

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วันวิสา ที่อุทิศ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

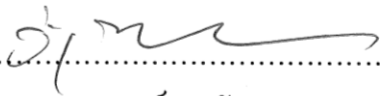
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ วันวิสา ทีอุทิศ ฉบับนี้แล้ว เห็นควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

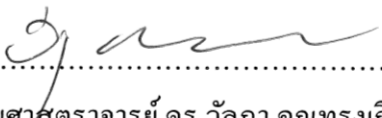
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

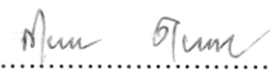
.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

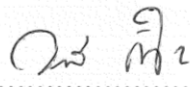
.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัลภา คุณทรงเกียรติ)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ ๒๑ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ ค้วงแพง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และความเอาใจใส่เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจังหวัดจันทบุรี ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนก และเจ้าหน้าที่อายุรกรรมผู้ป่วยนอกทุกท่าน คุณพัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ และเจ้าหน้าที่งานวิจัย ที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ให้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงานทุกท่านที่สนับสนุนให้มีพลังในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณมิตรสหาย ผู้มีจิตใจงามที่ได้ประสบพบทุกท่านที่ได้สร้างความรู้สึกละอายใจ และแล้วเสร็จในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่าน สามีที่รักยิ่งและสมาชิกในครอบครัว ที่ช่วยแบ่งเบาระยะในการดูแลบุตรระหว่างที่ข้าพเจ้าศึกษาต่อ ให้กำลังใจและสนับสนุนจนประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่ บุปผาริ บุรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนตราบนานเท่านานนี้

วันวิสา ที่อุทิศ

54921227:สาขาวิชา: การพยาบาลผู้ใหญ่; พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง/ การจำกัดโซเดียม/ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วันวิสา ที่อุทิส: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (FACTORS INFLUENCING SELF - MANAGEMENT BEHAVIORS OF SODIUM RESTRICTION AMONG CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วัลภา คุณทรงเกียรติ, พย.ค., สุภาภรณ์ ด้วงแพง, พย.ค. 86 หน้า. ปี พ.ศ. 2561.

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่การดำเนินโรคอยู่ในระยะสุดท้าย การรักษามุ่งเน้นที่การควบคุมกลไกการปรับตัวของร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล และชะลอการเสื่อมของหัวใจ โดยเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียม การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 85 ราย คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง แบบสอบถามระดับความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 41.81 ($SD = 9.55$) โดยความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองเป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พยาบาลควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมที่ถูกต้องและต่อเนื่องต่อไป

54921227: MAJOR: ADULT NURSING; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEYWORDS: SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS/ SODIUM RESTRICTION/ CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS

WANWISA TEEOUTID: FACTORS INFLUENCING SELF-MANAGEMENT BEHAVIORS OF SODIUM RESTRICTION AMONG CONGESTIVE HEART FAILURE PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: WANLAPA KUNSONGKEIT, Ph.D., SUPAPORN DUNGPAENG, D.N.S. 86 P. 2018.

Heart failure is the last condition of heart disease. Nowadays, the treatments focus on regulating of the body's mechanisms and slow down the deterioration of the heart by changing behaviors. However, behavior change is more difficulty, especially behavior of sodium restriction. This predictive research aimed to study factors influencing self-management behaviors of sodium restriction and its factors. The sample was 85 patients with heart failure at the medical out patients department of Prapokkiao Hospital. Simple random sampling was used to recruit this sample. The research instruments include the personal information record form, the assessment of sodium restriction behaviors, the assessment of self-management knowledge, the assessment of severity of disease, the assessment of depression and the assessment of social support. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that the sample had mean scores of sodium restriction behaviors as 41.81 ($SD = 9.55$). The knowledge of self-management significantly affected sodium restriction behaviors and could explain 17.6 percent of the variance sodium restriction behaviors. This result suggested that nurse should provide the knowledge of self-management to correctly and continuously improve sodium restriction behaviors.

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| สารบัญ | ฉ |
| สารบัญตาราง | ช |
| สารบัญภาพ | ฌ |
| บทที่ | |
| 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 8 |
| สมมติฐานของการวิจัย..... | 8 |
| กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย..... | 9 |
| ขอบเขตของการวิจัย | 9 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ | 10 |
| 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 11 |
| ภาวะหัวใจล้มเหลว | 11 |
| พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว | 17 |
| ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลว | 22 |
| 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 33 |
| สถานที่ศึกษา | 33 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 33 |
| เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 34 |
| การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ..... | 37 |
| การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... | 38 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 38 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล..... | 40 |
| 4 ผลการวิจัย..... | 41 |

สารบัญ (ต่อ)

| บทที่ | หน้า |
|------------------------------|------|
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 41 |
| 5 สรุปและอภิปรายผล | 49 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 49 |
| การอภิปรายผล | 50 |
| ข้อจำกัดของงานวิจัย..... | 53 |
| ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ | 53 |
| บรรณานุกรม | 54 |
| ภาคผนวก | 68 |
| ภาคผนวก ก..... | 69 |
| ภาคผนวก ข | 77 |
| ภาคผนวก ค | 84 |
| ประวัติย่อของผู้วิจัย | 86 |

สารบัญตาราง

| ตารางที่ | | หน้า |
|----------|--|------|
| 1 | จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล | 42 |
| 2 | จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วย | 44 |
| 3 | ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... | 45 |
| 4 | ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... | 46 |
| 5 | จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional class) ของกลุ่มตัวอย่าง..... | 46 |
| 6 | จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามภาวะซึมเศร้า | 46 |
| 7 | จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม..... | 47 |
| 8 | ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Standard regression เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว..... | 47 |

สารบัญภาพ

| ภาพที่ | หน้า |
|------------------------------|------|
| 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย | 9 |

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยในปี ค.ศ. 2009 ถึง ปี ค.ศ. 2012 มีประชากรชาวอเมริกันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวกว่า 5.7 ล้านคน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 46 จากปี ค.ศ. 2012 ถึง ปี ค.ศ. 2030 หมายความว่า จะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 18 ปี มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ล้านคน (American Heart Association [AHA], 2016) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (Martha et al., 2015) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนถึงจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และผลกระทบทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตามข้อมูลจาก Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry [Thai ADHERE] (Prasart et al., 2016) แสดงให้เห็นถึงลักษณะของผู้ป่วยไทยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน นำจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกับภาพรวมในระดับนานาชาติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557) ในส่วนเขตบริการสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในปี พ.ศ. 2556-2558 มีผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 363.98, 389.31 และ 386.66 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และพบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 93.33, 96.21 และ 100.46 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) สำหรับโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ. 2557-2559 จำนวน 862, 770 และ 833 ราย ตามลำดับ (เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 2559) จากสถิติดังกล่าวสะท้อนว่าภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่การดำเนินโรคอยู่ในระยะสุดท้าย สาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดจากความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจ ลิ้นหัวใจ หรือเยื่อหุ้มหัวใจ ในบางกรณีหัวใจล้มเหลวอาจเกิดจากความผิดปกติอื่น ๆ ของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น ภาวะโลหิตจาง หลอดเลือดส่วนปลายขยายตัวมากกว่าปกติ หรือการที่เมตาบอลิซึมของร่างกายสูงขึ้นมากกว่าปกติในผู้ป่วยไตเรื้อรังเป็นพิษ อย่างไรก็ตามถ้าหากสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้รับการแก้ไข จะเกิดผลเสียต่อหัวใจในระยะยาว ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตแบบกะทันหันได้ การรักษาในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การควบคุมกลไกในการปรับตัวของร่างกายที่มากเกินไปโดยป้องกัน รักษาและควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของการทำงานของผิดปกติของหัวใจ ชะลอการเสื่อมของการทำงานของหัวใจ อันจะนำสู่ภาวะหัวใจล้มเหลว ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นและลดอัตราการตาย (ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ความก้าวหน้าของโรคทำให้การทำหน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมลง แม้ว่าภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับการรักษาเป็นอย่างดี แต่ก็ยังพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้อาการของโรคมียความรุนแรงมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น (พรพรรณ เทอดสุทธิธัญญ์, 2558) ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องมีการจัดการตนเองและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหารที่จำกัดโซเดียม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยชะลอความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรค (วรัญญา มณีรัตน์, 2557) โซเดียมเป็นเกลือแร่ชนิดหนึ่งที่พบได้ในอาหารที่หลากหลายโดยเฉพาะเกลือ มีหน้าที่หลักในการรักษาสมดุลของน้ำ กรด-ด่างในร่างกาย และควบคุมความดันโลหิตซึ่งในการจำกัดปริมาณโซเดียมจะช่วยลดการคั่งของน้ำและเกลือในร่างกาย เนื่องจากในภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของโซเดียมทั้งภายในและภายนอกเซลล์ จากการที่หัวใจมีการบีบตัวลดลงทำให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงที่ไตมีน้อยจึงกระตุ้นให้ระบบ Renin-angiotensin-aldosterone มีการดูดกลับโซเดียมและน้ำที่หลอดเลือดฝอยของไตมากขึ้น ทำให้เกิดอาการบวมของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย (สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, 2550) ดังนั้นการควบคุมโซเดียมในอาหารจะช่วยลดการคั่งของโซเดียมในเลือด ช่วยรักษาสภาวะน้ำในร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ ลดภาวะบวมน้ำ (Edema) ควบคุมและป้องกันความดันโลหิตสูง รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว โดยคนปกติมักบริโภคโซเดียมประมาณ 3,000-7,000 มิลลิกรัมต่อวัน อาหารที่จำกัดโซเดียมคือ อาหารที่มีปริมาณโซเดียมน้อยกว่าที่คนปกติบริโภคหรือมีปริมาณ

โซเดียม $\leq 2,000$ มิลลิกรัมต่อวัน หรือเทียบเท่าเกลือ 1 ช้อนชา ดังนั้นการจำกัดโซเดียมในอาหารจึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในเรื่องดังกล่าวได้ดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปกติสุข การจัดการตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมจึงมีบทบาท สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (จันทิมา ฤกษ์เดือนฤทธิ, 2557)

ภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพอย่างถาวร เป็นโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาด ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและดูแลตนเอง เพื่อควบคุมอาการของโรคตลอดชีวิต (Laurent, 2005) โดยกิจกรรมการดูแลตนเองหรือการจัดการตนเอง และส่งผลต่อการควบคุมโรคที่สำคัญคือการจำกัดโซเดียมอย่างสม่ำเสมอซึ่งจะช่วยลดอาการบวมและน้ำคั่งในร่างกาย ซึ่งความสม่ำเสมอในการมีพฤติกรรมจำกัดโซเดียมเป็นสิ่งที่เป็ประโยชน์ ช่วยลดและควบคุมอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติทำได้ยาก (Chung, Doering, & Moser, 2005) อันเนื่องมาจากปัจจัยที่หลากหลาย การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถจำกัดโซเดียมในอาหารได้ เนื่องจาก 1) ดัดนิสัยอาหาร อาหารไม่อร่อย ไม่สะดวกในการปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้านเนื่องจากต้องออกไปทำงานนอกบ้าน (Bennett et al., 2005; Van Der Wal et al., 2006) 2) ไม่มีอาหารที่จำกัดโซเดียมหรืออาหารเฉพาะโรคจำหน่าย (Bently et al., 2005) และ 3) ไม่ทราบวิธีการเตรียมอาหาร เนื่องจากขาดความรู้ เป็นต้น (Chung et al., 2006; Kollipara et al., 2008) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการจำกัดโซเดียมได้เพียงร้อยละ 36 (Lainscak et al., 2007) และมีเพียงร้อยละ 18 ที่สามารถจำกัดการบริโภคโซเดียมได้ตามปริมาณที่แนะนำ (Son, Lee, & Song, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถควบคุมการรับประทานอาหารโซเดียมต่ำและลดปริมาณการเค็มโซเดียมในอาหารได้เพียงร้อยละ 20 เพราะมีความลำบากในการประกอบอาหาร ต้องรับประทานอาหารปรุงสำเร็จร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว และไม่สามารถเลือกซื้ออาหารโซเดียมต่ำได้ (จอม สุวรรณ โณ, เรวดี เพชรศิลาทัศน์, ปุณยวิทย์ จันทรประดิษฐ์ และวรรรัตน์ ไสสุข, 2551) จากการศึกษาการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (พัชรพรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2554) และมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 82 มีการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มิภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีการควบคุมอาหารที่ไม่ถูกต้อง (Price, Witham, & McMurdo, 2007) การจัดการตนเอง (Self-management) จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น ๆ ซึ่งภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกัน

