

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*

ประภัสสร พิมพ์สาร พย.ม.**

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, Ph.D. (Gerontological nursing) ***

นาริรัตน์ จิตรมนตรี, Ph.D. (Gerontological nursing) ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

การออกแบบการวิจัย การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การดำเนินการวิจัย ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของ Riegel และคณะ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปีที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 116 คน โดยใช้แบบบันทึกโรคร่วม แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคร่วมในระดับต่ำ ($\bar{X}=2.48$, $SD=1.24$) สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 68.85$, $SD = 12.69$; $\bar{X} = 20.62$, $SD = 5.46$; $\bar{X} = 44.16$, $SD = 4.28$; $\bar{X} = 83.70$, $SD = 10.64$) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.191$, $p < 0.05$, $r = 0.360$, $p < 0.01$, $r = 0.348$, $p < 0.01$, $r = 0.221$, $p < 0.05$) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ พยาบาลและทีมสุขภาพควรสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีและส่งเสริมให้มีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วารสารสภาการพยาบาล 2561; 33(1) 103-115

คำสำคัญ : หัวใจล้มเหลว/พฤติกรรมการดูแลตนเอง/ผู้สูงอายุ/การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน/สัมพันธภาพในครอบครัว

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล

** นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Related to Self-Care Behaviours in Older Adults with Heart Failure*

Parpatsorn Pimpasan M.N.S.**

Virapun Wirojratana Ph.D. (Gerontological nursing) ***

Narirat Jitramontree Ph.D. (Gerontological nursing) ****

Abstract:

Objective: To study relationships that comorbidities, family relationship, instrumental support, and trust in healthcare teams could have with elderly heart failure patients' self-care behaviours.

Design: Descriptive correlation research.

Procedure: This study used the situation-specific theory of heart failure self-care model developed by Riegel, et al, as the conceptual framework. The sample consisted of 116 older adults with heart failure, aged 60–79 years. Data were collected by using Charlson Comorbidity Index (CCI), together with interviews on family relationship, instrumental social support scales (for heart failure), trust in healthcare teams, and heart failure patients' self-care behaviours. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

Results: The participants showed a low level of comorbidities (mean $\pm$ SD of 2.48 ± 1.24) and scored highly on family relationship, instrumental support, trust in healthcare teams, and elderly heart failure patients' self-care behaviours (means $\pm$ SDs of 68.85 ± 12.69 , 20.62 ± 5.46 , 44.16 ± 4.28 , and 83.70 ± 10.64 , respectively). An intervariate relationship analysis revealed a statistically significant relationship between the heart failure patients' self-care behaviours and comorbidities, family relationship, instrumental support, and trust in healthcare teams ($r = 0.191$, $p < 0.05$, $r = 0.360$, $p < 0.01$, $r = 0.348$, $p < 0.01$, and $r = 0.221$, $p < 0.05$, respectively).

Recommendations: Nurses and healthcare teams should encourage family members to improve family relationship and should provide instrumental support for older adults with heart failure.

Thai Journal of Nursing Council 2018; 33(1) 103–115

Keywords : heart failure; self-care behaviours; older adults; instrumental support; family relationship

* Master Thesis of Nursing Science (Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University).

** Master of Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University.

*** Corresponding author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University, E-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้ป่วยจำนวน 1 ใน 5 เสียชีวิตภายในหนึ่งปีหลังได้รับการวินิจฉัย¹ ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญอาการทุกข์ทรมานทางด้านร่างกาย เช่น อาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เกิดภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า เมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้นก่อให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆ จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง² เป้าหมายการดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว จึงเป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ควบคุมอาการกำเริบและชะลอความก้าวหน้าของโรค ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง³ จากการศึกษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (The situation-specific theory of heart failure self-care) ของ Riegel และคณะ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับประทานยาให้ตรงตามแพทย์สั่ง หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ซึ่งน้ำหนักเป็นประจำวัน การเฝ้าระวังอาการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น^{3,4}

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกระบวนการการตัดสินใจในการเลือกกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายและจิตใจ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย สถานการณ์ (situation) คือ ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล (person) ปัญหาสุขภาพ (problem) และสิ่งแวดล้อม (environment) โดยผ่านกระบวนการ (process) การตัดสินใจโดยอาศัยความรู้

