



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เสาวลักษณ์ ท่ามาก, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)\*

อรสา พันธุ์ภักดี, พย.ค. (การพยาบาล)\*\*

กุสุมา คุววัฒน์สัมฤทธิ์, ปร.ค. (การพยาบาล)\*\*\*

พิศสมัย อรทัย, ค.ค. (วิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา)\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 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 ( $r = -0.205$ ) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งช่วยลดอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว

**คำสำคัญ:** การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ภาวะหัวใจล้มเหลว พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

\* อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกอการุณย์

\*\* รองศาสตราจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



# Factors Related to Health Promoting Behaviors among Patients Congestive Heart Failure

*Saowaluck Tummark, MNS., (Adult Nursing)\**

*Orasa Panpakdee (DNS), Nursing\*\**

*Kusuma Kuwawattasumrit, PhD., Nursing\*\*\**

*Pisamai Oratai, Ed. D. (Research)\*\*\**

## 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 ( $r = -0.205$ ). 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.

**Keywords:** Self-Efficacy, Congestive Heart Failure, Health Promoting Behavior

\* Nursing Instructor, Medical-surgical nursing department, Kuakaroon Nursing College

\*\* Associate Professor, Nursing Department, Medical Faculty, Ramathibode Hospital, Mahidol University

\*\*\* Nursing Instructor, Nursing Department, Medical Faculty, Ramathibode Hospital, Mahidol University



### ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรในประเทศต่างๆ หลายประเทศ 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<sup>1</sup> ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ได้มากกว่าภาวะอื่นหรือโรคอื่นๆ และจากการสำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 1-3 ของประชากรทั้งหมด และพบได้ถึงร้อยละ 10 ในประชากรสูงอายุ<sup>2</sup> จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศทางยุโรปมีประมาณ 6.5 ล้านคน สหรัฐอเมริกาประมาณ 5 ล้านคน และในประเทศญี่ปุ่น 2.4 ล้านคน<sup>3</sup> ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง จะมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 5 ปี หลังจากเริ่มมีอาการ<sup>4</sup>

ภาวะหัวใจล้มเหลวแม้ว่าจะได้รับการรักษาให้อาการดีแล้วก็สามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก และเป็นภาวะสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหัวใจต้องกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล<sup>5</sup> โดยพบว่าร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลภายใน 6 เดือนภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล<sup>5,6</sup> ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสูงคือ การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำดื่ม การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การขาดการสนับสนุนทางสังคม และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการ<sup>7</sup> โดยการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารพบร้อยละ 18 การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอพบร้อยละ 15 การขาดการสนับสนุนทางสังคมพบร้อยละ 21 และไม่มาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการพบร้อยละ 20<sup>5</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และทำให้อัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น<sup>8,9</sup> รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น<sup>10</sup> โดยการศึกษาในผู้ป่วยคนไทย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือไม่ต่อเนื่อง รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง พักผ่อนไม่เพียงพอ<sup>11</sup>

จากหลักการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรูปแบบการดำเนินชีวิต ได้แก่ การจำกัดเกลือ จำกัดน้ำดื่ม หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และการป้องกันการติดเชื้อ<sup>12</sup> นอกจากนี้การเฝ้าระวังอาการผิดปกติเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยต้องสังเกตอาการผิดปกติที่บ่งบอกถึงภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง ได้แก่ หายใจเหนื่อย หอบ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ และมีอาการบวมตามอวัยวะส่วนปลาย ผู้ป่วยจะต้องค้นพบอาการเหล่านี้ให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรกที่มีอาการ<sup>13</sup> เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง จะเห็นว่าการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย



ภาวะหัวใจล้มเหลวดังกล่าวข้างต้นมีความสำคัญ แต่พบว่ามีปัจจัยทั้งที่ส่งเสริมและเป็นอุปสรรคหลายอย่างต่อการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ<sup>11</sup> ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า เศรษฐฐานะ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนเบนเนต และคณะ<sup>14</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะและความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะว่าทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดอาการบวม ช่วยให้หายใจสะดวกขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ นอกจากนี้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดอาการบวม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัวทุกวันทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น<sup>15</sup> ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะและความสม่ำเสมอในการรับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม ได้แก่ การทำให้ปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รมกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง ส่วนอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการ

รับประทานอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียม พบว่ารสชาติอาหารไม่ดี ไม่อร่อย เสียเวลาในการจัดเตรียม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ยุ่งยากเวลาไปทานอาหารนอกบ้าน และไม่เข้าใจว่าอาหารประเภทใดที่มีส่วนผสมของเกลือโซเดียมต่ำ<sup>14,9</sup> จึงทำให้ไม่สามารถจำกัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้ รวมทั้งอุปสรรคของความสม่ำเสมอในการสังเกตอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การลืมชั่งน้ำหนัก และไม่รู้ว่าควรตรวจสอบอาการบวมของขาและเท้าเป็นอย่างไร<sup>15</sup>

แม้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าไม่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นๆ ได้ ก็จะไม่เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง<sup>16</sup> และกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ<sup>17</sup> จากการศึกษาที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะช่วยป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง ดังนั้นการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการศึกษาถึงการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน รวมทั้งการรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับพยาบาล ให้นำไปวิเคราะห์และการวางแผนการพยาบาลโดยเฉพาะการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

### วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึง ธันวาคม 2551 จำนวน 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ระดับความรุนแรงและความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 1-3 ตามการแบ่งของสมาคมหัวใจแห่งนิวยอร์ก สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งหมดเมื่ออยู่บ้าน มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักการแพทย์

กรุงเทพมหานคร และกรรมการการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร และกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทราบถึงวัตถุประสงค์ การวิจัย และสิทธิที่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ ข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในรายที่อ่านไม่ได้หรือไม่สามารถในการเขียนคำตอบ ผู้วิจัยจะอ่านคำถามให้ฟังและบันทึกคำตอบให้แทน ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามคืนจะตรวจสอบคำตอบ ถ้ามีข้อใดหายไปจะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 6 ส่วน

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

**ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ** เป็นแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของนิภาพร ประจันบาน<sup>18</sup> ข้อคำถามในแบบวัดนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วงออกจากโรงพยาบาลและกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุม

อาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .83

**ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการทำพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>19</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .81

**ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับความคิดเห็นหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยและกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>19</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .54

**ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพผู้วิจัยใช้แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของนิภาพร ประจันบาน<sup>18</sup> โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประคบและสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .67

**ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว** เป็นการวัดเกี่ยวกับการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว ตามการรับรู้ในด้านต่างๆ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์<sup>19</sup> และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การพักผ่อน การทำกิจกรรมออกแรงและการ



ออกกำลังกาย การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การประเมิน และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และการมาตรวจตามนัด ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราคเท่ากับ .63

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นมีภาวะหัวใจล้มเหลว และระดับความทนทานในการทำกิจกรรม หาช่วงคะแนน (Range) ค่าเฉลี่ย (Mean) และหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

**ผลการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 100 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ

64) อายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี (SD = 13.58) อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 55 และอาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรหลาน และญาติ จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 42) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 48) มีโรคร่วมมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง หรือ วัณโรคเป็นพิษ เป็นต้น มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวตั้งแต่ 4-36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือน และระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 กลุ่มตัวอย่างเกือบทุกรายมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 99)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}$  = 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

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r$  = 0.438, 0.324, 0.489 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่

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

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	91.91	6.97	ดีมาก
2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	43.17	5.74	มาก
3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	25.84	5.68	ปานกลาง
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	200.19	21.91	มากที่สุด
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	46.42	6.95	ดี

มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 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. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	.309**	1			
3. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	-.135	.046	1		
4. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว	.496**	.333**	-.176	1	
5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว	.438**	.324**	-.205*	.489**	1