หรือจัดการให้อาการทุเลาลง การจัดการตนเองเป็นเทคนิคหนึ่งที่ใช้ในการปรับพฤติกรรมที่ได้รับ การพัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social cognitive theory) (Bandura, 1986) ซึ่งกระบวนการที่สำคัญ คือ บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมายหรือวิธีดำเนินการจัดการตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยร่วมมือ กับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986) แนวคิดการจัดการตนเองนี้ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Cognitive theory) ซึ่งเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นการดูแลสุขภาพหรือป้องกันโรคด้วยตนเอง ได้รับการพัฒนามากกว่า 40 ปี มีการนำไปใช้หรือทดสอบในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและผู้ป่วย โรคเรื้อรังสามารถจัดการตนเองได้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง ทำให้ลด ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ดี (Riegel, Carlson, & Glaser, 2000; Ryan & Sawin, 2009) โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการ จัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วย เรื้อรัง รวมทั้งการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยซึ่งมีความเป็นพลวัต การที่ผู้ป่วยจะกระทำ การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าอาการที่ เปลี่ยนแปลงนั้นแสดงถึงการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่ และสามารถปฏิบัติตนในการควบคุม โรคหรือ การเจ็บป่วยภายใต้การชี้แนะของบุคลากรทางสุขภาพอย่างเหมาะสม (Riegel et al., 2000)

สำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นเรื่องที่ซับซ้อน และยากลำบาก ซึ่งรวมไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย ดังเช่น การศึกษาของ Doukky (2016) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวย้อยละ 7.6 ไม่สามารถจัดเตรียม อาหารที่จำกัดโซเดียมได้และขาดข้อมูลเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมในอาหารที่รับประทาน ทำให้พบ อัตราการตายและการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 19.6 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเป็นระยะ เวลานาน โดยใช้เวลาด้านใหญ่อยู่กับตนเองและครอบครัว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวและครอบครัว จึงต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการดำเนินโรคและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเป็นเรื่องที่ยากในการที่จะทำให้ผู้ป่วยประสบ ความสำเร็จในการคงสภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีระดับโซเดียมที่มากเกินไปจากการ รับประทานอาหาร เนื่องจากต้องรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (Sandra, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง แต่ยังไม่พบการศึกษาที่เน้นการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยตรง การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหรือพฤติกรรมโดยรวม ดังเช่นการศึกษาของ สินีซ หลวงพิทักษ์ (2558) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543$) การศึกษาของ จีราวรรณ กุมขุนทด (2557) พบว่า การได้รับข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการจำกัดเกลือ โซเดียมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมจำกัดเกลือ โซเดียมอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ย 28.57 ($SD = 2.11$) ส่วนการศึกษาของ เกศรา โชนาชัยศิริ (2554) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม โดยความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B = .32, p < .001$) การศึกษาของ จริญญา คมเจียบ (2556) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือ โซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคเกลือ โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .43$) และการศึกษาของ Kollipara et al. (2008) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านอาหารจำกัดโซเดียมต่ำ มีการกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 28 ส่วนกลุ่มที่มีความรู้ด้านอาหารจำกัดโซเดียมสูง มีการกลับมารักษาซ้ำเพียงร้อยละ 9 โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวหากขาดความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือ โซเดียม จะทำให้เกิดความสับสนในการเลือกบริโภคอาหาร (Bentley et al., 2005) และหากมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือ โซเดียมได้ (Lennie et al., 2008; Chung et al., 2006) แสดงให้เห็นว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพราะการจัดการตนเองของบุคคล และครอบครัวเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวันเพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท (Context) เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย ความเสี่ยงของการเกิดโรค ระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น มิติด้านกระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการที่

จะทำให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความรู้และความเชื่อ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถและมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมายมีประสบการณ์และได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากสังคม บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ และมิติด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการเกี่ยวกับอาการ เป็นต้น และจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคล จะกระทำหรือดำเนินการดูแลตนเองโดยใช้องค์ความรู้ภายใต้ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) ร่วมกับประสบการณ์เดิมมาร่วมในการตัดสินใจ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะที่มีสุขภาพดี (Riegel et al., 2000)

ระดับความรุนแรงของโรค เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาของการเจ็บป่วย เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อภาวะสุขภาพทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เมื่อระดับความรุนแรงของโรคมากขึ้น ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคน้อยจะสามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ และไม่มีอาการเหนื่อยล้า แต่เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และมีอาการหายใจเหนื่อย ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากการศึกษาของ จอม สุวรรณ โฉ และคณะ (2551) พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ($\beta = -0.31, p < 0.01$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta = -0.06; -0.05, p < 0.05$ ตามลำดับ) และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (สินินุช หลวงพิทักษ์, 2558) แสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของโรคน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางจิตใจของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ เบี่ยงเบนด้านความคิด การรับรู้ จนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ (Yancy et al., 2013) โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นสาเหตุ ของปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวมากขึ้น มีการดำเนิน โรคที่เลวลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต และ โอกาสในการเข้ารับการรักษา เข้าในโรงพยาบาล ตลอดจนจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

และไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ (Cynthia, 2010) การศึกษาของ จันท์เพ็ญ สมโน (2551) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้า จะให้ความร่วมมือในการรักษาเรื่องการควบคุมอาหารจำกัดโซเดียม ร้อยละ 29.41 ส่วนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจะให้ความร่วมมือในการรักษาเรื่องการควบคุมอาหารจำกัดโซเดียม ร้อยละ 79.63 และยังพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (Jerant et al., 2005)

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ได้ผลขัดแย้งดังเช่น การศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคง (2553) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายผู้ป่วยใหญ่ จำนวน 132 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.024$, $p > .05$) แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อนหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และมีกำลังใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งทั้งหมดมีส่วนสำคัญในการส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี (Graven & Grant, 2013) เป็นปัจจัยส่งเสริมภาวะสุขภาพที่มีผลต่อการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงให้เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองในภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองพ้นหายจากโรคและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (นันทกัก ชนะพันธ์, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (Sayers, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaja, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคง (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง ในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .525$, $p < .05$) และการศึกษาของ จริตญา คมเฉียบ (2556) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .218$, $p < .05$) และหากผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ลดลง (จันท์เพ็ญ สมโน, 2551) การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น ได้ผลดี แต่ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นจำนวนมาก และจากปัญหาในคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจำกัดโซเดียมในอาหาร โดยอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ อาการหอบเหนื่อยและบวม ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่จำกัดโซเดียมในอาหาร และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในการจำกัดโซเดียมนั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยส่วนใหญ่จะเน้นที่การจัดการตนเองในภาพรวม และส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การจำกัดโซเดียมในอาหารและควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียม และน้ำเกิน การรับประทานยาให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ซึ่งยังไม่สามารถนำไปสู่การพัฒนาเป็น โปรแกรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

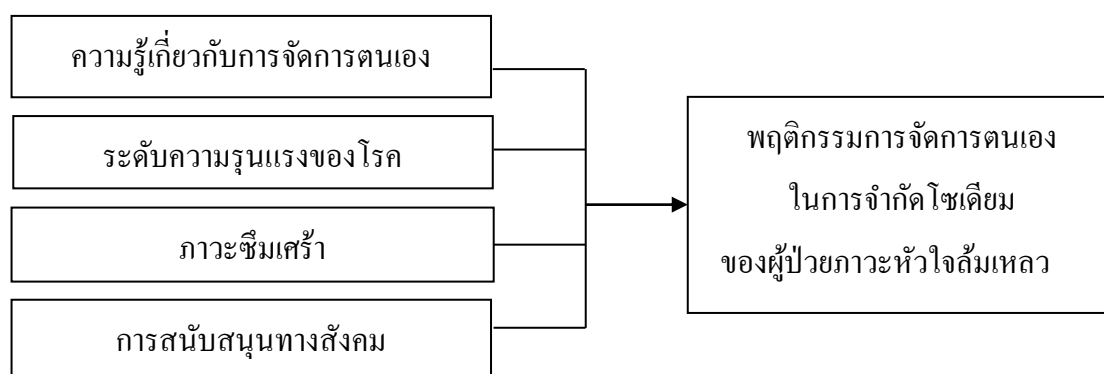
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) ที่พัฒนาโดย Ryan and Sawin (2009) ร่วมกับ แนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel et al. (2000) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการพิจารณาตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง (ลัดดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพงศ์ กิติภาวงศ์, 2555; สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558; Kollipara et al., 2008) ระดับความรุนแรงของโรค (จอม สุวรรณ โณ และคณะ, 2551; สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558) ภาวะซึมเศร้า (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; พัชรวรรณ ศรีคง, 2553; Jerant, Von Friederichs-Fitzwater, & Moore, 2005; Cynthia, 2010; Yancy et al., 2013) และการสนับสนุนทางสังคม (จันทร์เพ็ญ สมโน, 2551; นันทกัต ชนะพันธ์, 2556; พัชรวรรณ ศรีคง, 2553; Sayers et al., 2008) ทั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประชากร คือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 โดยตัวแปรต้นประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรตามคือ พฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 85 ราย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในแต่ละวัน ในการรับประทานอาหารที่จำกัด โซเดียม และอาหารที่มีผลทำให้อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวเลวลง ประเมินโดยใช้แบบประเมิน พฤติกรรมการจัดการตนเองของ จริญญา คมเฉียบ (2556)

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง หมายถึง ความจำและความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการจำกัด โซเดียมในอาหาร และการเฝ้าระวังและจัดการอาการ และอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมคั่งในร่างกาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของ จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2551)

ระดับความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย แบ่งตามเกณฑ์ของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class) โดยสอบถามการรับรู้ อาการของผู้ป่วยถึงความทนต่อการออกแรงในการทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งภาวะที่เป็นทุกข์มีระยะเวลาานาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการได้รับสนับสนุนทางสังคมของ จันทนา หล่อตระกูล (2549)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โขเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอ ดังนี้

1. ภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.1 อุดบัติการณ์และความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.2 ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 1.3 การดูแลรักษา
 - 1.4 ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โขเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โขเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง
 - 3.2 ระดับความรุนแรงของโรค
 - 3.3 ภาวะซึมเศร้า
 - 3.4 การสนับสนุนทางสังคม

ภาวะหัวใจล้มเหลว

อูบัติการณ์และความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานที่ของหัวใจ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ อูบัติการณ์การเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งปัจจุบันเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยในปี ค.ศ. 2009 ถึงปี ค.ศ. 2012 มีประชากรชาวอเมริกันที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวกว่า 5.7 ล้านคน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 46 จากปี ค.ศ. 2012 ถึงปี ค.ศ. 2030 คาดการณ์ว่าประชากรที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จะมีภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นมากกว่า 8 ล้านคน (AHA, 2016) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทั้งนี้เนื่องจาก

ความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (Martha et al., 2015) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนถึงจำนวนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง และผลกระทบทางเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลร่วมกับข้อมูลจาก Thai Acute Decompensate Heart Failure National Registry [Thai ADHERE] (Prasart et al., 2016) แสดงให้เห็นถึงลักษณะของผู้ป่วยไทยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน น่าจะมีแนวโน้มไปในทางเดียวกับภาพรวมในระดับนานาชาติ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557) และสถิติของประเทศไทยจากรายงานการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของโรงพยาบาลทั่วประเทศ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ในปี พ.ศ. 2556-2558 ของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 425.72, 414.01 และ 489.89 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในเท่ากับ 266.57, 264.81 และ 291.81 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบอัตราการตายด้วยโรคหัวใจรวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 37.9, 38.3 และ 37 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลวไว้หลากหลาย ได้แก่

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลว แห่งประเทศไทย (2557) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการซึ่งมีสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ อาจเกิดจากมีความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจก็ได้ มีผลทำให้หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายหรือรับเลือดกลับเข้าสู่หัวใจได้ตามปกติ มีอาการที่สำคัญ 2 ประการ อาการแรกคือ หายใจลำบากและอ่อนเพลีย อาการที่สำคัญอีกข้อ เกิดจากการมีน้ำและเกลือคั่งในร่างกาย ทำให้บวม

ผ่องพรรณ อรุณแสง (2556) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกที่เกิดจากความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจ จนทำให้มีการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลง มีการคั่งของน้ำและความทนในการทำกิจกรรมได้น้อย

Yancy et al. (2013) ให้ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนล้า ความทนในการทำกิจกรรมลดลง และมีการคั่งของน้ำในร่างกาย

สรุปได้ว่า ภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง ภาวะที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหรือหน้าที่ของหัวใจ ส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวของหัวใจลดลง เนื่องจากมีการคั่งของน้ำในร่างกายทำให้เกิดอาการที่ผิดปกติ ได้แก่ หายใจเหนื่อยหอบ และบวม

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้หลายวิธี เช่น แบ่งระดับความรุนแรงตามสภาวะการดำเนินของโรค (Staging of heart failure) หรือแบ่งตามความสามารถในการกระทำการกิจกรรรมของผู้ป่วย (Functional classification) (Yancy et al., 2013) โดยการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามสภาวะการดำเนินของโรคสามารถแบ่งได้ ดังนี้

Stage A ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและยังไม่มีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงโรคหลอดเลือดตีบแข็ง โรคเบาหวาน โรคอ้วน และภาวะ Metabolic syndrome ร่วมกับเคยใช้ยารักษาโรคหัวใจและมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiomyopathy)

Stage B ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลว

Stage C ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวปรากฏขึ้นแต่สามารถควบคุมได้ด้วยการรักษาตามวิธีมาตรฐาน

Stage D ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว และมีอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวขั้นรุนแรง ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยการรักษาตามวิธีมาตรฐาน จำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือหรือวิธีการพิเศษที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้