(knowledge) ประสบการณ์ (experience) ทักษะ (skills) และการให้คุณค่า (values) กับพฤติกรรมดูแลตนเอง จากนั้นบุคคลจึงเลือกกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง³

การศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ สถานะภาพสมรส และการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว^{3,4,5,6} ส่วนความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเช่นกัน^{3,7,8}

โรคร่วมเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว การมีโรคร่วมมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคร่วมระดับสูงทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น มีความเสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาที่รับประทานเป็นจำนวนมาก ทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เป็นไปตามแผนการรักษา⁹ อย่างไรก็ตาม ในบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีระดับความรุนแรงของโรคร่วมสูงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการรับประทานยาให้เป็นไปตามแผนการรักษามีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรุนแรงของภาวะโรคร่วมน้อยกว่า⁶

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมของทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว รวมถึง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ

สัมพันธภาพในครอบครัวแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ บ่งบอกถึงความรักใคร่ปรองดอง ความรู้สึกที่ดีต่อกันจากสมาชิกในครอบครัว การศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกใน

ครอบครัว สมาชิกในครอบครัวช่วยจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เกิดแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสอดคล้องตามแผนการรักษา รับประทานอาหารโซเดียมต่ำ การจำกัดปริมาณน้ำดื่ม เป็นต้น แต่ถ้าสัมพันธ์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวกับครอบครัวไม่ดีจะมีการแยกตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ^{10,11}

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จึงต้องการการสนับสนุนกิจกรรมที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆที่มีความซับซ้อน อีกทั้งการช่วยเหลือให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ ข้อของจัดเตรียมอาหารที่มีโซเดียมต่ำ เฝาระวังและจัดการอาการกำเริบอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเอง^{3,12,13}

ความไว้วางใจในทีมสุขภาพเป็นการสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งความไว้วางใจในทีมสุขภาพนั้นเป็นการรับรู้ความไว้วางใจเกี่ยวกับบริการการรักษา การให้คำแนะนำจากทีมสุขภาพ การศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยไว้วางใจทีมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลจากภาวะเจ็บป่วย และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสอดคล้องตามแผนการรักษา¹⁴ การขาดความไว้วางใจในทีมสุขภาพเป็นอุปสรรคต่อการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพเมื่อมีอาการกำเริบ และยอมรับว่าอาการกำเริบดังกล่าวเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลเช่น รายได้ สถานะภาพสมรส การศึกษา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ

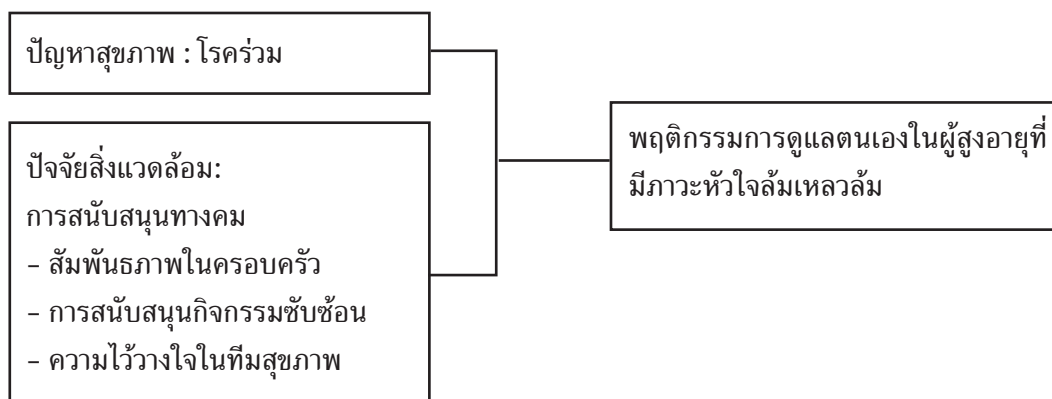
การตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะในการดูแลตนเอง นั้นมีผลการศึกษาสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตาม โรคร่วม หนึ่งในปัญหาสุขภาพ ยังมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน^{6,9} และการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ยังไม่เฉพาะเจาะจงถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในสังคมไทย ซึ่งอยู่รวมกันกับเครือญาติ เป็นครอบครัวขยาย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตร หลาน และญาติ ความไว้วางใจในทีมสุขภาพมีการศึกษาเฉพาะแพทย์เจ้าของไข้ จึงควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมบุคลากรทีมสุขภาพที่มีบทบาทในการร่วมกันดูแล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยเพิ่มเติม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

