Siva & Noble, 1999) จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 1,032 ราย พบว่าชีพจรอยู่ในช่วง 77-123 ครั้งต่อนาที (Smith et al., 2002) ฟังเสียงหัวใจจะได้ยินเสียงควบ (เสียง S3 และ S4) เป็นอาการเริ่มแรกของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อหัวใจห้องล่างไม่สามารถยืดขยายต่อไปและผนังของหัวใจสั้นสะท้อนขณะรับเลือดเมื่อหัวใจคลายตัว (Siva & Noble, 1999)

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ เกี่ยวกับความรัก ความอบอุ่น เห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา จากบุตรหลานหรือจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่สนใจตนเอง ไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาก่อให้เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น (Geest et al., 1998)

ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงจำเป็นต้องทราบอาการและอาการแสดงต่างเหล่านี้เพื่อที่ผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและค้นหาอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้แต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้นจากภาวะปกติ

### ระดับความรุนแรงและความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional classification)

ภาวะหัวใจล้มเหลวมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม โดยทั่วไปผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการรุนแรงขึ้นจะยังมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้น สมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association: NYHA) ได้แบ่งระยะของภาวะหัวใจล้มเหลวตามระดับความรุนแรงของโรค โดยพิจารณาจากระดับความทนทานในการทำกิจกรรม (Functional classification) เป็น 4 ระดับ เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย และรวมถึงการเดิน การขึ้นบันได การออกกำลังกาย โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้นใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างชัดเจน คือ มีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 ไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอหรือมีอาการเจ็บหน้าอก แม้ว่าจะกระทำการเล็กน้อยๆ อาการไม่สุขสบาย หอบเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

### การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว

การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว มีหลักการและเป้าหมายหลักในการดูแลรักษา ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือการเพิ่มประสิทธิภาพในการบีบตัวของหัวใจ และลดการทำงานของหัวใจ เพื่อให้ร่างกายได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ (อภิชาติ สุคนธสรณ์, รังสฤษฎ์ การญะวณิช, 2547; Eliopoulos, 2001) ซึ่งแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ปี 2001 ได้มีแนวทางการรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค สรุปได้เป็น 3 ประการ ได้แก่ 1) การรักษาโดยการให้ยา 2) การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การรักษาโดยการให้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว เพิ่มคุณภาพชีวิต ทำให้ความก้าวหน้าของโรคช้าลง ป้องกันการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และลด

อัตราการเสียชีวิต (McKenzie & Cowley, 2003) ยาที่ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลวประกอบด้วยยากลุ่มดิจิตาลิส (digitalis) ยาขับปัสสาวะ (diuretics) ที่ใช้บ่อยคือ ไทอะไซด์ (thiazide) ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (nitrates) ยาโดบูตามีน (dobutamine) ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าเอเดรีนาจิก (beta - adrenergic receptor antagonist) ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACE inhibitors)

ยาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ยาดิจิตาลิส เพื่อช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ดี และช่วยลดความดันในหลอดเลือดแดงของปอด ลดภาวะปอดบวม น้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีอาการดีขึ้นจะทำให้การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง (นพรัตน์ ธนะชัยจันทร์, 2543) ถ้าผู้ป่วยขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ทั้งนี้ยาดิจิตาลิส มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ดังนั้นการสังเกตอาการพิษของยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติคือ ก่อนรับประทานยาควรจับชีพจรทุกครั้ง ถ้าชีพจรต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรพบแพทย์ ก่อนถึงเวลานัด นอกจากนี้ควรสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะพิษจากดิจิตาลิส เช่น หัวใจเต้นช้า หรือไม่สม่ำเสมอคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมองเห็นภาพผิดปกติ เช่น ตามัว มีจุด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุสีเข้ม เห็นสีขาวเป็นสีเหลือง เป็นต้น พิษของยาดิจิตาลิสเป็นสาเหตุทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (Deedwania, 1994) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ยาขับปัสสาวะ เป็นยาอีกชนิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ช่วยขับเกลือและน้ำออกกระบบไหลเวียน ผู้ป่วยควรสังเกตอาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะ ได้แก่ ทำให้ปัสสาวะมากขึ้น ปากแห้ง เวียนศีรษะ และปวดข้อ (Konstam et al., 1994) และสังเกตการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ยาขับปัสสาวะ เช่น ควรชั่งน้ำหนัก ตวงน้ำดื่ม และปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน ควรสังเกตอาการบวมตามร่างกาย อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลงมากผิดปกติ รวมทั้งการสังเกตตัวเองเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะโปแตสเซียมและรับประทานอาหารที่มีโปแตสเซียมทดแทน เช่นกล้วย ส้ม เป็นต้น (Deedwania, 1994; Roach, 2001) การมีภาวะโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และร้อยละ 40 ถึง 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการตายอย่างกะทันหันเกิดจากการเต้นของหัวใจห้องล่างผิดปกติ (Deedwania, 1994) ส่วนยาขับปัสสาวะกลุ่มที่เก็บโปแตสเซียม (potassium-sparing) ยกเว้นสไปโรโนแลคโตน (spironolactone) พิจารณาใช้ในกรณีมีภาวะโปแตสเซียมในกระแสเลือดต่ำบ่อยหรืออาการไม่ดีขึ้น แม้ได้เอซีอีอินฮิบิเตอร์ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับ

ยาขับปัสสาวะ ประกอบด้วยการชักนำหน้า การบรรเทาหน้าเข้า-น้ำออกในแต่ละวัน (McKenzie & Cowley, 2003)

ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (nitrates) กลไกการออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำช่วยทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว จึงมีผลทำให้เกิดการขยายตัวทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ทำให้ช่วยลดความดันในหัวใจก่อนหัวใจบีบตัวและขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดเลือดคั่งในปอด ทำให้อาการของหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2542) ยัง (Young, 2002) ได้ศึกษาในระบบไหลเวียนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับยาในกลุ่มไนเตรท หลังจากได้รับยาไนเตรท 3 ชั่วโมง เปรียบเทียบกับก่อนให้ยา พบว่าสามารถลดความดันหลอดเลือดฝอยในปอด (pulmonary capillary wedge pressure) ลง 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันในหัวใจห้องบนขวาตกลง 2 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตระยะที่หัวใจบีบตัวลดลง 4 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่ได้รับยาขยายหลอดเลือดเพื่อลดแรงต้านต่อการบีบตัวให้เลือดออกจากหัวใจ จะทำให้มีภาวะความดันโลหิตต่ำผิดปกติได้ โดยเฉพาะขณะเปลี่ยนท่าโดยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ซึม มึนงง และความดันโลหิตลดลงอย่างมาก (Roach, 2001) ผู้ป่วยควรทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของตนเองและควรวัดทุกครั้งที่มีโอกาส

ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าเอเดรีนาจิก (Beta -adrenergic receptor antagonist) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือด การทำงานของหัวใจดีขึ้น ชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดอัตราการเสียชีวิตและอัตราการนอนโรงพยาบาลลงร้อยละ 30 ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลลงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคตามแนวการประเมินของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับสองถึงสาม (Foody, Farrell, & Krumholz, 2000) แนะนำผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับยาในกลุ่มดังกล่าวเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาได้แก่ภาวะความดันโลหิตต่ำ

ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACE inhibitor) ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ในภาวะหัวใจล้มเหลวจะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) แต่ไม่ทำให้ความดันเลือดแดงและอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยน แนะนำให้เลือกใช้เป็นยาตัวแรกในผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องล่างซ้ายเสียหายที่มีความสามารถในการบีบตัว (left ventricular ejection fraction: LVEF) ประมาณ ร้อยละ 40-50 (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2542) อาการข้างเคียงของยาที่ควรเฝ้าระวังคือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ไตเสียหายที่ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (McKenzie Cowley, 2003) อาการไอ และเวียนศีรษะ (Konstam et al., 1994) จากการศึกษาของฟลามิงแฮม

(Framingham) ตั้งแต่ปี 1981-1991 ในประเทศสกอตแลนด์ พบว่าหากกลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซินทำให้อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (DeWald et al., 2000) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย และการศึกษาติดตามไปข้างหน้าในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทั้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มใด ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคซึ่งประเมินตามแนวของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์กดีขึ้น ขนาดของหัวใจลดลง และความต้องการการใช้ยาลดปริมาณลง (McKenzie Cowley, 2003)

**การรักษาด้วยการทำหัตถการและการผ่าตัด** ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะได้รับการรักษาโดยการขยายหลอดเลือดหัวใจ (percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) หรือการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass graft: CABG) เพื่อทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่ขาดเลือดมีปริมาณที่เพิ่มขึ้น (revascularization) นอกจากนี้ยังมีการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของลิ้นหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation) และการทำ cardiac resynchronization therapy (CRT) เป็นวิธีการรักษาแบบใหม่ที่จะช่วยผู้ป่วยในรายที่มีหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง และมีปัญหาการบีบตัวของหัวใจห้องล่างไม่พร้อมเพรียงกัน

**การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรูปแบบการดำเนินชีวิต** เป็นการรักษาแบบประคับประคอง เพื่อลดการทำงานของหัวใจที่ช่วยชะลอความเสื่อมของพยาธิสภาพของโรคไม่ให้รุนแรงขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2541) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลในเวลา 6 เดือนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Vinson et al., 1990; Krumholtz et al., 1997; Philbin et al., 1999; Haldeman et al., 1999) ซึ่งสาเหตุมาจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ (Jaarsma & Dracup, 2001; Saunders, 2003) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการออกกำลังกายว่าโรคหัวใจไม่ควรออกกำลังกายและผู้ป่วยไม่กล้าปรึกษาแพทย์และพยาบาลในปัญหาการปฏิบัติตัว จากการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยมีความรู้รอบคลุมตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องไม่เกิดอาการกำเริบของโรค และสามารถลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้ (Jaarsma et al., 2003)

## การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้ประโยชน์ต่อการกระทำเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ซึ่งเพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 และศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเรื่อยมา จนกระทั่งปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งคือ การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตอบสนองต่อการรับรู้ และทำให้เกิดการตกลงใจการวางแผนการกระทำที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย คือการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในมโนทัศน์ด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมในบุคคล ดังนั้นในการที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะทางสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับรู้ของบุคคล ความสนใจของบุคคลในการที่จะเลือกรับรู้ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีกับตน บุคคลนั้นก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดหวังว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่จะกระทำจะเป็นไปในทางบวก หรือการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ เป็นสิ่งสำคัญในการจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรม (Pender, 1996)

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือการรับรู้ด้านต่างๆ ของบุคคลว่าสามารถป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนอันอาจเกิดขึ้นเมื่อบุคคลร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นส่วนประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ที่มีต่อการเลือกกระทำกิจกรรมของบุคคล (Pender, 1996) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็นการรับรู้ถึงผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น (Rosentock, 1990) ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพมากด้วย

การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นความเข้าใจหรือการคาดหวังของบุคคล ถึงประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ ว่าจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของตนเอง ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก

ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน เช่น มีความกระตือรือร้นที่เพิ่มมากขึ้น การทำหน้าที่ของร่างกายได้อย่างสมบูรณ์ ความรู้สึกอ่อนล้าลดลง จิตใจแจ่มใสไม่ขุ่นมัวหรือเครียด เป็นต้น ส่วนประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รางวัล การได้รับคำชมเชย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในสังคม เป็นต้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากภายนอก หลังจากปฏิบัติพฤติกรรมอาจมีความสำคัญต่อการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติ ในขณะที่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน อาจเป็นพลังจูงใจให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Pender, 1996) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมักเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ (Martin, 1996)

การศึกษานี้การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ในการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่อง การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าได้มีการศึกษาถึงการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ และการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ได้แก่การศึกษาของเบนเน็ตต์และคณะ (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ และการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดอาการบวม น้ำ ช่วยให้อยใจสะดวกขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ทำให้ดีต่อสุขภาพ และช่วยลดอาการบวมได้

นอกจากนี้มาร์ทิจีและคณะ (Martje et al., 2007) ได้มีการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าการชั่งน้ำหนักตัวทุกวันทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวด้านอื่นโฮม (Holm, 1991) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

โจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายกับการรายงานการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิงชาวแอฟริกันจำนวน 30 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายว่า มีผลต่อการลดความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองให้ดีขึ้น ศิริมา แหลมทอง (2542) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการกับความเครียด การเจริญทางจิตวิญญาณ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี โดยปราศจากการของโรคจิต (สมชาย จักรพันธ์, 2542) เหยียน จุน (2542) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และกิจกรรมการออกกำลังกายในนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี จำนวน 217 คน พบว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายสูง ในเรื่องการรับรู้ว่าการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้ชีวิตดีขึ้น

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรับรู้ว่าการออกกำลังกายที่ปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่องและส่งผลให้ผู้ป่วยเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาของอิงลิชและมาสเตอร์ (English & Mastrean, 1995) พบว่าสาเหตุที่ทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยมีอัตราสูงอีกสาเหตุหนึ่งคือ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จึงทำให้มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

### การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ซึ่งเพนเดอร์ได้พัฒนารูปแบบมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 และศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเรื่อยมา จนกระทั่งปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งคือ การรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การตอบสนองต่อการรับรู้ และทำให้เกิดการตกลงใจการวางแผนการ

กระทำที่จะแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติที่จำเพาะต่อพฤติกรรมประกอบด้วย 6 ปัจจัยย่อย คือการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์

การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคาดการณ์ถึงอุปสรรคจะมีผลโดยตรงต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทำให้ไปลดหรือหยุดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อมโดยไปลดการเกิดพันธะสัญญาให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งผลลัพธ์ของพฤติกรรม ได้แก่พันธะสัญญาในการกระทำ และทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการและความชอบของบุคคลที่พบขณะนั้น ซึ่งพันธะสัญญาในการปฏิบัติในการวางแผนกระทำ เป็นสิ่งเริ่มต้นที่จะชักจูงบุคคลให้เข้าสู่พฤติกรรมสุขภาพ ยกเว้นมีข้อเรียกร้องจากความต้องการ และความชอบของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือต้านทานได้

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้แนวคิดว่า โดยทั่วไปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพประกอบด้วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเกิดจากกระบวนการทางสติปัญญา ซึ่งกระบวนการนี้เกิดจากการแปลความของสมอง ที่เกิดขึ้นจากการรับรู้สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก โดยใช้กระบวนการคิดในการพิจารณาตัดสินใจ และแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดความพร้อมที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลควบคุมโน้มน้าวไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา (Pender, 1996 อ้างใน วัลลา ตันตโยทัย, 2543) สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ ถ้าพบอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นได้ (Rosentock, 1990) แบ่งเป็นการรับรู้อุปสรรคภายในบุคคล และการรับรู้อุปสรรคภายนอกบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าได้มีการศึกษาถึงการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาขับปัสสาวะ และการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมได้แก่ การศึกษาของเบนเน็ตต์และคณะ (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ พบว่าการไม่ปฏิบัติเรื่องการรับประทานยาขับปัสสาวะเนื่องจากทำให้ต้องปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รบกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และปัสสาวะกลิ่นไม่อยู่ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง สำหรับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่ต้องจำกัดเกลือโซเดียม พบว่าทำให้รสชาติอาหารไม่ดีไม่อร่อย เสียเวลาในการจัดเตรียม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ยุ่งยากเวลาไปทานอาหารนอกบ้าน และไม่เข้าใจว่าอาหารที่ต้องจำกัดเกลือโซเดียมมีอะไรบ้าง (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) จึงทำให้ไม่สามารถจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้ มาร์ทิจีและคณะ (Martje et al., 2007) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ลืมชั่งน้ำหนัก และไม่รู้ว่าการตรวจสอบอาการบวมของขาและเท้าเป็นอย่างไร ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวด้านอื่นยังไม่พบว่าได้มีการศึกษาไว้

การศึกษารับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้สูงอายุ พยาบาล หญิงตั้งครรภ์ นักศึกษา เป็นต้น โดยได้ศึกษาไว้ดังนี้ จิตวีรณ จิตต์สาคร (2544) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 150 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด จิตอารี ศรีอาคะ (2543) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลโรงพยาบาลจังหวัดน่าน จำนวน 331 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายในรายด้าน ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย สภาพแวดล้อมของการออกกำลังกาย ความพร้อมของร่างกาย และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

## การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะเริ่มมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมและหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะประเมินสุขภาพของตนว่าดีกว่าผู้ที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ และบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง พบว่าจะมีการฟื้นฟูหายจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บดีกว่าและเร็วกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำเช่นเดียวกัน (Geecs, 1989) ปัจจุบันได้มีการนำเอาแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างกว้างขวาง และมีรายงานระบุไว้อย่างชัดเจนว่า บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและมีความผาสุกในชีวิตในที่สุด (Pender et al., 1990; Weitzel & Waller, 1990; Grembowski et al., 1993; ปิยะพันธ์ นันตา, 2541; จิตตระการ ศุภรัตน์, 2543)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สืบค้นยังไม่พบว่าได้มีการศึกษาไว้ แต่ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในญาติผู้ดูแลของอวยพร พิษยมงคล (2544) โดยศึกษาการรับรู้สมรรถนะการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ที่ศึกษาในญาติผู้ดูแล จำนวน 40 ราย พบว่าญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในระดับค่อนข้างสูง ในเรื่องการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ทันทั่วทั้งที่ เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายจากภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ความมั่นใจในการจัดการให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และความมั่นใจในการดูแลให้ผู้ป่วยได้บริหารยาอย่างปลอดภัย ครบ และถูกต้อง ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผู้ป่วยวัณโรค สตรีวัยกลางคนที่ที่ภาวะน้ำหนักเกินเป็นต้นโดยมีการศึกษาไว้ดังนี้

ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงในเรื่องการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ได้ชนิดและปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายโดยไม่เกิดอาการเจ็บหน้าอก และการจับชีพจรและประเมินอาการผิดปกติของตนเอง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งโดยรวมและรายด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของหยวน ห่าวบิน (2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องการมาตรวจตามนัด การรับประทานยา การจับชีพจรและสังเกตอาการผิดปกติ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การงดสูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด

การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาล และปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำรงชีวิตต่อไปนั้น นอกจากผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนการรับรู้ของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่สิ่งที่ตนปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลดีกับตนแล้ว บุคคลนั้นจึงจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นออกมา ซึ่งเรียกว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สรุปได้ว่า บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อมีความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการคาดหวังว่าเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมนั้นแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ในบุคคลที่มีความคาดหวังในผลลัพธ์เพียงอย่างเดียวพบว่าไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้ ถ้าหากบุคคลไม่รับรู้ในความสามารถของตนเองด้วย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่น และความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะทำให้บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จิตตระการ สุกรีดี, 2543; ชญาณิษฐ์ ปัญญาทอง, 2544) ดังนั้นในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพราะจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

## พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (health life style and habit) เพื่อให้เกิดความผาสุก และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (self actualization) การส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการกระทำของบุคคล ซึ่งมุ่งสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้นมากกว่าการโต้ตอบอิทธิพลที่คุกคามต่อสุขภาพที่มาจากภาวะแวดล้อม ดังนั้นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ จึงเรียกว่าพฤติกรรมสุขภาพ

กนกพร วิสุทธิกุล (2540) กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลหนึ่งกระทำเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุข และศักยภาพสูงสุดในบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกันกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งกระทำในชีวิตประจำวันเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารและยา การพักผ่อน และออกกำลังกาย การขับถ่าย การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการดูแลสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับเขวภา บุญเที่ยง (2545) ที่กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมหรือการกระทำของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้บรรเทาจากการเจ็บป่วย หรือให้มีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่พฤติกรรม การพักผ่อน การรับประทานยา การรับประทานอาหารและการใช้สารเสพติด การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติ การดูแลสุขภาพจิต และการมาตรวจตามนัด

การวิจัยครั้งนี้ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้บรรเทาจากการเจ็บป่วย หรือให้มีอาการดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวได้แก่การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การปรับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่เกิดอาการกำเริบของโรค และสามารถลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นได้ (Jaarsma et al., 2003) ดังนั้น