ส่วนการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามความสามารถในการกระทำการกิจกรรรมของผู้ป่วย (Functional classification) เป็นการแบ่งเพื่อบ่งบอกถึงอาการสำคัญของผู้ป่วยเป็นสำคัญ อาจจะไม่สะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคสามารถเปลี่ยนกลับไปกลับมาได้ภายหลังการรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์, 2547) แบ่งเป็น 4 ระดับ ประเมินโดยการสอบถามการรับรู้อาการของผู้ป่วยถึงความทนต่อการออกแรงในการทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด มีรายละเอียดดังนี้ (จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล, 2551)

ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นลงบันได ออกกำลังกาย และทำกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะรู้สึกเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

การดูแลรักษา

เป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มุ่งเน้นในเรื่องการชะลอความก้าวหน้าของโรค ควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น โดยการดูแลรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถจำแนกได้ ดังนี้ (Yancy et al., 2013; Heart Failure Society of America [HFSA], 2006)

1. การดูแลรักษาด้วยยา ได้แก่ ยาขับปัสสาวะ Loop diuretic, Thiazide, Potassium-sparing diuretic, Cardiac glycoside (Digoxin), Positive inotropic agents (Dopamine, Dobutamine, Milrinone), Anti-thrombotic agents, Anti-arrhythmic agent (β -blocker), ยาด้าน Renin-angiotensin aldosterone (RAS) และยาขยายหลอดเลือดชนิดอื่น ๆ (Nitrate, Hydralazine-isosorbide dinitrate, Calcium antagonist (Amlodipine, Felodipine) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557)

2. การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวโดยการผ่าตัด การรักษาด้วยวิธี revascularization และการฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ การผ่าตัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การผ่าตัด CABG ในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัล การผ่าตัดซ่อมแซมกล้ามเนื้อหัวใจห้องซ้ายล่าง การผ่าตัดกล้ามเนื้อหัวใจส่วนที่โป่งพอง (LV aneurysmectomy) Cardiomyoplasty การตัดกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วน Batista operation (Partial left ventriculectomy) External ventricular restoration การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ (Heart transplantation) การฝังเครื่องกระตุ้นหัวใจ ได้แก่ Cardiac resynchronization therapy (CRT) Implantable cardioverter defibrillator (ICD) Cardiac resynchronization therapy and defibrillator (CRT-D) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557)

3 การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเน้นการดูแลตนเองที่สำคัญ ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะน้ำและเกลือคั่ง การปรับยาขับปัสสาวะ โดยผู้ป่วยเอง การควบคุมภาวะโภชนาการ การจำกัดการบริโภคเกลือ การจำกัดน้ำดื่ม การจำกัดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย การมีเพศสัมพันธ์ และการเดินทาง (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557)

จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงมีภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่เสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วจากความก้าวหน้าของโรค เมื่อเกิดความเสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การทำงานส่วนต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลงตามไปด้วย จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับการทำหน้าที่ของร่างกายที่เสื่อมลง โดยเป้าหมายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น มุ่งเน้นในเรื่องการชะลอความก้าวหน้าของโรค ควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ และลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ทั้งการดูแลรักษาด้วยยา และการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา โดยสิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนเพิ่มเติม ได้แก่ อาหารที่รับประทาน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจำกัดการบริโภคโซเดียม และการสร้างความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัญหาสุขภาพที่ต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ช่วยชะลอความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรค (วรัญญา มณีรัตน์, 2557)

ผลกระทบของภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายและมีการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นหากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ดีพอ ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วย มีปัญหาสุขภาพจากการตอบสนองจากการรักษาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทุกด้าน (American Heart Association [AHA], 2014) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง จากการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีการดำเนินของโรคที่มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลงอย่างรวดเร็วและมีอยู่อย่างจำกัด (จอม สุวรรณ โฉ และคณะ, 2551) จากการสำรวจในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 11,062 ราย พบว่า มีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 68 (Cleland et al., 2002) เมื่อเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ปัสสาวะออกน้อยลงทำให้มีการกักเก็บน้ำ และโซเดียมไว้เกิดภาวะน้ำเกินในร่างกาย (Volume overload) ทำให้มีอาการบวม มีน้ำคั่งตาม

แขน ขา และอวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ทำให้ปอดขยายตัวลดลงประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ลดลง และเมื่อเลือดไปเลี้ยงไตน้อยลงเป็นเวลานานจะเกิดภาวะไตวายตามมา ส่งผลให้เกิดภาวะของเสียคั่ง (Moser, Doering, & Chung, 2005) หากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ จะส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกิดภาวะสมองพร่องออกซิเจน (Cerebral anoxia) ผู้ป่วยจะมีความจำเสื่อม นอนไม่หลับ และอาจมีอาการประสาทหลอน นอกจากนี้ผู้ป่วยจะต้องนอนศีรษะสูงกว่าปกติ ทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ต้องนั่งพับหรือนอนศีรษะสูงมาก (Lip, Gibbs, & Beevers, 2000) อาจต้องลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืนเป็นช่วง ๆ ถ้าเป็นรุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะไม่สามารถนอนราบได้ หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดการหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ไอเป็นฟองสีชมพู อาจทำให้เสียชีวิตได้ (Brunner & Suddarth, 2000)

2. ด้านจิตใจ จากการที่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องเผชิญกับอาการของโรคที่ไม่สามารถทำนายได้ว่า จะกำเริบเมื่อใด ลักษณะอาการเป็น ๆ หาย ๆ จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความสับสน เครียด วิตกกังวล และเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การศึกษาของ Mark, Cathy, James, Usamah, and Michael (2014) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม และอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 84 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้า มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในระยะสั้นและในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินด้านจิตใจตั้งแต่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดอาการแทรกซ้อนและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์สามารถแยกแยะปฏิกิริยาของผู้ป่วยและนำไปปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น นำไปสู่ผลการปฏิบัติตัวและการรักษาที่ดีขึ้นด้วย (อารีย์ เสนีย์, 2557)

3. ด้านครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวลดลงซึ่งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมักจะมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระของผู้อื่นทำให้ไม่อยากมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัว มีการแยกตัวเองออกจากผู้อื่นและสังคม (จิราภรณ์ มีชูสิน, อารณ์ ดินาน และศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์, 2553) นอกจากนี้ทางด้านสมาชิกในครอบครัวทำให้ครอบครัวผู้ป่วยขาดอิสระจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีอาการของโรคไม่แน่นอน จนบางครั้งต้องลาออกจากงาน ขาดงาน ขาดรายได้และมีหนี้สิน (สมฤดี ดินวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2557)

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคมและต้องการพึ่งพามุคคลอื่นมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศลดลงจาก

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ดังเช่นการศึกษาของ Sawafta and Chen (2013) ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 200 ราย พบว่า มีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ไม่ได้ประกอบอาชีพถึงร้อยละ 69 และหากผู้ป่วยเสียชีวิตประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากร บุคคลในการพัฒนาประเทศ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง, 2556)

ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในทุก ๆ ด้าน ซึ่งหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งเป็นภาวะเรื้อรังได้อย่างยาวนานและปกติสุข

พฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Ryan and Sawin (2009) และแนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel et al. (2000) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง (Ryan & Sawin, 2009) ซึ่งมีความเชื่อว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการสร้างความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพราะการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวเป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติหน้าที่แต่ละวัน เพื่อจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วย ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านบริบท (Context) เป็นความเฉพาะเจาะจงที่กระตุ้นให้เกิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย ความเสี่ยงของการเกิดโรคระดับความรุนแรงของโรค เป็นต้น มิติด้านกระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการที่จะทำให้เกิดการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความรู้และความเชื่อ โดยเชื่อว่าบุคคลจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อมีความเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และหากบุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถและมีการคาดหวังผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย มีประสบการณ์ และได้รับการสนับสนุนในทางบวกจากสังคม บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมิติด้านผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลของการจัดการตนเองของผู้ป่วย เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรม การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการเกี่ยวกับอาการเป็นต้น รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง

ในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก เป็นการตอบสนองที่เกิดจากการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล และการตัดสินใจอย่างมีวิจารณญาณ จากแนวคิด และการจัดการตนเองดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายของการจัดการตนเอง ในการศึกษาในครั้งนี้ว่า หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออกอย่างเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบจากความรุนแรงและจากการเจ็บป่วยจากภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การจำกัด โซเดียมในอาหารและการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมคั่ง นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย Riegel et al. (2000) กล่าวว่าไว้ว่า การจัดการตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับอาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่เกิดจากโรคและการรักษา ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง แบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองเป็นส่วนประกอบหนึ่งของการดูแลตนเอง ซึ่งหมายถึงการจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยและโรคที่เป็น บุคคลจะกระทำการจัดการตนเองได้ควบคู่กันเพื่อสร้างความสมดุลระหว่างภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วย โดยเฉพาะภาวะที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่าง เช่นภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นต้น ทั้งนี้ บุคคลจะสามารถจัดการตนเองได้นั้นจะต้องอาศัยองค์ความรู้ และประสบการณ์เดิมในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตามในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองจะขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในปัจจุบันที่เกิดขึ้น และจะต้องมีผู้สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีการเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี บรรเทา ความเจ็บป่วยหรือให้มีอาการที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโซเดียมคั่ง โดยเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คือ การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมอาการของโรคไม่ให้กำเริบหรือทวีความรุนแรง ลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องมีการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ปัญหา การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเนื่องมาจากการจัดการตนเองที่ผ่านมาเน้นที่ การให้ผู้ป่วยเป็นผู้ดำเนินการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง แต่จากลักษณะของผู้ป่วยภาวะหัวใจ ล้มเหลว เมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นนั้นทำให้เกิดอาการหายใจลำบากและเหนื่อยง่าย มีข้อจำกัด ในการทำกิจกรรมและต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ตลอดจนการได้รับการดูแลเอาใจใส่จาก ครอบครัวและบุคคลรอบข้างจึงจะสามารถจัดการตนเองได้สำเร็จ (ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล, 2550; สินีนุช หลวงพิทักษ์, 2558; Ryan & Sawin, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองมีหลายประการ การศึกษาของ Hicks and Holm (2003) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในขณะที่การศึกษาของ จันทรจิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรุนแรงไม่น้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ส่วนการศึกษาของ Song (2009) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการเลือกรับประทานอาหารลดเค็มของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดาภา แก้วกัญญา (2557) พบว่า สภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = -.38, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.024, p > .05$) (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553) ส่วนการศึกษาของ Wright et al. (2003) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้จะมีระดับความสามารถในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล (2550) และ Martensson, Stromberg, Dahlstrom, Karlsson, & Fridlund (2005) พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจะส่งผลต่อระดับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .46, p < .001$) (เกศรา โชนำชัยศิริ, 2554) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = .525, p < .05$) (พัชรวรรณ ศรีคง, 2553) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับการประสานความร่วมมือกันระหว่างบุคคล และครอบครัวกับบุคลากรทีมสุขภาพ (Ryan & Sawin, 2009) จะเห็นว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ

งานวิจัยในต่างประเทศจึงให้ความสำคัญกับการค้นหาและการจัดการกับความผิดปกติของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังช่วยลดจำนวนวันนอนลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดอัตราเสียชีวิตลงได้ในระยะยาว (Riegel et al., 2000; Ryan & Sawin, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-ปัจจุบันในประเทศไทยพบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ดังเช่น การศึกษาของ พวงเพ็ชร สมทรัพย์สิน (2555) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ (2557) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน และการให้ความรู้ต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จุติมา ทาสวรรณอินทร์ (2557) ซึ่งศึกษาผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตและอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนอัตราการกลับมารักษาซ้ำต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .001$) ทั้งนี้ยังมีการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ดังเช่น การศึกษาของ จริญญา คมเฉียบ (2556) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .178, p < .05$) ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .425, .452, .218, .541, p < .05$) ตามลำดับ สอดคล้องกับ สินีสุข หลวงพิทักษ์ (2558) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .543, .507$ และ $.502$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($\beta = 0.38, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.26, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, p < .05$) นอกจากนี้ หทัย ทิพฤาตรี (2556) ได้พัฒนาชุดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านอาหารและน้ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

โดยประเมินจากความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ด้านอาหารและน้ำ และความพึงพอใจต่อการให้ชุดข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และความรู้เกี่ยวกับทักษะการจัดการตนเองด้านอาหาร และน้ำหลังการให้ชุดข้อมูลที่พัฒนาขึ้น สูงกว่าก่อนการให้ชุดข้อมูลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดในการศึกษาและรูปแบบของการส่งเสริมการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่เน้นการให้ความรู้ ทั้งนี้ผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์บอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เนื่องจากเกรงใจ และเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้มีความรู้ ในขณะที่ตนเองเป็นผู้ที่รู้น้อย ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่กล้าซักถามเมื่อเกิดข้อสงสัย ส่งผลให้ไม่สามารถนำคำแนะนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านนำไปสู่ปัญหาในการควบคุมโรคและอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองที่ได้ผลดี ทั้งนี้ยังพบว่าไม่สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ และทั้งนี้หลายการศึกษาพบว่ามีเพียงการติดตามระยะสั้นถึงระยะกลางของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้อัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีเพียงเล็กน้อย (Jourdain et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Peggy and Rebecca (2013) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะ 30 วัน 60 วัน และ 180 วัน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 30 วัน ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .021$) แต่เมื่อติดตามในระยะ 60 วัน และ 180 วัน พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .436, p = .089$) ซึ่งน่าจะมีปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมหลายประการ เช่น ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักมีอาการเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน หรืออาการที่มีอยู่เดิมกำเริบรุนแรงขึ้น สาเหตุอันดับแรกเกิดจากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง และภาวะน้ำเกิน (วรัญญา มณีรัตน์, 2557) การรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มเนื่องจากความเคยชิน รสชาติอาหารไม่ถูกปาก ประกอบกับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารของคนไทย ที่เปลี่ยนจากการปรุงอาหารเองในครอบครัว เป็นรับประทานอาหารนอกบ้าน เนื่องจากประหยัดเวลาและมีความสะดวกสบายทำให้เป็นอุปสรรคในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมปริมาณโซเดียมและน้ำดื่มได้ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำรงชีวิตประจำวันเป็นเรื่องที่ยากในการที่จะทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการคงสถานะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะมีระดับโซเดียมที่มากเกินไป

การรับประทานอาหารเช้าเนื่องจากต้องรับประทานอาหารเช้าร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (Sandra, 2016) ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่จำกัดเกลือโซเดียมก่อนกลับบ้าน แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่จำกัดโซเดียมในอาหาร 3 กรัม/วัน (Lennie et al., 2008) และพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 35 ถึงร้อยละ 70 ไม่สามารถจำกัดการบริโภคอาหารที่จำกัดโซเดียมได้ (Evangelista et al., 2003) ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะเรื่องของการลดปริมาณโซเดียมในอาหารเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ยังคงรับประทานโซเดียมเกินปริมาณที่กำหนด รวมทั้งผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง ส่งผลให้พบผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้น และมีอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (Daniel, Favez, & Pawel, 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้บ่งชี้ที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีหลายประการ การศึกษาของ จันท์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคั่งของน้ำและโซเดียมมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและโซเดียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของ Hicks and Holm (2003) พบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการมีพฤติกรรมการจำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนจากการศึกษาของ Song (2009) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการรับประทานอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมดังเช่น การศึกษาของ Dilorio, Hennessy, and Manteuffel (1996) และ Ni et al. (1999) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสและบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหารเช้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง หมายถึง ความจำและความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมในอาหาร ตลอดจนการเฝ้าระวังและจัดการอาการ และอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมคั่ง เป็นกระบวนการที่สำคัญและเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ในการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษา และติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อที่จะสามารถจัดการกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปนั้นได้ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังเช่นการศึกษาของ จันท์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคั่งของโซเดียม และการประเมินการคั่งของโซเดียม จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การศึกษาของ เสาวลักษณ์ ท้ามาก (2552) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.438, p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lennie et al. (2008) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารโซเดียมต่ำในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($r = 0.31, p < .001$) และความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 46 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .46, p < .001$) (เกศรา โชนาชัยศิริ, 2554) การศึกษาของ จริญญา คมเนียบ (2556) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า พฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .178, p < .05$) ทั้งนี้ การศึกษาของ สินีหุช หลวงพิทักษ์ (2558) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.01 ($r = .543, .507$ และ $.502$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ($\beta = 0.38, p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.26, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 33.6 ($R^2 = .336, p < .05$) จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าความรู้มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการอาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังเช่น จันท์จิรา เกียรติสกุล (2551) ได้สร้างแบบสอบถามความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม แบบสอบถามเป็นลักษณะข้อคำถามชนิดปลายปิด จำนวน 25 ข้อ ถามเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การลดสาเหตุชักนำที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการประเมินการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียม และการตัดสินใจจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อมีความรุนแรงเกิดขึ้น แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าผู้ป่วยตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมมาก ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.88 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.72

นิภาพร ประจันบาน (2550) ได้สร้างแบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองต้องปฏิบัติเมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลว ครอบคลุมความรู้ในการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นในช่วงที่กลับไปดูแลต่อที่บ้าน จำนวน 25 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ เลือกตอบความเห็นและความสำคัญ ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหา .91 โดยนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83

พัชรวรรณ ศรีคง (2553) ได้สร้างแบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเอง ของ Tobin et al. (1986) จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยนำแบบประเมินไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 0.83 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรู้ของ จันทรจิรา เกียรติลีสกุล (2551) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน และเป็นแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการป้องกันการคั่งของโซเดียมและน้ำ มีจำนวนข้อคำถามที่ความเหมาะสม และเข้าใจง่าย

ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ระดับความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นการแบ่งเพื่อบ่งบอกถึงอาการสำคัญของผู้ป่วย อาจจะไม่สะท้อนความรุนแรงของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งระดับความรุนแรงของโรคสามารถเปลี่ยนไปมาได้ภายหลังการรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (รังสฤษฎ์ กาญจนระวีชัย, 2547) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นลงบันได ออกกำลังกาย และทำกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะรู้สึกหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่น หรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการกระทำการกิจกรรมหรือความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับ NYHA functional class มาก แสดงว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางร่างกายลดลง โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับความรุนแรงของโรค NYHA functional class III มีคะแนนคุณภาพชีวิตลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มบุคคลทั่วไป (Juenger et al., 2002) จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการจำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (Connell, 2004) นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการตัดสินใจจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Hicks & Holm, 2003) และจากการศึกษาของ

จอม สุวรรณโณ และคณะ (2551) พบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อภาวะสุขภาพ ($\beta = -0.31, p < 0.01$) และมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อภาวะสุขภาพผ่านความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง ($\beta = -0.06; -0.05, p < 0.05$ ตามลำดับ) และระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (สินินุช หลวงพิทักษ์, 2558) แสดงให้เห็นว่าระดับความรุนแรงของโรคน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งโดยตรงและโดยอ้อม สำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่ใช้บ่อย ได้แก่ การประเมินจากค่า Left Ventricular Ejection Fraction [LVEF] ซึ่งได้จากการตรวจคลื่นสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography) และการประเมินความสามารถในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยโดยการแบ่งตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (NYHA functional class) การประเมินความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินโดยใช้การประเมินระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจ แห่งนิวยอร์ก (New York Association Functional Classification [NYHA] Class) โดยสอบถามจากความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยตามการรับรู้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางจิตใจของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด โดยแสดงออกในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางอารมณ์ เบี่ยงเบนด้านความคิดการรับรู้ จนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ รวมถึงการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม (Yancy et al., 2013) ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ตามมา หากไม่ได้รับการจัดการหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมีความทุกข์ทรมาน มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังมากขึ้น มีการดำเนินโรคที่เลวลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้ตามปกติ (Jeffrey & Barry, 2006; Louise Smith, 2010) การศึกษาของ Mark et al. (2014) พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลทั้งในระยะสั้น และในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การจัดการภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการคัดกรอง และการซักประวัติให้ได้ตั้งแต่การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำเป็นอย่างมาก

เพื่อลดอาการแทรกซ้อนและเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 26.5 มีภาวะซึมเศร้า (ชนิดภา แก้วกัญญา, 2557) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ได้ผลขัดแย้ง ดังเช่นการศึกษาของ พัชรวรรณ ศรีคง (2553) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายวัยผู้ใหญ่ จำนวน 132 ราย พบว่า ภาวะซึมเศร้าไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ($r = -.024, p > .05$)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 56 โดยพบเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 34 ปานกลางร้อยละ 20 และรุนแรง ร้อยละ 2 (สุรัชย์ คำภักดี, 2555) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่น้อยกว่าหนึ่งปีขึ้นไปมักพบภาวะซึมเศร้าได้ (Awan, Ghaffar, Khan, & Khan, 2012) ซึ่งพบได้มากที่สุดในกลุ่ม ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยวิกฤตตามลำดับ (Xiong et al., 2012) ดังเช่นการศึกษาของ Havranek, Spartos, Masoudi, Jones, & Rumsfeld (2004) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพบว่า การอาศัยอยู่เพียงลำพัง การดื่มสุรา การได้รับผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 20 (Hussain et al., 2011) ถึงร้อยละ 48 (Castillon et al., 2006) โดยพบภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 27 ปานกลาง ร้อยละ 21 และรุนแรงน้อย ร้อยละ 52 (Polikandrioti et al., 2010) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจเกิดอาการ กำเริบจึงทำให้ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการจำกัด โซเดียม เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมทางกาย รวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Ruo et al., 2003)

การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ ที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังเช่น

1. แบบประเมินของ Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder, forth edition (DSM-IV) โดยจะต้องแสดงอาการอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป (Doble, Shearer, Phillips, & Jones, 2009) คือ มีอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความยินดีในสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างผิดปกติ พฤติกรรมการบริโภคเปลี่ยนแปลงนอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากผิดปกติ มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ หรือเซื่องช้าลง มีอาการอ่อนล้าหรืออ่อนแรง

2. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D] สร้างโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกัน โดยปรับปรุงจาก Beck, Raskin, Zung, Minnesota Multiphasic Personality

Inventory [MMPI] เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการสำรวจหาภาวะซึมเศร้า ในชุมชน เป็นการวัดในแง่ของกลุ่มอาการ ไม่ใช่เพื่อการวินิจฉัยโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยสอบถามในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3. แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) มีจำนวน 9 คำถามโดยประเมินความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน 9 คำถามโดยประเมินความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น จากบริบทของประเทศไทย มีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม เมื่อเทียบกับแบบประเมิน CES-D ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามมากกว่า ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินนี้มาใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม Cobb (1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการดูแลจากบุคคลที่รัก การให้การยกย่อง นับถือ รวมทั้งการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในสังคม โดย Cobb (1976) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่จากบุคคลอันเป็นที่รัก

2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น

3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งในสังคม

Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยการได้รับความรักดูแล เอาใจใส่ ได้รับกำลังใจ ความเคารพ นับถือ และรับรู้ว่าคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยได้รับความรัก ความอบอุ่น ความเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ รับฟังปัญหา แสดงความเห็นใจ และให้กำลังใจจากครอบครัว สังคม ตลอดจนทีมสุขภาพ
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับความเคารพ นับถือ ยอมรับฟังความคิดเห็น คำแนะนำ และยกย่องชมเชย จนทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่และปฏิบัติตนให้อยู่กับโรคอย่างปกติสุข
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการอยู่ในสังคม มีการพบปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่เสมอ
4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แหล่งบริการด้านสุขภาพ และการกระตุ้นเตือน
5. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการช่วยเหลือในด้านสิ่งของเครื่องใช้ ค่ารักษาพยาบาล บุคคลที่คอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน รวมทั้งการรับประทานยาและอาหารที่เหมาะสม (Schaefer et al., 1981)

House, Umberson, and Landis (1988) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเกิดจากความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ข่าวสารความรู้ต่าง ๆ รวมทั้งการช่วยเหลือด้านสิ่งของ อุปกรณ์เครื่องใช้โดยได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การสนับสนุนด้านการให้ความรักดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ สนับสนุนความคิด การตัดสินใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคคลเพื่อใช้ประเมินตนเอง
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำแนะนำ
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เครื่องมือ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือต่อความจำเป็นของบุคคลเรื่องวัตถุ สิ่งของ เงินทอง อุปกรณ์ต่าง ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ ได้แก่ คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมดี จะมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี (Graven & Grant, 2013)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีหลายรูปแบบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังเช่น

1. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) สร้างโดย Schaefer et al. (1981) ประกอบด้วยการได้รับแรงสนับสนุน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร และแบ่งการวัดเป็น 2 ส่วน คือ SSQ 1) วัดแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ สามารถนับจำนวนสิ่งของที่ได้รับ SSQ 2) วัดแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูล ข่าวสาร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คู่สมรส เพื่อนสนิท เครือญาติ เพื่อนบ้าน ผู้ร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล คำถามส่วนนี้เป็นมาตราส่วน 5 ระดับ เครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน ด้านอารมณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ภายในด้านข้อมูลข่าวสาร ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และภายในด้านสิ่งของ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2. แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดความเข้าใจและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด เป็นการรับรู้และการเข้าใจ ในการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน และบุคคลใกล้ชิด ซึ่งถูกพัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) นิยมนำมาใช้วัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง Sayers et al. (2008) ได้นำมาใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 64 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการประเมินการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของ จันทนา หล่อตระกูล (2549) ซึ่งแปลจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเอ็นริช (The ENRICH social support questionnaire) เนื่องจากคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการได้รับการสนับสนุนจากสังคมใน ด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่า การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั้งใน และต่างประเทศ ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สินินุช หลวงพิทักษ์, 2558) ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักมีอาการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันหรืออาการที่มีอยู่เดิมกำเริบรุนแรงขึ้น นอกจากพยาธิสภาพของโรคแล้ว ยังเกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมอาการของตนเองได้ (Fonarow, 2010) โดยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจสิ่งที่แพทย์หรือทีม