Riegel และคณะ³ ได้พัฒนาทฤษฎี การดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นทฤษฎีระดับกลาง (middle -rage theory) ได้อธิบายถึง กระบวนการตัดสินใจตามธรรมชาติ ตามสถานการณ์ (situation) ที่กระตุ้นสภาพจิตใจโดยผ่านกระบวนการพิจารณา (process) แล้วแสดงออกเป็นการดูแลตนเอง (action) ลักษณะสถานการณ์ที่มีผลต่อกระบวนการพิจารณาประกอบด้วย 1) ลักษณะเฉพาะบุคคล (person) ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ วัย เชื้อชาติ วัฒนธรรม ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม สวัสดิการในการรักษา ความมั่นใจในพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) ปัญหา

สุขภาพ (problem) เกิดจากพยาธิสภาพของโรคทำให้บุคคลมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงและการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เข้าถึงปัจจัยขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้อย่างไม่เต็มที่ และโรคร่วมซึ่งพบได้ทั่วไปในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ในทฤษฎีได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม สถานการณ์ที่กล่าวมามีผลต่อกระบวนการ (process) การตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรม โดยผ่านความรู้ประสบการณ์ ทักษะและการให้คุณค่าในพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้เกิดการแสดงออกถึงการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน

1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care maintenance)
2) การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (symptom perception) และ 3) การจัดการอาการกำเริบ (self-care management)³ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว^{3,6,9} และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งปัจจัยสิ่งแวดล้อมในทฤษฎี ประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อนและความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง^{3,10,11,12,13,14,15} สรุปกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60-79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว, มารับการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกหัวใจล้มเหลวที่โรงพยาบาลศิริราช มีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว มาไม่ต่ำกว่า 2 เดือน

2. ระดับความรุนแรงและระดับความทนในกิจกรรม อยู่ในระดับ I-III ตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (The New York Heart Association Functional Classification: NYHA)

3. ไม่มีปัญหาเรื่องความจำและการรู้คิด จากการประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น MMSE-Thai 2002¹⁶ โดยต้องผ่านเกณฑ์ปกติ ตามระดับการศึกษา

4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิต การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้โปรแกรม G*Power สำหรับสถิติความสัมพันธ์ (correlation) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ความเชื่อมั่นในการทดสอบที่ระดับแอลฟา .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) .227¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 116 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 6 ชุด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก และจำนวนยาที่ได้รับเพื่อการรักษาในปัจจุบัน

2. แบบบันทึกโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index) พัฒนาโดย Charlson และคณะ¹⁸ ผ่านการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย จอม สุวรรณโณ และคณะ¹⁹ เป็นแบบบันทึกจำนวนและรายการของโรคทั้งหมดของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายและการเจ็บป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ มีคำตอบสองระดับคือไม่ใช้หรือใช้ ถ้า “ไม่ใช้” ให้คะแนน 0 และ “ใช้” ให้คะแนน 1, 2, 3, 6 ตามความรุนแรงของโรค เนื่องจากการศึกษาผู้สูงอายุที่มี

ภาวะหัวใจล้มเหลว คะแนนรวมของแบบบันทึกอยู่ระหว่าง 1 (มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงอย่างเดียว) ถึง 30 (มีความรุนแรงของโรคร่วมมาก) คะแนนมากหมายถึง มีความรุนแรงของโรคร่วมอยู่ในระดับสูง การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนรวม 1-2 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคร่วมระดับต่ำ คะแนนรวม 3-4 คะแนน หมายถึง มีความรุนแรงของโรคร่วมระดับปานกลาง คะแนนรวมเท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน หมายถึงมีความรุนแรงของโรคร่วมระดับสูง

3. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว สร้างโดย Crandall²⁰ และผ่านการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดย วรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ²¹ แบบสอบถามประกอบไปด้วย 4 ด้านคือ การแสดงบทบาทของสมาชิก การสื่อสารในครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ และการแสดงออกความรู้สึก ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง ไม่ตรงความเป็นจริงเลย และคะแนน 5 หมายถึงตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา คะแนนอยู่ในช่วง 16-80 คะแนนมาก แสดงว่าสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนรวมในช่วง 16-37 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับต่ำ คะแนนรวมในช่วง 38-59 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง คะแนนรวมในช่วง 60-80 หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง การศึกษาครั้งนี้มีค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 สัมประสิทธิ์อัลฟาโคลบาคใน เท่ากับ .91

4. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ประเมินโดย Social Support Scales-Instrumental (heart failure) สร้างโดย Heo²² ใช้ประเมิน การช่วยเหลือ

จากบุคคลอื่นในกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทั้งการซื้อของ การจัดเตรียมอาหารและได้รับประทานอาหารที่มี ปริมาณเกลือโซเดียมในปริมาณต่ำอย่างเหมาะสม การสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่าย รวมถึงความพร้อมของ บุคคลอื่นที่จะเข้ามาช่วยเหลือในขณะที่ยังอายุที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวต้องการ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Likert's scale) 5 ระดับ โดยคะแนน 1 หมายถึง เหตุการณ์ดังกล่าว ไม่เคยเกิดขึ้นเลย และ คะแนน 5 หมายถึง เหตุการณ์ ดังกล่าวเกิดขึ้นประจำ คะแนนอยู่ในช่วง 5-25 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง มีการสนับสนุนด้านกิจกรรมซับซ้อน ในระดับสูง แปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ช่วง คะแนน 5 - 11.67 หมายถึง มีการสนับสนุนกิจกรรม ซับซ้อนต่ำ ช่วงคะแนน 11.68 - 18.34 หมายถึง มี การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อนปานกลาง ช่วงคะแนน 18.35 - 25 หมายถึง มีการสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อนสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือและแปล ย้อนกลับ (back- translation) เพื่อตรวจสอบความ ถูกต้องของการแปลกับเจ้าของเครื่องมือสัมประสิทธิ์ อัลฟาโคลบาค เท่ากับ .86

5. แบบสัมภาษณ์ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Wake Forest Physician Trust Scale สร้างโดย Hall²³ ประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับความมั่นใจในบริการ การรักษา การให้คำแนะนำจากทีมสุขภาพประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า (Likert's scale) 5 ระดับ โดยเรียงลำดับ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนอยู่ในช่วง 10- 50 คะแนนมากหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีความเชื่อใจในทีมสุขภาพในระดับสูง แปลผลค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ช่วงคะแนน 10 - 23.33 หมายถึง

มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพน้อย ช่วงคะแนน 23.34 - 36.66 หมายถึง มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพปานกลาง ช่วงคะแนน 36.67 - 50 หมายถึง มีความไว้วางใจ ในทีมสุขภาพสูง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุญาต ใช้เครื่องมือและแปลย้อนกลับ (back-translation) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการแปลกับเจ้าของ เครื่องมือ สัมประสิทธิ์อัลฟาโคลบาค เท่ากับ .72

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประเมินโดยแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง (self-care maintenance) ใน Self-Care Heart Failure Index version 6.2 สร้างโดย Reigel และคณะ³ ผ่านการ แปลย้อนกลับ (back-translation) โดย จอม สุวรรณโณ และคณะ¹⁹ มีข้อคำถาม 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Likert's scale) 4 ระดับ ให้เลือก ตอบตามความเป็นจริงจาก คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคย ปฏิบัติเลยและ 4 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน ค่าคะแนน อยู่ในช่วง 10-40 คะแนน นำคะแนนที่ได้มาปรับฐานร้อยละนั้นคะแนนเต็มที่ได้เป็น 100 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และแบ่งออกเป็น 3 ระดับช่วงคะแนน 25-70 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ช่วงคะแนน 71-85 หมายถึง มี พฤติกรรมการดูแลตนเองดี ช่วงคะแนน 85-100 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีมากการศึกษา ครั้งนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 สัมประสิทธิ์อัลฟาโคลบาค เท่ากับ .77

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2560 เลขที่ 087/2560 และได้รับอนุมัติจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช มีวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวต่อทีมพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลผู้ประสานงานเกี่ยวกับโครงการวิจัย หากผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสนใจเข้าร่วมโครงการ จึงแนะนำให้พบผู้วิจัย

3. จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ให้ผู้ป่วยอ่านเอกสารชี้แจง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย จากนั้นคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากแบบประเมินการรู้คิด และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว หากผู้ป่วยผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย หากไม่ผ่านการคัดกรอง ผู้วิจัยจะส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาลประจำคลินิก และหอบุคลากรเพื่อดูแลรักษาต่อไป

4. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในที่มีความเป็นส่วนตัวตามแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. วิเคราะห์ข้อมูลโรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน และความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากค่า Asymp. Sig (2-tailed) ตัวแปรทั้งหมดมีค่าน้อยกว่า .05 แสดงว่าการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีอายุเฉลี่ย 68.9 ปี ($SD = 5.3$) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 50.9 มีระดับความสามารถในการทนต่อกิจกรรม (NYHA) class II ร้อยละ 53.5 เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 64.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.4 แหล่งรายได้หลักมาจากบำเหน็จบำนาญ ร้อยละ 30.2 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 37.9 รายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ ร้อยละ 50 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.8 คน ($SD = 2.3$) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 39.7 และอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ดูแล ร้อยละ 78.4 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ย 76.3 เดือน ($SD = 73.5$) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.2 จำนวนยาที่ได้รับเพื่อการรักษาในปัจจุบัน โดยเฉลี่ย 6.6 ชนิด ($SD = 2.8$) ส่วนใหญ่รับประทานยา 5-8 ชนิด ร้อยละ 52.6

ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคร่วมต่ำ ($\bar{X} = 2.4$, $SD = 1.2$) ร้อยละ 59.5 สัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง ($\bar{X} = 68.8$, $SD = 12.7$) ร้อยละ 85.3 มีการรับรู้การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 20.6$, $SD = 5.4$) ร้อยละ 79.4 มีความไว้วางใจในทีมสุขภาพระดับสูง ($\bar{X} = 44.1$, $SD = 4.2$) ร้อยละ 94 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวระดับดีมาก ($\bar{X} = 83.7$, $SD = 10.4$) ร้อยละ 44.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนน โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (N = 116)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม ($\bar{X} = 2.4, SD = 1.2$)		
ความรุนแรงระดับต่ำ	69	59.5
ความรุนแรงระดับกลาง	35	30.2
ความรุนแรงระดับสูง	12	10.3
สัมพันธภาพในครอบครัว ($\bar{X} = 68.8, SD = 12.7$)		
ระดับต่ำ	5	4.3
ระดับกลาง	12	10.4
ระดับสูง	99	85.3
การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ($\bar{X} = 20.6, SD = 5.4$)		
ระดับต่ำ	8	6.8
ระดับกลาง	16	13.8
ระดับสูง	92	79.4
ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ ($\bar{X} = 44.1, SD = 4.2$)		
ระดับกลาง	7	6
ระดับสูง	109	94
พฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($\bar{X} = 83.7, SD = 10.4$)		
ระดับต่ำ	14	12.1
ระดับดี	50	43.1
ระดับดีมาก	52	44.8

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
วิเคราะห์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน
เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.191, p < 0.05, r = 0.360, p < 0.01, r = 0.348, p < 0.01, r = 0.221, p < 0.05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง โรคร่วม สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5
โรคร่วม	1				
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.068	1			
การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน	0.226*	0.430**	1		
ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ	0.056	0.370**	0.276**	1	
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว	0.191*	0.360**	0.348**	0.221*	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

การอภิปรายผล

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

โรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.191, p < 0.05$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและโรคร่วมระดับความรุนแรงสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี อาจเนื่องจากการมีโรคร่วมที่มีความรุนแรงสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักและระมัดระวังในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.4 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 55.2 ทำให้กลุ่มตัวอย่างแสวงหาความรู้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างยังอาศัยอยู่กับครอบครัวมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการรับประทานยาตามแนวการรักษาและการไปตรวจตามนัด สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6 เดือนในประเทศบราซิลพบว่า โรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองร้อยละ 14⁶ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Akbari kamrani และคณะ⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศอิหร่าน พบว่าโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ($p < 0.01$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและที่มีโรคร่วมมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจาก การเก็บข้อมูลที่มีบริบทที่ต่างกัน ทั้งความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว (NYHA) และ