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในเรื่องดังต่อไปนี้

**พฤติกรรมมารับประทานยา** ผู้ป่วยควรได้รับการสอนเกี่ยวกับเป้าหมายของการรักษาด้วยยา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยาทุกตัว เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของยาที่ใช้ในการควบคุมโรค และส่งเสริมสนับสนุนให้เห็นความสำคัญของการรับประทานอย่างต่อเนื่องไม่ปรับยาหรือหยุดยาเองนอกเหนือแผนการรักษาที่ได้รับ (European Society of cardiology, 2001) และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาชนิดอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแผนการรักษา หรือไม่ได้รับการแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ หรือขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันได้ การรับประทานยาไม่ถูกต้องจะมีผลทำให้เกิดปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเจ็บป่วย และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ, 2541)

ยาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะต้องได้รับอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ยาดิจิตาลิส เพื่อช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ เพิ่มจำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที และทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้ดี และช่วยลดความดันในหลอดเลือดแดงของปอด ลดภาวะปอดบวมน้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง มีอาการดีขึ้นจะทำให้การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง (นพรัตน์ ฐานะชัยจันทร์, 2543) ถ้าผู้ป่วยขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ ทั้งนี้ยาดิจิตาลิส มีฤทธิ์ข้างเคียงมาก ดังนั้นการสังเกตอาการพิษของยาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติคือ ก่อนรับประทานยาควรจับชีพจรทุกครั้ง ถ้าชีพจรต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที ควรพบแพทย์ ก่อนถึงเวลานัด นอกจากนี้ควรสังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะพิษจากดิจิตาลิส เช่น หัวใจเต้นช้า หรือไม่สม่ำเสมอคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร การมองเห็นภาพผิดปกติ เช่น ตามัว มีจุด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุสีเข้ม เห็นสีขาวเป็นสีเหลือง เป็นต้น พิษของยาดิจิตาลิสเป็นสาเหตุทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ (Deedwania, 1994) และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ยากลุ่มยับยั้งเอนไซม์แองจิโอเทนซิน (angiotensin-converting enzyme inhibitor: ACE inhibitor) ออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายทั้งหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ ในภาวะหัวใจล้มเหลวจะช่วยเพิ่มปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที (cardiac output) แต่ไม่ทำให้ความดันหลอดเลือดแดงและอัตราการเต้นของหัวใจเปลี่ยน แนะนำให้เลือกใช้เป็นตัวแรกในผู้ป่วยที่มีหัวใจห้องล่างซ้ายเสียหายที่มีความสามารถในการบีบตัว (left ventricular ejection fraction: LVEF) ประมาณร้อยละ 40-50 (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารักษ์ สมรูป, 2542) อาการข้างเคียงของยาที่ควรเฝ้าระวังคือ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ไตเสียหายที่ ภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง (McKenzie Cowley, 2003) อาการไอ และเวียนศีรษะ (Konstam et al., 1994) จากการศึกษาของฟรามมิงแฮม (Framingham)

ตั้งแต่ปี 1981-1991 ในประเทศสกอตแลนด์ พบว่ายาขับปัสสาวะยี่ห้อเอ็มไซม์แองจิโอเทนซินทำให้อัตรารอดชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (DeWald et al., 2000) ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย และการศึกษาผู้ติดตามที่อยู่ในภาวะหัวใจล้มเหลวไปข้างหน้าที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการศึกษาโดยที่มีผู้ทำการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าจะอยู่ในกลุ่มการศึกษาใด ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคซึ่งประเมินตามแนวของสมาคมแพทย์แห่งนิวยอร์กดีขึ้น ขนาดหัวใจลดลงและความต้องการใช้ยาลดปริมาณลง (McKenzie Cowley, 2003)

ยาขับปัสสาวะ เป็นยาอีกชนิดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อควบคุมปริมาณน้ำในร่างกาย ช่วยขับเกลือและน้ำออกกระบบไหลเวียน ผู้ป่วยควรสังเกตอาการข้างเคียงของยาขับปัสสาวะได้แก่ทำให้ปากแห้ง เวียนศีรษะ และปวดข้อ (Konstam et al., 1994) และสังเกตการเปลี่ยนแปลงภายหลังได้ยาขับปัสสาวะ เช่น ควรชั่งน้ำหนัก ตวงน้ำดื่ม และปัสสาวะของตนเองในแต่ละวัน ควรสังเกตอาการบวมตามร่างกาย อาการเหนื่อยหอบเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักตัวลดลงมากผิดปกติ รวมทั้งการสังเกตตัวเองเกี่ยวกับอาการและการแสดงของภาวะโปตัสเซียมและรับประทานอาหารที่มีโปตัสเซียมทดแทน เช่นกล้วย ส้ม เป็นต้น (Deedwania, 1994; Roach, 2001) การมีภาวะโปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำจากการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้การเต้นของหัวใจผิดปกติซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว และร้อยละ 40 ถึง 50 ของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีการตายอย่างกะทันหันเกิดจากการเต้นของหัวใจห้องล่างผิดปกติ (Deedwania, 1994) ส่วนยาขับปัสสาวะกลุ่มที่เก็บโปตัสเซียม (potassium-sparing) ยกเว้นสไปโรโนแลคโตน (spironolactone) พิจารณาใช้ในกรณีมีภาวะโปตัสเซียมในกระแสเลือดต่ำบ่อยหรืออาการไม่ดีขึ้น แม้ได้เอซีอีอินฮิบิเตอร์ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาขับปัสสาวะ ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก การบันทึกน้ำเข้า-น้ำออกในแต่ละวัน (McKenzie & Cowley, 2003)

ยากลุ่มขยายหลอดเลือด (nitrates) กลไกการออกฤทธิ์ขยายหลอดเลือดดำช่วยให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดคลายตัว จึงมีผลทำให้เกิดการขยายตัวทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ทำให้ช่วยลดความดันในหัวใจก่อนหัวใจบีบตัวและขยายหลอดเลือดหัวใจ จึงช่วยลดการทำงานของหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก ลดเลือดคั่งในปอด ทำให้อาการของหัวใจล้มเหลวดีขึ้น (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป, 2542) ยัง (Young, 2002) ได้ศึกษาในระบบไหลเวียนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับยาในกลุ่มไนเตรท หลังจากได้รับยาไนเตรท 3 ชั่วโมง เปรียบเทียบกับก่อนให้ยา พบว่าสามารถลดความดันหลอดเลือดฝอยในปอด (pulmonary capillary wedge pressure) ลง 3 มิลลิเมตรปรอท ความดันในหัวใจห้องบนขวาลดลง 2 มิลลิเมตรปรอท ความดัน

โลหิตระยะที่หัวใจบีบตัวลดลง 4 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยที่ได้รับยาขยายหลอดเลือดเพื่อลดแรงต้านต่อการบีบตัวให้เลือดออกจากหัวใจ จะทำให้มีภาวะความดันโลหิตต่ำผิดปกติได้ โดยเฉพาะขณะเปลี่ยนท่าโดยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น ซึม มึนงง และความดันโลหิตลดลงอย่างมาก (Roach, 2001) ผู้ป่วยควรทราบถึงระดับความดันโลหิตที่เหมาะสมของตนเองและควรวัดทุกครั้งที่มีโอกาส

ยากลุ่มปิดกั้นตัวรับเบต้าเอเดรีนาจิก (Beta-adrenergic receptor antagonist) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือดทำให้การไหลเวียนเลือด การทำงานของหัวใจดีขึ้น จะลดความก้าวหน้าของโรค ลดอัตราการป่วยและอัตราการตายลงร้อยละ 30 ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลลงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงของโรคตามแนวการประเมินของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งนิวยอร์ค ที่มีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับสองถึงสาม (Foody, Farrell, & Krumholz, 2000) แนะนำผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับยาในกลุ่มดังกล่าวเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาได้แก่ภาวะความดันโลหิตต่ำ

**พฤติกรรมมารับประทานอาหาร** อาหารเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ปริมาณพลังงานอาหารที่ให้ในช่วงนอนป่วยควรให้พลังงานวันละ 1,200 แคลอรี ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงพักฟื้นและต้องการลดน้ำหนักควรจัดอาหารที่มีพลังงาน 1,600-2,000 แคลอรี เพื่อลดการทำงานของหัวใจ อาหารที่รับประทานควรจัดให้รับประทานทีละน้อย แต่อาจจัดให้รับประทานวันละ 5-6 มื้อ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539) เพื่อหลีกเลี่ยงอาการแน่นอึดอัดท้อง หายใจลำบาก หลีกเลี่ยงอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลสูง หรืออาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยอ้วน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ควรอ้วนเกินไป เพราะการอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงขึ้น การปรุงอาหารควรลดการใช้เกลือโซเดียมลงจากเดิมร้อยละ 25 (AHA, 2003) การลดการรับประทานเกลือโซเดียมช่วยลดอาการเหนื่อยหอบ จากการศึกษาวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) พบว่าการลดการบริโภคเกลือโซเดียมวันละ 1.8 กรัม จะทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง 4 และ 2 มิลลิเมตรปรอทตามลำดับ (AHA & ACC, 2000) โซเดียม 5 กรัมเทียบเท่าได้กับเกลือแกง 1 ช้อนชาหรือน้ำปลา 10 มิลลิลิตร นอกจากเกลือและน้ำปลาแล้ว ในขณะที่รับประทานอาหารไม่ควรปรุงรสเพิ่มนอกจากเกลือ ควรดื่มน้ำปลา ซิอิ้ว เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ ปลา ร้า กะปิ ผงชูรส เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการปรุงอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติให้อาหารที่รับประทานควรใช้มะนาว พริกไทย และกระเทียมปรุงรสแทนเกลือ (Colonna et al., 2003)

**พฤติกรรมควบคุมน้ำดื่ม** การให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สังเกตอาการบวม และปริมาณน้ำที่ดื่มเข้าไปกับปริมาณปัสสาวะว่าสมดุลกันหรือไม่ในแต่ละ

ละวัน โดยส่วนใหญ่จำกัดน้ำประมาณ 1,000-1,500 มิลลิลิตรต่อวัน นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรควบคุมน้ำหนักตัว สำหรับการควบคุมน้ำหนักตัวในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่อ้วนหรือมีน้ำหนักเกินนั้น สามารถประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งคำนวณจากสูตร น้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ค่าปกติควรอยู่ระหว่าง 25-30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือเป็นโรคอ้วนหรือมีน้ำหนักเกินจะต้องแนะนำผู้ป่วยให้ลดน้ำหนักจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือส่งต่อผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะเพื่อปรึกษาวิธีลดน้ำหนักอย่างถูกวิธี (European Society of cardiology, 2001)

**พฤติกรรมการพักผ่อน** การพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้หัวใจต้องทำงานหนักเกินไป ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวควรพักผ่อนให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการนอนพักผ่อน 6-8 ชั่วโมง และควรมีเวลาพักผ่อนในช่วงกลางวัน 1-2 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแล้วมีอาการเหนื่อยควรลดกิจกรรมลง หรือแบ่งเวลาทำกิจกรรมเป็นช่วงๆ หรือลดจำนวนชั่วโมงการทำงานลงประมาณ 3-4 ชั่วโมงต่อวัน มีเวลาฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรืออ่านหนังสือ หลีกเลี่ยงอารมณ์ตึงเครียด ถ้ามีภาวะเครียดร่างกายมีการหลั่งสารเคมีจากสมอง (neurohormone) ซึ่งสารเคมีจากสมองจะทำให้หัวใจห้องล่างทำงานผิดปกติ หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว มีการคั่งของโซเดียม และทำให้มีภาวะน้ำเกินในร่างกาย (Francis, Benedict, & Johnstone, 1990) จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการกำเริบได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

**พฤติกรรมการทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย** การออกกำลังกายในภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึงการเคลื่อนไหว การออกแรงส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยมีการวางแผนหรือมีการเตรียมตัวเพื่อส่งเสริม สร้างสุขภาพให้ดีขึ้นหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพของร่างกาย (ประวิชัย ต้นประเสริฐ, 2546) สมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA, 2003) ให้การยอมรับว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อร่างกายและเสนอแนะว่าการออกกำลังกายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะใช้รักษาร่วมกับการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เพราะจะช่วยทำให้เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเฉพาะที่ โดยกิจกรรมทางกายในแต่ละวันเพิ่มขึ้น 1 หน่วยการใช้ออกซิเจน (metabolic equivalents: MET) ลดความเครียด (Colonna et al., 2003) ลดการเดินผิดจังหวะของหัวใจห้องล่าง ลดการตายอย่างฉับพลัน (sudden death) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Ali et al., 1999)

การออกกำลังกายในภาวะหัวใจล้มเหลวมีคำแนะนำให้ออกกำลังกายในความแรงระดับที่ต่ำ ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ระยะเวลาการฝึกประมาณ 3-12 สัปดาห์ ให้ปฏิบัติเท่าที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ (English & Mastrean, 1995; Colonna et al., 2003) วัดความเหนื่อยของผู้ป่วยโดยใช้บอท์ก

สเกล (Borg's scale) ซึ่งเป็นเครื่องประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย ให้คะแนนความเหนื่อยอยู่ในช่วงเหนื่อยน้อยถึงปานกลาง โดยวิธีการให้คะแนนการรับรู้ระดับความเหนื่อยขณะออกกำลังกาย 9-12 (Rate Perceived Exertion: RPE) ในขณะที่ออกกำลังกายให้สังเกตอาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและเวียนศีรษะ ถ้ามีอาการดังกล่าวให้หยุดออกกำลังกายทันที ก่อนผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ อาการที่ต้องคงที่ คือไม่มีอาการเจ็บหน้าอกก่อนออกกำลังกาย 8 ชั่วโมง (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2546) ไม่ควรออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารภายใน 30 นาที เพราะร่างกายกำลังเผาผลาญอาหาร ต้องใช้พลังงานทำให้หัวใจทำงานหนัก (English & Mastrean, 1995) และต้องไม่มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว เช่นเหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดพบเสียงปกติและคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีจังหวะผิดปกติ ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (ปิยะนุช รักพานิชย์, 2546)

การแนะนำการออกกำลังกายควรแนะนำในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตาม NYHA ที่ระดับหนึ่งถึงสาม ส่วนระดับที่สี่ยังไม่มีการศึกษาที่ดีพอยืนยันเกี่ยวกับการออกกำลังกาย (Colonna et al., 2003) จากการศึกษาของฟอนตานา โคเลลลา และบาส (Fontana, Colella, Ghazi, & Bass, 2000) ที่นำเอาการออกกำลังกายของจีน คือจิ้ง ซึ่งถือเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิควิธีหนึ่งมาใช้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเป็นเวลานาน 12 สัปดาห์ ประเมินคุณภาพชีวิตตามแบบวัด SF-36 พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและความสามารถในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้นโดยใช้วิธีทดสอบการเดิน 6 นาที (six minute walk test) ได้ระยะทางไกลขึ้นกว่าเดิม และจากการศึกษาของเบลารดีน (Belardinelli, Geogiou, Cianci, & Purcaro, 1999) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการคงที่จำนวน 110 คนที่ระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับสองถึงสี่ตาม NYHA โดยแบ่งการออกกำลังกายเป็น 3 ระยะประกอบด้วย ระยะอุ่นเครื่อง ระยะออกกำลังกาย และระยะผ่อนคลาย โดยการปั่นจักรยานเป็นเวลา 12 เดือน พบว่าทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

จากการศึกษาของอมราวดี บุญยรัตน์ (2550) ได้สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 30 เรื่อง พบว่าการออกกำลังกายในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 3 รูปแบบ ได้แก่การออกกำลังกายแบบแอโรบิค แบบใช้แรงต้าน แบบแอโรบิค ร่วมกับแบบใช้แรงต้าน โดยมีเป้าหมายความแรงของการออกกำลังกาย 50-80 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด หรือระดับการรับรู้ความเหนื่อยที่ระดับปานกลาง (13-16) โดยเริ่มออกกำลังกายที่ใช้ระยะเวลาสั้น อย่างน้อย 10 นาที แล้วค่อยๆ เพิ่มระยะเวลาและความแรง จนถึงเป้าหมายของความแรงของการออกกำลังกาย ทำเป็นระยะเวลานานต่อเนื่องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ขึ้นไป ผลของการออกกำลังกายทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสามารถในการทำกิจกรรมได้เพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตดีขึ้น และไม่พบอันตรายที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

**พฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง** ผู้ป่วยควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในเรื่องการงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) เพิ่มระดับไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (high-density lipoprotein) และลดระดับไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (very low-density lipoprotein) ในพลาสมาในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือดสูง (Goldberg, Mosca, Piano, & Fisher, 2001) แต่สำหรับผู้ป่วยหัวใจโตที่เกิดจากการขาดเลือด การดื่มเหล้าผลไม้ (wine) 1-2 แก้วต่อวันจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย (AHA & ACC, 2000) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะติดเชื้อในร่างกายควรรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง หากรู้สีกว่ามิใช่ เป็นหวัด มีบาดแผล หรือท้องเสียจะต้องรีบมาพบแพทย์ทันที เพราะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและมีการคั่งของเลือดในปอดจะไวต่อการติดเชื้อในปอด และการติดเชื้อต่างๆ ในร่างกายจะทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบและดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว (Braunwald, 2001)

การหยุดสูบบุหรี่เป็นวิถีชีวิตที่ต้องปรับเปลี่ยนในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เนื่องจากการสูบบุหรี่มีผลทำให้อาการหัวใจล้มเหลวรุนแรงมากขึ้น เพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันในระบบไหลเวียนเพิ่ม ความต้านทานในหลอดเลือดดำส่วนปลาย และความดันในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง รวมทั้งทำให้ความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มมากขึ้นด้วย เนื่องจากสารคาร์บอนในเม็คเค็ดเพิ่มมากขึ้น และในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ยังนอกจากจะทำให้เกิดปัญหาในระบบไหลเวียนและหัวใจแล้วยังมีผลต่อหลอดเลือดในทางเดินหายใจด้วย (Colonna et al., 2003)

การขับถ่ายอุจจาระ ก็เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องระวังไม่ให้ท้องผูก และไม่ให้เบ่งถ่ายอุจจาระ เพราะจะเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ ควรรับประทานอาหารที่มีกาก และอาหารที่ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก เช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำให้เพียงพอ ดื่มน้ำอุ่นตอนเช้า หลีกเลี่ยงอาหารและเครื่องดื่มที่ทำให้ท้องผูก เช่น ชา กาแฟ หรืออาหารที่มีแก๊สมาก นอกจากนี้ควรฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา ถ้าไม่ได้ผลควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาระบายอ่อนๆ

พฤติกรรมกรมีเพศสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานและมีความเครียดทางจิตใจ ความตื่นเต้น ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มมากขึ้น ควรแนะนำผู้ป่วยและคู่สมรสให้พยายามลดผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจ โดยแนะนำผู้ป่วยให้มีการประเมินร่างกายของตนเอง ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ โดยทั่วไปผู้ป่วยที่สามารถเดินขึ้นลงบันได 1 ชั้น โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย ไม่แนะนำผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวระดับ 3-4 มีเพศสัมพันธ์ เพราะอาจทำให้เกิดอาการกำเริบในขณะหรือหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ (DeBusk et al., 2000) และผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาขยายหลอดเลือดก่อนมีเพศสัมพันธ์

**พฤติกรรมการประเินและ สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์** การสังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรมาพบแพทย์ ได้แก่อาการข้างเคียงที่เกิดจากยาขับปัสสาวะ เช่น อ่อนเพลีย ท้องอืด ใจสั่น และอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เช่น น้ำหนักเพิ่ม รู้สึกตึงผิวหน้า ขื้อเท้าบวม รองเท้าหรือเสื้อผ้าคับ ไอบ่อยขึ้น นอนราบไม่ได้ให้รีบมาพบแพทย์ทันที ซึ่งการมีภาวะน้ำเกิน เหลือขอบ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Lasater, 1996) หรืออาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ของยาจิตาลิส เช่น รู้สึกใจเต้นแรง หรือหัวใจกระโดด เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน ตามัว มีจุด เห็นแสงเป็นวงกลมรอบวัตถุ เป็นสีขาว เป็นสีเหลือง ซึ่งพบบ่อยในขณะพักมีน้อยกว่า 60 ครั้งหรือมากกว่า 100 ครั้งต่อนาทีหรือไม่สม่ำเสมออย่างมาก โดยไม่เคยเป็นมาก่อน (Deedwania, 1994)