สุขภาพบอก และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งแม้ว่าจะมีข้อสงสัยในเรื่องที่ขัดแย้งกับการปฏิบัติของตน ก็ไม่กล้าที่จะซักถาม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้ (ชดช้อย วัฒนะ, 2558) ทั้งนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับประโยชน์จากการให้ความรู้ของทีมสหสาขาวิชาชีพ หลายการศึกษาพบว่า มีเพียงการติดตามระยะสั้นถึงระยะกลางของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเท่านั้น จึงพบอัตราการตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้เพียงเล็กน้อย (Jourdain et al., 2015) และยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .436, p = .089$) (Peggy & Rebecca, 2013) สำหรับการจัดการตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและมียากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมกับภาวะหัวใจล้มเหลว ดังเช่นการศึกษาของ Doukky (2016) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวยุติอายุ 7.6 ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารที่จำกัดโซเดียมได้ และขาดข้อมูลเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมในอาหารที่รับประทาน ทำให้พบอัตราการตายและการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงร้อยละ 19.6 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเองโดยเฉพาะเรื่องของการลดปริมาณโซเดียมในอาหารเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว แม้ว่าการคงสภาวะของร่างกายให้มีการทำงานอย่างปกตินั้นจะต้องได้รับปริมาณโซเดียมถึง 500 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ประชากรส่วนใหญ่ก็ยังรับประทานโซเดียมเกินปริมาณที่กำหนด รวมทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่งผลให้พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและมีอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (Daniel, Favez, & Pawel, 2017)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ตลอดจนผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวนั้นได้ผลดี แต่ก็ยังพบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เป็นจำนวนมาก และจากปัญหาในคลินิกที่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจำกัดโซเดียมในอาหาร โดยอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ อาการหอบเหนื่อยและบวม ซึ่งเป็นผลมาจากการไม่จำกัดโซเดียมในอาหาร และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมนั้นยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยส่วนใหญ่จะเน้นที่การจัดการตนเองโดยรวม และผลการศึกษาที่ผ่านมาทั้งการศึกษาที่ให้ผลสอดคล้องและขัดแย้งกัน ยังไม่สามารถนำไปสร้างเป็นโปรแกรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมได้โดยตรงเพื่อแก้ปัญหาพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยได้จริง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว นำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแพทย์เฉพาะทางเชี่ยวชาญด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด มีศักยภาพในการดูแลรักษาอยู่ในระดับความเชี่ยวชาญขั้นสูง และเป็นศูนย์กลางในการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในเขตภาคตะวันออกตอนล่าง มีคลินิกเฉพาะทางโรคหัวใจและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางประจำคลินิกโดยคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 07.00 น.-12.00 น. ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจรักษา หากเป็นผู้ที่ได้รับการนัดไว้จะขึ้นบัตรนัดที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ซึ่งจะมีการคืนประวัติการรักษาเตรียมไว้ล่วงหน้าก่อนวันนัด ส่วนในรายที่มาตรวจไม่ตรงกับวันนัดจะต้องขึ้นบัตรที่ห้องบัตรก่อนเพื่อคืนประวัติการรักษา หลังจากนั้นจะมาพบเจ้าหน้าที่ที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกเพื่อรับการนัดเข้ารับการรักษา ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินสัญญาณชีพรวมถึงการซักประวัติหรือการตรวจต่าง ๆ เช่น ตรวจเลือด ภายใต้การดูแลของพยาบาลวิชาชีพ หลังจากนั้นผู้ป่วยรอรับการตรวจรักษาจากแพทย์เฉพาะทางอายุรแพทย์โรคหัวใจ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป ภายหลังรับการตรวจจากแพทย์ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะพบพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ซึ่งจะให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง คำแนะนำเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การมาตรวจตามนัด และให้บัตรนัดในครั้งต่อไป หลังจากนั้นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะขึ้นใบสั่งยาที่ห้องยาและรอรับยาก่อนกลับบ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 โดยมีคุณสมบัติตามกำหนด (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ
2. ไม่มีอาการเหนื่อย เจ็บหน้าอก หรือใจสั่น ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการเก็บข้อมูล
3. สติสัมปชัญญะดี เป็นผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) กำหนดตามสถิติ Multiple regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 ระดับอำนาจทดสอบ (Power) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 85 ราย

การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ซึ่งเปิดให้บริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 07.00 น.-12.00 น. โดยให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มาตรวจรักษาจำนวน 10-20 รายต่อวัน โดยประมาณ มาทำฉลากรายชื่อผู้ป่วยและทำการจับฉลากผู้ป่วยให้ได้จำนวนที่ต้องการจำนวน 3-5 รายต่อวัน ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มแบบนี้ทุกวัน จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก ข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประเมินโดยใช้แบบประเมินของ จริญญา คมเฉียบ (2556) ซึ่งดัดแปลงจาก

แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคเกลือ โซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากแบบสอบถาม The Low Sodium Eating Behaviors Scale ซึ่งพัฒนาจากแนวคิด Common Sense Model of Illness Representation framework (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) มีจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ และลดจำนวนข้อคำถามเหลือจำนวน 17 ข้อ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่า ผู้ป่วยมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามบางข้อ และลักษณะข้อคำถามมีความคล้ายคลึงกัน จึงพิจารณาปรับข้อคำถามและตัดข้อคำถามที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันออก ร่วมกับทีมที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากจำนวน 17 ข้อ เหลือข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ และนำไปใช้สอบถามผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 85 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย มีดังนี้

| ข้อความ | ความหมาย | คะแนน |
|------------|--------------------------|-------|
| น้อยที่สุด | ไม่ทำกิจกรรมนั้นๆ เลย | 1 |
| น้อย | กิจกรรมนั้นๆ น้อย | 2 |
| ปานกลาง | ทำกิจกรรมนั้นๆ ปานกลาง | 3 |
| มาก | ทำกิจกรรมนั้นๆ มาก | 4 |
| มากที่สุด | ทำกิจกรรมนั้นๆ มากที่สุด | 5 |

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นแบบประเมินความจำ และความเข้าใจของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการจำกัดโซเดียมในอาหารและการเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมคั่ง ประเมินโดยแบบประเมินความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำ และเกลือโซเดียมของ จันทรจิรา เกียรติลีสกุล (2551) แบบประเมินเป็นลักษณะข้อคำถามชนิดปลายปิด จำนวน 25 ข้อ ถามเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวการลดสาเหตุชักนำ ที่ทำให้ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวด้วยการประเมินการคั่งของน้ำ และเกลือโซเดียม และการตัดสินใจจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลวเมื่อมีความรุนแรงเกิดขึ้น แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 แบบ คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ ถ้าผู้ป่วยตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึงมีความรู้ในการป้องกันการคั่งของน้ำ และเกลือโซเดียมมาก

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค

แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามความสามารถในการกระทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบ่งตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Association Functional Classification [NYHA] Class) แบ่งเป็น 4 ระดับ ประเมินโดยการสอบถามการรับรู้อาการของผู้ป่วยถึงความทนต่อการออกแรงในการทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด มีรายละเอียดดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย เดินทางราบ เดินขึ้นลงบันได ออกกำลังกาย และทำกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยทำได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้มากพอสมควร โดยอาจจะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำกิจวัตรประจำวัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำได้เพียงเล็กน้อย เพราะจะรู้สึกเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก แต่เมื่อได้พักแล้วจะรู้สึกสบายขึ้น

ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ ได้เลย แม้ในขณะที่พักก็ยังมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ใจสั่นหรือเจ็บหน้าอก

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งภาวะที่เป็นทุกข์มีระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป ประเมินโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) มีจำนวน 9 คำถามโดยประเมินความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ดังนี้

| | | | |
|----------|-------|-------|----------------------------|
| คะแนนรวม | < 7 | แปลผล | ไม่มีภาวะซึมเศร้า |
| คะแนนรวม | 7-12 | แปลผล | มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย |
| คะแนนรวม | 13-18 | แปลผล | มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง |
| คะแนนรวม | ≥ 19 | แปลผล | มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง |

ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นจากบริบทของประเทศไทย มีจำนวนข้อคำถามที่เหมาะสม เมื่อเทียบกับแบบประเมิน CES-D ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามมากกว่า

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของจันทนา หล่อตระกูล (2549) ดัดแปลงแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ The ENCRICH Social Support Questionnaire ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อคำถาม 6 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีเลย มีบ้างเล็กน้อย บางครั้งเกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา แต่ละข้อมีเกณฑ์ในการให้คะแนน 1-5 ส่วนข้อที่ 7 เป็นคำถามแบบเลือกตอบใช่ หรือไม่ โดยในคำถามข้อที่ 7 ไม่นำมาคิดคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | |
|-----------|---|
| 1 หมายถึง | ไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ เลย |
| 2 หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ บ้างเล็กน้อย |
| 3 หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางครั้ง |
| 4 หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง |
| 5 หมายถึง | ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ ทุกครั้ง |

ซึ่งคะแนนต่ำ หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ คะแนนยิ่งมาก หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คำถามข้อ 7 เป็นการถามถึงคู่สมรสว่ามีหรือไม่มี ผู้วิจัยได้ตัดทิ้งเนื่องจากคำถามซ้ำซ้อนกับแบบสอบถามชุดที่ 1

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ เครื่องมือที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการเก็บข้อมูลทุกชุดนั้น ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากต้นฉบับ จึงไม่มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินจำนวน 4 ฉบับ ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ลัมเหลวที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85, .81 และ .97 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี Kuder-Richardson โดยใช้สูตร KR-21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 หลังจากทดลองใช้แบบประเมินกับผู้ป่วยภาวะโรคหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวผู้ป่วยมีการถามซ้ำและไม่เข้าใจในข้อคำถาม ผู้วิจัยจึงปรับข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริงร่วมกับทีมอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80 ส่วนแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ไม่ได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่น เนื่องจากเป็นการรับรู้จริงของผู้ป่วยแต่ละราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยผ่านการนำเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับรหัสจริยธรรม 02-09-2560 เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2560 จึงนำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี และผ่านการนำเสนอแล้ว ได้รับรหัสจริยธรรมการวิจัย เลขที่ 072/ 60 เมื่อวันที่ 9 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ลงนามในใบยินยอม จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ปกปิดเป็นความลับ โดยการใส่รหัสแทนชื่อ สกุล และข้อมูลที่ได้นำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยนำหนังสืออนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และเค้าโครงวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างต่อหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก หัวหน้าคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และพยาบาลประจำคลินิก เพื่อชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย

2. ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ในแต่ละวันของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

2.2 หลังจากได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยเข้าพบผู้ป่วยในระหว่างรอรับการตรวจจากแพทย์ โดยแนะนำตัวเองพูดคุยและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กรณีที่ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม ในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมงานวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ให้ลงนามในใบยินยอมเพื่อตอบรับเป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

2.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงระหว่างกลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจจากแพทย์ บริเวณห้องแยกหน้าห้องตรวจ เริ่มโดยการอธิบายวิธีการตอบแบบประเมินแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ใช้เวลาในการตอบแบบประเมินประมาณ 20-30 นาที หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยในระหว่างที่ตอบแบบประเมิน สามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

2.4 กรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินยังไม่เสร็จสมบูรณ์ แต่ถึงเวลาที่ต้องเข้ารับการตรวจรักษา ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจก่อน และขอความร่วมมือให้ช่วยตอบแบบประเมินให้เสร็จสมบูรณ์หลังจากได้รับการตรวจเรียบร้อยแล้ว และมารอรับยาที่ห้องจ่ายยา

2.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล หากพบว่าข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบถ้วน และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนสิ้นสุด

2.6 ผู้วิจัยดำเนินการตามข้อ 2.3-2.5 ทุกวันที่เก็บข้อมูลจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
2. ข้อมูลตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
3. แปลงข้อมูลตัวแปรความรุนแรงของโรคให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ที่มีค่าเป็นไปได้เพียง 2 ค่า ที่ให้โค้ดเป็น 0 และ 1 ก่อนนำมาวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression analysis) ได้แก่ ตัวแปรหุ่น 1 เมื่อระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional class) อยู่ในระดับ I และตัวแปรหุ่น 0 เมื่อระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional class) อยู่ในระดับ II และ III
4. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ
5. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการในคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 85 ราย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก ข้อมูลการเจ็บป่วยประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ ได้ผลการวิเคราะห์ ซึ่งสามารถอธิบายในรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก ข้อมูลการเจ็บป่วยประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นั้นมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 มีอายุเฉลี่ย 62.53 ปี ($SD = 13.305$) อายุต่ำสุด คือ 28 ปี และอายุมากที่สุด คือ 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.6 การศึกษามากกว่าครึ่งอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.3 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพและรับจ้าง ร้อยละ 23.5 มากกว่าครึ่งหนึ่ง

มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 54.1 มีบุตรเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก ร้อยละ 34.1 รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 30.6 ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 85$)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| เพศ | | |
| ชาย | 40 | 47.1 |
| หญิง | 45 | 52.9 |
| อายุ (ปี) (Max = 88, min = 28, $M = 62.53$, $SD = 13.305$) | | |
| 20-39 ปี | 3 | 3.5 |
| 40-59 ปี | 33 | 38.8 |
| 60-79 ปี | 38 | 44.8 |
| 80 ปีขึ้นไป | 11 | 12.9 |
| สถานภาพสมรส | | |
| โสด | 10 | 11.8 |
| คู่ | 49 | 57.6 |
| หม้าย | 21 | 24.7 |
| หย่า/ แยกกันอยู่ | 5 | 5.9 |
| ระดับการศึกษา | | |
| ไม่ได้เรียน | 8 | 9.4 |
| ประถมศึกษา | 60 | 70.6 |
| มัธยมศึกษา | 8 | 9.4 |
| อนุปริญญา | 1 | 1.2 |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 8 | 9.4 |
| อาชีพในปัจจุบัน | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 20 | 23.5 |
| เกษตรกรรม | 30 | 35.3 |
| รับจ้าง | 20 | 23.5 |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------|------------|--------|
| อาชีพในปัจจุบัน | | |
| รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 2 | 2.4 |
| ค้าขาย | 7 | 8.2 |
| อื่น ๆ | 6 | 7.1 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | |
| เพียงพอ | 46 | 54.1 |
| ไม่เพียงพอ | 39 | 45.9 |
| บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก | | |
| ไม่มีผู้ดูแล | 26 | 30.6 |
| สามี/ ภรรยา | 22 | 25.8 |
| บุตร | 29 | 34.1 |
| ญาติคนอื่น ๆ | 8 | 9.5 |

2. ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 71.8 แบ่งเป็น โรคคลื่นหัวใจ ร้อยละ 15.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 5.9 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.4 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 1.2 มากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 68.2 และมากกว่าครึ่งไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยภาวะของหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 56.5 ดังแสดงรายละเอียด ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลการเจ็บป่วย จำแนกตาม
ข้อมูลการเจ็บป่วย ($n = 85$)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|--|------------|--------|
| โรคประจำตัว | | |
| เบาหวาน | 2 | 2.4 |
| ความดันโลหิตสูง | 3 | 3.5 |
| หลอดเลือดหัวใจ | 5 | 5.9 |
| ลิ้นหัวใจ | 13 | 15.3 |
| มากกว่า 1 โรค | 61 | 71.8 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 1 | 1.2 |
| ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว (ปี) | | |
| ($M = 3.92, SD = 3.704$) | | |
| < 1 ปี | 6 | 7.1 |
| 1-5 ปี | 58 | 68.2 |
| 6-10 ปี | 16 | 18.8 |
| 11-15 ปี | 4 | 4.7 |
| 16 ปีขึ้นไป | 1 | 1.2 |
| จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวในรอบ 1 ปี ($M = .78, SD = 1.295$) | | |
| 0 | 48 | 56.5 |
| 1 | 24 | 28.2 |
| 2 | 5 | 5.9 |
| 3 | 6 | 7.1 |
| 6 | 1 | 1.2 |
| 8 | 1 | 1.2 |

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 41.81 ($SD = 9.55$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 63 ต่ำสุดเท่ากับ 20 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 85$)

| ตัวแปร | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนที่เป็นจริง | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|---|-------------------|------------------|----------|-----------|
| พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว | 14-70 | 20-63 | 41.81 | 9.55 |

2. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 16.22 ($SD = 4.34$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 24 ต่ำสุดเท่ากับ 0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 85$)

| ตัวแปร | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนที่เป็นจริง | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|--|-------------------|------------------|----------|-----------|
| ความรู้เกี่ยวกับจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว | 0-24 | 0-24 | 16.22 | 4.34 |

3. ระดับความรุนแรงของโรค

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ I มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ ระดับ II ร้อยละ 30.6 และ ระดับ III ร้อยละ 3.5 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional class) ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 85$)

| (NYHA functional class) | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---------------------------|------------|--------|
| NYHA functional class I | 56 | 65.9 |
| NYHA functional class II | 26 | 30.6 |
| NYHA functional class III | 3 | 3.5 |

4. ภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีภาวะซึมเศร้า มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 4.97 ($SD = 4.10$) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 18 ต่ำสุดเท่ากับ 0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามภาวะซึมเศร้า ($n = 85$)

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนที่เป็นจริง | M | SD |
|--------------|-------|--------|-------------------|------------------|------|------|
| ภาวะซึมเศร้า | 85 | 100 | 0-27 | 0-18 | 4.97 | 4.10 |

5. การสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 21.77 ($SD = 6.83$) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 ต่ำสุดเท่ากับ 6 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม ($n = 85$)

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ | คะแนนที่เป็นไปได้ | คะแนนที่เป็นจริง | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|---------------------|-------|--------|-------------------|------------------|----------|-----------|
| การสนับสนุนทางสังคม | 85 | 100 | 6-30 | 6-30 | 21.77 | 6.83 |

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การวิเคราะห์ปัจจัย ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ โดยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติเกี่ยวกับ Normality, Linearity, Outlier และ Homoscedasticity ของความคลาดเคลื่อน (Residuals) รวมทั้งทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรต้น (Multicollinearity) พบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ ตัวแปรมีการกระจายแบบโค้งปกติ ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.65 ได้ค่า Durbin-Watson = 1.811 ซึ่งถือว่าข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (จุพาลักษณ์ บารมี, 2555) โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Standard regression analysis) เพื่อหาตัวแปรที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Standard regression เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ($n = 85$)

| ตัวแปรที่มีอิทธิพล | β | beta |
|-----------------------------------|---------|-------|
| ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว | .86 ** | .39** |
| $R^2 = .176, F_{(4,80)} = 4.26**$ | | |

** $p < .01$

จากตารางที่ 8 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยวิธี Standard regression พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .176$, $F_{(4,80)} = 4.26$, $p < .01$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and family self-management theory) ที่พัฒนาโดย Ryan and Sawin (2009) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Riegel et al. (2000) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการตรวจรักษาในคลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกภาคโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แบบสอบถามระดับความรุนแรงของโรค แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80, .81 และ .97 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้นำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี Kuder-Richardson โดยใช้สูตร KR-21 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นี้นั้นมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.9 มีอายุเฉลี่ย 63.53 ปี ($SD = 13.305$) อายุต่ำสุด คือ 28 ปี และอายุมากที่สุด คือ 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.6 การศึกษามากกว่าครึ่งอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.3 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพและรับจ้าง ร้อยละ 23.5 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 54.1 มีบุตรเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก ร้อยละ 34.1 รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 30.6 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 71.8 แบ่งเป็นโรคเส้นหัวใจ ร้อยละ 15.3 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 5.9 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.5

โรคเบาหวาน ร้อยละ 2.4 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 1.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 68.2 และมากกว่าครึ่งไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยภาวะของหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 56.5

2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 41.81 ($SD = 9.55$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 63 ต่ำสุดเท่ากับ 20

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพล คือ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .176, F_{(4,80)} = 4.26, p < .01$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียม เท่ากับ 41.81 ($SD = 9.55$) โดยคะแนนสูงสุดเท่ากับ 63 ต่ำสุดเท่ากับ 20 ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.6 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 54.1 และมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 34.1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี และรายได้นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยที่ดี สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง ที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉลี่ยอยู่ที่ 1-5 ปี โดยระยะเวลานี้พยาธิสภาพของโรค รวมทั้งความก้าวหน้าของโรค ยังไม่มีความเสื่อมถอยมากนัก การรักษายังสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วยวิธีมาตรฐาน (Yancy et al., 2013) ซึ่งระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นตัวบ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือการจัดการตนเองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงของโรคเพียงระดับเล็กน้อย คือ มีระดับ NYHA functional class อยู่ที่ระดับ I (ร้อยละ 65.9) จึงทำให้ผู้ป่วยมี

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมต่าง ๆ ได้ปกติ

วัตถุประสงค์ที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระดับความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมี 1 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 17.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .176, F_{(4,80)} = 4.26, p < .01$)

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะหัวใจล้มเหลวได้อย่างปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมจัดการตนเองที่ดี (Riegel et al., 2000) ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพัฒนาศักยภาพและพฤติกรรมในการจัดการตนเอง พัฒนาทักษะในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วย และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาเพื่อที่จะควบคุมหรือลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่เกิดขึ้น (Edwardson, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ ท่ามาก (2552) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.438, p < 0.01$) และการศึกษาของ จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล (2551) พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวพัฒนาความรู้ในการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อลดการคั่งของน้ำและเกลือโซเดียมจะช่วยลดระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวและอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้การศึกษาของ จริญญา คมเฉียบ (2556) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .43, p < .05$) และการศึกษาของ สินีหุ หลวงพิทักษ์ (2558) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .543, p < .001$) ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการจัดการตนเองหรือมีพฤติกรรมแสดงออกอย่างเหมาะสมหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับความรู้ หากบุคคลมีความรู้ก็จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะ โซเดียมคั่งได้อย่างมั่นใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมที่ดี

2. ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะซึมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของบุคคล แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม โดยเน้นที่ความคงอยู่ของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวตามเกณฑ์การจำแนกของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก เมื่อระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมลดลง และทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพามุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันรวมถึงการจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจำกัด โซเดียม (Hole, Grundtvig, Gullestad, Flonaes, & Westheim, 2010) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีระดับความรุนแรงของโรค (NYHA functional class) อยู่ในระดับ I ร้อยละ 65.9 ซึ่งมีข้อจำกัดของการปฏิบัติกิจกรรมเพียงเล็กน้อย สามารถทำกิจกรรมปกติได้โดยไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย แต่จะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเมื่อทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับภาวะจิตใจที่เป็นทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งจะมีระยะเวลาานาน 2 สัปดาห์เป็นต้นไป อาการของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าจะรู้สึกสูญเสีย หมดความสนใจ หรือไม่มีความสุข หมดพลัง (Marcus, Yasamy, Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012) เนื่องจากภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีผลต่อพยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมากขึ้น จะทำให้เกิดอาการกำเริบส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการจำกัด โซเดียมที่ไม่ดีหรือเลวลง (Vaccarino et al., 2001) จากการศึกษาของ Awan et.al., (2012) พบว่า ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่

หนึ่งปีขึ้นไปมักพบภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งพบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยนอก (Xiong et al., 2012) แต่ในสังคมไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย และอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.6 และมีบุตรเป็นบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลหลัก ร้อยละ 34.1 จึงส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ในการศึกษารุ่นนี้ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 68.2 ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.6 มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 34.1 รองลงมาคือไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 30.6 จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่แบบครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว ประกอบกับสังคมไทยมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว มีการสนับสนุนทางสังคมดีมาก ร้อยละ 41.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ จริตญา คมเฉียบ (2556) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่อการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมต่ำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .22, p < .05$) จึงไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่วัดพฤติกรรมการรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ทำให้อาจจะไม่เหมาะกับบริบทของคนไทยที่จะมีการรับประทานอาหารที่บ้านเป็นส่วนใหญ่
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาเรื่องการได้ยินและการมองเห็น และอาจมีข้อจำกัดของการแปลข้อมูลหรือการรับรู้ข้อมูลที่คาดเคลื่อน ตลอดจนผู้วิจัยไม่ได้มีการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้เป็นข้อจำกัดของการเก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้อาจไม่เป็นจริง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลควรนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมโดยเน้นที่การให้ความรู้ในการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับ

ภาวะหัวใจล้มเหลว การควบคุมน้ำดื่ม การควบคุมอาหารรสเค็ม การรับประทานยาตามแผนการรักษา การป้องกันการติดเชื้อ การมาตรวจตามนัด การค้นหาภาวะหัวใจล้มเหลวในระยะแรก และการตัดสินใจจัดการกับภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างถูกต้องและเหมาะสม

3. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่นำมาศึกษาทั้งหมด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้ร้อยละ 17.6 แสดงว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสิทธิภาพการมีอาการ เป็นต้น ที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีก ควรนำปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกศรา โชนำชัยศิริ. (2554). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จริญญา คมเจียบ. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณ โฉ, เรวดี เพชรศิราสันต์, ปุณยวีร์ จันทร์ประดิษฐ์ และวงรัตน์ ไสสุข. (2551). *การดูแลตนเองของผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 23(1), 35-45.
- จันทนา หล่อตระกูล. (2549). *การพัฒนาวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. (2551). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ต่อความรู้พฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ สมโน. (2551). *ความร่วมมือในการรักษาและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลเชียงใหม่ราม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2557). *การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดนครนายก: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 64-78.