ภาวะสมองเสื่อม โดยการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะสมองเสื่อม และส่วนใหญ่มี NYHA class II ร้อยละ 53.5 แต่งานวิจัยของ Akbari kamrani และคณะ ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 59 และ NYHA class III และ IV ร้อยละ 40.8 และ 40.2 ตามลำดับ ภาวะสมองเสื่อมและความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงจึงมีผลทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.360, p < .01$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสืบทอดมาแต่พ่อแม่ได้อาศัยอยู่ตามลำพัง มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน ร้อยละ 27.6 และมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ 33.6 ทำให้มีคนคอยดูแลกลุ่มตัวอย่างให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสอดคล้องกับแผนการรักษา ทั้งการจัดเตรียมอาหารโซเดียมต่ำ การบริหารยา เฝ้าระวังอาการกำเริบ พาไปตรวจตามนัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวรู้สึกว่ามีสมาชิกในครอบครัวยอมรับและเข้าใจความเจ็บป่วย ได้ความรัก การดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงพยายามดูแลตนเองตามแผนการรักษาเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสบายใจ สอดคล้องกับ การศึกษาของ Sebern และ Riegel.¹⁰ พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.65, p < .01$) และการศึกษาของ วิชัย เสนอชม, พุดินันท์ สุ่มฤทธิ์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และชนัช กนกเทศ¹¹ ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีผลทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ ($r = 0.18, p < .01$) เช่นกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนกิจกรรม ชีวชีวนกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนกิจกรรมชีวชีวน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r=0.348, p<.01$) อาจเนื่องมาจากการสนับสนุนกิจกรรมชีวชีวน เป็นการ ช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง สะดวกในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในการดำรงชีวิต กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นคู่ครองและบุตรหลาน ร้อยละ 75.9 มีสัมพันธภาพ ในครอบครัวระดับสูง สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล สามารถช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในการทำ กิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น การซื้อของ ประกอบอาหาร ทำงานบ้าน เป็นต้น สนับสนุนให้มีพฤติกรรมสอดคล้องตามแผนการรักษา โดยการจัดเตรียมยา จัดเตรียมอาหารโซเดียมต่ำ และ ฝึกระวังอาการผิดปกติต่างๆ อีกทั้งแหล่งรายได้หลัก ส่วนใหญ่มาจากบุตรหลาน ร้อยละ 33.6 ทำให้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายและเหลือเก็บ ร้อยละ 50 เพียงพอต่อการตอบสนองบริการ ความ ต้องการพื้นฐานและส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ให้เหมาะสม ผลของการศึกษาสอดคล้องกับทฤษฎี การดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ของ

Riegel และคณะ ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจ ล้มเหลว โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมกิจกรรม ชีวชีวน³

ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในทีม สุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการศึกษาพบว่าความไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.221, p < .05$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มี ความไว้วางใจในทีมสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดี อาจเนื่องมาจาก โรงพยาบาลที่เป็นแหล่ง ในการเก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิและ ได้รับความไว้วางใจจากประชาชนส่วนใหญ่ ประกอบ กับผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ได้รับการ วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 41.4 และทีมสุขภาพมีการติดตามผลการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ทำให้ทีมสุขภาพมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้มีพฤติกรรมสอดคล้อง กับแผนการรักษา กล่าวที่จะสอบถามเกี่ยวกับอาการ ผิดปกติ รับรู้ว่าทีมสุขภาพสามารถให้ความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพ และลด ความวิตกกังวลกับอาการต่าง ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ของ Bones และคณะ¹⁴ พบว่า ความไว้วางใจในแพทย์ ผู้รักษาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่งผลให้มีการแสดง พฤติกรรมสอดคล้องกับแผนการรักษา ($p<.01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าโรคร่วม สัมพันธภาพ ในครอบครัว การสนับสนุนกิจกรรมชีวชีวน และความ ไว้วางใจในทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

สอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ของ Riegel และคณะ³

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ทีมสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยโรคร่วม การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อนสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความไว้วางใจในทีมสุขภาพเนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ NYHA class I-III