**พฤติกรรมการมาตรวจตามนัด** ผู้ป่วยควรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามการรักษาประเินอาการและความรุนแรงของโรค เป็นการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้ลุกลามรุนแรงขึ้น และลดอาการของโรคลงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การมาตรวจตามนัดจะช่วยให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของโรค ประเินภาวะแทรกซ้อนและปัญหาที่เกิดจากฤทธิ์ของยา หรือจากการที่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ถ้าขาดการมาตรวจตามนัดจะส่งผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้จนต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล การศึกษาของวินสันและคณะ (Vinson et al., 1990) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่กลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 20 ไม่มาตรวจตามนัด จะเห็นได้ว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งจะมีผลทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดี อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขตามศักยภาพสูงสุดของผู้ป่วยโดยมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องยอมรับและให้ความร่วมมือในแผนการรักษารวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคือ ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม (behavior-specific cognition and affect) โดยเฉพาะด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลมากที่สุด ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า

บุคคลจะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งจะขึ้นกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีระดับแตกต่างกันของบุคคล

## สรุป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ดังกล่าว คือความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจนประสบผลสำเร็จได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า บุคคลที่มีระดับความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงนั้นจะริเริ่มการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และจะพยายามหยุดการปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

นอกจากนี้บุคคลที่รับรู้พฤติกรรมที่ตนปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนจะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการที่บุคคลรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และการไม่มีโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ จะมีผลทางลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างไร ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน่าจะมีสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. ระดับความรุนแรงและความทนทานในการทำกิจกรรม อยู่ในระดับ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association: NYHA)
3. สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดเมื่ออยู่บ้าน
4. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ทำแบบสอบถามได้เองหรือตอบแบบสอบถามได้
5. มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1987) โดยมีสูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$N = \frac{L(1-R^2)}{R^2} + u + 1$$

เมื่อ  $N$  = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

$L$  = คำนี้อธิพจน์ (ได้มาจากการเปิดตาราง)

$u$  = จำนวนของตัวแปรอิสระ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกค่าพลังการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ระดับความมีนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 เปิดตารางได้ค่าดัชนีอธิพจน์ เท่ากับ 11.9 ค่า  $R^2$  เลือกขนาด moderate effect size มีค่า เท่ากับ .13 และจำนวนของตัวแปรอิสระ เท่ากับ 4 ตัวแปร แล้วนำมาแทนค่าลงในสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน ตามการคำนวณดังนี้

$$N = \frac{11.9(1-.13)}{.13} + 4 + 1$$

$$N = \frac{11.9(.87)}{.13} + 4 + 1$$

$$N = 84.6$$

$$N \sim 85 \text{ คน}$$

เมื่อคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 85 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 20 เพื่อเป็นกันป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัยหรือการได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน

### สถานที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แพทย์ประจำบ้าน และมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย มีพยาบาลดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาที่เปิดทำการ

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นแบบวัดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลว และระดับความทนทานในการทำกิจกรรม โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาและการสัมภาษณ์

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ** เป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของนิภาพร ประจันบาน (2550) ข้อคำถามในแบบวัดนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วงออกจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ เลือตอบตามความเห็นและความสำคัญของการดูแลนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| ไม่จำเป็น     | ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน |
| จำเป็นน้อย    | ให้คะแนนเป็น 2 คะแนน |
| จำเป็นปานกลาง | ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน |
| จำเป็นมาก     | ให้คะแนนเป็น 4 คะแนน |

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะกระจายอยู่ระหว่าง 25 - 100 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับของช่วงคะแนน ได้จากการนำคะแนนเต็มสูงสุดลบด้วยคะแนนเต็มต่ำสุดของแบบสอบถาม หาค่าด้วยระดับช่วงคะแนนที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 83-100 แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีมาก

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 64-82 แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 45-63 แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 25-44 แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คือ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน้อย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้นำแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาโรคหัวใจ 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยซีซียู 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหาที่ได้ปรับแก้ไขแล้วโดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ .91

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้นำแบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .83 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้ภาวะหัวใจล้มเหลว ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .83

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นแบบวัดความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ของการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วยการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ เลือกตอบตามความเห็นและความสำคัญของการดูแลนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้คะแนนเป็น 2 คะแนน

เห็นด้วยค่อนข้างมาก ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 4 คะแนน

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวจะกระจายอยู่ระหว่าง 13 - 52 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับของช่วงคะแนน

ได้จากการนำคะแนนเต็มสูงสุดลบด้วยคะแนนเต็มต่ำสุดของแบบสอบถาม หาคำด้วยระดับช่วงคะแนนที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 44-52 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากที่สุด

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 34-43 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 24-33 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 13-23 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับผลดีหรือประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คือ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ดี

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 13 ข้อ หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาโรคหัวใจ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม และลักษณะภาษาที่ใช้ในข้อคำถาม

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามจำนวน 13 ข้อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .81

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้อง ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด มีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ เลือกตอบตามความเห็นและความสำคัญของการดูแลนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้คะแนนเป็น 2 คะแนน

เห็นด้วยค่อนข้างมาก ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนเป็น 4 คะแนน

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวจะกระจายอยู่ระหว่าง 13 - 52 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับของช่วงคะแนน ได้จากการนำคะแนนเต็มสูงสุดลบด้วยคะแนนเต็มต่ำสุดของแบบสอบถาม หาค่าด้วยระดับช่วงคะแนนที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 44-52 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากที่สุด

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 34-43 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 24-33 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 13-23 แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คือ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ดี

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 13 ข้อ หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN)

สาขาโรคหัวใจ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม และลักษณะภาษาที่ใช้ในข้อคำถาม

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามจำนวน 13 ข้อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .50 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .54

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของนิภาพร ประจันบาน (2550) โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 25 ข้อ โดยมีคะแนนความมั่นใจ 0-10 คะแนน

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวจะกระจายอยู่ระหว่าง 0-250 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับของช่วงคะแนน ได้จากการนำคะแนนเต็มสูงสุดลบด้วยคะแนนเต็มต่ำสุดของแบบสอบถามหารด้วยระดับช่วงคะแนนที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 187.6-250 แสดงว่ามีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากที่สุด

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 126-187.5 แสดงว่ามีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 62.6-125 แสดงว่ามีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-62.5 แสดงว่ามีความมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คือ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวดี

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ดี

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาโรคหัวใจ 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยชี่ชี่ยู 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมของเนื้อหาที่ได้ปรับแก้ไขแล้วโดยคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ .97

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ .87 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .67

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประเมินและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 3 ระดับ เลือกตอบตามความเห็นและความสำคัญของการดูแลนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| ไม่เคยทำ       | ให้คะแนนเป็น 0 คะแนน |
| ทำนานๆครั้ง    | ให้คะแนนเป็น 1 คะแนน |
| ทำเป็นบางครั้ง | ให้คะแนนเป็น 2 คะแนน |
| ทำทุกครั้ง     | ให้คะแนนเป็น 3 คะแนน |

คะแนนทั้งหมดของแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว จะกระจายอยู่ระหว่าง 0-69 คะแนน โดยแบ่งเป็น 4 ระดับของช่วงคะแนน ได้จากการนำคะแนนเต็มสูงสุดลบด้วยคะแนนเต็มต่ำสุดของแบบสอบถาม หาค่าด้วยระดับช่วงคะแนนที่ต้องการแบ่ง ดังนี้

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 52-69 แสดงว่ามีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดีมาก

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 35-51 แสดงว่ามีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 18-34 แสดงว่ามีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0-17 แสดงว่ามีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับน้อย

การแปลผล คือ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง แสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 23 ข้อ หาความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาโรคหัวใจ 1 ท่าน และหัวหน้าหอผู้ป่วยซีซียู 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม และลักษณะภาษาที่ใช้ในข้อคำถาม

การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามจำนวน 23 ข้อ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .63

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นเตรียมการ

1. ทำหนังสือขออนุมัติการทำวิจัยจากอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร และจากคณะกรรมการการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของกรุงเทพมหานคร

2. ทำหนังสือขออนุมัติการทำวิจัยจากอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

3. ภายหลังได้รับการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในมนุษย์ของกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจ

แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและกรุงเทพมหานคร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

4. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลและประวัติของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เช่น ประวัติการตรวจวินิจฉัย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการได้รับยา เพื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจตามนัด อาการที่ระหว่างเก็บข้อมูลไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและความทนทานในการทำกิจกรรม(Functional classification) อยู่ในระดับ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association: NYHA) ซึ่งได้แบ่งเป็น 4 ระดับ เพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ดังนี้

ระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย และรวมถึงการเดิน การขึ้นบันได การออกกำลังกาย โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้นใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างชัดเจน คือมีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระดับที่ 4 ไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆได้เลย แม้ในขณะที่พักยังมีอาการของการทำงานของหัวใจไม่เพียงพอ หรือมีอาการเจ็บหน้าอก แม้ว่าจะกระทำการเล็กน้อยๆ อาการไม่สุขสบาย หอบเหนื่อยจะเพิ่มขึ้น

#### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 -16.00 น. โดยขอรายชื่อและศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยที่จะเข้ารับการตรวจรักษาในช่วงเวลาที่ศึกษา เลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามที่กำหนด และบันทึกรายชื่อไว้

ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยมาพบผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้แล้ว โดยแนะนำตัวและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบ และสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ จากนั้นขออนุญาตบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถาม เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งผู้ป่วยสามารถสอบถามปัญหาข้อข้องใจในแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ส่วนในรายที่อ่านไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเขียนคำตอบ ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบให้แทน เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนผู้วิจัยจะตรวจสอบคำตอบ ถ้าแบบสอบถามมีคำตอบที่ไม่ครบถ้วนผู้วิจัยจะซักถามกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง นำมาแจกแจงและวิเคราะห์ค่าตามระเบียบวิธีวิจัยทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. แจกแจงความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลว และระดับความทนทานในการทำกิจกรรม
2. วิเคราะห์หาช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และมีการพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ แม้ว่าจะตอบรับการเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็ตาม ได้โดย

ไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอม (Informed consent form) โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในบทนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคต่อการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการทดสอบสมมติฐานที่ว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2551 ถึง ธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกคน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 64) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี (SD=13.58) มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 55) โดยอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน และญาติ เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 42) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโรคร่วมมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ไขมันผิดปกติเป็นพิษ เป็นต้น มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 4 - 36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือนและระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำ

กิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (N=100)

| ลักษณะทางประชากร                                | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>เพศ</b>                                      |       |        |
| ชาย                                             | 36    | 36     |
| หญิง                                            | 64    | 64     |
| <b>อายุ (ปี)</b>                                |       |        |
| 30-59                                           | 32    | 32     |
| 60-79                                           | 56    | 56     |
| 80-95                                           | 12    | 12     |
| Mean = 66.04    S.D. = 13.58    Range = 30 - 95 |       |        |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                              |       |        |
| โสด                                             | 9     | 9      |
| คู่                                             | 55    | 55     |
| หม้าย/หย่า/แยก                                  | 36    | 36     |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                            |       |        |
| ไม่ได้รับการศึกษา                               | 16    | 16     |
| ประถมศึกษา                                      | 42    | 42     |
| มัธยมศึกษา                                      | 27    | 27     |
| ปริญญาตรี                                       | 6     | 6      |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                | 1     | 1      |
| อื่นๆ                                           | 8     | 8      |

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง (N=100) (ต่อ)

| ลักษณะทางประชากร                                 | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>อาชีพ</b>                                     |       |        |
| ไม่ได้ทำงาน                                      | 48    | 48     |
| ทำงานบ้าน                                        | 25    | 25     |
| รับจ้าง                                          | 11    | 11     |
| ค้าขาย                                           | 6     | 6      |
| รับราชการ                                        | 8     | 8      |
| เกษตรกร                                          | 2     | 2      |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>                |       |        |
| ไม่มีรายได้                                      | 58    | 58     |
| < 3,000                                          | 2     | 2      |
| 3,001-6,000                                      | 7     | 7      |
| 6,000-10,000                                     | 12    | 12     |
| > 10,000                                         | 21    | 21     |
| <b>โรคร่วม</b>                                   |       |        |
| ไม่มี                                            | 1     | 1      |
| มี ได้แก่ CAD, DM, HT, CRF, Thyroid**            | 99    | 99     |
| <b>ระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลว (เดือน)</b>     |       |        |
| 4-12                                             | 62    | 62     |
| 13-24                                            | 37    | 37     |
| 25-36                                            | 1     | 1      |
| Mean = 12.5    S.D. = 5.88    Range = 4 - 36     |       |        |
| <b>ระดับความรุนแรงและความทนทานในการทำกิจกรรม</b> |       |        |
| <b>แบ่งตามสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA)</b>   |       |        |
| ระดับที่ 1                                       | 23    | 23     |
| ระดับที่ 2                                       | 63    | 63     |
| ระดับที่ 3                                       | 14    | 14     |

**\*\* CAD หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด DM หมายถึง โรคเบาหวาน HT หมายถึง โรคความดันโลหิตสูง CRF หมายถึง ไตวายเรื้อรัง Thyroid หมายถึง ัธยรโรคย์เป็นพิษ**

ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) บอกว่าตนเองมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนหรือบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่ว่าดีขึ้นหรือเลวลง และผู้ป่วยบางคนกล่าวว่า “ถ้าไม่มาตรวจตามแพทย์นัดหรือไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำก็ไม่ต้องมารักษาเลยดีกว่า” จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 และจะมาตรวจตามแพทย์นัดด้วยตนเองโดยไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล ทำให้ได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและทราบความก้าวหน้าของโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและรับรู้อุปสรรคน้อย อาจจะเป็นผลจากการที่มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง

**ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 91.91$ ,  $SD=6.97$ ) คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 43.17$ ,  $SD=5.74$ ) คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 25.84$ ,  $SD=5.68$ ) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 200.19$ ,  $SD=21.91$ ) และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 46.42$ ,  $SD=6.95$ ) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N=100)

| ตัวแปร                                                            | คะแนนเต็ม | คะแนนที่วัดได้ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | แปลผล     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------|---------------------|-----------|
| ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ                                        |           |                |           |                     |           |
| พฤติกรรมสุขภาพ                                                    | 25-100    | 73-100         | 91.91     | 6.97                | ดีมาก     |
| การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว | 13-52     | 27-52          | 43.17     | 5.74                | มาก       |
| การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว  | 13-52     | 14-38          | 25.84     | 5.68                | ปานกลาง   |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว                     | 0-250     | 149-245        | 200.19    | 21.91               | มากที่สุด |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว                  | 0-69      | 25-60          | 46.42     | 6.95                | ดี        |

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.438, 0.324, 0.489$  ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.205$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าแต่ละ

ปัจจัยยังมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.309, 0.496$  ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.333$ ) ผลการวิเคราะห์แสดงดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N=100)

| ปัจจัย                                                               | 1      | 2      | 3      | 4      | 5 |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ                          | 1      |        |        |        |   |
| 2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว | .309** | 1      |        |        |   |
| 3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว  | -.135  | .046   | 1      |        |   |
| 4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว                     | .496** | .333** | -.176  | 1      |   |
| 5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว                  | .438** | .324** | -.205* | .489** | 1 |

\* $p < 0.05$ \*\* $p < 0.01$

## บทที่ 5

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนธันวาคม 2551 และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

#### ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 อายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Cowie et al., 1997; Haldeman et al., 1999; Peter et al., 2002; Mary et al., 2005) เกินครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 42 จบชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 27 จบชั้นมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 16 ที่ไม่ได้เรียน และเกินครึ่งที่ไม่มีรายได้ต่อเดือน ซึ่งรายได้เฉลี่ยของประชาชนในกรุงเทพมหานครต่อคนต่อเดือนเท่ากับ 11,284 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีรายได้แต่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรในกรุงเทพมหานคร และบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ได้ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลานจึงทำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย รวมถึงวัฒนธรรมในการเลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและมีรายได้จากบุตรหลาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 3,000-10,000 บาทต่อเดือน จะประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขายและเกษตรกร ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีอาชีพรับราชการหรือเป็นข้าราชการบำนาญ และเกือบทั้งหมด(ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ไขมันผิดปกติ เป็นพิษเป็นต้น การมีโรคร่วมที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

(Eliopoulos, 2001) ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวยังเป็นสาเหตุทำให้หัวใจทำงานหนักหรือประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง (DeWald et al., 2000; Francis, Gassier, & Sonnenblick, 2001) และทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะเวลาของการเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 4-36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือน มีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมตามคำจำกัดความของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อยู่ในระดับที่ 2 คือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก ร้อยละ 63 ในระดับที่ 1 คือไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หมายถึงผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย และรวมถึงการเดิน การขึ้นบันได การออกกำลังกาย โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้นใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก ร้อยละ 23 และในระดับที่ 3 คือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างชัดเจน คือ มีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก ร้อยละ 14

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่วัดได้มีค่าระหว่าง 73 ถึง 100 คะแนน เฉลี่ย 91.91 คะแนน (SD = 6.97) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจดีมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 68) และมีระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาระยะเวลาหนึ่ง (เฉลี่ย 12.5 เดือน) จึงอาจเคยมีประสบการณ์ได้รู้ ได้เห็น เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ขณะที่มาติดตามรับการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่า “เวลาที่เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง จะทำมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจ

ไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหลับ ทำให้ทรมาณมากและไม่อยากมีอาการแบบนั้นอีก” ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r=0.438$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ ทองยืม (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 27 ถึง 52 คะแนน เฉลี่ย 43.17 คะแนน (SD=5.74) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะช่วยให้อาการต่างๆ ของตนดีขึ้นหรือช่วยควบคุมอาการต่างๆ ได้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “ถ้าหากขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะทำให้รู้สึกว่าการของตนเองรุนแรงมากขึ้น และทำให้ต้องกลับมานอนโรงพยาบาล” อีกสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลาหนึ่ง (เฉลี่ย 12.5 เดือน) ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ประโยชน์ของการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง ในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การพักผ่อน การปรับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางทางบวก ( $r=0.324$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนเน็ตและคณะ (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

ลดอาการบวมหน้า ช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ทำให้ดีต่อสุขภาพ และช่วยลดอาการบวมได้ มาร์ทิจีและคณะ (Martje et al., 2007) พบว่าการชั่งน้ำหนักตัวทุกวันทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น

**การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** ระดับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 14 ถึง 38 คะแนน เฉลี่ย 25.84 คะแนน (SD = 5.68) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นหรือการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการมาตรวจตามนัดแม้จะทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษาและซื้อยา เนื่องจากสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 63) ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโดยตรง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีรายได้ของตัวเอง (ร้อยละ 58) แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 55) และบุตรในกรุงเทพมหานคร และบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ได้ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลานจึงทำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย รวมถึงวัฒนธรรมในการเลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและมีรายได้จากบุตรหลาน จึงไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสามารถเดินทางไปมาเพื่อรับบริการได้ ถึงแม้ว่าการมารับบริการทำให้ต้องเสียเวลาในการรอตรวจ และบอกว่าเมื่อเป็นโรคนี้แล้วก็ต้องมารักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และแม้จะต้องทานยาหลายชนิด หลายเม็ด หลายมือต่อวันก็ไม่ทำให้รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพยุ่งยากแต่อย่างไร เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวันจนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไปแล้ว ได้มีการจัดสรรยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน แต่ละมือไว้ล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างยังบอกว่าถ้าวันไหนต้องมาตรวจตามแพทย์นัดหรือออกไปธุระนอกบ้านที่ไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำก็จะรับประทานยาขับปัสสาวะในมือนั้น ถ้ามีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นก็จะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และยังรู้สึกว่าการมาตรวจแต่เช้าทำให้ได้พบแพทย์ในคิวแรกๆ ไม่ต้องเสียเวลารอนาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ( $r = -0.205$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรค

ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยหรือไปในทางไม่ดี กลุ่มตัวอย่างอาจตระหนักถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการปรับตัว และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบนเน็ตและคณะ (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ที่พบว่า การไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องการรับประทานยาขับปัสสาวะเนื่องจากทำให้ต้องปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รบกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อขาดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาและการรับประทานอาหารจะทำให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางลบ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 149 ถึง 245 คะแนน เฉลี่ย 200.19 คะแนน ( $SD = 21.91$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งตรงตามที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์หรือทักษะที่เกิดขึ้นในอดีต ทั้งทางด้านที่ประสบผลสำเร็จและด้านที่ล้มเหลว ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จึงทำให้บุคคลมีพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กันไป ถึงแม้ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย และมีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ประสบการณ์ที่ได้รับจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 4 เดือน (เฉลี่ย 12.5 เดือน) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในอดีตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และการศึกษาของหยวน ห่าวบิน (2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r=0.489$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของหยวน ห่าวบิน (2543) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นเช่นเดียวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 25 ถึง 60 คะแนน เฉลี่ย 46.42 คะแนน ( $SD=6.95$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน (เฉลี่ย 12.5 เดือน) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และมีประสบการณ์ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความทนในการทำกิจกรรมตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) ในระดับ 1 และระดับ 2 ซึ่งสภาพร่างกายทั่วไปยังแข็งแรง และไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการเลวลงและรู้สึกว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและน่ากลัวเพราะจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพื่อให้ตนเองคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาภา บุญเที่ยง (2545) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร การใช้สารเสพติด และการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่า จะมาตรวจทุกครั้งที่แพทย์นัด รับประทานยาครบทุกมื้อ ไม่ทานอาหารที่มีรสเค็ม และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ทุกอย่าง เพราะถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลก็ไม่ควรมารับการรักษา

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42 และร้อยละ 16 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหัวใจตีบ พบว่าระดับการศึกษาทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหัวใจตีบได้ร้อยละ 32.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการศึกษากำหนดให้มีสติปัญญา และมีการเรียนรู้ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยก็จะแสวงหาการบริการด้านสุขภาพ รับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวดี มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีด้วย นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยลง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

## บทที่ 6

### ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับที่ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association: NYHA) อาการคงที่ ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะเข้าร่วมการวิจัย มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็นและการพูด สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นแบบวัดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว และระดับความทนทานในการทำกิจกรรม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนที่ 6 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

แบบสอบถามในส่วนที่ 3, 4 และ 6 เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิด ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการตรวจตามนัด จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 3 ไปทดลอง

ใช้กับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย เพื่อประเมิน ภาษา ความเข้าใจในเนื้อหา และปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาคเท่ากับ .81, .50 และ .63 ตามลำดับ แบบสอบถามในส่วนที่ 2 และ 5 ใช้เครื่องมือของ นิภาพร ประจันบาน (2551) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และ นำเครื่องมือนี้มาทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 และ .67 ตามลำดับ

เมื่อแบบสอบถามทั้งหมดผ่านขั้นตอนตรวจสอบคุณภาพเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำ แบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใน ช่วงเวลาระหว่างรอตรวจและรอเข้าพบแพทย์ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมา ตรวจสอบความถูกต้องจากนั้นจึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

### ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงเวลาดังแต่เดือน ตุลาคม 2551 ถึงธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกคน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 64) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี ( $SD=13.58$ ) มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 55) โดยอาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรหลาน และ ญาติ เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 42) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโรคร่วมมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือด หัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง วัณโรคภัยเป็นพิษเป็นภัย มี ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 4 - 36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือนและระดับ ความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2

2. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x}=91.91$ ,  $SD=6.97$ )

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะ หัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=43.17$ ,  $SD=5.74$ )

4. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะ หัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=25.84$ ,  $SD=5.68$ )

5. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ใน ระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=200.19$ ,  $SD=21.91$ )

6. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=46.42$ ,  $SD=6.95$ )

7. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.438, 0.324, 0.489$  ตามลำดับ)

8. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.205$ )

9. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.309, 0.496$  ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.333$ )

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งช่วยลดอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

### ข้อจำกัดของงานวิจัย

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีค่าความเที่ยง (Reliability) ต่ำโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .50 ซึ่งอาจเกิดจากในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้วางแผนให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยไม่ได้ประเมิน

แบบคัดกรองความคิด/ รู้จำ ก่อนให้ทำแบบสอบถามเพียงแต่พูดคุยซักถามชื่อ สกุลและที่พักอาศัยกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และข้อคำถามที่ใช้อาจไม่ครอบคลุม ไม่ตรงประเด็น ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอ (consistency) จึงเป็นข้อจำกัดในการทำวิจัย ซึ่งทำให้ค่าความเที่ยงต่ำ ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลเหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างทุกราย และมีการใช้แบบประเมินคัดกรองความคิด/ รู้จำในกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG PERSONS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

เสาวลักษณ์ ท่ามาก 4937112 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: อรสา พันธุ์กักดี, พย.ด., กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, พร.ด.,  
พิศสมัย อรทัย, ค.ด. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)

### บทสรุปแบบสมบูรณ์

#### ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในประเทศต่างๆหลายประเทศ รวมทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ในประเทศไทยถือว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรไทย พบว่าสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 24.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ. 2548 เป็น 27.7, 26.8 และ 28.2 ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ได้มากกว่าภาวะอื่นหรือโรคอื่นๆ และจากการสำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด และพบได้ถึงร้อยละ 10 ในประชากรสูงอายุ (McMurray & Stewart, 2003 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2547) จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศทางยุโรปมีประมาณ 6.5 ล้านคน สหรัฐอเมริกาประมาณ 5 ล้านคน และในประเทศญี่ปุ่น 2.4 ล้านคน (Wal, Moser, Veeger, Gilst & Veldhuisen, 2005) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องพอเพียง จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการ (McMurray & Stewart, 2003 อ้างใน อภิชาติ สุคนธทรัพย์, 2547)

ภาวะหัวใจล้มเหลวแม้ว่าจะได้รับการรักษาให้อาการดีแล้วก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก และเป็นภาวะสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล (Vinson, Rich, Sperry, Shah & McNamara, 1990) พบว่าร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Vinson et al., 1990; Philbin, Rocco, Lidenmuth, Ulrich, & Jenkins, 1999; Krumholtz et al., 2000) ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูงคือ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ (Jaarsma & Dracup, 2001; Saunders, 2003) ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารพบร้อยละ 18 การรับประทานยาพบร้อยละ 15 การขาดการสนับสนุนทางสังคมพบร้อยละ 21 และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการร้อยละ 20 (Vinson, et al., 1990) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Bennett et al., 1998; Evangelista, Berg, & Dracup, 2001 cited in Bennett et al., 2005) และทำให้อัตราตายสูงขึ้น (McDermott, Schmitt, & Wallner, 1997)

ในผู้ป่วยคนไทยพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง พักผ่อนไม่เพียงพอ (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531) ซึ่งหลักการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบการดำเนินชีวิต และการพิจารณาถึงบริบทของผู้ป่วย (Michale & Rich, 2002) การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การจำกัดเกลือ จำกัดน้ำดื่ม หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อ (Konstam et al., 1994) นอกจากนี้สิ่งสำคัญผู้ป่วยต้องสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ และมีอาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย อาการเหล่านี้ผู้ป่วยจะต้องค้นพบให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ (Dracup et al., 1994; Bushnell, 1992) รวมทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวไว้ดังนี้ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ล้มเหลว พบว่าเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เบนเน็ตและคณะ (Bennett, Castro, Westmoreland, Cordes, & Pressler, 1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะและความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะว่าทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดอาการบวม ช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ และประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ทำให้ดีต่อสุขภาพ และช่วยลดอาการบวมได้ และการรับรู้ประโยชน์ของการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น (Martje et al., 2007)

นอกจากนี้ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะและความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่าอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ได้แก่ การทำให้ปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รบกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง ส่วนอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่ารสชาติอาหารไม่ดี ไม่อร่อย เสียเวลาในการจัดเตรียม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ยุ่งยากเวลาไปทานอาหารนอกบ้าน และไม่เข้าใจว่าอาหารประเภทใดที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมต่ำ (Bennett, Milgrom, Champion, & Huster, 1997; Bennett, Lane, Welch, Brater, & Murry, 2005) จึงทำให้ไม่สามารถจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้ และการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก และไม่รู้ว่าการตรวจสอบอาการบวมของขาและเท้าเป็นอย่างไร (Martje et al., 2007)

แม้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ ได้ ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ดังการศึกษาของ ศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์ (2538) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมสูง และผลการศึกษายังพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยรวมและในรายข้อ และการศึกษาของ หยวน ห่าวบิน (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และการรับรู้

สมรรถนะแห่งคนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเมื่อเกิดกับผู้ป่วยแล้วจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่างๆ ในร่างกายลดลง และเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรค โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นภาวะเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ต้องปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เหมือนกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเช่นกัน

ผู้วิจัยพบว่าในทางปฏิบัติสำหรับคลินิกโรคหัวใจ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ผู้วิจัยไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลงเป็นอย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่าการที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยควรจะต้องทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่พยาบาลจะต้องให้การดูแล จึงจะสามารถให้ความรู้ได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยพร้อม นอกจากผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวแล้วจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวด้วย รวมทั้งต้องรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่เน้นความสามารถของบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยเลือกศึกษามโนทัศน์ด้านปัจจัยส่วนบุคคล เกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ มโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มโนทัศน์การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มโนทัศน์ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมโนทัศน์ผลลัพธ์

ด้านพฤติกรรม ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีผลต่อการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างไปจากภาวะปกติ เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขภายใต้ภาวะการเจ็บป่วย

มโนทัศน์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใดๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ของการกระทำหรือพฤติกรรมจะเป็นสิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มโนทัศน์ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คาดคะเน ซึ่งการรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการกระทำ และมีผลทางอ้อมต่อการลดพันธะสัญญาหรือข้อผูกมัดในการวางแผนการกระทำ มโนทัศน์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ หรือจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ในด้านบวกมากขึ้น และจะส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงมากตามไปด้วย

มโนทัศน์สุดท้ายที่นำมาศึกษา คือ ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ได้แก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการศึกษาครั้งนี้ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมที่ศึกษา ได้แก่ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด 2) กิจกรรมทางกาย ประกอบด้วย การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการพักผ่อน 3) โภชนาการ ประกอบด้วย การรับประทานอาหารและน้ำ และ 4) การจัดการความเครียด การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทางบวกเกี่ยวกับ การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การพักผ่อน การปรับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด



**แผนภูมิที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

## สมมติฐาน

1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระดับความรุนแรงและความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association: NYHA) สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดเมื่ออยู่บ้าน มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ทำแบบสอบถามได้เองหรือตอบแบบสอบถามได้ และมีความสนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ส่วน

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นแบบวัดลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นโรค และระดับความรุนแรงของอาการ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาและการสัมภาษณ์

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ** เป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของนิภาพร ประจันบาน (2550) ข้อคำถามในแบบวัดนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วงออกจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 25 - 100 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .83

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการทำพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด มีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 13 - 52 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .81

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด มีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 13 - 52 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .50 และเมื่อนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .54

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของนิภาพร ประจันบาน (2550) โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 25 ข้อ โดยมีคะแนนความมั่นใจ 0-10 คะแนน คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 - 250 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .67

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการรับรู้ในด้านต่างๆ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประคบและ สัมผัสอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด จำนวน 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale 3 ระดับ คะแนนเต็มอยู่ระหว่าง 0 - 69 คะแนน คะแนนยิ่งมากแสดงว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .63

#### การเก็บข้อมูล

ทำหนังสือเสนออนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร และเสนอกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล(ตามหนังสืออนุมัติให้ทำการวิจัย เลขที่ 0120.51.และID 07-51-54 ย) โดยอธิบายผู้เข้าร่วมโครงการทราบวัตถุประสงค์ วิธีตอบ เก็บข้อมูลที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบความปัญหาข้อข้องใจในแบบสอบถามได้ตลอดเวลา ส่วนในรายที่อ่านไม่ได้หรือไม่สะดวกในการเขียนคำตอบ ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบให้แทน ภายหลังได้รับแบบสอบถามคืนจะตรวจสอบคำตอบ ถ้ามีข้อใดหายไปจะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบครบถ้วน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นมีภาวะหัวใจล้มเหลวและระดับความทนทานในการทำกิจกรรม หาช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2551 ถึง ธันวาคม 2551 จำนวน 100 ราย ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทุกคน กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพศหญิงร้อยละ 64) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี (SD=13.58) มากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 55) โดยอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน และญาติ เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 42) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีโรคร่วมมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง ชัยโรคภัยเป็นพิษ เป็นต้น มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 4 - 36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือนและระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ถ้าออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก

ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทุกราย (ร้อยละ 99) บอกว่าตนเองมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง และจะได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนหรือบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอยู่ว่าดีขึ้นหรือเลวลง และผู้ป่วยบางคนกล่าวว่า “ถ้าไม่มาตรวจตามแพทย์นัดหรือไม่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำก็ไม่ต้องมารักษาเลยดีกว่า” จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 และจะมาตรวจตามแพทย์นัดด้วยตนเองโดยไม่มีญาติพามาโรงพยาบาล ทำให้ได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและทราบความก้าวหน้าของโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและรับรู้อุปสรรคน้อย อาจจะเป็นผลจากการที่มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง และกระทำพฤติกรรมด้วยตนเอง

**ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 91.91$ ,  $SD = 6.97$ ) คะแนนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 43.17$ ,  $SD = 5.74$ ) คะแนนการรับรู้อุปสรรคของการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 25.84$ ,  $SD = 5.68$ ) คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x} = 200.19$ ,  $SD = 21.91$ ) และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ( $\bar{x} = 46.42$ ,  $SD = 6.95$ ) แสดงดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N=100)

| ตัวแปร                                                            | คะแนนเต็ม | คะแนนที่วัดได้ | ค่าเฉลี่ย | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | แปลผล     |
|-------------------------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------|---------------------|-----------|
| ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ                          |           |                |           |                     |           |
| สุขภาพ                                                            | 25-100    | 73-100         | 91.91     | 6.97                | ดีมาก     |
| การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว | 13-52     | 27-52          | 43.17     | 5.74                | มาก       |
| การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว  | 13-52     | 14-38          | 25.84     | 5.68                | ปานกลาง   |
| การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว                     | 0-250     | 149-245        | 200.19    | 21.91               | มากที่สุด |
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว                  | 0-69      | 25-60          | 46.42     | 6.95                | ดี        |

**ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.438, 0.324, 0.489$  ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r=-0.205$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าแต่ละปัจจัยยังมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.309, 0.496$  ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r=0.333$ ) แสดงดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (N=100)

| ปัจจัย                                                               | 1      | 2      | 3      | 4      | 5 |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ                          | 1      |        |        |        |   |
| 2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว | .309** | 1      |        |        |   |
| 3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว  | -.135  | .046   | 1      |        |   |
| 4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว                     | .496** | .333** | -.176  | 1      |   |
| 5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว                  | .438** | .324** | -.205* | .489** | 1 |
| *p < 0.05      **p < 0.01                                            |        |        |        |        |   |

### การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 อายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Cowie et al., 1997; Haldeman et al., 1999; Peter et al., 2002; Mary et al., 2005) เกินครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 42 จบชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 27 จบชั้นมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 16 ที่ไม่ได้เรียน และเกินครึ่งที่ไม่มีรายได้ต่อเดือน ซึ่งรายได้เฉลี่ยของประชาชนในกรุงเทพมหานครต่อคนต่อเดือนเท่ากับ 11,284 บาท (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีรายได้แต่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรในกรุงเทพมหานคร และบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ได้ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลานจึงทำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย รวมถึงวัฒนธรรมในการเลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและมีรายได้จากบุตรหลาน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 3,000-10,000 บาทต่อเดือน จะประกอบอาชีพรับจ้าง ค้าขายและเกษตรกร ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีอาชีพรับราชการหรือเป็นข้าราชการบำนาญ และเกือบทั้งหมด(ร้อยละ 99) มีโรคร่วมมากกว่า 1 อย่าง

ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง วัณโรคภัย เป็นพิษเป็นต้น การมีโรคร่วมที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Eliopoulos, 2001) ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวยังเป็นสาเหตุทำให้หัวใจทำงานหนักหรือประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง (DeWald et al., 2000; Francis, Gassier, & Sonnenblick, 2001) และทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระยะเวลาของการเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 4-36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือน มีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมตามคำจำกัดความของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) อยู่ในระดับที่ 2 คือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก ร้อยละ 63 ในระดับที่ 1 คือไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ หมายถึงผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย และรวมถึงการเดิน การขึ้นบันได การออกกำลังกาย โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ใจเต้นใจสั่น หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก ร้อยละ 23 และในระดับที่ 3 คือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างชัดเจน คือ มีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอก และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก ร้อยละ 14

### ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่วัดได้มีค่าระหว่าง 73 ถึง 100 คะแนน เฉลี่ย 91.91 คะแนน (SD=6.97) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจดีมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 68) และมีระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาระยะเวลาหนึ่ง (เฉลี่ย 12.5 เดือน) จึงอาจเคยมีประสบการณ์ได้รู้ ได้เห็น เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ขณะที่มาติดตามรับการรักษา ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

บางรายบอกว่า “เวลาที่เกิดอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง จะทำมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ต้องนั่งหลับ ทำให้ทรมาณมากและไม่อยากมีอาการแบบนั้นอีก” ดังนั้นจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ( $r=0.438$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 หมายความว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรินทร์ ทองยืม (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 27 ถึง 52 คะแนน เฉลี่ย 43.17 คะแนน ( $SD=5.74$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะช่วยให้อาการต่างๆ ของตนดีขึ้นหรือช่วยควบคุมอาการต่างๆ ได้ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบอกว่า “ถ้าหากขาดยา หรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอจะทำให้รู้สึกว่าการของตนเองรุนแรงมากขึ้น และทำให้ต้องกลับมาอนโรงพยาบาล” อีกสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวระยะเวลาหนึ่ง (เฉลี่ย 12.5 เดือน) ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ประโยชน์ของการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง ในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การพักผ่อน การปรับกิจกรรมและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางทางบวก ( $r=0.324$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบนเน็ตและคณะ (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความ

สม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดอาการบวม น้ำ ช่วยให้อาการหายใจสะดวกขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่จำกัดเกลือโซเดียม ทำให้ดีต่อสุขภาพ และช่วยลดอาการบวมได้ มาร์ทิจและคณะ (Martje et al., 2007) พบว่าการชั่งน้ำหนักตัวทุกวันทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น

**การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** ระดับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างมีค่าระหว่าง 14 ถึง 38 คะแนน เฉลี่ย 25.84 คะแนน (SD =5.68) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นหรือการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆที่มีผลขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวปานกลาง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการมาตรวจตามนัดแม้จะทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมาตรวจรักษาและซื้อยา เนื่องจากสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 (ร้อยละ 63) ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง และเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโดยตรง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีรายได้ของตัวเอง (ร้อยละ 58) แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 55) และบุตรในกรุงเทพมหานคร และบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ได้ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลานจึงทำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย รวมถึงวัฒนธรรมในการเลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและมีรายได้จากบุตรหลาน จึงไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสามารถเดินทางไปมาเพื่อรับบริการได้ ถึงแม้ว่าการมารับบริการทำให้ต้องเสียเวลาในการรอตรวจ และบอกว่าเมื่อเป็นโรคนี้อีกก็ต้องมารักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และแม้จะต้องทานยาหลายชนิด หลายเม็ด หลายมือต่อวันก็ไม่ทำให้รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพยุ่งยากแต่อย่างไร เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวันจนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไปแล้ว ได้มีการจัดสรรยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวัน แต่ละมือไว้ล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างยังบอกว่าถ้าวันไหนต้องมาตรวจตามแพทย์นัดหรือออกไปธุระนอกบ้านที่ไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำก็จะได้รับประทานยาขับปัสสาวะในมือนั้น ถ้ามีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นก็จะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และยังรู้สึกว่าการมาตรวจแต่เช้าทำให้ได้พบแพทย์ในคิวแรกๆไม่ต้องเสียเวลารอนาน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย ( $r=-0.205$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรค

ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยหรือไปในทางไม่ดี กลุ่มตัวอย่างอาจตระหนักถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการปรับตัว และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบนเน็ตและคณะ (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ที่พบว่าการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องการรับประทานยาขับปัสสาวะเนื่องจากทำให้ต้องปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รบกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อขาดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาและการรับประทานอาหารจะทำให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางลบ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

**การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 149 ถึง 245 คะแนน เฉลี่ย 200.19 คะแนน (SD=21.91) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งตรงตามที่เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์หรือทักษะที่เกิดขึ้นในอดีต ทั้งทางด้านที่ประสบผลสำเร็จและด้านที่ล้มเหลว ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จึงทำให้บุคคลมีพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กันไป ถึงแม้ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกาย และมีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ประสบการณ์ที่ได้รับจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 4 เดือน (เฉลี่ย 12.5 เดือน) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองในอดีตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา เจริญวงศ์วัฒน์ (2538) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 90 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง และการศึกษาของหยวน ห่าวบิน (2543) ที่ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r=0.489$ ) (Cohen, 1988) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของหยวน ห่าวบิน (2543) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นเช่นเดียวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 25 ถึง 60 คะแนน เฉลี่ย 46.42 คะแนน ( $SD=6.95$ ) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับดี ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยสูงอายุ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน (เฉลี่ย 12.5 เดือน) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และมีประสบการณ์ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ และกลุ่มตัวอย่างมีระดับความทนในการทำกิจกรรมตามคำแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA) ในระดับ 1 และระดับ 2 ซึ่งสภาพร่างกายทั่วไปยังแข็งแรง และไม่ได้ประกอบอาชีพ จึงทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดี

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการเลวลงและรู้สึกว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและน่ากลัวเพราะจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมาก ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพื่อให้ตนเองคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาภา บุญเที่ยง (2545) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร การใช้สารเสพติด และการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง อาจอธิบายได้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางรายบอกว่า จะมาตรวจทุกครั้งที่มีแพทย์นัด รับประทานยาครบทุกมื้อ ไม่ทานอาหารที่มีรสเค็ม และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ทุกอย่าง เพราะถ้าหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลก็ไม่ควรมารับการรักษา

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42 และร้อยละ 16 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ สอดคล้องกับการศึกษาของจิรวรรณ อินคัม (2541) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหัวใจตีบ พบว่าระดับการศึกษาทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหัวใจตีบได้ร้อยละ 32.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าการศึกษากำหนดให้บุคคลมีสติปัญญา และมีการเรียนรู้ เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยก็จะแสวงหาการบริการด้านสุขภาพ รับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ และมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะเจ็บป่วยซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานของการศึกษาที่ว่าความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงว่าถ้าผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีด้วย นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยลง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติ ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งช่วยลดอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

## ข้อจำกัดของงานวิจัย

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความเที่ยง (Reliability) ต่ำโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .50 ซึ่งอาจเกิดจากในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้วางแผนให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจึงต้องเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟัง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้วิจัยไม่ได้ประเมินแบบคัดกรองความคิด/ รู้จำ ก่อนให้ทำแบบสอบถามเพียงแต่พูดคุยซักถามชื่อ สกุลและทักทายกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น และข้อคำถามที่ใช้อาจไม่ครอบคลุม ไม่ตรงประเด็น ทำให้ไม่มีความสม่ำเสมอ (consistency) จึงเป็นข้อจำกัดในการทำวิจัย ซึ่งทำให้ค่าความเที่ยงต่ำ ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรใช้วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมือนกันในกลุ่มตัวอย่างทุกราย และมีการใช้แบบประเมินคัดกรองความคิด/ รู้จำในกลุ่มตัวอย่างสูงอายุ

FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS AMONG  
PATIENTS WITH CONGESTIVE HEART FAILURE

SAOWALUX THUMMAK 4937112 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: ORASA PANPAKDEE, DNS., KUSUMA  
KHUWATTHANASAMRIT, Ph.D.(Nursing), PISAMAI ORATHAI, Ph.D.

(Educational Research Methodology)

**EXTENDED SUMMARY**

**Background and Rationale of the Problem**

Cardiovascular disease was a major cause of mortality in several developed and developing countries. In Thailand, heart disease was a main cause of death in Thai populations, and number of deaths from cardiovascular disease from 2002 to 2005 tended to get increased from 24.6% : 100,000 persons into 27.7%, 26.8%, and 28.2% respectively (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2005). Most patients with cardiovascular disease would die from heart failure rather than other conditions or diseases. According to the survey in developed countries, patients with heart failure accounted for 1-3% of all populations, and 10% of them were found in the elderly (McMurray & Stewart, 2003 as cited in Sukonthasarn, A., 2004). There were approximately 6.5 million patients with heart failure in European countries, 5 million patients in USA, and 2.4 million patients in Japan (Wal, Moser, Veeger, Gilst & Veldhuisen, 2005). Patients with heart failure who were not treated properly would have mortality rate at about 50% within 5 years after contracting the disease (McMurray & Stewart, 2003 as cited in Sukonthasarn, A., 2004).

Congestive heart failure recurrence could be found despite recovery after treatment and was a major condition causing patients to be readmitted to the hospital (Vinson, Rich, Sperry, Shah & McNamara, 1990). It was found that 40-50% of patients with heart failure would be readmitted within 6 months after discharging from the hospital (Vinson et al., 1990; Philbin, Rocco, Lidenmuth, Ulrich, & Jenkins, 1999; Krumholtz et al., 2000). Some factors affecting high rate of readmission in patients with heart failure included patients' improper behaviors such as limitations of drinking water, eating salty food, not taking medicine continuously, lacking social support, and not seeing the doctor immediately (Jaarsma & Dracup, 2001; Saunders, 2003). It was found that 18% had improper behaviors regarding food consumption, 15% regarding medicine intake, 21% regarding lack of social support, and 20% regarding not seeing the doctor immediately (Vinson, et al., 1990). The past studies revealed that patients with heart failure who did not take medicine regularly would have more severe symptom leading to increasing readmission rate (Bennett et al., 1998; Evangelista, Berg, & Dracup, 2001 cited in Bennett et al., 2005) and mortality rate (McDermott, Schmitt, & Wallner, 1997).

Readmission of patients with heart failure in Thailand involved patients' improper behaviors such as not taking medicine continuously, having improper diet, and not taking enough rest (Kruawanichkij, N., 1988). Treatment for patients with heart failure at every age group included the disease curing, lifestyle adjustment, and consideration on patients' context (Michale & Rich, 2002). Lifestyle adjustment of patients with heart failure included limitations of sodium & drinking water, avoidance of alcohol beverage, exercise, and infection prevention (Konstam et al., 1994). Besides, patients needed to observe abnormality indicating worsened condition such as panting, abnormal increased weight, and peripheral edema. These symptoms needed to be found at early stage (Dracup et al., 1994; Bushnell, 1992) as well as having proper health behaviors in order to prevent deteriorated heart failure.

According to the literature review, there were some studies on internal factors related to health behavior of patients with heart failure as follows: the study of Kruawanichkij, N. (1988) on the relationships between relevant factors and treatment

cooperation of patients with heart failure found that economic status, disease & self-care knowledge, and health belief were positively related to treatment cooperation of patients with heart failure. The study of Bennett et al. (Bennett, Castro, Wesmoreland, Cordes, & Pressler, 1996) on the perceived benefits of taking diuretic and sodium-limited diet regularly found that patients perceived benefits of taking diuretic regularly that it could reduce readmission, alleviate edema, ease breathing, improve quality of life, and reduce anxiety about heart disease, and they perceived benefits of taking sodium-limited diet that it supported healthy condition, and alleviate edema. Perceived benefits of heart failure symptom observation such as daily body weighing could reduce readmission to the hospital and result in healthier condition (Martje et al., 2007).

In addition, the studies on the perceived barriers of taking diuretic and sodium-limited diet regularly found that barriers of taking diuretic regularly included frequent urination, going to toilet at night disturbing sleep, facing difficulties when going outside, and incontinence of urine causing embarrassment. Barriers of taking sodium-limited diet regularly included poor taste & undelicious food, time wasting for preparation, high expenses, facing difficulties when eating outside, and lack of understanding about low-sodium diet (Bennett, Milgrom, Champion, & Huster, 1997; Bennett, Lane, Welch, Brater, & Murry, 2005). Thus, limitations of sodium diet was not possible, and the perceived barriers of observing heart failure symptom regularly included forgetting body weighing and not knowing how to check leg and foot swelling (Martje et al., 2007).

Even patients with heart failure would perceive benefits and barriers of health behavior, but if they were not confident with their self-efficacy, such health behavior would not occur. The study of Charoenwongwiwat, S. (1995) on self-efficacy and self-care behavior of 90 patients with ischemic heart disease found that most of them had high perceived self-efficacy, and self-efficacy had positive relationship with both overall and each aspect of self-care behavior. The study of Hao Bin, Y. (2000) on self-efficacy and self-care behavior of 60 patients with ischemic heart disease found that most of them had high perceived self-efficacy, and self-efficacy had positive relationship with health behavior. The ischemic heart disease caused patients

to have decreased efficiency of cardiac muscle contraction leading to reduced blood supply to tissue. This disease was incurable but its symptom was controllable through proper health behavior. Congestive heart failure was also a chronic and incurable disease and needed to adjust health behavior same as the ischemic heart disease.

When considering practices of cardiology clinic of Bangkok Metropolitan Administration Medicine College and Vajira Hospital, the researcher was unsure about heart failure preventive behavior knowledge of this group of patients. Therefore, the researcher considered that before providing knowledge to the patients, we should get basic information of this patient group under nursing care in order to be able to provide actual required knowledge. In addition to knowledge on heart failure preventive behavior, patients needed to perceive benefits of health behavior and self-efficacy as well as barriers of health behavior so that they could have proper health behavior.

## Objectives

1. To study the knowledge with health behavior, perceived benefit in health promoting behavior, perceived barrier in health promoting behavior, perceived self-efficacy with heart failure, and health promoting behavior among patients with congestive heart failure.
2. To study the relationships between the knowledge with health behavior, perceived benefit in health promoting behavior, perceived barrier in health promoting behavior, perceived self-efficacy with heart failure and health promoting behavior among patients with congestive heart failure.

## Research Framework

This study used Pender's Health Promotion Model (Pender, 1996) as the research framework focusing on person's self-efficacy and health behavior motivated by person's healthier condition requirement. The researcher chose to study personal factors including the perceived health condition, perceived benefits of health behavior, perceived barriers of health behavior, perceived self-efficacy, and perceived behavior outcomes. The perceived health condition means health behavior knowledge. If patients had knowledge and understanding about health promoting behavior, it would

affect their health promoting behavior. Congestive heart failure was a chronic disease requiring continuous treatment, and patients needed to adjust their lifestyle different from normal condition in order to live in the society happily under sick condition.

Regarding the concept of perceived benefits of health promoting behavior, people usually considered about benefits before performing behaviors. The estimation on benefits of action or behavior would motivate such behavior. As for the concept of perceived barriers of health promoting behavior, it was the perception on something obstructing health promoting behavior either actual or estimated one. Such perceived barriers would directly affect health promoting behavior, obstructing actions and indirectly leading to decrease in commitment or obligation of action plan. The concept of perceived self-efficacy was a factor influencing feeling related to behavior. Performing behavior resulted in more positive feeling and higher perceived self-efficacy. This would also influence perceived barriers of health promoting behavior. Person who had a high level of perceived self-efficacy would have much lower perceived barriers of health promoting behavior.

The last concept in this study was behavior outcomes namely health promoting behavior while having heart failure. Behavior outcomes in this study included 1) Health responsibilities consisted of medicine intake, avoidance of factors causing more severe congestive heart failure, abnormal symptom surveillance, and seeing the doctor as appointment 2) Physical activities consisted of endurance activity & exercise adjustment, and relaxation 3) Nutrition consisted of food & water consumption 4) Stress management, health promoting behavior of patients with heart failure for maintaining positive health condition regarding food & drinking water control, medicine intake, relaxation, activity & exercise adjustment, avoidance of factors causing more severe condition, abnormal symptom surveillance, and seeing the doctor as appointment.

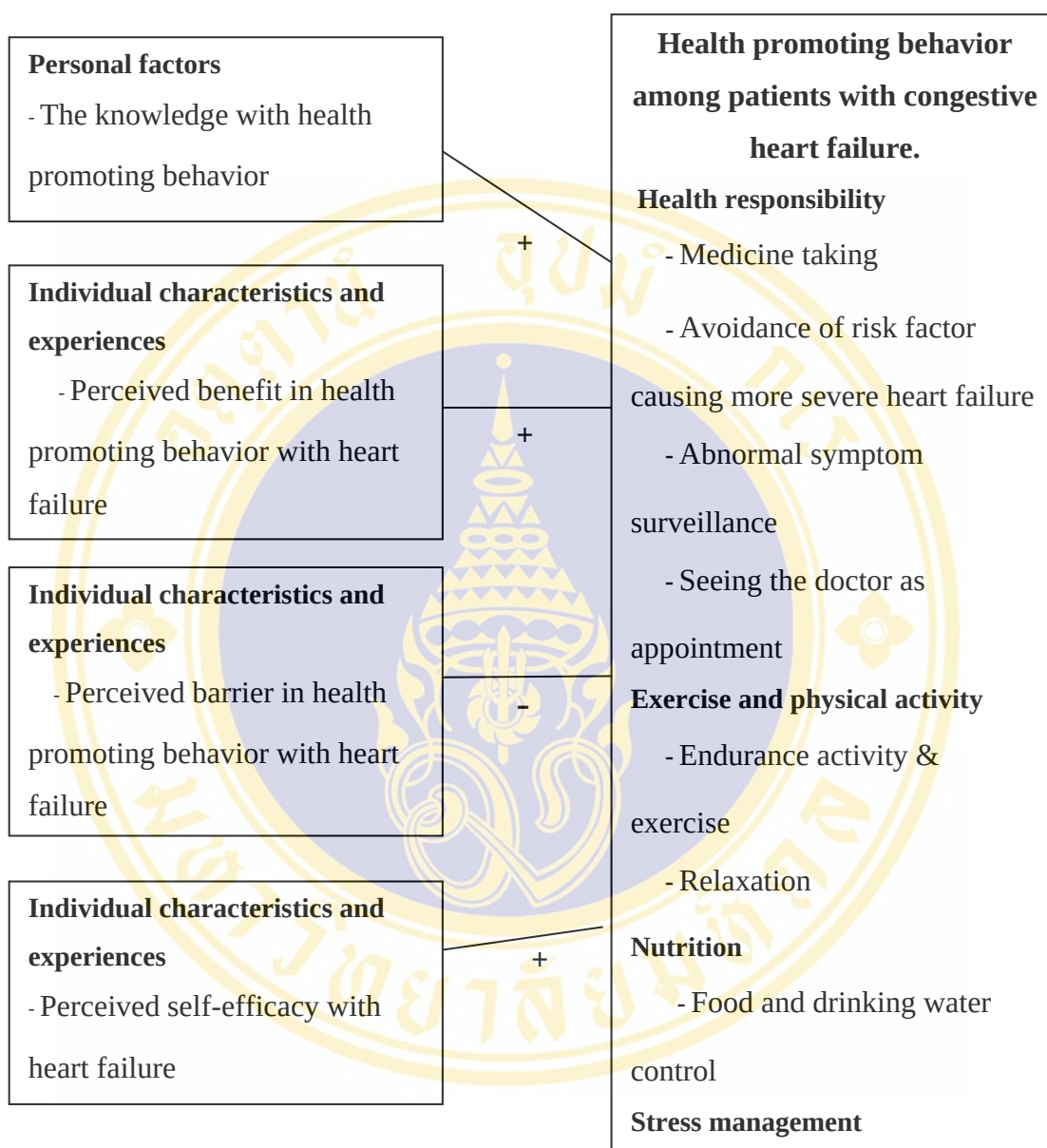


**Figure 1** Research framework of Factors related to health promoting behavior among patients with congestive heart failure.

## Hypothesis

1. The knowledge with health promoting behavior, perceived benefit in health promoting behavior, and self-efficacy with heart failure were positively related to health promoting behavior among patients with congestive heart failure.
2. The perceived barrier in health promoting behavior with heart failure was negatively related to health promoting behavior among patients with congestive heart failure.

## Research Methodology

The samples were patients diagnosed with heart failure from the cardiology clinic, out-patient departments of Bangkok Metropolitan Administration Medicine College and Vajira Hospital. They were chosen by purposive sampling, aged over 18 years, Functional class 1-3 for activity defined by the New York Heart Association: NYHA), had good conscious, understood Thai language, were willing to participate in the study, and could do their daily routine on their own at home.

### Research Instruments

Research instruments consisted of 6 parts:

**Part 1: The demographic data assessment form of patients with heart failure.** The form was used to measure qualifications of the samples namely gender, age, marital status, education level, occupation, income, congenital disease, sickness period, and severity of symptom. The researcher collected the data from medical record and interview.

**Part 2: The knowledge of health behavior questionnaire.** The questionnaire was used to measure knowledge on necessary health behavior in case of heart failure condition. The researcher adopted the necessary self-care of patients with heart failure questionnaire designed by Prachanban, N. (2007) that was used to study about perception of nurses and caregivers on necessary care for the elderly with heart failure. Questions in this part concerned necessary self-care knowledge of patients with heart failure after discharging from the hospital such as medicine intake, food and drinking water control, relaxation, endurance activity & exercise, avoidance of risk factor causing more severe heart failure, abnormal symptom surveillance, and seeing the

doctor as appointment. There were totally 25 items with 4-level Likert scale. Total score ranged from 25-100 points. High score indicated high perceived heart failure. Reliability test for patients with heart failure resulted in .83 of Cronbach's Alpha Coefficient.

**Part 3: The perceived benefit in health promoting behavior with heart failure questionnaire.** The questionnaire was used to assess opinion on health behavior with heart failure that was designed by the researcher after relevant literature review. Questions in this part concerned perceived benefit in health behavior of patients with heart failure such as medicine intake, food and drinking water control, surveillance on abnormal symptom demanding urgent hospital visit, and seeing the doctor as appointment. There were totally 13 items with 4-level Likert scale. Total score ranged from 13-52 points. High score indicated high perceived benefit in health behavior with heart failure. Reliability test for patients with heart failure resulted in .81 of Cronbach's Alpha Coefficient.

**Part 4: The perceived barrier in health promoting behavior with heart failure questionnaire.** The questionnaire was used to assess opinion or perception of patients on some factors and activities obstructing health behavior of patients with heart failure that was designed by the researcher after relevant literature review. Questions in this part concerned perceived barrier in health behavior of patients with heart failure regarding self-care such as medicine intake, food and drinking water control, surveillance on abnormal symptom demanding urgent hospital visit, and seeing the doctor as appointment. There were totally 13 items with 4-level Likert scale. Total score ranged from 13-52 points. High score indicated high perceived barrier in health behavior with heart failure. Reliability test for patients with heart failure resulted in .50 of Cronbach's Alpha Coefficient.

**Part 5: The perceived self-efficacy with heart failure questionnaire.** The questionnaire was used to measure confidence of patients with heart failure in performing health behavior. The researcher adopted the perceived self-efficacy of patients with heart failure questionnaire designed by Prachanban, N. (2007) that was used to study about perception of nurses and caregivers on necessary care for patients with heart failure. Questions in this part concerned confidence of patients with heart failure in performing health behavior such as medicine intake, food and drinking water

control, relaxation, endurance activity & exercise, risk factor control, surveillance on abnormal symptom demanding urgent hospital visit, and seeing the doctor as appointment. There were totally 13 items with 0-10 points of confidence score. Total score ranged from 0-250 points. High score indicated high confidence in performing health behavior with heart failure. Reliability test for patients with heart failure resulted in .67 of Cronbach's Alpha Coefficient.

#### **Part 6: The health promoting behavior with heart failure questionnaire.**

The questionnaire was used to measure actions or activities related to health behavior for controlling heart failure according to each aspect of perception that was designed by the researcher after relevant literature review. Questions in this part concerned health behavior such as medicine intake, food and drinking water control, relaxation, endurance activity & exercise, risk factor control, surveillance on abnormal symptom demanding urgent hospital visit, and seeing the doctor as appointment. There were totally 30 items with 3-level Likert scale. Total score ranged from 30-90 points. High score indicated high performed health behavior with heart failure. Reliability test for patients with heart failure resulted in .63 of Cronbach's Alpha Coefficient.

#### **Data Collection**

The researcher submitted the study to Human Research Ethics Sub-Committee of Medical Service Department Bangkok Metropolitan Administration as well as Human Research Ethics Committee at Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University for their consideration (refer to research approval document no 0120.51 and ID 07-51-54 ๗), and explained to the research participants about objectives, answering and data collecting method at the cardiology clinic, out-patient departments. The samples were requested to answer the questionnaire prepared by the researcher and could ask questions about the questionnaire all the time. The researcher would read the questions aloud and fill in the answers for some samples that were illiterate or felt uncomfortable with writing. The researcher would check the answers after receiving the questionnaire back and ask the respondents in case of any missing answers.

## Data analysis of the samples

The samples were 100 patients with heart failure aged over 18 years attending the cardiology clinic, out-patient departments of Bangkok Metropolitan Administration Medicine College and Vajira Hospital during October 2008 – December 2008. All of them were willing to participate in the study. More female was found rather than male (female = 64%). The samples aged between 30-95 years with the average age of 66.04 years (SD=13.58). More than half of them lived with their spouse (55%), children, and relatives. Almost half of them graduated elementary level (42%) and had no occupation (48%). Besides, almost all samples had more than one disease, for example, coronary artery disease, diabetes, high blood pressure, chronic renal failure, and thyrotoxicosis. Heart failure period took from 4-36 months with the average period of 12.5 months. Endurance level for activity was at level 2 indicating low limitation of doing activities. Patients could do their routine normally, but heavy physical activities would make them feel weary, have rapid heart rate, dyspnea, or slight chest pain, and would feel more comfortable after relaxation.

During the data collection, the researcher interviewed the samples about seeing the doctor as appointment and found that almost all samples (99%) stated that they always saw the doctor as appointment and received advices on proper behavior or were informed about their heart failure condition. Some patients said, “If they did not see the doctor as appointment or follow the doctor’s advices, they should not receive treatment at all”. As endurance level for activity of most samples was at level 2 and they went to see the doctor as appointment by themselves without accompanied relatives, so they acquired information and advices on proper behavior and the disease status. Therefore, the samples perceived benefits of health behavior and had low perceived barriers as a result of seeing the doctor as appointment regularly and performing behavior by themselves.

## Results

There were totally 100 persons in the sample without any removal during the data collection. More female was found rather than male (female=64%). The samples aged between 30-95 years with the average age of 66.04 years (SD=13.58). Almost half of them lived with their spouse (55%). Most of them graduated

elementary level (42%) and had no occupation (48%) resulting in no income. Besides, almost all samples had more than one disease, for example, coronary artery disease, diabetes, high blood pressure, chronic renal failure, and thyrotoxicosis. Heart failure period took from 4-36 months with the average period of 12.5 months. Endurance level for activity was at level 2.

The results revealed a very good level of the knowledge with health promoting behavior ( $\bar{x}$  =91.91, SD=6.97), a high level of the perceived benefit in health promoting behavior ( $\bar{x}$  =43.17, SD=5.74), a moderate level of the perceived barrier in health promoting behavior ( $\bar{x}$  =25.84, SD=5.68), a very high level of the perceived self-efficacy ( $\bar{x}$  =200.19,SD=21.91), and a good level of health promoting behavior responding to heart failure ( $\bar{x}$  =46.42, SD=6.95) as shown in Table 1.

**Table 1:** Mean and standard deviation of the knowledge with health promoting behavior, perceived benefit in health promoting behavior, perceived barrier in health promoting behavior, perceived self-efficacy with heart failure, and health promoting behavior among persons with heart failure (N=100)

| Variable                                                          | Total score | Actual score | Mean   | Standard deviation | Level     |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------|--------------------|-----------|
| The knowledge with health promoting behavior                      | 25-100      | 73 -100      | 91.91  | 6.97               | Very good |
| Perceived benefit in health promoting behavior with heart failure | 13-52       | 27 – 52      | 43.17  | 5.74               | high      |
| Perceived barrier in health promoting behavior with heart failure | 13-52       | 14 - 38      | 25.84  | 5.68               | medium    |
| Perceived self-efficacy with heart failure                        | 0-250       | 149 - 245    | 200.19 | 21.91              | Very high |
| Health promoting behavior among persons with heart failure        | 0-69        | 25 - 60      | 46.42  | 6.95               | good      |

Regarding the relationships between several factors and health promoting behavior responding to heart failure, it was found that the knowledge with health promoting behavior, perceived benefit of health promoting behavior, perceived self-efficacy with heart failure were positively related to health promoting behavior among persons with heart failure with a 0.01 level of statistical significance ( $r=0.438, 0.324, 0.489$  respectively). Meanwhile, the perceived barrier in health promoting behavior with heart failure was negatively related to health promoting behavior among persons with heart failure with a 0.05 level of statistical significance ( $r=-0.205$ ). Besides, it was found that each factor was related to one another as follows: the perceived benefit in health promoting behavior and perceived self-efficacy with heart failure were positively related to knowledge with health promoting behavior with a 0.01 level of statistical significance ( $r=0.309, 0.496$  respectively); and the perceived benefit in health promoting behavior was positively related to the perceived self-efficacy with heart failure with a 0.01 level of statistical significance ( $r=0.333$ ).

**Table 2:** Correlation coefficient between the knowledge with health promoting behavior, perceived benefit in health promoting behavior, perceived barrier in health promoting behavior, perceived self-efficacy with heart failure, and health promoting behavior among persons with heart failure (N=100)

| Factor                                                               | 1      | 2      | 3      | 4      | 5 |
|----------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|---|
| 1. The knowledge with health promoting                               | 1      |        |        |        |   |
| 2. Perceived benefit in health promoting behavior with heart failure | .309** | 1      |        |        |   |
| 3. Perceived barrier in health promoting behavior with heart failure | -.135  | .046   | 1      |        |   |
| 4. Perceived self-efficacy with heart failure                        | .496** | .333** | -.176  | 1      |   |
| 5. Health promoting behavior among patients with heart failure       | .438** | .324** | -.205* | .489** | 1 |
| *p < 0.05      **p < 0.01                                            |        |        |        |        |   |

## Discussion

According to this study, it was found that most samples were female (64%) aged between 30-95 years with the average age of 66.04 years. This was in accordance with the past studies which revealed that most patients with heart failure were the elderly and female patients were more found than male (Cowie, Mosterd, Wood, et al., 1997; Haldeman, Croft, Giles, & Rashidee, 1999; Peter, et al., 2002; & Mary, et al., 2005). Half of them were married. 42% of them graduated elementary level whereas 27% graduated secondary level and only 16% were uneducated. Over half of them had no monthly income. The average monthly income of populations in Bangkok equaled to 11,284 baht per person (National Statistical Office, 2008). Although most samples had no income, they lived with and relied on their husband and children in Bangkok.

Some of them had a domicile in the countryside but moved to live and dependent on their children. This was in accordance with extended family in Thai society as well as culture of caring for parents, so most elderly stayed at home and gained income from their children. The samples that earned more than 3,000-10,000 baht per month would work as employee, merchant, and agriculturist. The samples that earned more than 10,000 baht per month would work as public officers or retired public officers. Almost all of them (99%) had more than one disease, for example, coronary artery disease, diabetes, high blood pressure, chronic renal failure, and thyrotoxicosis. Having underlying chronic diseases obstructed activities performing (Eliopoulos, 2001). Such chronic diseases caused heavy heart function or reduced efficiency of contraction (DeWald, et al., 2000; & Francis, Gassier, & Sonnenblick, 2001) leading to more severe heart failure condition.

The samples in this study got heart failure between 4-36 months with the average period of 12.5 months. Their endurance level for activity defined by the New York Heart Association (NYHA) was at level 2 indicating few limitations of doing activities. Patients could normally do their daily routine, but heavy physical activities would cause weariness, rapid heart rate, dyspnea, or slight chest pain, and they would feel more comfortable after relaxation (63%). Level 1 indicated no limitations in doing activities; patients could normally do their daily routines such as washing face, brushing teeth, taking a bath, dressing, having food, eliminating, as well as walking, climbing stairs, and exercise without weariness, such as palpitation, short of breath or chest pain (23%). Level 3 indicated obvious limitations of doing activities by having fewer activities than normal condition such as taking a bath, dressing leading to weariness, rapid heart rate, short of breath or chest pain, and they would feel more comfortable after relaxation (14%).

## **The relationships between relevant factors and health behavior of patients with heart failure**

### **The knowledge of health behavior**

According to the study, it was found that health behavior knowledge of the samples ranged from 73-100 points with the average score of 91.91 points (SD=6.97).

This represented that the samples had a very good understanding about how to perform health behavior while having heart failure regarding medicine intake, food and drinking water control, avoidance of factors causing more severe congestive heart failure, abnormal symptom surveillance, relaxation, endurance activity & exercise adjustment, and seeing the doctor as appointment possibly because most samples were the elderly (68%) and lived with heart failure for a while (12.5 months on average), so they might experience health promoting behavior and got information about health promoting behavior from health team members during treatment. Thus, the samples gained knowledge on health behavior or deteriorated heart failure condition. According to the interview, some samples said, “Deteriorated heart failure condition led to panting, shortness of breath, unable to lie down flat, taking a sitting sleep. It was very suffering and it had better avoid such symptoms”. Then, the samples had a chance to learn and chose to perform proper health promoting behavior.

When analyzing the relationships, it was found that health behavior knowledge was positively related to health promoting behavior at a moderate level ( $r=.438$ ) (Cohen, 1988) with a .01 level of statistical significance. This means that if the samples had a high level of health behavior knowledge, they would also have good health promoting behavior. Accordingly, the study of Thongyim, S. (2001) found that patients with heart failure who were provided with systematic teaching would have increasing knowledge and health promoting behavior significantly.

### **Perceived benefits of health promoting behavior while having heart failure**

The finding of the study revealed that perceived benefits of health promoting behavior while having heart failure ranged from 27-52 points with the average score of 43.17 points ( $SD=5.74$ ). This represented that the samples had a high level of perceived benefits of health promoting behavior while having heart failure. It could be explained that most of the samples believed that medical treatment and continuous treatment plan compliance would help alleviate or control their symptoms. According to the interview, some samples said, “In case of lack of medicine or irregular medicine intake, symptoms would become more severe leading to readmission to the hospital”. Another reason might be because the samples lived with

heart failure for a while (12.5 months on average), so they were provided with information about treatment methods, treatment benefits, complications, necessity of health promoting behavior for preventing deteriorated heart failure condition regarding food & drinking water control, medicine intake, relaxation, activity & exercise adjustment, avoidance of factors causing more severe condition, abnormal symptom surveillance, and seeing the doctor as appointment. As a result, the samples had a chance to learn and understood provided treatment.

When analyzing the relationships, it was found that perceived benefits of health promoting behavior while having heart failure was positively related to health promoting behavior at a moderate level ( $r=0.324$ ) (Cohen, 1988) with a 0.01 level of statistical significance. It could be explained that if the samples had a high level of perceived benefits of health promoting behavior while having heart failure, they would also have good health promoting behavior. Accordingly, the study of Bennett et al (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) found that patients perceived benefits of taking diuretic regularly that it could reduce readmission to the hospital, alleviate edema, ease breathing, improve quality of life, and reduce anxiety about heart disease. They perceived benefits of taking sodium-limited diet that it supported healthy condition and alleviated edema. Martje et al (2007) found that daily body weighing could reduce readmission to the hospital and result in healthier condition.

### **Perceived barriers of health promoting behavior while having heart failure**

Perceived barriers of health promoting behavior while having heart failure ranged from 14-38 points with the average score of 25.84 points (SD=5.68). This represented that the samples had a moderate level of perceived factors and activities that obstructed health promoting behavior while having heart failure. According to the interview, most samples thought that even though seeing the doctor as appointment required some travel expenses, but they did not have to pay for treatment and medicine thanks to their health insurance card. This was possibly because endurance level for activity of most samples was at level 2 (63%) resulting in their ability of doing activities, and they could directly claim privilege of health insurance card. Although the samples had no income (58%), most of them lived with their spouse (55%) and

children in Bangkok, some of them had a domicile in the countryside but moved to live and dependent on their children. This was in accordance with extended family in Thai society as well as culture of caring for parents, so most elderly stayed at home and gained income from their children. As a result, they did not have to worry about medical expenses and were able to travel for treatment despite time wasting for queuing. They said that this disease needed to be treated and follow treatment plan. Several types, pills, meals of medicine intake did not cause them difficulties because they took medicine daily until it became a part of their life. Medicine for each meal was arranged in advance daily. Also, the samples said that they would not take diuretic when they needed to see the doctor as appointment or go outside that was inconvenient to use toilet. In case of more severe heart failure condition, they would see the doctor before the appointment date and they considered that early queuing in the morning enabled them to quickly see the doctor without waiting for a long time.

When analyzing the relationships, it was found that perceived barriers of health promoting behavior was negatively related to health promoting behavior while having heart failure at a low level ( $r=-0.205$ ) (Cohen, 1988) with a 0.05 level of statistical significance. It could be explained that if the samples had a high level of perceived barriers of health promoting behavior, they would have poor health promoting behavior while having heart failure. The samples might realize problems or obstacles of performing health promoting behavior while having heart failure, adjust themselves, and find suitable solutions. Thus, the samples perceived that such problems did not obstruct their health promoting behavior. The finding of this study was not in accordance with the study of Bennett et al (Bennett et al., 1997; Bennett et al., 2005) on perceived barriers of taking diuretic regularly which found that health promoting behavior of taking diuretic was not performed because it led to frequent urination, going to toilet at night disturbing sleep, facing difficulties when going outside, and incontinence of urine causing embarrassment. When patients with heart failure lacked health behavior of taking medicine and food, it would negatively affect their health leading to more severe symptom and readmission to the hospital.

### **Perceived self-efficacy while having heart failure**

Perceived self-efficacy while having heart failure of the samples ranged from 149-245 points with the average score of 200.19 points (SD=21.91). This represented that the samples were most confident that they could perform health promoting behavior while having heart failure. Accordingly, Pender (1996) stated that perceived self-efficacy of each person would be influenced by their past experiences or skills either success or failure. This was a factor contributing to people's confidence with their ability leading to self-efficacy development in the meantime. Although 68% of the samples were in the old age that had physical deterioration and rather low education, but their experience of heart failure condition for over 4 months (12.5 months on average) enabled the samples to learn and develop their self-care behavior, accept several better situations leading to their confidence in performing health promoting behavior effectively while facing situations in the past. Accordingly, the study of Charoenwongwiwat, S. (1995) on perceived self-efficacy and self-care behavior of 90 patients with ischemic heart disease found that most patients had a high level of self-efficacy, and the study of Hao Bin, Y. (2000) on self-efficacy and health promoting behavior of 60 patients with ischemic heart disease found that most patients had a high level of perceived self-efficacy.

When analyzing the relationships, it was found that perceived self-efficacy was positively related to health promoting behavior while having heart failure at a moderate level ( $r=0.489$ ) (Cohen, 1988) with a 0.01 level of statistical significance. This represented that if the samples had a high level of perceived self-efficacy, they would also have good health promoting behavior while having heart failure. Accordingly, the study of Hao Bin, Y. (2000) found that perceived self-efficacy of patients with ischemic heart disease was positively related to health promoting behavior because ischemic heart disease was complicated and required patients to perform proper health promoting behavior in order to prevent more severe symptom as same as heart failure condition.

### **Health promoting behavior while having heart failure**

Health promoting behavior while having heart failure of the samples ranged from 25-60 points with the average score of 46.42 points (SD=6.95). This

represented that the samples had a good level of actions or activities related to health promoting behavior for controlling heart failure condition. It could be explained that the samples were in the old age and had chronic disease for a long time (12.5 months on average), so they gained knowledge and experience in performing health promoting behavior while having heart disease. Endurance level for activity based on NYHA of the samples was at level 1 and 2 indicating healthy condition and no occupation, so they could perform health promoting behavior well.

Most samples would experience deteriorated heart failure condition and considered that it was a severe and awful illness causing much suffering, so they had good health promoting behavior for maintaining healthy condition. Accordingly, the study of Boontiang, Y. (2002) found that the elderly with heart failure had a moderate score of overall health promoting behavior, and a high average score of food consumption, drug abuse, and seeing the doctor as appointment. It could be explained that long-term illness enabled patients to learn and develop their self-care behavior, and accept better change. Most samples had been treated as appointment regularly. Thus, they were provided with suggestions from health team members leading to learning and performing behavior contributing to healthy condition. According to the interview, some samples mentioned that they would always see the doctor as appointment, take medicine completely, avoid salty food, and follow the doctor's advices because if they could not do as mentioned earlier, they should not receive treatment.

Besides, 42% of the samples graduated elementary level and 16% of them were uneducated. Accordingly, the study of Inkoom, J. (1997) on health promoting behavior of the elderly with coronary artery disease found that education level could predict health promoting behavior of the elderly with coronary artery disease by 32.39% with a 0.01 level of statistical significance. It could be explained that education led to people's intelligence and learning. When facing illness, people would seek health services, receive advices from health team members, and perform health promoting behavior in line with treatment plan in order to control illness resulting in good quality of life.

The finding of this study supported research hypothesis stating that health behavior knowledge, perceived benefits of health promoting behavior, and perceived

self-efficacy while having heart failure were positively related to health promoting behavior. Perceived barriers of health promoting behavior while having heart failure was negatively related to health promoting behavior of patients with heart failure. This represented that if patients had a high level of health promoting behavior knowledge, perceived benefits of health promoting behavior, and self-efficacy while having heart failure, they would also have good health promoting behavior. Moreover, if patients had a low level of perceived barriers of health promoting behavior while having heart failure, they would have better health promoting behavior.

### **Suggestion**

According to this study, health behavior knowledge, perceived benefits of health promoting behavior, and perceived self-efficacy while having heart failure were positively related to health promoting behavior of patients with heart failure whereas perceived barriers of health promoting behavior was negatively related to health promoting behavior while having heart failure. Therefore, it was suggested encouraging patients with heart failure to gain proper health behavior knowledge, feel confident, and realize benefits of health promoting behavior as well as reducing obstacles of health promoting behavior while having heart failure.

### **Limitation**

The questionnaire on perceived barriers of health promoting behavior while having heart failure had low reliability test based on Cronbach's alpha coefficient equaling to .50. This was possibly because during the data collection, the researcher planned that patients answered the questionnaire on their own. However, some samples had eyesight problem, so the researcher had to read the questionnaire for them. Most samples were the elderly and the researcher did not evaluate cognitive screening test before completing the questionnaire but only talked and asked their name. Also, the questions might not cover and not straight to the point resulting in lack of consistency. These were research limitation leading to low reliability. It was suggested that next studies should use the same method of data collection with every sample, and use cognitive screening test with the elderly group.

## บรรณานุกรม

- กนกพร วิสุทติกุล. (2540). *พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิตระการ สุกรีดี. (2543). *การรับรู้ความสามารถแห่งตนและแบบแผนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของนักโทษหญิงเรือนจำกลางเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตอารี ศรีอาคะ. (2543). *การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสตรี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). *ทฤษฎีการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรวรรณ อินคूम. (2541). (Jirawan Inkoom, 1998). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์หา บริสุทธี. (2540). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคเหนือตอนบน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉวีวรรณ จิตต์สาคร. (2544). *การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป. (2542). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง. (2544). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย*

- วันโรค โรงพยาบาลอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ธนะชัยจันทร์. (2543). *Congestive heart failure and acute cardiac pulmonary edema*. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรระยะสั้น ครั้งที่ 2 Cardiac emergency 2000 (หัวใจฉุกเฉิน 2543). ณ ห้องประชุมคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิภาพร ประจันบาน. (2550). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยะพันธ์ นันทา. (2541). การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองกับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะนุช รักพานิชย์. (2546). การฟื้นฟูสภาพหัวใจ เมื่อกลับบ้าน Outpatient cardiac rehabilitation ในวิศาล คันธารัตนกุล, ระพีพล กุญชร ณ อยุธยา(บรรณาธิการ), เวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ (หน้า 117-138). ชมรมฟื้นฟูหัวใจสมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ประวิทย์ ตันประเสริฐ. (2546). *Physical activity: General concepts and primary prevention for CAD*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ Exercise: Health promotion and disease prevention. ณ ห้องประชุมพญาไท ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลราชวิถี.
- พิกุล บุญช่วง (2541). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (พิมพ์ครั้งที่ 2). โครงการตำรา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เยาวภา บุญเที่ยง. (2545). การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รณภพ เอื้อพันธ์เศรษฐ. (2541). คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, หมอประจำครอบครัว ชุดที่ 12 (หน้า 82-89). เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- วิเชียร ทองแดง. (2543). Clinical diagnosis of heart failure. ในรุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ,

- สมเกียรติ วสุวิญญกุล, และดำรง ศรีกุล (บรรณาธิการ), *อายุรศาสตร์ทันยุค 6 update in internal medicine* (หน้า 87-106). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. (2538). *การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). *ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2546). หัวใจล้มเหลว (Heart failure) ในวิทยา ศรีดา(บรรณาธิการ), *ตำราอายุรศาสตร์ 4* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 84-101). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2541). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สมชาย จักรพันธ์. (2542). สุขภาพ(ของ)จิต. *วารสารหมออนามัย*, 8(6), 15-16.
- สุรินทร์ ทองยิ้ม. (2544). *ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2539). *หลักโภชนาการปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2539.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2548). *สถิติสาธารณสุข*. สำนักนโยบายและวางแผนสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551). *เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2550*.
- หยวน ห่าวบิน. (2543). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เหยียน จุน. (2542). (Yan Jun, 1999). *การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายในนักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิชาติ สุคนธทรัพย์ และคณะ (2547). *Heart failure*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่. โอเอมเมอร์เกในเซอร์แอนด์แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- อมราวดี บุญรัตน์. (2550). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อวยพร พานิชยมงคล (2544). การรับรู้ของพยาบาลและผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วย  
สูงอายุภาวะหัวใจวายและสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ali, A., Mehra, M.R., Malik, F.S., Lavie, C.J., Bass, D., & Milani, R.V. (1999). Effects of aerobic  
exercise training on indices of ventricular repolarization in patients with chronic heart  
failure. *Chest*, 116, 83-87.
- American Heart Association. (2003). Exercise and heart failure a statement from the American  
heart association committee on exercise rehabilitation and prevention. *Circulation*,  
107(4), 1210-1225.
- American College of Cardiology/ American Heart Association. (2005). Guideline Update for the  
diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. *Circulation*, 20: 1-  
28.
- Angerio, A.D., & Kot, P.A., (1994). Pathophysiology of pulmonary edema. *Crit Care Nursing*,  
17(3), 21-26.
- Baunwald, E. (2001). Valvular heart disease. *Heart disease 2001*, 1653-1664.
- Bennett, S.J., Castro, R., Westmoreland, G., Cordes, D., & Pressler, M.L. (1996). Self-care for  
symptom management in heart failure. *Unpublished paper*.
- Bennett, S. J., Huster, G. A., Baker, S. L., Milgrom, L. B., Kirchgassner, A., Birt, J., et al. (1998). Characterization  
of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *American Journal  
of Critical Care*, 7, 168-174.
- Bennett, S.J., Lane, K.A., Welch, S.M., Brater, D.C., & Murry, M.D. (2005). Medication and  
Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. *Western Journal of Nursing Research*,  
27(8), 977-993.
- Bennett, S.J., Milgrom, L.B., Champion, V., & Huster, G.A., (1997). Belief about medication and  
dietary compliance in people with heart failure: An instrument development study.  
*Heart & Lung*, 26(4): 273-279.
- Belardinelli, R., Geogiou, G., Cianci, G., & Purcaro, A. (1999). Randomized controlled trial of  
long-term moderate exercise training in chronic heart failure: Effects on function  
capacity, quality of life, and clinical outcome. *Circulation*, 99, 1173-1182.
- Braunwald E., (2005). Heart failure and cor pulmonale. Disorder of the cardiovascular system.

- (16<sup>th</sup> ed.). Kasper D.L., Braunwald E., Fauci A.S., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L., Vol. 2, p. 1358-1378.
- Burke, M.M. & Laranie, L.A. (2000). *Primary care of the older adult: A multidisciplinary approach* (pp. 220-210). St. Louis: Mosby.
- Bushnell, F.K.L. (1992). Self care teaching for congestive heart failure patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(10), 27-30.
- Caruana, L., Petrie, M.C., Davie, A.P., & McMurray, J.J., (2000). Do patients with suspected heart failure and preserve left ventricular systolic function suffer from “diastolic heart failure” or from misdiagnosis?. A prospective descriptive study. *Bmj*, 321(7255), 215-218.
- Carelock, J., & Clark, A.P., (2001). Heart failure: Pathophysiologic mechanism. *American Journal of Nursing*, 101(12), 26-32.
- Cleland, J.G.E., Cohen-Solal, A., Aguilar, J.L., Dietz, R., Eastangh, J., & Follath, F., et al., (2002). Management of heart failure in primary care (The improvement of heart failure program): an international survey. *The Lancet*, 360(23), 1631-1639.
- Colonna, P., Sorino, M., D’Agostino, C., Borenzi, F., De Luca, L., & Arrigo, F., et al., (2003). Nonpharmacologic care of heart failure: counseling, dietary restriction, rehabilitation, treatment of sleep apnea, and ultrafiltration. *Am J Cardiol*, 91(9A), 41F-50F.
- Cohen, J. (1988). Differences between correlation coefficients. *In Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). (pp.109-143).
- Cowie, M.R. (1997). The epidemiology of heart failure an epidemic in progress. In A. Coats (Ed.), *Controversie in the management of Heart Failure* (pp. 11-23). New York: Churchill Livingstone.
- Crowther, M., Maroulis, A., Winter, S.N., & Hander, R., (2002). Evident –Based Development of a Hospital-Based Heart Failure Centre. Clinical Column, Document Number 5c. the online *Journal of knowledge Synthesis for Nursing*.
- Deedwania, P.C. (1994). Ventricular arrhythmias in heart failure: To treat or not to treat?. *Cardiol Clinic*, 12(1), 115-132.
- DeWald, T., Gaulden, L., Beyler, M., Whellan, D., & Bowers, M., (2000). Current trends in the management of heart failure. *Nursing clinicals of North America*, 35(4), 855-875.
- DeBusk, R. F., Drory, Y., & Goldstein, I. (2000). Management of sexual dysfunction in patients

- with cardiovascular disease: Recommendation. *American journal of cardiology*. 86(2), 175-81.
- Dracup, K., Baker, D.W., Dunbar, S.B., Dacey, R.A., Brooks, N.H., & Johnsson, J.C. (1994). Management of heart failure II. Counseling, education and lifestyle modifications. *JAMA*, 272, 1442-1446.
- Eliopoulos, C., (2001). Facts about the aging population. *Gerontological nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- English, M.A., & Mastrean, M.B., (1995). Congestive heart failure: Public and private burden. *Critical Care Nursing Quarterly*, 18(1), 1-6.
- European Society of cardiology. (2001). Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *European Heart Journal*, 22(17), 1527-1560.
- Fontana, J.A., Colella, C., Ghazi, F., & Bass, L.S. (2000). Tai Chi Chin intervention for heart failure. *Nursing Clinics of North America*, 35(4), 131-1045.
- Foody, J.M., Farrell, M.H., & Krumholz, H.M., (2000). Beta-Blocker therapy in heart failure: scientific review. *JAMA*, 287(7), 883-889.
- Francis, G.S., Gassler, J.P., & Sonnenblick, E.H., (2001). Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R.W. Alexander & R.A. O'Rourke (Eds.), *The Heart* (pp.655-685). R.R. Donnelley and Sons.
- Francis, G.S., Benedict, C., & Johnstone, D.E. (1990). Comparison of neuroendocrine activation in patients with left ventricular dysfunction in patients with and without congestive heart failure. *Circulation*, 82 1724-1729.
- Gecs, V. (1989). The social psychology of Self-efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15, 291-316.
- Geest, S.D., Renteln-Kruse, W., Steeman, E., Degraee, S., & Abraham, I.L., (1998). Complication issue with the geriatric population. *Nursing Clinics of North America*, 33(3), 467-479.
- Goldberg, I.J., Mosca, L., Piano, M.R., & Fisher, E.A., (2001). Wine and your heart: A science advisory for healthcare professionals from the nutrition committee, council an epidemiology and prevention, and council on cardiovascular nursing of American Heart Association. *Circulation*, 103, 472-475.
- Grembowski, D., et al., (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of health and social behavior*, 34(June), 89-104.

- Haldeman, G., Croft, J.B., Giles, W.H., Rashidee, A., (1999). Hospitalization of patients with heart failure: national hospital discharge survey, 1985-1995. *American Heart Journal*, 137: 352- 360.
- Holm, K. (1990). Factors influencing patient entrance in to a cardiac rehabilitation program. *Cardiovascular Nursing*, 24, 39-41.
- Jaarsma, T., & Dracup, K., (2001). Determinants of healthcare utilization by patients with chronic heart failure. In S. Stewart & L. Blue (Ed.), *Improving outcome in chronic heart failure: A practical guide to specialist nurse intervention* (pp. 16-31). London: BMJ Books.
- Jaarsma, T., Stromber, A., Martensson, J., & Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *The European Journal of Heart Failure*, 5(3), 363-370.
- Jones, M., & Nies, M.A. (1996). The relationship of perceived benefits of and barriers to reported exercise in older African American woman. *Public Health Nursing*, 6, 240-211.
- Krumholz, H.M., Parent, E.M., Tu, N., et al. (1997). Readmission after hospitalization for congestive heart failure among Medicare beneficiaries. *Arch Intern Med*, 157:99-104.
- Konstam, M., Dracup, K., Baker, D., et al. (1994). Heart failure: evaluation and care of patients with left-ventricular systolic dysfunction. *Clinical practice guideline No. 11*. Rockville (MD): AHCPR.
- Lasater, M. (1996). The effect of a nurse-managed CHF clinic on patient readmission and length of stay. *Home Health Care Nursing*, 14(5), 351-356.
- Lip, G.Y., Gibbs, C.R., & Beevers, D.G. (2000). ABC of heart failure: aetiology. *BMJ*, 320(7227), 104-107.
- Murray, R.B., & Zentner, J.P., (1993). Nursing assessment and health promotion: strategies the life span (5<sup>th</sup> ed.). Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange.
- Macklin, M., (2001). Management heart failure: A case study approach. *Critical care nursing*, 21(2), 36-48.
- Martje, H.L., van der Wal, V.D., Jaarsma, T., Moser, D.K., Gilst, W.H., & Veldhuisen, D.J. (2007). Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart & Lung*, 36(4), 253-261.
- Martin, J.C. (1996). Health-related practices and priorities: The health behaviors and belief of

- community living black older women. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(4), 41-48.
- McCormick, S.A.(1999). Advance practice nursing for congestive heart failure. *Critical Care Nursing Quarterly*. February, 1-6.
- McDermott, M.M., Schmitt, B., &Wallner, E., (1997). *Impact of medication nonadherence on coronary heart disease outcome*. *Archives of Internal Medicine*, 157: 1921-1929.
- McKenzie, D.B., &Cowley, A.J., (2003). Drug therapy in chronic heart failure. *Postgrad Med J*, 79(937), 634-642.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. (3<sup>rd</sup> ed.). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A.,(2002). *Health promotion in nursing practice*. (4<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Philbin, E.F., Rocco, T.A., Lidenmuth, N.W., Ulrich, K., Jenkins, P.L. (1999). Clinical outcomes in heart failure: report from a community hospital-based registry. *Am J Med*, 107: 549–555.
- Piano, M.R. (2002). Alcoholic Cardiomyopathy: Incidence, clinical characteristics, and pathophysiology. *Chest*, 121(5), 1638-1650.
- Roach, S. (2001). Introductory gerontological nursing. Philadelphia: Lippincott.
- Rodgers, J.M., &Reedewr, S.J., (2001). Current therapies in the management of systolic and diastolic dysfunction. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 20(6), 2-10.
- Rosenstock, I.M., (1990). *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey – Bass Publisher.
- Saunders, M.M. (2003). Family caregivers need support with heart failure patients. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), 136-142.
- Sarafino, E. P. (1990). Health psychology: biopsychosocial interactions. *In Health psychology: challenging the biomedical model*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Smith, W.R., Poses, R.M., McClish, D.K., Huber, E.C., Clemo, F.L., &Alexander, D., et al., (2002). Prognosis judgments and triage decisions for patients with acute congestive heart failure. *Chest*, 121(5), 1610-1617.
- Stewart, S., &Blue, L. (2001). The increasing burden of chronic heart failure. *Improving outcome in chronic heart failure: A practical guide to specialist nurse intervention* (pp.1-2). BMJ Book, London.

- The SOLVD Investigators. (1991). Effect of angiotensin converting enzyme inhibition with enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fraction and congestive heart failure: Result of the treatment trial of the Studies of Left Ventricular Dysfunction (SOLVD): A randomized double blind trial. *N Engl J Med*, 325, 293-320.
- 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. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4, 273-7.
- Vinson, J.M., Rich, M.W., Sperry, J.C., Shah, A.S., McNamara, T., (1990). Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr Soc*, 38: 1290-1295.
- Watson, R.D., Gibbs, C.R., & Lib, G.U., (2000). ABC of heart failure. Clinical features and complications. *Bmj*, 320(7229), 236-239.
- Weitzel, M.H., & Waller, P.R. (1990), Predictive factors for health-promotive behaviours in white, Hispanic, and black blue-collar workers. *Family and Community Health*, 13, 23-34.



## ภาคผนวก ก

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ปีจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวเสาวลักษณ์ ท่ามาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. สถานที่ปฏิบัติงาน ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์  
สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 2241 6500 ต่อ 8210  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 1265 3239
4. ผู้สนับสนุนการวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ทำไมต้องศึกษาเรื่องนี้

โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในประเทศต่างๆหลายประเทศ ในประเทศไทยถือว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรไทย พบว่าสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2548 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 24.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2545-พ.ศ. 2548 เป็น 27.7, 26.8 และ 28.2 ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ได้มากกว่าภาวะอื่นหรือโรคอื่นๆ จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศทางยุโรปมีประมาณ 6.5 ล้านคน สหรัฐอเมริกาประมาณ 5 ล้านคน และในประเทศญี่ปุ่น 2.4 ล้านคน ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องพอเพียง จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการ ปัจจุบันแม้จะมีการพัฒนาคุณภาพของยาและการรักษาให้ดีขึ้นแต่อัตราการตายของผู้ป่วยก็ยังคงเท่าเดิม ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่จะมีอายุมากกว่า 65 ปี และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่เพิ่มขึ้นถึง 4 แสนคนต่อปี ภาวะหัวใจล้มเหลวถือเป็นสาเหตุอันดับแรกของการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ (Macklin, 2001) และการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้สูงอายุมักจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นบ่อย เนื่องจากมีโรคอื่นร่วมด้วยจึงจำเป็นต้องใช้ยาหลากหลายชนิด และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอาการรุนแรงขึ้นและต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลมีอัตราสูงคือ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารมีร้อยละ 18 การรับประทานยามีร้อยละ 15 การขาดการสนับสนุนทางสังคมร้อยละ 21 และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการร้อยละ 20 การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และทำให้อัตราตายสูงขึ้น ปัจจัยที่อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมไม่ได้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ให้มีความรุนแรงขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพหรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น ซึ่งจะลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

#### 6. เหตุผลที่ท่านได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติครบทุกประการดังนี้คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 2) อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับที่ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี 6) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

#### 7. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

#### 8. จะปฏิบัติต่อท่านอย่างไร

ภายหลังจากที่ท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามปกติจากโรงพยาบาลรวมทั้งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจคอยดูแลท่านตลอดเวลาในขณะที่

ท่านอยู่ในโครงการท่านจะได้รับการบอกกล่าวให้ลงนามเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และตอบแบบสอบถาม รวมทั้งท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับ

## 9. ประโยชน์

ผลการวิจัยจะนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

## 10. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีผลข้างเคียงหรือไม่

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นการศึกษาตัวแปรปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้จากการตอบแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลเสียต่อท่านแต่อย่างใด ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

## 11. ท่านจำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการนี้หรือไม่

ไม่จำเป็นขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของท่าน โดยท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาลจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งท่านจะได้รับบริการการดูแลสุขภาพตามปกติจากทางโรงพยาบาล

## 12. ทางเลือกที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การปฏิเสธไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาของท่านแต่อย่างใด และท่านจะได้รับบริการด้านสุขภาพตามปกติจากทางโรงพยาบาลทุกประการ

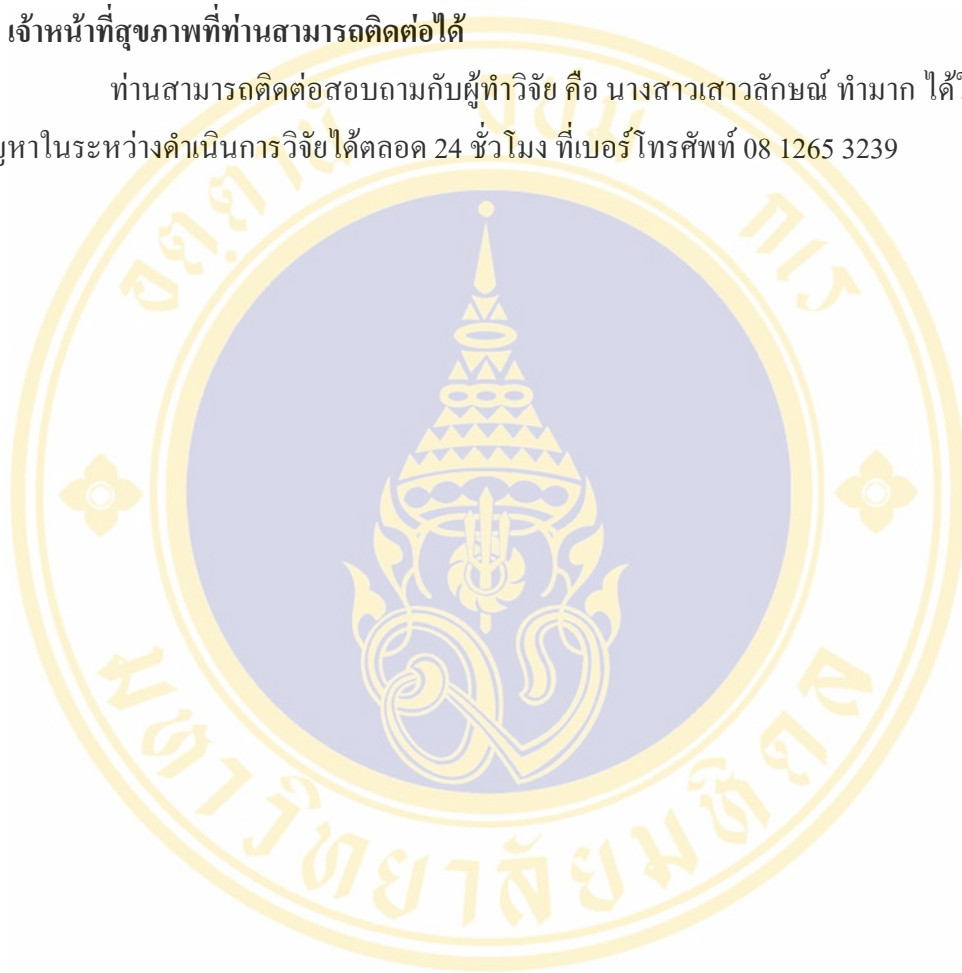
## 13. พิธีกัณฐิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุลที่จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง

สามารถถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งการออกจากการวิจัยได้ก่อนการวิจัย  
จะเสร็จสิ้นโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

#### 14. เจ้าหน้าที่สุภาพที่ท่านสามารถติดต่อได้

ท่านสามารถติดต่อสอบถามกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวสาวลักษณ์ ท่ามาก ได้ในกรณีที่มี  
ปัญหาในระหว่างดำเนินการวิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์ 08 1265 3239



## ภาคผนวก ข

## หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ทำที่ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน..... หมู่ที่.....แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

ขอทำหนังสือนี้ให้ไว้ต่อหัวหน้าโครงการวิจัยเพื่อเป็นหลักฐานว่า

ข้อ 1. ข้าพเจ้าได้รับทราบโครงการวิจัยของ (หัวหน้าผู้วิจัยและคณะ) นางสาวเสาวลักษณ์  
ท่ามาก เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อ 2. ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ โดยมีได้มีการบังคับขู่เข็ญ  
หลอกลวงแต่ประการใดและพร้อมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ข้อ 3. ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย  
ประสิทธิภาพความปลอดภัย อาการหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นรวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการ  
วิจัยโดยละเอียดแล้ว จากเอกสารการวิจัยที่แนบท้ายหนังสือให้ความยินยอมนี้

ข้อ 4. ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้วิจัยว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะ  
เปิดเผยเฉพาะผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้อ 5. ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัยแล้วว่าหากมีอันตรายใดๆ ในระหว่างการวิจัยหรือ  
ภายหลังการวิจัยอันพิสูจน์ได้จากผู้เชี่ยวชาญของสถาบันที่ควบคุมวิชาชีพนั้นๆ ได้ว่าเกิดจากการวิจัย  
ดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากผู้วิจัยและ/หรือผู้สนับสนุน  
การวิจัย และจะได้รับค่าชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปในระหว่างการรักษาพยาบาลดังกล่าวตาม  
มาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมาย ตลอดจนมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนความพิการที่อาจเกิดขึ้นจาก  
การวิจัยตามมาตรฐานค่าแรงขั้นต่ำตามกฎหมายและในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับอันตรายจากการวิจัยถึง  
แก่ความตาย ทายาทของข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับค่าชดเชยและค่าทดแทนดังกล่าวจากผู้วิจัยและ/หรือ  
ผู้สนับสนุนการวิจัยแทนตัวข้าพเจ้า

ข้อ 6. ข้าพเจ้าได้รับทราบที่ ข้าพเจ้ามีสิทธิจะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการได้รับบรรดาค่าใช้จ่าย ค่าชดเชย และค่าตอบแทนตามข้อ 5 ทุกประการ

ข้อ 7. หัวหน้าผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆ ของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการเข้าร่วมโครงการนี้ให้ข้าพเจ้าได้ทราบ และตกลงรับผิดชอบตามคำรับรองในข้อ 5 ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อความตามหนังสือนี้ โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ พร้อมกับหัวหน้าผู้วิจัยและต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ..... หัวหน้าผู้วิจัย

(นางสาวเสาวลักษณ์ ทามาก)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

- หมายเหตุ 1) กรณีผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความยินยอมนี้ให้แก่ผู้ยินยอมให้ทำวิจัยฟังจนเข้าใจดี และให้ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยลงนาม หรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวด้วย
- 2) ในกรณีผู้ให้ความยินยอมมีอายุไม่ครบ 20 ปีบริบูรณ์จะต้องมีผู้ปกครองตามกฎหมายเป็นผู้ให้ความยินยอมด้วย



## หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ชื่อผู้วิจัย นางสาว เสาวลักษณ์ ท้ามาก คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

\*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย .....

อายุ ..... เลขที่เวชระเบียน .....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยใน โครงการที่มีชื่อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้น ข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

..... (พยาน)

..... (พยาน)

วันที่ .....

คำอธิบายของผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ ..... (ผู้วิจัย)

(นางสาว เสาวลักษณ์ ท้ามาก)

วันที่ .....

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

\* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ค

No. \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปี ที่เก็บข้อมูล.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง: โปรดใส่เครื่องหมายถูกลงใน (✓) หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับคำตอบของผู้ตอบ

แบบสอบถามให้ครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ                      ( ) ชาย                                      ( ) หญิง
2. อายุ                      .....ปี
3. สถานภาพสมรส                      ( ) โสด                                      ( ) คู่                                      ( ) หม้าย/หย่า/แยก
4. จบการศึกษาระดับ
 

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| ( ) ไม่ได้รับการศึกษา | ( ) ปริญญาตรี       |
| ( ) ประถมศึกษา        | ( ) มัธยมศึกษา      |
| ( ) สูงกว่าปริญญาตรี  | ( ) อื่นๆ ระบุ..... |
5. อาชีพ
 

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| ( ) ทำงานบ้าน | ( ) รับจ้าง         |
| ( ) ค้าขาย    | ( ) รับราชการ       |
| ( ) เกษตรกร   | ( ) อื่นๆ ระบุ..... |
6. รายได้ของท่านที่ได้รับต่อเดือน (บาท)
 

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| ( ) ไม่มีรายได้    | ( ) ต่ำกว่า 3,000 |
| ( ) 3,001-6,000    | ( ) 6,001-10,000  |
| ( ) มากกว่า 10,000 |                   |

7. ท่านมีโรคประจำตัวอื่นหรือไม่

มี ระบุ..... ( ) ไม่มี

8. ระยะเวลาตั้งแต่ที่ท่านเริ่มมีอาการหัวใจล้มเหลวจนถึงปัจจุบัน.....เดือน

9. ระดับความทนทานในการทำกิจกรรมของท่านอยู่ในระดับไหน

- ( ) ระดับที่ 1 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
- ( ) ระดับที่ 2 สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนักๆจะทำให้  
อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบาย  
ขึ้นเมื่อได้พัก
- ( ) ระดับที่ 3 มีกิจกรรมซึ่งน้อยกว่ากิจกรรมตามปกติ ทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจ  
ลำบากหรือเจ็บหน้าอก และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก
- ( ) ระดับที่ 4 ไม่สามารถมีกิจกรรมต่างๆได้เลย แม้ในขณะที่พัก

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

**คำชี้แจง** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วย ท่านเห็นว่าการดูแลตนเองในเรื่องต่อไปนี้ มีความจำเป็นต่อท่านมากน้อยอย่างไร

- จำเป็นมาก หมายถึง ต้องกระทำเป็นอย่างยิ่ง ถ้าไม่กระทำจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างรุนแรง
- จำเป็นปานกลาง หมายถึง ต้องกระทำ ถ้าไม่กระทำจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่อาจไม่รุนแรง
- จำเป็นน้อย หมายถึง ควรกระทำ ถ้าไม่กระทำอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้
- ไม่จำเป็น หมายถึง ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยแต่อย่างใด แม้ไม่กระทำ
- เกณฑ์การให้คะแนน
- 4 หมายถึง จำเป็นมาก
  - 3 หมายถึง จำเป็นปานกลาง
  - 2 หมายถึง จำเป็นน้อย
  - 1 หมายถึง ไม่จำเป็น

### ตัวอย่าง

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด

| ข้อความ                                                            | จำเป็น<br>มาก<br>(4) | จำเป็น<br>ปาน<br>กลาง<br>(3) | จำเป็น<br>น้อย<br>(2) | ไม่<br>จำเป็น<br>(1) |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|
| ท่านต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว | ✓                    |                              |                       |                      |

จากข้อความตัวอย่าง แสดงว่า ท่านมีความคิดเห็นว่าข้อความ “ท่านต้องหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว” เป็นสิ่งที่ต้องกระทำเป็นอย่างยิ่ง ถ้าไม่กระทำจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างรุนแรง

| ข้อความ                                                                                                                                                                                           | จำเป็น<br>มาก<br>(4) | จำเป็น<br>ปาน<br>กลาง<br>(3) | จำเป็น<br>น้อย<br>(2) | ไม่<br>จำเป็น<br>(1) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. ฉันรู้ว่าต้องปรับวิธีการออกกำลังกายในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันอาการเหนื่อยหอบ                                                                                                             |                      |                              |                       |                      |
| 2. ฉันรู้ว่าต้องหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเบ่ง เช่น การยกของหนัก การเบ่งถ่ายอุจจาระ เป็นต้น                                                                                              |                      |                              |                       |                      |
| 3. ฉันรู้ว่าต้องรับประทานอาหารที่มีรสจืด และหรือมีโซเดียมต่ำโดยหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงแล้ว อาหารจำพวกหมักดอง อาหารกระป๋อง และอาหารที่ปรุงด้วยผงฟู ผงชูรส                 |                      |                              |                       |                      |
| 4. ฉันรู้ว่าต้องรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย มีประโยชน์ และมีคุณค่าทางโภชนาการ                                                                                                                       |                      |                              |                       |                      |
| 5. ฉันรู้ว่าต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้มีภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น ไขมันสัตว์ กุ้ง ปลาหมึก กะทิ นม เนย เป็นต้น                                                                                     |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| .                                                                                                                                                                                                 |                      |                              |                       |                      |
| 25. ฉันรู้ว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เมื่อร่างกายและจิตใจพร้อม โดยต้องสามารถเดินขึ้นบันได 1 ชั้นแล้ว ไม่รู้สึกเหนื่อยหอบ ต้องพักผ่อนอย่างเพียงพอ บรรเทาอาการหรืออุณหภูมิห้องไม่ร้อนหรือเย็นจนเกินไป |                      |                              |                       |                      |

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว**  
**คำชี้แจง** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วยข้อความใดตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อตาม  
**ความเป็นจริง** ของท่านมากที่สุด

ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 เห็นด้วยค่อนข้างมาก หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก  
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นน้อย  
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้น  
 เกณฑ์การให้คะแนน

- 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 3 หมายถึง เห็นด้วยค่อนข้างมาก
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

**ตัวอย่าง**

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

| ข้อความ                                                              | เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง<br>(4) | เห็นด้วย<br>ค่อนข้าง<br>มาก<br>(3) | เห็น<br>ด้วย<br>น้อย<br>(2) | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง<br>(1) |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| การออกกำลังกายทุกวันเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่มี<br>ภาวะหัวใจล้มเหลว | ✓                                |                                    |                             |                                     |

แสดงว่าท่านเห็นอย่างยิ่งว่าการออกกำลังกายทุกวันเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

| ข้อความ                                                                                                           | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง<br>(4) | เห็นด้วย<br>ค่อนข้าง<br>มาก<br>(3) | เห็น<br>ด้วย<br>น้อย<br>(2) | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง<br>(1) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. การกินยาขับปัสสาวะทำให้อาการบวมของนั้ลดลง<br>และทำให้หายใจสะดวกขึ้น                                            |                              |                                    |                             |                                     |
| 2. การกินยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้นั้ควบคุม<br>โรคได้                                                         |                              |                                    |                             |                                     |
| 3. ถ้านั้กินยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างสม่ำเสมอ<br>และต่อเนื่อง ทำให้นั้ลดการมาห้องฉุกเฉินหรือนอน<br>ในโรงพยาบาล |                              |                                    |                             |                                     |
| 4. อาหารที่มีรสเค็มไม่ดีกับนั้                                                                                    |                              |                                    |                             |                                     |
| 5. การกินอาหารที่มีรสจัดหรือมีเกลือโซเดียมต่ำทำให้อาการบวมของนั้ลดลง                                              |                              |                                    |                             |                                     |
| .<br>. .<br>. .<br>. .<br>. .<br>. .<br>. .<br>. .                                                                |                              |                                    |                             |                                     |
| 13. นั้จัดการกับความเครียด เพื่อไม่ให้หัวใจทำงานหนัก                                                              |                              |                                    |                             |                                     |

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว**  
**คำชี้แจง** ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วยข้อความใดตรงกับความรู้สึกรู้สึก คิดเห็น หรือความเชื่อ ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

|                      |                                                        |
|----------------------|--------------------------------------------------------|
| เห็นด้วยอย่างยิ่ง    | หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด   |
| เห็นด้วยค่อนข้างมาก  | หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก |
| เห็นด้วยน้อย         | หมายถึง มีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นน้อย        |
| ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง | หมายถึง มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้น         |
| เกณฑ์การให้คะแนน     |                                                        |
| 4                    | หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง                              |
| 3                    | หมายถึง เห็นด้วยค่อนข้างมาก                            |
| 2                    | หมายถึง เห็นด้วยน้อย                                   |
| 1                    | หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง                           |

**ตัวอย่าง**

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

| ข้อความ                                          | เห็นด้วยอย่างยิ่ง<br>(4) | เห็นด้วยค่อนข้างมาก<br>(3) | เห็นด้วยน้อย<br>(2) | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง<br>(1) |
|--------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| การออกกำลังกายทำให้ฉันต้องเสียเวลาในการทำงานอื่น | ✓                        |                            |                     |                             |

**แสดงว่าท่านเห็นอย่างยิ่ง**ว่าการออกกำลังกายทำให้ท่านต้องเสียเวลาในการทำงานอื่น

| ข้อความ                                                                                    | เห็นด้วย<br>อย่างยิ่ง<br>(4) | เห็นด้วย<br>ค่อนข้าง<br>มาก<br>(3) | เห็น<br>ด้วย<br>น้อย<br>(2) | ไม่เห็น<br>ด้วย<br>อย่างยิ่ง<br>(1) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 1. การกินยาขับปัสสาวะรบกวนการนอนของฉัน                                                     |                              |                                    |                             |                                     |
| 2. การกินยารักษาภาวะหัวใจล้มเหลววันละหลายครั้ง<br>ทำความยุ่งยากให้กับฉัน                   |                              |                                    |                             |                                     |
| 3. การกินยาขับปัสสาวะรบกวนการดำเนิน<br>ชีวิตประจำวันของฉัน และทำให้ไม่กล้าออกไปนอก<br>บ้าน |                              |                                    |                             |                                     |
| 4. ความหลงลืมของฉัน ทำให้ฉันกินยาไม่ครบ                                                    |                              |                                    |                             |                                     |
| 5. อาหารที่มีรสจัดหรือมีเกลือโซเดียมต่ำ ทำให้ฉันกิน<br>อาหารได้น้อย                        |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| .                                                                                          |                              |                                    |                             |                                     |
| 13. ฉันไม่มีคนที่ไว้ใจ ทำให้ฉันไม่มีที่ระบายความ<br>ทุกข์                                  |                              |                                    |                             |                                     |

## ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

**คำชี้แจง** ท่านมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากน้อยเพียงใด

ซึ่งแบ่งระดับคะแนนความมั่นใจ ตั้งแต่ 0 ถึง 10

โดยค่าทางซ้ายมือสุด เท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจ และระดับคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไปทางขวามือสุด เท่ากับ 10 หมายถึง มั่นใจอย่างยิ่ง

**ตัวอย่าง**

โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ตรงกับระดับคะแนนตามความคิดเห็นของท่าน

ข้อ 0 ฉันมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เป็นเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

|   |   |   |   |   |   |   |                                     |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | <input checked="" type="checkbox"/> | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------------------|---|---|----|

ไม่มั่นใจ

มั่นใจอย่างยิ่ง

แสดงว่า ท่านมีความมั่นใจ ค่อนข้างมาก (ประมาณ 70 เปอร์เซนต์) ในการดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

|                                                                                                                                                                             |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|-----------------|---|---|---|----|--|
| 1. ฉันมั่นใจว่าสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการเหนื่อยหอบจากการออกกำลังกาย                                                                                                  |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6               | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| ไม่มั่นใจ                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   | มั่นใจอย่างยิ่ง |   |   |   |    |  |
| 2. ฉันมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงเบ่ง เช่น ยกของหนัก เบ่งถ่าย อุจจาระเป็นต้น                                                                         |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6               | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| ไม่มั่นใจ                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   | มั่นใจอย่างยิ่ง |   |   |   |    |  |
| 3. ฉันมั่นใจว่ารับประทานอาหาร جيدและหรืออาหารที่มีโซเดียมต่ำ โดยหลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลา หรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงแล้ว อาหารจำพวกหมักดอง อาหารกระป๋องและอาหารที่ปรุงด้วยผงฟู |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6               | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| ไม่มั่นใจ                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   | มั่นใจอย่างยิ่ง |   |   |   |    |  |
| 4. ฉันมั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานอาหารที่ง่ายขึ้น มีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย                                                      |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6               | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| ไม่มั่นใจ                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   | มั่นใจอย่างยิ่ง |   |   |   |    |  |
| 5. ฉันมั่นใจว่าสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำเพื่อลดภาวะไขมันในเลือดสูง                                                                                             |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6               | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| ไม่มั่นใจ                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   | มั่นใจอย่างยิ่ง |   |   |   |    |  |
| .<br>.<br>.<br>.<br>.<br>.<br>.<br>.                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 25. ฉันมั่นใจว่าสามารถประเมินตนเองได้ว่าเมื่อไรที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัย                                                                                        |   |   |   |   |   |                 |   |   |   |    |  |
| 0                                                                                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6               | 7 | 8 | 9 | 10 |  |
| ไม่มั่นใจ                                                                                                                                                                   |   |   |   |   |   | มั่นใจอย่างยิ่ง |   |   |   |    |  |

## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่านต่อภาวะหัวใจล้มเหลว โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ แต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ทำเป็นประจำ หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้ง  
 ทำเป็นบางครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นเป็นบางวันหรือเป็นบางครั้ง  
 ทำนานๆ ครั้ง หมายถึง ทำกิจกรรมนั้นนานๆ ทำครั้ง  
 ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

3 หมายถึง ทำเป็นประจำ  
 2 หมายถึง ทำเป็นบางครั้ง  
 1 หมายถึง ทำนานๆ ครั้ง  
 0 หมายถึง ไม่เคยทำ

**ตัวอย่าง**

โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

| ข้อความ                                         | ทำเป็นประจำ<br>(3) | ทำเป็นบางครั้ง<br>(2) | ทำนานๆ ครั้ง<br>(1) | ไม่เคยทำ<br>(0) |
|-------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| ท่านออกกำลังกายภายใน 30 นาที หลังรับประทานอาหาร |                    |                       |                     | ✓               |

แสดงว่าท่าน**ไม่เคย**ออกกำลังกายภายใน 30 นาที หลังรับประทานอาหาร

| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว                                                                                      | ทำเป็นประจำ<br>(3) | ทำเป็นบางครั้ง<br>(2) | ทำนานๆ ครั้ง<br>(1) | ไม่เคยทำ<br>(0) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| 1. ฉันหยุดกินยาขับปัสสาวะหรือยารักษาโรคหัวใจเองเมื่อรู้สึกสบายดี                                                                   |                    |                       |                     |                 |
| 2. ฉันปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาที่ใช้อยู่เองโดยไม่ปรึกษาแพทย์                                                                          |                    |                       |                     |                 |
| 3. ฉันสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ เช่น หน้ามืดเมื่อเปลี่ยนท่า ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง อาการรู้สึกไม่สบาย |                    |                       |                     |                 |
| 4. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้ชิดกับคนที่เป็นหวัด เจ็บคอ และมีไข้                                                                   |                    |                       |                     |                 |
| 5. ฉันจะวัดปรอทเมื่อมีไข้ หรือไม่สบาย                                                                                              |                    |                       |                     |                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>              |                    |                       |                     |                 |
| 23. ฉันมีวิธีการจัดการกับความเครียด ที่ทำให้ฉันสบายใจขึ้น                                                                          |                    |                       |                     |                 |

## ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล

นางสาวเสาวลักษณ์ ทามาก

วัน เดือน ปีเกิด

22 ตุลาคม 2519

สถานที่เกิด

จังหวัดเชียงราย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2538-2541

พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง

มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2549-2552

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนวิจัย

สมาคมศิษย์เก่า มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่อยู่ปัจจุบัน

131/5 วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ถนนขาว

แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

10300

สถานที่ทำงาน

วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ กรุงเทพฯ

ประเทศไทย Tel. 0-2241-6500

Email: s.thummak@hotmail.com

stummak@yahoo.com