- จิราภรณ์ มีชูสิน, อารมณ์ ดีนาน และศิริวัฑฒ์ วัฒนสินธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 19-31.
- จิราวรรณ กุมขุนทด. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจำกัดเกลือโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(3), 49-60.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2555). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26, 117-127.
- ชนิดาภา แก้วกัญญา. (2557). ปัจจัยคัดสรรทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. (2557). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิต และอัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. (2550). *หัวใจล้มเหลว*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: แอนนา ออฟเซต.
- นงลักษณ์ กลิ่นพุดตาล. (2557). ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ และพัชรวรรณ ศรีคง. (2556). ภาวะหัวใจวาย: การพยาบาลและคำแนะนำ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(1), 131-141.
- นันทัก ชนะพันธ์. (2556). การฟื้นฟูหายจากโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 6(1), 19-33.
- นันทัก ชนะพันธ์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิภาพร ประจันบาน. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5).* กรุงเทพฯ: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี ทัพไพเราะ. (2552). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 1.* ใน ปราณี ทัพไพเราะ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (พิมพ์ครั้งที่ 8).* ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรพรรณ เทอดสุทธิธณภูมิ. (2558). *ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจำบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26, 2-14.*
- พวงเพชร สมทรัพย์สิน. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ในกาควบคุมอาหารของผู้ป่วยหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วารสารเกื้อการุณย์, 18(1), 52-66.*
- พัชรวรรณ ศรีคง. (2553). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวายภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- รพีพรรณ เนาว์ประดิษฐ์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. (2547). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวชนิดเรื้อรัง. ใน อภิชาติ สุคนธรรพ์ และศรีณย์ ควรประเสริฐ (บรรณาธิการ), Heart: Cardiac diagnosis and treatment (พิมพ์ครั้งที่ 2; หน้า 315-335). เชียงใหม่: ไอเด้นดีตี กรุ๊ป.*

- รัตติยา ทองอ่อน. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายในผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ลัดดาวัลย์ ฤทธิกล้า, ชดช้อย วัฒนะ และพีระพงศ์ กิติภาวรงค์. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ภาวะหายใจลำบาก ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *พยาบาลสาร*, 39(1), 64-76.
- วรัญญา มณีรัตน์. (2557). *การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศของการส่งเสริมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. (2559). *สถิติผู้ป่วย โรงพยาบาลพระปกเกล้า*. จันทบุรี: งานเวชระเบียนและสถิติ.
- ศิริวรรณ ชัยกิจอำนวยโชค. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารสภาการพยาบาล*, 30(4), 45-55.
- ศิริวรรณ ตั้งวิจิตรสกุล. (2550). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. (2550). Heart failure. ใน ชูษณา สวนกระต่าย และกมล แก้วกิติณรงค์ (บรรณาธิการ). *A practical approach in internal medicine* (หน้า 1-17). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมฤดี ดীনวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และสุภาภรณ์ ดั่งวง. (2557). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 52-63.
- สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiheart.org>.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักนโยบายและวางแผนสาธารณสุข.

- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติการป่วย พ.ศ. 2556-2558*. เข้าถึงได้จาก <http://bps.moph.go.th/>
- สินธุ์ หลวงพิทักษ์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุมาลี สามัคคานนทการ. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรชัย คำภักดี. (2555). ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(2), 107-112.
- เสาวลักษณ์ ท่ามาก. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัย ทิพฤตตรี. (2556). *การพัฒนาชุดข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองด้านอาหารและน้ำในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อณิสยา ชื่อดรง. (2557). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ เสนีย์. (2557). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 1-16.
- American Heart Association [AHA]. (2014). Guidelines update for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult-summary article. *Circulation*, 112, 1825-1852.
- American Heart Association [AHA]. (2016). *Heart disease and stroke statistic 2016 update*. Retrieve from <http://www.nonocortx.com/Article/HeartDiseaseStrokeStatistic.pdf>
- Awan, Z. A., Ghaffar, R., Khan, A., & Khan, S., (2012). Frequency of depression in patients with chronic heart failure. *Journal of Ayub Medical College*, 24(2), 26-29.

- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187.
- Bennett, S. J., Lane, K. A., Welch, J., Perkin, S. M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2005). Medication and dietary compliance beliefs in heart failure. *Western Journal of Nursing Research*, 27(3), 977-993.
- Bentley, B., De Jong, M. J., Moser, D. K., & Peden, A. R. (2005). Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(4), 331-336.
- Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescentsuicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms and substance use*. Doctoral dissertation, Johns Hopkins University.
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2000). *Textbook of medical-surgical nursing* (9th ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Castillon, P. G., Losada, M. D. M. M., Otero, C. M., Tabuenca, A. I., Pascual, C. R., Chiva, M. O., Herrera, M. C., Carreño, C., Conthe, P., Morenting, E. M., Banegas, J. R., & Artalejo, F. R. (2006). Prevalence of depression and associated medical and psychosocial factors in elderly hospitalized patients with heart failure in Spain. *Revista Espanola de Cardiologia*, 59(8), 770-778.
- Chung, M. L., Doering, L. V., & Moser D. K. (2005) Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal*, 150(5), 984.e7-984.e13.
- Chung, M. L., Moser, D. K., Lennie, T. A., Worrall-Carter, L., Bentley, B., & Trupp, R. (2006). Gender differences in adherence to the sodium-restricted diet in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12, 628-634.
- Cleland, J. G. E., Cohen-Solal, A., Aguilar, J. L., Dietz, R., Eastangh, J., & Follath, F. (2002). Management of heart failure in primary care (The improvement of heart failure program): An international survey. *The Lancet*, 360(23), 1631-1639.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychomatic Medicine*, 38, 300-313.
- Committee for Practice Guidelines. (2008). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2422.
- Conley, S., Feder, S., & Redeker, N. S. (2015). The relationship between pain, fatigue, depression and functional performance in stable heart failure. *Heart and Lung*, 44(2), 107-112.
- Connell, B. O. (2001). Recovery after stroke. *Journal Quality Clinical Practice*, 21, 120-125.
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp.601-629). California: Academic.
- Cynthia, L. B. D. (2010). *An Examination of the Impact of Non-formal and Informal Learning on Adult Environmental Knowledge, Attitudes, and Behaviors*. A doctoral dissertation, The University of Minnesota, USA.
- Daniel, L., Fayez, K., & Pawel, R. (2017). *Molecular, Genetic, and Nutritional Aspect of Major and Trace Minerals, Sodium: Basic Nutritional Aspects* (pp.489-501). United States: University of Arizona Press.
- Dilorio, C., Hennessy, M., & Manteuffel, B. (1996). Epilepsy self-management: A test of a theoretical model. *Nursing Research*, 45(4), 211-217.
- Doble, E. S., Shearer, C., Phillips, L. J., & Jones, S. (2009). Relation between post-stroke satisfaction with time use, perceived social support and depressive symptoms. *Disability and Rehabilitation*, 31(6), 476-483.
- Douky, R. (2016). Impact of Dietary Sodium Restriction on Heart Failure Outcomes. *JACC: Heart Failure*. 4(1), 25-35.
- Dracup, K., Walden, J. A., Stevenson, L.W., & Brect, M. L. (1992). Quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart Lung Transplant Journal*, 11, 273-279.
- Eva, H., Patrik, L., Fillipa, F., Bengt, U., Hans, P., Michel, M., & Inger, H. (2015). Patient-centred home-based management of heart failure. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 49, 193-199.
- Evangelista, L. S., Doering, L. V., Drecup, K., Westlake, C., Hamilton, M., & Fonaroe, G. C. (2003). Compliance behaviors of elderly patients with advanced heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 197-206.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistic power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistic power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160.
- Fonarow, G. C. (2010). Improving evidence-based care for heart failure in outpatient cardiology practices: Primary results of the registry to improve the use of evidence-based heart failure therapies in the outpatient setting [IMPROVE HF]. *Circulation, 122*(6), 585-596.
- Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A Review and directions for research. *Health Education & Behavior, 30*(2), 170-95.
- Gordon, H. (2005). The Relationship of Quality of Life, Depression, and Caregiver Burden in Outpatients with Congestive Heart Failure. *Congestive Heart Failure, 11*(6), 303-310.
- Graven, L. J., & Grant, J. S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung, 42*, 183-194.
- Havranek, E. P., Spertus, J. A., Masoudi, F. A., Jones, P. G., & Rumsfeld, J. S. (2004). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology, 44*(12), 2333-2338.
- Heart Failure Society of America [HFSA]. (2006). Executive summary: HFSA 2006 comprehensive heart failure practice guideline. *Journal of Cardiac Failure, 12*(1), 10-38.
- Hicks, F., & Holm, K. (2003). Self-management decision influences in heart failure: a preliminary investigation. *Clinical Nursing Research, 12*(1), 69-84.
- Hole, T., Grundtvig, M., Gullestad, L., Flonaes, B., & Westheim, A. (2010). Improved quality of life in Norwegian Heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinic: results from the Norwegian heart failure registry. *European Journal of Heart Failure, 12*, 1247-1252.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley. Hooley.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Reviews, 14*, 293-318.

- Hussain, T., Shu, L. Y., Cheng, X., Sosorburam, T., Adji, A.S., Tajammul, S., & Sartaj, A. (2011). Depression among congestive heart failure patients: Results of a survey from central china. *Journal of Pioneering Medical Science, 1*(2), 38-42.
- Jaarsma, T., Halfens, R., & Senten, M. (1998). Developing a supportive-educative program for patients with advanced heart failure within Orem's general theory of nursing. *Nursing Science Quarterly, 11*, 79-85.
- Jerant, A. F., Von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling, 57*, 300-307.
- Jourdain, P., Baudouin, C., Groshens, S., Gueneau, P., Rousseau, M., Saura, M., Hryschyschyn, N., Dagorn, J., & Funck, F. (2015). Medico-economic impact of an innovative management of CHF by HF unit. *Annales de Cardiologie et d'Angiologie, 64*(17), 414-424.
- Juenger, J., Schellberg, D., Kraemer, S., Haunstetter, A., Zugck, C., Herzog, W., & Haass, M. (2002). Health related quality of life in patients with congestive heart failure: Comparison with other chronic disease and relation to functional variable. *Cardiovascular Medicine, 87*, 235-241.
- Kanfer, H. F. (1981). Self-management methods. In F. H. Kanfer., & A. P. Goldstien, (Ed.), *Helping people change* (2nd ed., pp. 335-389). New York: Pergamon.
- Kogan, H. N., & Betrus P. A. (1984). Self-management: A nursing mode of therapeutic influence. *Advance Nursing Science, 6*(4), 55-73.
- Kollipara, U. K., Jaffer, O., Amin, A., Toto, K. H., Nelson, L. L., & Schneider, R. (2008). Relation of lack of knowledge about dietary sodium to hospital readmission in patients with heart failure. *American Heart Journal, 102*(1), 1212-1215.
- Lainscak, M., Cleland, G. F., Lenzen, M. J., Keber, L., Goode, K., & Follath, F. (2007). Nonpharmacologic measures and drug compliance in patients with heart failure: Data from the Euro Heart Failure Survey. *The American Journal of Cardiology, 99*, 31-37.
- Laurent, D. (2005). *Heart failure*. In E. S. F. S. I. Woods, S. U. Motzer & E. J. Bridge (Ed.), *Cardiac nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 601-627.

- Lennie, T., Worrall-Carter, L., Hammash, M., Odom-Forren, J., Roser, L., Smith, C., & Moser, D. (2008). Relationship of heart failure patients' knowledge, perceived barriers, and attitudes regarding low-sodium diet recommendations to adherence. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 23(1), 6-11.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illnessdanger. In S. Rachmand (Ed.). *Contributions to Medical Psychology*, 46(2), 17-30.
- Lip, G. Y., Gibbs, C. R., & Beevers, D. G. (2000). ABC of heart failure: Aetiology. *British Medical Journal*, 320(7227), 104-107.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcome and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Retrieve from http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf
- Mark, W. K., Cathy, D., James, M. C., Usamah, M., & Michael, H. (2014). Behavioral factors and hospital admissions/ readmissions in patients with CHF. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 55(1), 45-50.
- Martensson, J., Stromberg, A., Dahlstrom, U., Karlsson, J. E., & Fridlund, B. (2005). Patients with heart failure in primary health care: Effect of a nurse intervention on health related quality of life and depression. *The European Journal of Heart Failure*, 7(3), 393-403.
- Martha, A., Jiayun, X., Diana, B., Johana, R., Jingzui, X., Abby, C., Martha, J., & Cheryl, D. (2015). Nutritional intervention in heart failure: A systemic review of the literature. *Journal of Cardiac Failure*, 21(12), 989-999.
- Moser, D. K., Doering L. V., & Chung, M. L., (2005). Vulnerabilities of patients recovering from an exacerbation of chronic heart failure. *American Heart Journal*, 150(5), 984e7-984e13.