ด้านการวิจัย

ควรศึกษาความสัมพันธ์โรคร่วม การสนับสนุนกิจกรรมซับซ้อน สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความไว้วางใจในทีมสุขภาพ กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มเติมในบริบทที่แตกต่างกันออกไป เช่น ในชนบท และในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรุนแรงและความสามารถในการทำกิจกรรม (NYHA) ทุกระดับ และควรศึกษาเพิ่มเติมถึงการดูแลตนเองของ Riegel และคณะ³ ให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการจัดการอาการกำเริบ

References

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure. A report of the American college of cardiology foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. 2013;128:240-327.
2. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. J Am Coll Cardiol 2014; 63:1123-33.
3. Riegel B, Vaughan Dickson V, Faulkner K. The situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs 2016;16: 226-35.
4. Riegel B, Lee CS, Ratcliffe SJ, De Geest S, Potashnik S, Patey M, et al. Predictors of objectively measured medication nonadherence in adults with heart failure. Circ-Heart Fail 2012;5:430-6.
5. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. Ann Behav Med 2008;35:70-9.
6. Trojahn MM, Ruschel KB, Nogueira de Souza E, Mussi C, Naomi HV, Motta U, et al. Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. J Nurs Res Pract 2013;254-352.
7. Cameron J, Worrall-Carter L, Page K, Stewart S. Self-care behaviors and heart failure: does experience with symptoms really make a difference? Eur J Cardiovasc Nurs 2010; 9:92-100.
8. Dickson V, Lee C, Riegel B. How do cognitive function and knowledge influence heart failure self-care? J Mixed Methods Res 2011; 47:888-95.
9. Akbari kamrani A, Foroughan M, Taraghi Z, Charati J, Kaldi A-R, Ghanei N, et al. Self-care behaviors among elderly with chronic heart failure and related factors. Pak J Biol Sci 2014;17:1161-9.
10. Sebern M, Riegel B. Contributions of Supportive relationships to heart failure self-care. Eur J Cardiovasc Nurs 2009;8:97-104.

11. Senchum W, Surit P, Noosorn N, & Kanokthet T. Factor predicting role of family's member in providing care and health promotion for the elderly in Thumbon Prawor Maesot district, Tak province. *Journal of nursing and health sciences* 2011;5:23-33. (In Thai).
12. Shahrababaki PM, Nouhi E, Kazemi M, Ahmadi F. Defective support network: a major obstacle to coping for patients with heart failure: a qualitative study. *Glob Health Action* 2016;9:3076-7.
13. Cameron J, Rhodes KL, Ski CF, Thompson DR. Carers' views on patient self-care in chronic heart failure. *J Clin Nurs* 2015;25:144-52.
14. Bonds DE, Camacho F, Bell RA, Duren-Winfield VT, Anderson RT, Goff DC. The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. *BMC Fam Pract* 2004;5:26.
15. Siabani S, Leeder SR, Davidson PM. Barriers and facilitators to self-care in chronic heart failure: a meta-synthesis of qualitative studies. *Springerplus* 2013;2:320.
16. Institute of geriatric medicine department of medicine services ministry of public health. *MMSE-Thai* 2002. Bangkok: Ministry of Public Health; 2002. (In Thai).
17. Chriss PM, Sheposh J, Carlson B, Riegel B. Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart Lung* 2004;33:345-53.
18. Sundararajan V, Henderson T, Perry C, Muggivan A, Quan H, & Ghali WA. New ICD-10 version of the charlson comorbidity index predicted in-hospital mortality. *J Clin Epidemiol* 2004;57:1288-94.
19. Suwanno J, Petsirasan R, Suwanno J, Saisuk W, & Chanpradit A. Age and heart failure self-care: a comparison of self-care maintenance between elderly and adults. *Thai Journal of Nursing Council* 2009; 24:36-48. (In Thai).
20. Crandall RC. *Gerontology: A behavioral science approach*: McGraw-Hill college; 1991.
21. Sunsern R, Rattanaagreeethakul S, Lawang L, Tassanatanachai A, Viriya C, Sorujthamakul T, Patarakorn P. Evidence, problems, and health care needs for hypertension patients at Baan-bung district, Chonburi province. *Journal of Nursing and Education*. 2013;15:1-15. (In Thai).
22. Heo S, Lennie TA, Moser DK, Kennedy RL. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Heart Lung* 2014;43:299-305.
23. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q* 2001; 79:613-39.