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

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 30-95 ปี อายุเฉลี่ย 66.04 ปี สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย<sup>20,21</sup> เกินครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 42 จบชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 27 จบชั้นมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 16 ที่ไม่ได้เรียน และเกินครึ่งที่ไม่มีรายได้ต่อเดือน ซึ่งรายได้เฉลี่ยของประชาชนในกรุงเทพมหานครต่อคนต่อเดือนเท่ากับ 11,284 บาท<sup>22</sup> 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 ธัยรอยด์เป็นพิษ เป็นต้น การมีโรคร่วมที่เป็นโรคเรื้อรังทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ<sup>23</sup> ซึ่งโรคเรื้อรังดังกล่าวยังเป็นสาเหตุทำให้หัวใจทำงานหนักหรือประสิทธิภาพในการบีบตัวลดลง<sup>24,25</sup> และทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น

ระยะเวลาของการเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่ามีตั้งแต่ 4-36 เดือน เฉลี่ย 12.5 เดือน และมีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมตามคำจำกัดความของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก อยู่ในระดับที่ 2 คือมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเพียงเล็กน้อย ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ออกแรงหนักๆ จะทำให้อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว หายใจลำบากหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย และจะสุขสบายขึ้นเมื่อได้พัก การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดได้ด้วยตนเองเป็นส่วนมาก (ร้อยละ 99) โดยไม่ต้องมีญาติพามาโรงพยาบาล รวมทั้งส่วนมากมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ผู้ป่วยจึงได้รับทราบข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและทราบความก้าวหน้าของโรคด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคน้อยลง

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจดีมากเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งประกอบด้วย การรับประทานยา การควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ การพักผ่อน การปรับกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย และการมาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (ร้อยละ 68) และมีระยะเวลาการมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาระยะเวลาหนึ่ง (เฉลี่ย 12.5 เดือน) จึงเคยมีประสบการณ์ได้รู้ ได้เห็น เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ช่วยลดการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว และความทุกข์ทรมานจากอาการและอาการแสดงของโรค นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากที่มาตรวจตามนัดทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ

การทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หรือจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เลวลง ดังนั้นจึงสนับสนุนผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว คือถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุรินทร์ ทองยิ้ม<sup>26</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าอยู่ในระดับมากอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาของแพทย์และการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอจะช่วยให้อาการต่างๆ ของตนดีขึ้นหรือช่วยควบคุมอาการต่างๆ ได้ อีกสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวมาระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษา ประโยชน์ของการรักษาภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง ในเรื่องการควบคุมอาหารและน้ำดื่ม การรับประทานยา การพักผ่อน การปรับกิจกรรม และการออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้ภาวะของโรครุนแรงขึ้น การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัดทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ ดังนั้นจึงสนับสนุนผลการการศึกษาที่พบว่า การรับรู้

ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางทางบวก นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบนเน็ตและคณะ<sup>14,9</sup> พบว่าผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ขับปัสสาวะ ทำให้ช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ลดอาการบวม น้ำ ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และลดความกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่จำกัดเกลือโซเดียมทำให้ดีต่อสุขภาพ และช่วยลดอาการบวมได้ มาร์ทีและคณะ<sup>15</sup> พบว่าการชั่งน้ำหนักตัวทุกวัน ทำให้ลดโอกาสกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และทำให้สุขภาพดีขึ้น

ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับความทนทานในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับ 2 ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และเป็นผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลโดยตรง ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะไม่มีรายได้ของตัวเอง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรในกรุงเทพมหานคร และบางรายมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดแต่ได้ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่กับลูกหลานจึงทำให้ได้รับการดูแลจากบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นไปตามลักษณะของสังคมไทยที่เป็นครอบครัวขยาย รวมถึงวัฒนธรรมในการเลี้ยงดูดูแลพ่อแม่ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่กับบ้านและ



มีรายได้จากบุตรหลาน จึงไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสามารถเดินทางไปมาเพื่อรับบริการได้ ถึงแม้ว่าการมารับบริการทำให้ต้องเสียเวลาในการรอตรวจ และบอกว่าเมื่อเป็นโรคนี้แล้วก็ต้องมารักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และแม้จะต้องทานยาหลายชนิดหลายเม็ด หลายมือต่อวันก็ไม่ทำให้รู้สึกที่เกิดความยุ่งยากแต่อย่างไร เนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นประจำทุกวันจนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไปแล้ว ได้มีการจัดสรรยาที่ต้องรับประทานในแต่ละวันแต่ละมือไว้ล่วงหน้า กลุ่มตัวอย่างยังบอกว่าถ้าวันไหนต้องมาตรวจตามแพทย์นัดหรือออกไปธุระนอกบ้านที่ไม่สะดวกในการใช้ห้องน้ำก็จะงดรับประทานยาขับปัสสาวะในมือนั้น ถ้ามีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้นก็จะมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และยังรู้สึกว่าการมาตรวจแต่เช้าทำให้ได้พบแพทย์ในคิวแรกๆ ไม่ต้องเสียเวลารอนาน ดังนั้นเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวจึงพบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อย อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยหรือไปในทางไม่ดี กลุ่มตัวอย่างอาจตระหนักถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว มีการปรับตัว และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบนเน็ตและคณะ<sup>14,23</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้

อุปสรรคของความสม่ำเสมอในการรับประทานยาขับปัสสาวะ ที่พบว่าการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเรื่องการรับประทานยาขับปัสสาวะ เนื่องจากทำให้ต้องปัสสาวะบ่อย ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำในตอนกลางคืน รบกวนการนอน ยุ่งยากในการออกไปธุระนอกบ้าน และกลับปัสสาวะไม่ได้ ทำให้อับอายบุคคลรอบข้าง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อขาดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานยาและการรับประทานอาหาร จะทำให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางลบ ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นและเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งตรงตามที่เพนเดอร์<sup>19</sup> ได้กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์หรือทักษะที่เกิดขึ้นในอดีต ทั้งทางด้านที่ประสบผลสำเร็จและด้านที่ล้มเหลว ซึ่งนับเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง จึงทำให้บุคคลมีพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กันไป ถึงแม้ร้อยละ 68 ของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทางร่างกายและมีระดับการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ประสบการณ์ที่ได้รับจากการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่า 4 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับ

ตนเองในอดีตได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุตา เจริญวงศ์วิวัฒน์<sup>16</sup> และการศึกษาของ หยวน ห่าวบิน<sup>17</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่เป็นสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ดังนั้นจึงสนับสนุนผลการวิจัยที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง แสดงว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ หยวน ห่าวบิน<sup>17</sup> ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องอาศัยผู้ป่วยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นเช่นเดียวกับภาวะหัวใจล้มเหลว

ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่าอยู่ในระดับดี แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในวัยสูงอายุ แต่ระดับความสามารถส่วนมากอยู่ในระดับ 2 ซึ่งสภาพร่างกายทั่วไปยังแข็งแรง รวมทั้งมีการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ และจากระยะเวลาในการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ทำให้มีประสบการณ์ของภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาการเลวลงและรู้สึกว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและน่ากลัวเพราะจะทำให้เกิด

ความทุกข์ทรมานมาก นอกจากนี้ การเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพื่อให้ตนเองคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวภา บุญเที่ยง<sup>27</sup> ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร การใช้สารเสพติด และการมาตรวจตามนัดอยู่ในระดับสูง

จากผลการศึกษารูปได้ว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับมาก แต่มีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยลง จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาล จึงควรเน้นให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งช่วยลดอุปสรรคที่จะขัดขวางการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว



### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. สำนักงานนโยบายและวางแผนสาธารณสุข. 2548.
2. อภิชาติ สุนทรธรรม และคณะ. Heart failure. (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: ไอแอมออร์गेไนเซอร์แอนต์แอดเวอร์ไทซิ่ง, 2547.
3. Van Der Wal, M.H., Jaarsma, T., Moser, D.K., Van Veldhuisen, D.J. Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2005; 4: 273-7.
4. McMurray, J.J., Stewart, S. The burden of heart failure. *Eur Heart J.* 2003; 5 (suppl 1): 13-13.
5. Vinson, J.M., Rich, M.W., Sperry, J.C., Shah, A.S., McNamara, T. Early readmission of elderly patients with congestive heart failure. *J Am Geriatr So.* 1990; 38: 1290-1295.
6. Philbin, E.F., Rocco, T.A., Lidenmuth, N.W., Ulrich, K., Jenkins, P.L. Clinical outcomes in heart failure: report from a community hospital-based registry. *Am J Med.* 1999; 107: 549-555.
7. Jaarsma, T., Stromber, A., Martensson, J., & Dracup, K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *The European Journal of Heart Failure.* 2003; 5(3): 363-370.
8. Bennett, S. J., Huster, G. A., Baker, S. L., Milgrom, L. B., Kirchgassner, A., Birt, J., et al. Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *American Journal of Critical Care.* 1998; 7: 168-174.
9. Bennett, S.J., Lane, K.A., Welch, S.M., Brater, D.C., & Murry, M.D. Medication and Dietary Compliance Beliefs in Heart Failure. *Western Journal of Nursing Research.* 2005; 27(8): 977-993.
10. McDermott, M.M., Schmitt, B., & Wallner, E. Impact of medication nonadherence on coronary heart disease outcome. *Archives of Internal Medicine.* 1997; 157: 1921-1929.
11. นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2531.
12. Konstam, M., Dracup, K., Baker, D., et al. Heart failure: evaluation and care of patients with left-ventricular systolic dysfunction. Clinical practice guideline. 1994; 11: Rockville: AHCPR.
13. Dracup, K., Baker, D.W., Dunbar, S.B., Dacey, R.A., Brooks, N.H., & Johnsson, J.C. Management of heart failure II. Counseling, education and lifestyle modifications. *JAMA.* 1994; 272: 1442-1446.
14. Bennett, S.J., Milgrom, L.B., Champion, V., & Huster, G.A., Belief about medication and dietary compliance in people with heart failure: An instrument development study. *Heart & Lung.* 1997; 26(4): 273-279.



15. Martje, H.L., van der Wal, V.D., Jaarsma, T., Moser, D.K., Gilst, W.H., & Veldhuisen, D.J. Unraveling the mechanisms for heart failure patients' beliefs about compliance. *Heart & Lung*. 2007; 36(4): 253-261.
16. ศรีสุดา เจริญวงศ์วิวัฒน์. การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*. 2538.
17. หยวน หัวบิ่น. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 2543.
18. นิภาพร ประจันบาน. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*. 2550.
19. Pender, N.J. *Health Promotion in Nursing Practice*. (3rd ed.). Stamford, Connecticut: Appleton
20. Cowie, M.R. The epidemiology of heart failure an epidemic in progress. In A. Coats (Ed.), *Controversie in the management of Heart Failure*. Mewyork: Churchill Livingtone. 1997; 11- 23.
21. Haldeman, G., Croft, J.B., Giles. W.H., Rashidee, A., Hospitalization of patients with heart failure: national hospital discharge survey, 1985-1995. *Amerian Heart Journal*. 1999; 137: 352- 360.
22. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เครื่องชี้ภาวะเศรษฐกิจไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2550. สำนักนโยบายและสถิติแห่งชาติ. 2551.
23. Eliopoulos, C. Facts about the aging population. *Gerontological nursing*. (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott. 2001.
24. DeWald, T., Gaulden, L., Beyler, M., Whellan, D., & Bowers, M. Current trends in the management of heart failure. *Nursing clinicals of North America*. 2000; 35(4): 855-875.
25. Francis, G.S., Gassler, J.P., & Sonnenblick, E.H. Pathophysiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R.W. Alexander & R.A. O'Rourke (Eds.). *The Heart*. Donnelley R.R. and Sons. 2001; 655-685.
26. สุรินทร์ ทองยิ้ม. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. *วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*. 2544.
27. เขาวภา บุญเที่ยง. การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพและการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุหัวใจวายเลือดคั่ง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 2545.

