

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง

Factors Associated with Perceived Self-Efficacy in Self-Adjusting of Diuretic Among Patients with Reduced Ejection Fraction Heart Failure

ภาสวรรณ เทอรุ่ง¹, วาสนา รวยสูงเนิน²

Passawan Teumrung¹, Wasana Ruaisungnoen²

¹นักศึกษาลัทธิสุตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹Student of the Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Corresponding author: Wasana Ruaisungnoen; Email: passawan_teumrung@kkumail.com

Receive: January 22, 2025 Revised: July 8, 2025 Accepted: July 31, 2025

บทคัดย่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับยาขับปัสสาวะของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว อาจส่งผลต่อความสามารถการควบคุม ภาวะน้ำเกิน การทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องอาจช่วยให้สามารถส่งเสริมสมรรถนะของผู้ป่วยให้ปรับยาได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2) ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและความรู้ในการจัดการภาวะน้ำเกิน และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 75 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเมษายน พ.ศ.2567 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ 2) แบบสอบถามความรู้ ภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน และ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง แบบสอบถามทั้งหมดมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพด้วยสถิติทดสอบทีและเอฟ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ เฉลี่ย 29.00 (SD=6.31) และในภาพรวมมีความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง มีคะแนนเฉลี่ย 6.95 (SD=2.74) 2) ความรู้และการป้องกันน้ำเกิน มีค่าเฉลี่ย 9.92 (SD=1.43) และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะ คือความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.229$, $p=.048$) 95%CI (.002,0.433) ดังนั้น คลินิกหัวใจล้มเหลวควรส่งเสริมความรู้ในการป้องกันน้ำเกินให้กับผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง

คำสำคัญ: การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง; การรับรู้สมรรถนะแห่งตน; ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว



Factors Associated with Perceived Self-Efficacy in Self-Adjusting of Diuretic Among Patients with Reduced Ejection Fraction Heart Failure

Passawan Teumrung¹, Wasana Ruaisungnoen²

¹Student of the Master of Nursing Science (Adult Nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

²Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Co-responding author: Wasana Ruaisungnoen; Email: passawan_teumrung@kkumail.com

Receive: January 22, 2025 Revised: July 8, 2025 Accepted: July 31, 2025

Abstract

Perceived self-efficacy in adjusting diuretics among patients with heart failure may affect their ability to control fluid overload. Understanding the related factors will help promote patients' competence in adjusting medication. This descriptive study aimed to examine 1) self-efficacy, 2) knowledge about heart failure and fluid overload management, and 3) the relationships between personal factors, knowledge about heart failure and fluid overload management, and self-efficacy in self-adjustment of diuretic medication. The sample consisted of 75 patients with heart failure with reduced ejection fraction from the Heart Failure Clinic at Sakon Nakhon Hospital. The study was conducted from February to April 2024. The research instruments included 1) a personal and health information questionnaire, 2) a questionnaire on knowledge about heart failure and fluid overload management, and 3) a questionnaire on self-efficacy in self-adjustment of diuretic medication. All questionnaires had a content validity index of 1.0 and a Cronbach's alpha coefficient of .89. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis. Differences between groups based on personal and health factors were analyzed using t-tests and F-tests. Relationships were analyzed using Pearson's correlation coefficient. The results of this study showed that: 1) The sample group had a mean self-efficacy score of 29.00 (SD=6.31) and overall confidence in self-adjustment of diuretic medication with a mean score of 6.95 (SD=2.74); 2) Knowledge about heart failure and fluid overload prevention had a mean score of 9.92 (SD=1.43); and 3) The factor significantly associated with self-efficacy in diuretic medication self-adjustment was knowledge ($r=.229$, $p=.048$, 95% CI (.002, 0.433)). Therefore, heart failure clinics should promote knowledge about fluid overload prevention to enhance patients' confidence in self-adjustment of diuretic medication.

Keywords: adjusting of diuretic; patients with heart failure; perceived self-efficacy

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ความรุนแรงของโรคเป็นตามการดำเนินและระยะเวลาของโรค เกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยมากกว่า 170 ล้านคน และมีโอกาสเพิ่มเป็น 200 ล้านคนในอีก 10 ปีข้างหน้า ข้อมูลสถิติผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของอเมริกาพบประมาณ 6.2 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ และในปี ค.ศ. 2018 พบผู้เสียชีวิต 379,800 คน คิดเป็นร้อยละ 13.4¹ ในประเทศไทยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงโดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี จากข้อมูลสถิติการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของโรงพยาบาลสกลนคร² พบว่าในปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 14.02, 15.67 และ 17.11 ตามลำดับ โดยมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่สูงขึ้นร้อยละ 16.87, 19.58 และ 22.08 ตามลำดับ และภาวะน้ำเกินทำให้เกิดน้ำท่วมปอดเฉียบพลัน เป็นสาเหตุหลักในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว³ ทำให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 23⁴

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการทางคลินิก เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของหัวใจ⁵ โดยจะพบระดับโปรตีนเนตริยูเรติกเพปไทด์ (natriuretic peptide) เพิ่มขึ้น หรือมีภาวะน้ำคั่งในปอดสามารถจำแนกประเภทตามค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) ดังนี้ 1) ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดหัวใจบีบตัวลดลง (Heart failure reduced ejection fraction: HFrEF) ค่าการบีบตัวน้อยกว่าร้อยละ 40 2) ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดหัวใจบีบตัวกึ่งปกติ (Heart failure mid-range ejection fraction: HFmrEF) ค่าการบีบตัวระหว่างร้อยละ 40-49 และ 3) ภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดหัวใจบีบตัวปกติ (Heart failure preserved ejection fraction: HFpEF) ค่าการบีบตัวมากกว่าร้อยละ 50⁵ การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวที่แตกต่างกันตาม European Society of Cardiology Guidelines (ESC Guidelines) ปี ค.ศ. 2021⁶ แนะนำให้ใช้ยารักษาเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่ม sodium-glucose co-transporter-2 (SGLT2i) ได้แก่ dapagliflozin หรือ empagliflozin เพื่อลดความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงตาม New York Heart Association Class (NYHA class) II-IV⁶⁻⁷ และมีอาการแสบแฉะได้รับยารักษา⁶ สำหรับภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HFmrEF แนะนำให้ใช้ยา angiotensin converting enzyme inhibitor (ACE-I), angiotensin receptor blocker (ARB), beta-blocker, mineralocorticoid receptor antagonist (MRA) และ Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor (ARNI) ได้⁶ ส่วนการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิด HFpEF แนะนำให้รักษาสาเหตุของหัวใจล้มเหลว การค้นหาโรค และการใช้ยาขับปัสสาวะ เพื่อรักษาภาวะน้ำเกิน⁶

ภาวะน้ำเกินเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เกิดจากการสะสมของสารน้ำในร่างกาย และสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของโรค สาเหตุจากหัวใจไม่สามารถควบคุมการสูบฉีดเลือดทั่วร่างกาย พบอาการหายใจเหนื่อย อ่อนล้า เท้าบวม และน้ำหนักเพิ่มขึ้น การรักษาเน้นการใช้ยาขับปัสสาวะเพื่อลดปริมาณน้ำและความดันในหลอดเลือด ในบางครั้งอาจต้องใช้การจัดการร่วม เช่น การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย และการรักษาโรคร่วม ซึ่งในระยะวิกฤตผู้ป่วยจำเป็นต้องกำจัดการน้ำและโซเดียมให้มากที่สุด⁸

การปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่รอการปรับยาเมื่อมาพบแพทย์ โดยพบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มที่ปรับยาเองต่ำกว่ากลุ่มรอปรับยาตามแพทย์สั่ง⁹ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการจัดการภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดอุบัติการณ์การเข้า



รับการรักษาในโรงพยาบาลได้¹⁰ แต่กลไกการรักษาสมดุลง่ายในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวมีความซับซ้อน ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปรับยาได้ด้วยตนเอง เช่น ความสามารถในการประเมินภาวะน้ำเกิน¹¹ ความรู้เกี่ยวกับยาขับปัสสาวะและความมั่นใจในความสามารถที่จะปรับยาได้ด้วยตนเอง⁹ แนวทางการรักษาแบบใช้ยา ร่วมกับการปรับพฤติกรรม¹² การให้คำแนะนำร่วมกับแรงสนับสนุนจากครอบครัวที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย¹¹ การใช้โปรแกรมปรับขนาดยาและให้การพยาบาลหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์¹³ สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาได้⁹⁻¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เพศชายสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 18.3¹⁴ ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จะมีภาวะการรับประทานยาสูงกว่าผู้ที่อายุน้อย¹⁵ การสนับสนุนจากคู่สมรส ส่งผลต่อความมั่นใจในการรับประทานยามากกว่าการอยู่คนเดียว¹⁵ ระยะเวลาที่ได้รับวินิจฉัยระหว่างปีที่ 1-5 จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี¹⁵ ระดับการศึกษาที่สูง จะมีความเข้าใจในการรับรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองที่ถูกต้อง และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ¹⁶ การมีโรคร่วมที่มีความรุนแรงสูง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุมีความตระหนักและระมัดระวังในพฤติกรรมดูแลตนเอง¹⁷ และยังพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอ สามารถปรับระดับยาได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁷ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 1.1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ 1.2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย โรคร่วม ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน และ 2) ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน

จากการทบทวนการเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน ในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินภาวะน้ำเกินได้ถึงร้อยละ 60 สามารถประเมินภาวะน้ำเกินได้ แต่ไม่สามารถจัดการอาการได้ถึงร้อยละ 15¹⁸ และแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการให้คำแนะนำจากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนกลับบ้านทุกราย ยังพบถึงร้อยละ 50 ไม่สามารถปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองที่บ้านได้¹⁹⁻²² ทำให้เกิดภาวะน้ำเกินส่งผลให้กลับมารักษาในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวชนิด HFrEF 10 คน พบว่าแต่ละรายมีความสามารถในการปรับยาที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีอายุมากและระยะการเจ็บป่วยนาน มักจะมีความรู้เรื่องโรคค่อนข้างต่ำและไม่กล้าปรับยาด้วยตนเอง²³ ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่มีความรู้ค่อนข้างดี อายุน้อย ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่นาน มักมีความมั่นใจในการปรับยาด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงการรับรู้สมรรถนะที่สูงกว่า²⁴ และมีแนวโน้มที่จะปรับยาขับปัสสาวะได้ดีกว่า แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวข้างต้น²⁵ แม้ว่าการศึกษาที่ผ่านมาจะแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ of ปัจจัยหลายด้านต่อการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว²⁶⁻²⁷ แต่ยังขาดการศึกษาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในกลุ่มผู้ป่วย HFrEF ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน²⁸⁻²⁹ การศึกษานี้มีความสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย³⁰⁻³¹ เพื่อช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว³²⁻³³

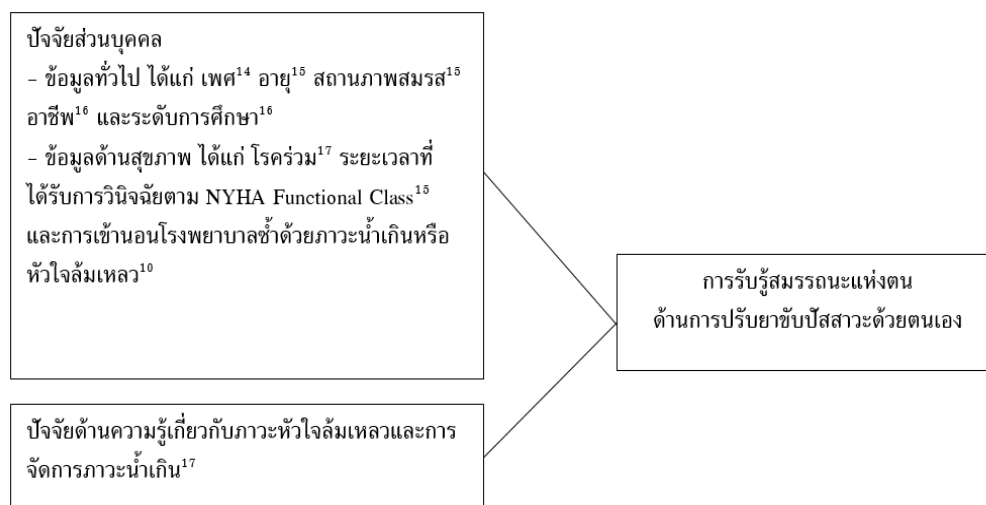
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura³⁰ ซึ่งเสนอว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดย Riegel et al.²⁷ พบว่าอายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Clark et al.³¹ พบว่าผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีวุฒิภาวะในการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอายุน้อย และ Smith et al.³⁴ พบว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันภาวะน้ำเกินที่ดีกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดย Jones et al.¹⁹ พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการประเมินอาการและการปรับยาขับปัสสาวะ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับ Minden et al.²¹ ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการจัดการภาวะน้ำเกิน Jaarsma et al.³² เสนอว่าการสร้างเสริมความรู้และทักษะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการมีโรคร่วมที่รุนแรงอาจเพิ่มความตระหนักในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Krishnan et al.³⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอสามารถปรับระดับยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มีค่าการบีบตัวของหัวใจลดลง ในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสกลนคร ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ลงรหัสการวินิจฉัยคือ I50 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD10-I50)³⁶ และมี Functional class I, II ตาม New York Heart Association (NYHA) Functional Classification⁶ 3) มีค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายน้อยกว่าร้อยละ 40 (LVEF <40%) ภายหลังการตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography)³⁷ อย่างน้อย 1 ครั้ง 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ทั้งการพูด ฟัง อ่าน เขียน และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือภาวะทรุดลงในระหว่างการให้ข้อมูล เช่น อาการเหนื่อยหรือหอบเฉียบพลัน 2) มีความผิดปกติทางจิตประสาท และ 3) ขอถอนตัวหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณค่าสัดส่วน (กรณีทราบขนาดประชากร)³⁸ ได้จำนวนประชากร 68 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย³⁹ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 75 คน โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)Z_{1-\alpha/2}^2}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพ โดยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย และข้อมูลสุขภาพจะนำมาจากเวชระเบียนผู้ป่วย ได้แก่ โรคร่วม ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยตาม NYHA Functional Class และการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะน้ำเกินหรือหัวใจล้มเหลว

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและความรู้ในการจัดการภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 11 ข้อ โดยมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง และไม่ทราบ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเต็ม 11 คะแนน ดังนี้ 1) ตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน 2) ตอบไม่ถูกต้องและไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน และกำหนดการแปลผลคะแนนดังนี้ 1) ได้ 0-5 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้ต่ำ 2) ได้ 6-8 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้ปานกลาง และ 3) ได้ 9-11 คะแนน แสดงถึงระดับความรู้สูง^{32,40-42}

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งพัฒนาโดยปรับปรุงจากงานวิจัยของ Sirithongsuk et al.⁴³ ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 ประเมินการรับรู้

สมรรถนะแห่งตนในการปรับยาขับปัสสาวะผ่านข้อคำถาม 9 ข้อ โดยใช้มาตรวัด 4 ระดับตั้งแต่ “ไม่มั่นใจเลย” (1 คะแนน) ถึง “มั่นใจมากที่สุด” (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน แบ่งเป็นระดับต่ำ (9-18 คะแนน), ระดับปานกลาง (19-27 คะแนน) และระดับสูง (28-36 คะแนน) ขณะที่ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินความมั่นใจโดยรวมในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองผ่านข้อคำถามเดียว โดยใช้มาตรวัด 11 ระดับ จาก “ไม่มีความมั่นใจเลย” (0 คะแนน) ถึง “มีความมั่นใจระดับสูงสุด” (10 คะแนน) แบ่งเป็นความมั่นใจระดับต่ำ (0-3 คะแนน), ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และระดับสูง (7-10 คะแนน)⁴⁴⁻⁴⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การป้องกันภาวะน้ำเกิน และการปรับยาขับปัสสาวะ ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และ 3) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอน-บาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE662089 เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2566 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No. 126/2566 เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นและโรงพยาบาลสกลนครเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกหัวใจล้มเหลวตามลำดับ เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยจะไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามและเก็บข้อมูลสุขภาพจากเวชระเบียน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 26 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ในการจัดการน้ำเกิน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการภาวะน้ำเกิน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้



สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง^๓ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 55.17 ปี (SD=12.33) มีสถานภาพสมรสคู่ 37 คน (ร้อยละ 49.3) รองลงมาคือ หม้าย 18 คน (ร้อยละ 24.0) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา 49 คน (ร้อยละ 65.3) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา 18 คน (ร้อยละ 24.0) ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกร 38 คน (ร้อยละ 50.7) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป 12 คน (ร้อยละ 16.0) โดยในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม 54 คน (ร้อยละ 72.0) รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง 28 คน (ร้อยละ 37.3) มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย 17.52 เดือน (Median=17.52, IQR=9-24) มีสมรรถนะการทำหน้าที่ของหัวใจตาม NYHA Functional Class ในระดับ FC1 47 คน (ร้อยละ 62.7) รองลงมาคือ ระดับ FC2 28 คน (ร้อยละ 37.3) และส่วนใหญ่มีประวัติการเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกินหรือหัวใจล้มเหลว 1-2 ครั้ง จำนวน 60 คน (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ 3-4 ครั้ง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 14.7)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง พบค่าเฉลี่ยในภาพรวม 29 คะแนน (SD=6.31) พบค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุดในหัวข้อ สามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ หากปรับยาขับปัสสาวะแล้วภาวะน้ำเกินไม่ดีขึ้น เท่ากับ 3.59 คะแนน (SD=.81) รองลงมาคือ สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดเมื่อปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะ เท่ากับ 3.27 คะแนน (SD=.81) และพบค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำสุดในหัวข้อ สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับลดยาขับปัสสาวะกลับไปเท่าเดิมเมื่อใด เท่ากับ 2.91 คะแนน (SD=.99) และยังพบอีกว่า ระดับความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองโดยรวมเฉลี่ย 6.95 คะแนน (SD=2.74) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบตัวของหัวใจลดลง (n=75)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านยาขับปัสสาวะ	Mean	SD
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านยาขับปัสสาวะโดยรวม (range 9-36)	29.00 ± (6.31)	
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปรับยาขับปัสสาวะรายข้อ		
1. สามารถชั่งน้ำหนักตัวในตอนเช้าทุกวันเวลาเดิมหลังตื่นนอนและปัสสาวะทิ้ง	3.17	.94
2. สามารถประเมินตนเองว่า มีภาวะน้ำเกินจากการสังเกตอาการบวมบริเวณปลายเท้าหรือหายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้	3.29	.80
3. สามารถกินยาขับปัสสาวะได้ทุกวันตามแผนการรักษา	3.41	.79
4. สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะเนื่องจากมีน้ำเกิน	3.03	1.01
5. สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะได้อย่างถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ	3.25	.90
6. สามารถติดตามการออกฤทธิ์ของยาขับปัสสาวะได้เมื่อปรับเพิ่มยา	3.08	.90
7. สามารถสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิดเมื่อปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะ	3.27	.81
8. สามารถตัดสินใจได้ว่าควรปรับลดยาขับปัสสาวะกลับไปเท่าเดิมเมื่อใด	2.91	.99
9. สามารถตัดสินใจไปพบแพทย์ก่อนวันนัดได้หากปรับยาขับปัสสาวะ แล้วภาวะน้ำเกินไม่ดีขึ้น	3.59	.81
10. โดยรวมท่านมีระดับความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองระดับใด จาก 0-10	6.95	2.74

3. ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบค่าเฉลี่ยโดยรวม 9.92 คะแนน (SD=1.43) และยังพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงสุดในข้อ ภาวะน้ำเกินอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เท่ากับ .99 คะแนน (SD=.12) รองลงมาคือ การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินได้โดยสังเกตอาการบวมที่ขาและเท้า และการหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารสำเร็จรูป ช่วยลดปริมาณการกินเกลือโซเดียมได้ เท่ากับ .97 คะแนน (SD=.16) และพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่ำสุดในข้อ การจำกัดเกลือโซเดียม 2,000 มิลลิกรัมต่อวันๆ เท่ากับ .79 คะแนน (SD=.12) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว (n=75)

ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกิน	Mean	SD
ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกินโดยรวม (range 4-11)	9.92 ± (1.43)	
1. หัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ	.93	.25
2. ภาวะน้ำเกินอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้	.99	.12
3. การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ทำได้โดยสังเกตอาการบวมที่ขาและเท้า	.97	.16
4. การติดตามภาวะน้ำเกินคือการชั่งน้ำหนักตัวตอนเช้าทุกวันหลังปัสสาวะทิ้ง	.89	.31
5. หากรับประทานยาตามที่แพทย์ให้อย่างสม่ำเสมอแล้ว ท่านไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหาร	.85	.36
6. การกินอาหารรสเค็มหรือที่มีเกลือโซเดียมมาก จะทำให้ร่างกายดื่มน้ำไว้เกิดภาวะน้ำเกินได้	.89	.31
7. การจำกัดน้ำดื่มในแต่ละวัน หมายถึง การจำกัดเฉพาะน้ำดื่มในแต่ละมื้ออาหารเท่านั้น ไม่เกี่ยวกับเครื่องดื่ม น้ำแกง หรือของเหลวอื่นๆ	.87	.34
8. การหลีกเลี่ยงอาหารหมักดองและอาหารสำเร็จรูป เช่น อาหารแช่แข็งปลากระป๋อง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ช่วยลดปริมาณการกินเกลือโซเดียมได้	.97	.16
9. การจำกัดเกลือโซเดียม 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน มีค่าเท่ากับการใส่เกลือแกงได้เพียง 1 ช้อนชา หรือใส่น้ำปลาได้เพียง 3-4 ช้อนชา ในอาหารที่กินทั้งหมดใน 1 วัน	.79	.41
10. สามารถปรับเพิ่มยาขับปัสสาวะได้ด้วยตนเองหากพบว่าน้ำหนักตัวเพิ่มมากกว่า 2 กิโลกรัมภายใน 1-2 วัน	.84	.37
11. ยาขับปัสสาวะช่วยลดภาวะน้ำเกินและช่วยให้หัวใจทำงานหนักลดลงจากภาวะน้ำเกิน	.92	.27

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกิน กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง นำข้อมูลมาทดสอบการแจกแจงข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ จึงใช้สถิติทดสอบทีและเอฟ เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตามปัจจัยที่ศึกษา ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง
ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีการบีบตัวของหัวใจลดลง ตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสุขภาพ (n=75)

ปัจจัย	n (%)	Perceived Self-Efficacy in Adjusting Diuretic			
		M	SD	F/t	p-value
เพศ					
ชาย	55 (73.3)	79.49	18.75	.867	.389
หญิง	20 (26.7)	83.47	13.62		
อายุ (ปี)					
<60 ปี	48 (64.0)	80.03	16.90	.341	.734
≥ 60 ปี	27 (36.0)	81.48	18.90		
สถานภาพสมรส					
โสด	13 (17.3)	79.70	6.75	.496	.686
คู่	37 (49.3)	80.33	19.55		
หม้าย	18 (24.0)	83.95	15.59		
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7 (9.3)	74.60	25.33		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้ศึกษา	1 (1.3)	80.56	.00	.488	.691
ประถมศึกษา	49 (65.3)	80.10	18.22		
มัธยมศึกษา	18 (24.0)	78.86	18.40		
ปริญญาตรี	7 (9.3)	88.10	9.98		
อาชีพ					
รับราชการ	7 (9.3)	88.10	9.98	1.977	.107
ค้าขาย	10 (13.3)	69.44	24.53		
เกษตรกร	38 (50.7)	83.63	16.44		
รับจ้าง	12 (16.0)	79.86	17.53		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	8 (10.7)	74.31	12.22		
โรคร่วม					
โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม	54 (72.0)	78.86	17.85	1.352	.181
โรคความดันโลหิตสูง	28 (37.3)	82.04	14.25		
โรคหัวใจขาดเลือด	19 (25.3)	83.63	16.35		
โรคเบาหวาน	17 (22.7)	85.62	11.88		
โรคลิ้นหัวใจ	12 (16.0)	76.39	16.48		
อื่น ๆ	8 (10.7)	89.24	8.33		
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย					
<1 ปี	13 (17.3)	76.92	25.01	.623	.602
1 ปี	15 (20.1)	77.04	17.65		
2 ปี	28 (37.3)	82.24	14.17		
>3 ปี	19 (25.3)	83.33	16.46		
NYHA Functional Class					
FC1	47 (62.7)	81.86	15.57	.716	.476
FC2	28 (37.3)	78.67	20.58		
การเข้าอนโรงพยาบาลด้วยภาวะน้ำเกิน/หัวใจล้มเหลว					
1-2 ครั้ง	60 (1.3)	27.78	18.68	.213	.602
3-4 ครั้ง	11 (4.0)	74.07	10.05		
>5 ครั้ง	4 (94.7)	81.51	18.36		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการจัดการภาวะน้ำเกิน กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง เมื่อนำข้อมูลมาทดสอบทางสถิติ พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติทั้งหมด จึงใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์มัน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกินมีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลงในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229$, $p\text{-value} = .048$) 95%CI (0.002, 0.433) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบหัวใจตัวลดลง ($n=75$)

ปัจจัย	r	95%CI	$p\text{-value}$
อายุ (ปี)	.040	(-.189, .264)	.735
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย (เดือน)	.067	(-.162, .290)	.567
ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว	.229	(.002, .433)	.048*

หมายเหตุ: r =Pearson correlation coefficient; CI=confident interval, * Significant at $p\text{-value} < .05$

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่มีค่าการบีบตัวหัวใจลดลง มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในระดับปานกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองไม่เต็มที่ในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Riegel et al.²⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ยังขาดความมั่นใจในการจัดการอาการและการปรับยาด้วยตนเอง แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์

ในด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันภาวะน้ำเกิน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ค่อนข้างสูง (Mean=9.92, SD=1.43) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ในทุกครั้งที่มารับบริการในคลินิก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ายังมีประเด็นที่ผู้ป่วยมีความรู้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การบริโภคเกลือและโซเดียม และการจำกัดน้ำดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muangpe et al.⁴⁶ ที่พบว่าผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจำกัดน้ำและเกลือ แม้จะได้รับการให้ความรู้แล้วก็ตาม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปัญหาในการให้ข้อมูลความรู้และการคงอยู่ของความรู้เมื่อเวลาผ่านไป นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างระหว่างความรู้ที่ติดกับการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงคือการขาดความมั่นใจในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 6.95 (SD=2.74) โดยอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความกลัวต่อผลข้างเคียงของยา ความกังวลเกี่ยวกับการตัดสินใจผิดพลาด หรือการขาดประสบการณ์ในการปรับยาด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura³⁰ ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตัดสินใจและการกระทำพฤติกรรม

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันน้ำเกิน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .229$, $p\text{-value} = .048$) 95%CI (0.002, 0.433) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Minden et al.²⁴ ที่พบว่าความรู้ในการจัดการภาวะ



น้ำเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมจัดการภาวะน้ำเกินด้วยตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ($r = .40$, $p\text{-value} < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Krishnan et al.^{17,35} ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เพียงพอจะสามารถปรับระดับยาได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการป้องกันภาวะน้ำเกิน จะทำให้เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถประเมินอาการและเข้าใจเหตุผลในการปรับยาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura³⁰ ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ความสำเร็จ การได้เห็นตัวแบบ การโน้มน้าวทางสังคม และสภาวะทางร่างกายและอารมณ์³⁰

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยด้านอายุและระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเองมาระยะหนึ่ง และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al.²⁶ ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ Zhou et al.⁴⁷ ยังพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่ได้เป็นตัวกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพของการให้ความรู้และการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพมากกว่า ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ควรให้ความสำคัญกับการเพิ่มระดับความรู้ โดยเฉพาะในประเด็นที่ผู้ป่วยยังมีความรู้ไม่เพียงพอ เช่น การควบคุมอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมถึงการพัฒนากลยุทธ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้อธิบายระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวต่อไป
2. บุคลากรทางการแพทย์ประจำคลินิกและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ด้านการจำกัดโซเดียม เพื่อให้เกิดการตัดสินใจปรับยาขับปัสสาวะตามสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้านการปรับยาขับปัสสาวะด้วยตนเองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ควรครอบคลุมทุกระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ NYHA (FC I-IV) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน การวิเคราะห์ความแตกต่างในแต่ละกลุ่มจะช่วยระบุปัจจัยกำหนดและอุปสรรคที่เฉพาะเจาะจง นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและลดอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

References

1. Bozkurt B, Ahmad T, Alexander KM, Baker WL, Bosak K, Brethett K, et al. Heart failure epidemiology and outcomes statistics: a report of the heart failure society of America. *Journal of cardiac failure* 2023;29(10):1412–51.
<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.07.006>
2. Medical Records and Statistics Unit, Sakon Nakhon Hospital. Nursing indicator data 2022. Sakon Nakhon: Sakon Nakhon Hospital; 2023.
3. Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, et al. Heart Disease and stroke statistics–2019 Update: A Report from the American Heart Association *Circulation* 2019;139(10):e56–e528.
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
4. Mathew D, Kosuru B, Agarwal S, Shrestha U, Sherif A. Impact of sleep apnea on 30 day hospital readmission rate and cost in heart failure with reduced ejection fraction. *ESC heart failure* 2023;10(4):2534–40.
<https://doi.org/10.1002/ehf2.14430>
5. Lam CSP, Solomon SD. Classification of Heart Failure According to Ejection Fraction: JACC review topic of the week. *Journal of the American College of Cardiology* 2021;77(25):3217–25.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.04.070>
6. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, ESC Scientific Document Group, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal* 2021;42(36):3599–726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
7. Cosiano ME, Tobin R, Mentz RJ, Greene SJ. Physical Functioning in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Journal of Cardiac Failure* 2021;27(9):1002–16 <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.04.013>
8. Cosentino F, Verna S, Ambery P, Treppendahl MB, Van Eickels M, Anker SD, et al. Cardiometabolic risk management: insights from a European Society of Cardiology Cardiovascular Round Table. *European Heart Journal* 2023;44(39):4141–56. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad445>
9. Thanasomboonphan S. The efficacy of home diuretic adjustment by patients compared with physician-administered diuretic adjustment in outpatient chronic heart failure patients. *Journal of Clinical Medical Education Center, Phrapokklao Hospita* 2018;35(4):344–53. (in Thai)
10. Pellicori P, Kallvikbacka-Bennett A, Dierckx R, Zhang J, Putzu P, Cuthbert J, et al. Prognostic significance of ultrasound-assessed jugular vein distensibility in heart failure. *Heart (British Cardiac Society)* 2015;101(14),1149–58.
<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-307558>
11. Feijó MKEF, Biolo A, Ruschel KB, Orlandin L, Aliti GB, Rabelo-Silva ER. Effect of a diuretic adjustment algorithm and nonpharmacologic management in patients with heart failure: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2015;16(44):1–5. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0559-7>



12. Kanchanawanit R, Phromminthikun A. Integrated Care Manual for Patients with Chronic Heart Failure. 2nd ed. Bangkok: Concept Medicus; 2017.
13. Tsang L, Pahk M, Fang T, Hansen M, Bucci C. Validation of a diuretic sliding scale for patients discharged with heart failure. *Canadian Journal of Cardiology* 2013;29(10): S196.
14. Anpanlam P, Makarawate P, Ruaisungnoen W. Predictors of fluid retention prevention behavior among patients with heart failure. *NURS SCI J THAIL* 2021;39(3):47–59. (in Thai)
15. Thutsaringkamsakul S. Factors related to medication adherence self-efficacy among hypertensive persons in Pak-Plee, Nakhon Nayok Province. *Journal of The Police Nurse* 2014;6(1):113–30. (in Thai)
16. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, D'Agostino F, Biagioli V, Paturzo M, et al. Patterns of self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, Quality of Life, and Hospitalizations: A Cluster Analysis. *The Journal of cardiovascular nursing* 2017;32(2):180–9.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000325>
17. Krishnan V, Thirunavukkarasu J. Assessment of knowledge of self blood glucose monitoring and extent of self titration of anti-diabetic drugs among diabetes mellitus patients – a cross sectional, community-based study. *Journal of clinical and diagnostic research* 2016;10(3):FC09–11. doi.org/10.7860/JCDR/2016/18387.7396
18. Sridama U, Daekhunthod T, Poolchai S. Development of heart failure self-management promotion model for patients at heart failure clinic, Sakon Nakhon Hospital. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2020;23(1):38–51. (in Thai)
19. Jones MR, Chen L, Rodriguez S. The relationship between knowledge, self-efficacy and self-care behaviors in heart failure patients: A cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2022;78(5):1287–96.
<https://doi.org/10.1111/jan.XXXXX>
20. Kumar A, Thompson P. Discharge education effectiveness in heart failure management: A systematic review. *Heart Lung*. 2021;50(3):367–76. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.XX.XXX>
21. Martinez R, Sanchez D, Ramirez J. Beyond standard education: Evaluating heart failure self-care skill development programs. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2023;22(4):321–32. <https://doi.org/10.1177/147451XXXXXXXX>
22. Wilson C, Johnson K, Smith R. Readmission patterns and self-care deficits among heart failure patients in a rural Thai hospital. *Thai J Nurs Res*. 2023;37(2):112–25. <https://doi.org/10.XXXX/TJNR.2023.XX.XXX>
23. Clark AM, Wiens KS, Banner D, Kryworuchko J, Thirsk L, McLean L, et al. A qualitative systematic review of influences on attendance at cardiac rehabilitation programs after referral. *Am Heart J*. 2021;182(4):23–33.
<https://doi.org/10.1016/j.ahj.2021.XX.XXX>
24. Morgan HM, Lee CS. Self-care and self-efficacy in younger patients with heart failure with reduced ejection fraction: A mixed methods study. *J Cardiovasc Nurs*. 2022;37(2):153–62.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000XXXXX>
25. Wilson, P. J., Thompson, R. K., & Anderson, J. L. (2023). Factors affecting diuretic self-titration in heart failure: A scoping review. *Heart Failure Reviews*, 28(1), 115–27. <https://doi.org/10.1007/s10741-022-XXXX-X>

26. Lee CS, Bidwell JT, Denfeld QE. Patterns of self-care in older adults with heart failure: The role of age, symptoms, and comorbidities. *J Cardiovasc Nurs.* 2023;38(2):148–56.
<https://doi.org/10.1097/JCN.00000000000000XXXX>
27. Riegel B, Dickson VV, Lee S. Self-management in heart failure: Challenges and new directions. *J Cardiovasc Nurs.* 2021;36(2):156–67. <https://doi.org/10.1097/JCN.00000000000000XXXX>
28. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2022;43(20):1901–2092.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>
29. Mullens W, Martens P, Testani JM, Tang W, Skouri H, Verbrugge FH, et al. Congestion revisited: Perspectives on pulmonary and systemic congestion in heart failure. *Eur Heart J.* 2023;44(27):2333–46.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad058>
30. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
31. Clark AM, Wiens KS, Banner D, Kryworuchko J, Thirsk L, McLean L, et al. Self-management intervention mechanisms in heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung.* 2021;50(4):447–59.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.01.006>
32. Jaarsma T, Hill L, Savarese G, Butler J, Lainscak M, Stromberg A, et al. Patient education strategies and telehealth interventions in heart failure: A comprehensive review. *Eur J Heart Fail.* 2020;22(11):1937–44.
<https://doi.org/10.1002/ehj.1847>
33. Sharma A, Butler J, Ezekowitz JA, Bart BA, Anker SD, Somerville LA, et al. Self-care strategies and quality of life outcomes in patients with heart failure: A narrative review. *Curr Heart Fail Rep.* 2024;21(1):19–28.
<https://doi.org/10.1007/s11897-023-00622-0>
34. Smith JR, Garcia M, Brown DL. Gender differences in fluid management behaviors among heart failure patients: A cross-sectional analysis. *Am J Cardiol.* 2020;125(8):1178–86.
<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2020.XX.XXX>
35. Krishnan A, Finkelstein J, Priyanath A. Patient self-management of medications for heart failure with reduced ejection fraction: A systematic review. *Int J Cardiol.* 2020;305:162–71. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2020.02.029>
36. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision) [Internet]. 2019 [cited 2024 Mar 18]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
37. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129–200.
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
38. Wayne WD. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
39. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin J.* 2013;16(2):9–18.
40. Bloom BS. Learning for mastery. *Eval Comment.* 1968;1(2):1–12.



41. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):234–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x>
42. Wilson DM, Nam MA, Murphy J, Victorino JP. A critical review of health knowledge assessments in adult populations. *Health Educ Behav*. 2021;48(2):185–94. <https://doi.org/10.1177/1090198120979623>
43. Sirithongsuk P, Deoisres W, Chunlestskul K. Development and psychometric testing of the self-efficacy assessment tool for patients with chronic illness. *Thai J Nurs Res*. 2019;23(2):108–20. <https://doi.org/10.XXXX/TJNR.2019.XX.XXX>
44. Hibbard JH, Greene J, Sacks RM, Overton V, Parrotta C. Improving population health management strategies: Identifying patients who are more likely to be users of avoidable costly care and those more likely to develop a new chronic disease. *Health Serv Res*. 2015;52(4):1297–309. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12545>
45. Sarkar U, Gourley GI, Lyles CR, Tieu L, Clarity C, Newmark L, et al. Usability of commercially available mobile applications for diverse patients. *J Gen Intern Med*. 2019;34(12):2702–8. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05426-4>
46. Muangpe K, Wannasiri P, Anothaisintawee T. Educational intervention to improve knowledge and behavior regarding sodium restriction in heart failure patients: A randomized controlled trial. *Thai J Cardiol*. 2021;29(2):89–98. <https://doi.org/10.XXXX/TJC.2021.XX.XXX>
47. Zhou W, Wang L. Predictors of self-care behaviors in patients with heart failure: A multicenter study in China. *Int J Nurs Stud*. 2022; 89:78–85.