- Ni, H., Nauman, D., Burgess, D., Wise, K., Crispell, K., & Hershberger, E. R. (1999). Factors in fluencing knowledge of and adherence to self-care among patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine*, *159*, 1613-1619.
- Peggy, G., & Rebecca, L. (2013). The effect of outpatient interdisciplinary heart failure education program. *The Journal of Nurse Practitioners*, *9*(7), 422-427.
- Polikandrioti, M., Christou, A., Morou, Z., Kotronoulas, G., Evagelou, H., & Kyritsi, H. (2010). Evaluation of depression in patients with heart failure. *Health Science Journal*, *4*(1), 37-47.
- Prasart, L., Kriengkrai, H., Rungsrit, K., Worachat, M., Donpichit, L., Orathai, P., Smonporn, B., & Piyamitr, S. (2016). *Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry [Thai ADHERE] (2016)*. Retrieve from [https://www.semanticscholar.org/paper/Thai-Acute-Decompensated-Heart-Failure-Registry-\(-\)-Laothavorn-Hengrussamee/66cc33380f182748642b842b6116ffb7b0d5809/figure/2](https://www.semanticscholar.org/paper/Thai-Acute-Decompensated-Heart-Failure-Registry-(-)-Laothavorn-Hengrussamee/66cc33380f182748642b842b6116ffb7b0d5809/figure/2)
- Price, R. J. G., Witham, M. D., & McMurdo, M. E. T. (2007). Defining the nutritional status and dietary intake of older heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *6*(3), 178-183.
- Redman, B. K. (2004). *Patient self-mangement of chronic disease: The health care provider's challenge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Richard, A. A., & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, *43*, 255-264.
- Riegel, B., Carlson, B., & Glaser, D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart & Lung*, *29*(1), 4-15.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Hlatky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003) Depressive symptoms and health-related quality of life: The heart and soul study. *Journal of the American Medical Association*, *290*(2), 215-221.
- Ryan, P., & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspective on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, *57*, 217-225.
- Sandra, B. (2016). Family partnership and education interventions to reduce dietary sodium by patients with heart failure differ by family functioning. *Heart & Lung Journal*, *45*, 311-318.

- Sawafta, F. J. S., & Chen, X. (2013). Quality of life of Chinese heart failure patients and their family caregivers. *International Journal of Applied Science and Technology*, 3(2), 77-88.
- Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., & Samaha, F. (2008). Social support and self-care of patient with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(1), 70-79.
- Schaefer, C., Coyne, I. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-401.
- Son, Y., Lee Y., & Song E., K. (2011). Adherence to a sodium-restricted diet is associated with lower symptom burden and longer cardiac event-free survival in patients with heart failure. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3029-3038.
- Song, E. (2009). Adherence to the low-sodium diet plays a role in the interaction between depressive symptoms and prognosis in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(4), 299-307.
- Tobin, D. L., Reynolds, R. V. C., Holroyd, K. A., & Creer, T. L. (1986). Self-management and social learning theory in KA Holroyd, TL & Creer (Eds.), *Self-management of chronic disease*. (pp. 29-55.) New York: Academic Press.
- Vaccarino, V., Kasl, S. V., Abramson, J., & Krumholz, H. M. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 38(1), 199-205.
- Van Der Wal, M. H., Jaarsma, T., Moser, D. K., Veeger, N. J., Van Glist, W. H., & Van Veldhuisen, D. J. (2006). Compliance in heart failure patients: The importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, 27, 434-440.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai Version. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 161-166
- World Heart Organization. (2016). *Congestive heart failure*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis.

- Wright, S. P., Walsh, H., Ingley, K. M., Muncaster, S. A., Gamble, G. D., Pearl, A., Whalley, G.A., Sharpe, N., & Doughty, R. N. (2003). Update of self-management strategies in a heart failure management program me. *The European Journal of Heart Failure*, 5, 371-380.
- Xiong, G. L., Fiuzat, M., Kuchibhatla, M., Krishnan, R., Connor, C. M. O., & Jiang, W. (2012). Health status and depression remission in patients with chronic heart failure: Patient reported outcomes from the SADHART-CHF trial. *Circulation Heart Failure*, 5, 688-692.
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D. E., & Drazner, M. H. (2013). ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: executive summary. *Circulation*, 128(16), 1810-52.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียม
ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

รหัสแบบสอบถาม

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียวให้ตรงตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 เพศ () ชาย () หญิง
- 1.2 อายุ ปี
- 1.3 สถานะภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า/ แยกกันอยู่
- 1.4 ระดับการศึกษาสูงสุด
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา/ ปวช.
() อนุปริญญา/ ปวส. () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
- 1.5 อาชีพในปัจจุบัน
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () เกษตรกรรม () รับจ้าง
() รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ () ค้าขาย () อื่นๆ โปรดระบุ.....
- 1.6 มีรายได้เป็นของตนเองหรือไม่
() ไม่มี () มี ระบุ..... บาท/ เดือน
- 1.7 ความเพียงพอของรายได้
() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ
- 1.8 บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ดูแลหลัก
() ไม่มี () สามี/ภรรยา () บุตร () หลาน () คนอื่นๆ

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย

- 2.1 โรคประจำตัว
() ไม่มี () มี () เบาหวาน () ไตวาย () ความดันโลหิตสูง
() กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตาย () ลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว () อื่นๆ.....
- 2.2 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวปี เดือน
- 2.3 จำนวนครั้งของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวในรอบ 1 ปี
.....ครั้ง

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกท่านมากน้อยเพียงใด

| | | |
|------------|---------|---------------------------|
| น้อยที่สุด | หมายถึง | ไม่ทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย |
| น้อย | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น ๆ น้อย |
| ปานกลาง | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น ๆ ปานกลาง |
| มาก | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น ๆ มาก |
| มากที่สุด | หมายถึง | ทำกิจกรรมนั้น ๆ มากที่สุด |

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

| ข้อความ | น้อย ที่สุด (1) | น้อย (2) | ปาน กลาง (3) | มาก (4) | มาก ที่สุด (5) |
|--|-----------------------|-------------|--------------------|------------|----------------------|
| 1. ท่านรับประทานผักสด ผลไม้สด แทน การรับประทานอาหารแปรรูป | | | | | |
| 2. ท่านลดปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มที่มี เกลือผสม | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 13. ท่านเก็บอาหารที่มีเกลือสูงไว้ให้พ้น สายตาของท่าน | | | | | |
| 14. ท่านบอกกับพนักงานเสิร์ฟทุกครั้งว่า อาหารที่ท่านสั่งไม่ใช่ผงชูรส | | | | | |

ชุดที่ 3 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะประเมินความรู้ความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือ โซเดียม ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทั้ง 25 ข้อ โดยใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องคำตอบที่ท่านเลือก ซึ่งคำตอบมีทั้งหมด 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และ ไม่ทราบ

| ข้อความ | ถูก | ผิด | ไม่ทราบ | สำหรับ ผู้วิจัย |
|--|-----|-----|---------|--------------------|
| 1. ภาวะหัวใจล้มเหลว คือ ภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้เกิดการคั่งของเลือดในหัวใจปอด และอวัยวะต่าง ๆ | | | | |
| 2. ภาวะหัวใจล้มเหลวทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม และเหนื่อยง่าย | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 24. การหยุดทำกิจกรรมทุกอย่างทันทีเมื่อเริ่มมีอาการเหนื่อย เป็นวิธีที่ช่วยลดการทำงานของหัวใจ | | | | |
| 25. เมื่อมีอาการหายใจลำบาก หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ บวม และเหนื่อยง่าย ควรรีบมาพบแพทย์ทันที | | | | |

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ต้องการทราบถึงระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของท่านที่
เกิดขึ้นขณะที่ท่านมีกิจกรรม “ในช่วงระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา” จนถึงปัจจุบัน

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อใดตรงกับความสามารถในการปฏิบัติ
กิจกรรมของท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () เพียงตัวเลือกเดียว ให้ตรงตามความเป็นจริงที่
เกี่ยวกับท่านมากที่สุด

- () ระดับ 1 ท่านสามารถ...
- () ระดับ 2 ท่านสามารถ...
- () ระดับ 3 ท่านสามารถ...

ชุดที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ต้องการทราบถึงภาวะอาการ ที่เกิดขึ้นกับท่าน “ในช่วงระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา” จนถึงปัจจุบัน

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาอย่างรอบคอบว่าข้อใดตรงกับความรู้สึกของท่าน และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในแต่ละข้อ เพียงตัวเลือกเดียว ให้ตรงตามความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับท่านมากที่สุด

| ข้อ | ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน | ไม่มีเลย (0) | เป็นบางวัน 1-7วัน (1) | เป็นบ่อย > 7วัน (2) | เป็นทุกวัน (3) |
|-----|---|-----------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------|
| 1. | เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร | | | | |
| . | ... | | | | |
| . | ... | | | | |
| . | ... | | | | |
| . | ... | | | | |
| . | ... | | | | |
| 9. | คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี | | | | |

ชุดที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้เป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ของท่านต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และสิ่งของ โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของหรือความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

| | |
|----------------|---|
| ไม่มีเลย | หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ เลยในความรู้สึกของท่าน |
| มีบ้างเล็กน้อย | หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ บ้างเล็กน้อย |
| ปานกลาง | หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ บ้างเป็นบางครั้ง |
| เกือบตลอดเวลา | หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้งแต่ไม่ทุกครั้ง |
| ตลอดเวลา | หมายถึง ท่านเคยได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้น ๆ ทุกครั้งในความรู้สึกของท่าน |

| ข้อความ | ไม่มีเลย (1) | เล็กน้อย (2) | ปานกลาง (3) | เกือบ ตลอดเวลา (4) | ตลอดเวลา (5) |
|---|-----------------|-----------------|----------------|--------------------------|-----------------|
| 1. ท่านมีคนที่จะพร้อมจะรับฟังท่าน ในเวลาที่ท่านต้องการหรือไม่ | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 6. ท่านมีการติดต่อกับคนที่ท่าน รู้สึกว่าใกล้ชิด เชื่อใจ และไว้วางใจ ได้มากเท่าที่ท่านต้องการหรือไม่ | | | | | |

ภาคผนวก ข

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิโดยอธิบายการยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ดังนี้

ข้าพเจ้า นางวันวิสา ที่อุทิศ เป็นนิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขณะนี้กำลังศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

ท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ซึ่งท่านสามารถตอบรับเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความสมัครใจ หากเข้าร่วมวิจัยแล้วถ้ามีความประสงค์จะถอนตัวออกจากการวิจัยในภายหลัง สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย มีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม เพราะจะนำผลที่ได้ไปใช้ในการดูแลส่งเสริมแนวทางในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต่อไป

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย ดิฉันจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย/ใบพิทักษ์สิทธิ และให้ท่านตอบแบบสอบถาม กรณีที่ท่านอ่านหนังสือไม่ได้หรือมองเห็นไม่ชัดเจน ดิฉันจะอ่านให้ท่านฟังและให้ท่านตอบ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงรุนแรงที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและชีวิตท่าน อย่างไรก็ตาม ในระหว่างทำการตอบแบบสอบถาม ท่านอาจจะมีอาการเหนื่อยหรืออาการไม่สบายอื่นๆเกิดขึ้น หากมีอาการดังกล่าวขอให้แจ้งให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทราบทันที เพื่อหยุดทำการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะให้การช่วยเหลือท่านและ/หรือปรึกษา

แพทย์ผู้รักษาทันที ทั้งนี้ เมื่อท่านอาการดีขึ้น ท่านยังคงให้ข้อมูลต่อหรือนัดหมายวัน เวลาเพื่อทำการตอบแบบสอบถามใหม่ภายหลังได้ตามความพร้อมท่าน

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หรือหากท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติม สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ตามที่อยู่ ดังนี้ วันวิสา ที่อุทิศ ที่อยู่ 75/44 หมู่ 6 ตำบลเชิงเนิน อำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง โทรศัพท์ 087-244-3953

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
วันวิสา ที่อุทิศ



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โฆษณาของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 02-09-2560

ชื่อผู้วิจัย นางวันวิสา ทีอุทิศ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โฆษณาของผู้ป่วย
ภาวะหัวใจล้มเหลว และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โฆษณา
ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติครบ
ตามที่กำหนดไว้ เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสอบถามตาม
ความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเองทั้งหมดจำนวน 6 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โฆษณาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง ชุดที่ 4 แบบประเมินความรุนแรงของโรค
ชุดที่ 5 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และชุดที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะใช้เวลา
ทั้งสิ้นประมาณ 20-30 นาที

ประโยชน์จากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้อาจไม่ได้เกิดประโยชน์ต่อท่านโดยตรง แต่จะเกิด
ประโยชน์ต่อผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวรายอื่น ๆ เพราะผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้
ในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โฆษณาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว
อย่างไรก็ดีอาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นในระหว่างทำการตอบแบบสอบถาม ได้แก่
ท่านอาจจะมีอาการเหนื่อยหรืออาการไม่สบายอื่น ๆ เกิดขึ้น หากท่านมีอาการดังกล่าวขอให้แจ้ง
ผู้วิจัย ผู้วิจัยจะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และจะให้ท่านหยุดพัก จนกระทั่งมีอาการทุเลาลง
และนัดท่านเพื่อทำการตอบแบบสอบถามใหม่ภายหลังหากท่านยินยอม ถ้าอาการไม่ทุเลา ผู้วิจัยจะ
รายงานพยาบาลประจำคลินิก เพื่อให้ท่านได้รับการพยาบาลก่อน

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัยและการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางวันวิสา ที่อุทิศ หมายเลขโทรศัพท์ 087-244-3953 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลภา คุณทรงเกียรติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 081-005-5045

นางวันวิสา ที่อุทิศ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจหรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด
โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการทำวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่
จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้
จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัด โซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

Factors Influencing Self-management Behaviors of Sodium Restriction among Congestive Heart Failure Patients

ชื่อนิสิต นางวันวิสา ทิอุทิศ

รหัสประจำตัวนิสิต 54921227

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 02 - 09 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 89 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

คือ คลินิกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก และคลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 9 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา